

Université de Montréal

Cette thèse intitulée

**Analyse du parcours d'indemnisation de travailleurs immigrants
victimes de lésions professionnelles**

par
Sylvie Gravel

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en santé publique
option organisation des services et des soins

23 mai 2006

© Sylvie Gravel, 2006



WA
5
U58
2006
1.006

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**Analyse du parcours d'indemnisation de travailleurs immigrants
victimes de lésions professionnelles**

présentée par
Sylvie Gravel

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Nicole Leduc
président-rapporteur

Jean-Marc Brodeur
directeur de recherche

François Champagne et Bilkis Vissandjée
codirecteurs

Jean Renaud
membre du jury

Renée-Louise Franche
examineur externe

Kannan Krishman
représentant du doyen de la FES

SOMMAIRE

Cette recherche s'intéresse aux difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants de Montréal victimes de lésions professionnelles qui ont consulté une clinique médicale ou un service de soutien juridique afin de procéder ou de compléter leur requête d'indemnisation. Les études recensées dans la littérature tant américaine que canadienne indiquent que les travailleurs immigrants sont très souvent défavorisés à certaines étapes du processus d'indemnisation, mais aucune ne s'est attardée à documenter systématiquement l'ensemble des barrières d'accès. Au Québec, les fichiers publics de santé et sécurité au travail ne disposent d'aucune variable permettant d'identifier les travailleurs selon leur statut d'immigration, leur langue maternelle ou leur pays de naissance, ce qui empêche de dresser un portrait plus complet de ces travailleurs. Une étude financée par le Conseil québécois de la recherche sociale a donc été menée par une équipe de recherche de 2002 à 2004 afin d'explorer cet état de situation. La présente recherche s'est greffée à cette étude initiale sur l'accès à l'indemnisation des travailleuses et travailleurs immigrants (n=104) pour en dégager les parcours difficiles. Trois opérations d'évaluation appliquées aux données de l'étude initiale ont permis d'attribuer des scores de difficultés à chacun des travailleurs et de pouvoir procéder à diverses analyses des parcours d'indemnisation.

Une première analyse qualitative a permis d'établir les critères pour juger des parcours difficiles chez les travailleurs immigrants de l'échantillon de l'étude originale ayant consulté afin d'obtenir une expertise médicale ou juridique au cours du processus d'indemnisation. Selon l'angle d'évaluation emprunté, les critères varient. Les travailleurs immigrants ont des scores de difficultés significativement supérieurs aux autres travailleurs de l'échantillon lorsque l'analyse des parcours est faite sous l'angle administratif et sous l'angle juridique.

La seconde analyse, une analyse de correspondance, a permis de mettre en doute l'idée, relevée à plusieurs occasions dans la littérature, que les

employeurs et les services d'indemnisation ou les médecins exercent une pression de façon à bloquer l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants dès les premières étapes du parcours. Nos résultats démontrent que pour les travailleurs de notre échantillon cette pression s'exerce de façon plus évidente à la fin du parcours au moment de la réintégration au travail. Les employeurs s'abstiennent de proposer systématiquement des mesures favorisant la réintégration alors que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et les médecins font pression pour maintenir le lien d'emploi entre le travailleur et son employeur initial. Les travailleurs immigrants de notre échantillon réintègrent leur poste, malgré la persistance de leurs douleurs et sans être nécessairement bien rétablis, pour en être congédiés ou mis à pied par la suite.

Des analyses de régression logistique ont été réalisées afin de déterminer si les conditions socio-économiques sont associées à l'indemnisation et au retour au travail. Les résultats de ces analyses indiquent que les travailleurs de l'échantillon ayant des difficultés financières éprouvent de façon significative plus de problèmes à se faire indemniser. En contrôlant par la variable socioéconomique et le type de lésion, les résultats de ces analyses démontrent que le statut d'immigration n'est associé de façon significative ni à l'indemnisation ni au retour au travail.

Une analyse de regroupement (*cluster analysis*) a aussi été réalisée afin d'élaborer une taxonomie des parcours d'indemnisation: les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, les travailleurs dépassés par la situation, les travailleurs indemnifiés mais congédiés ou licenciés par la suite, et les travailleurs indemnifiés sans embûche. Aucun des travailleurs immigrants de notre échantillon ne s'est classé parmi les travailleurs indemnifiés sans embûche.

Et finalement, une étude de cas réalisée auprès des travailleurs immigrants ayant connu des parcours d'indemnisation parmi les plus difficiles a révélé qu'ils avaient tous été congédiés. Pour plusieurs, le congédiement s'est produit au cours des premières heures ou des premiers jours de réinsertion au travail. Quant aux autres, ils ont été congédiés après un long processus pour faire

reconnaître leur droit à des indemnités. La baisse de productivité est l'argument allégué dans tous les cas.

De ces résultats, une réflexion critique sur l'équité en matière d'indemnisation à l'égard des travailleurs immigrants a pu être amorcée dans une perspective éthique des inégalités sociales en santé. Appuyé par les travaux d'Armataya Sen, éthicien du développement économique, le constat est que la détérioration de leur état de santé initial et la perte de leur emploi placent les travailleurs immigrants dans une situation d'exclusion sociale encore plus pénalisante que le chômage. Les travailleurs immigrants congédiés de l'échantillon à la suite d'une lésion professionnelle ne sont pas seulement privés de leurs revenus antérieurs, mais de leurs « capacités ». Ils mettront encore plus de temps à se soustraire de l'exclusion sociale qu'un chômeur, lequel est en attente d'opportunités pour faire valoir ses capacités.

Il n'est pas aisé pour les services de santé publique, tout comme pour ceux de santé et sécurité au travail, de faire des interventions ciblant des groupes ethniques ou des minorités visibles sans glisser vers des actions pouvant porter préjudice aux individus. Néanmoins, les services publics ont, entre autres, la responsabilité d'assurer un accès équitable à tous les groupes de la population et plus particulièrement à ceux vulnérables aux inégalités sociales de santé.

Mots clés : Travailleur immigrant, lésion professionnelle, accès à l'indemnisation, discrimination, inégalité sociale et appauvrissement.

SUMMARY

This study looks at access to compensation for immigrant workers with occupational injuries in Montreal making a medical or legal consultation to complete or process compensation request. The research literature, both American and Canadian, indicates that immigrant workers are often in a disadvantaged position at certain stages of the compensation process but no study has systematically documented the barriers to access. In Québec, public occupational health and safety files do not include variables that can identify workers by immigration status, mother tongue or country of birth, which precludes keeping more complete records on these workers. From 2002 to 2004, a research team conducted a study to explore the current situation. The study was funded by the Conseil québécois de la recherche sociale. Our research project was appended to this original study on access to compensation by immigrant workers (n=104) to uncover the difficult trajectories. Three evaluation exercises applied to the original data enabled us to assign difficulty scores to each worker and to proceed with various analyses of the compensation trajectories.

First, a qualitative analysis helped us determine the criteria by which to judge immigrants' difficult trajectories. Criteria varied according to the lens used for the evaluation. But in spite of the angle from which analysis of difficult trajectories is done, immigrant workers have higher difficulty scores than other workers. Immigrant workers' difficulties in accessing compensation are even more obvious when the trajectory is analysed from an administrative and a legal angle.

The second analysis, a correspondence analysis, enabled us to question an idea raised several times in the literature: that employers, and compensation services or physicians lobby block immigrant workers' access to compensation during the first stages of the trajectory. Our results show that pressure is applied in a more obvious manner towards the end of the trajectory, during return to work. Employers abstain from systematically proposing measures that foster reintegration, while the Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)

and physicians apply pressure to maintain the employment relationship with the initial employer. Immigrant workers reintegrate their positions, despite persisting pain and insufficient recovery, only to be fired or laid off.

Logistic regressions were conducted to determine if the socioeconomic conditions were associated with work compensation and reintegration at work. The subjects of the sample with financial difficulties had more problems to obtain work compensation. Immigrant status is not significantly associated with work compensation and reintegration at work when the socioeconomic status and the kind of injuries are controlled.

A cluster analysis was also conducted to develop a taxonomy of compensation trajectories: workers who did not exercise their right of recourse; workers who were overwhelmed by the situation; workers who were compensated but then fired or laid off, and workers who were compensated without encountering pitfalls. No immigrant workers fit the category of workers who were compensated without encountering pitfalls.

Finally, a case study conducted among immigrant workers who had experienced some of the most difficult compensation trajectories revealed they had ultimately all been fired. A number of them were fired a few hours or a few days after they returned to work. The others were fired after a long negotiation process. Decreased productivity was the alleged argument in all cases.

In light of these results, a critical reflection on just compensation for immigrant workers was initiated, within an ethical perspective of social inequalities in health. Supported by the work of Armataya Sen, ethicist in economic development, we found that reduced health status and loss of employment put immigrant workers in a situation of social exclusion, which is more punishing than unemployment. Immigrant workers who are fired following an occupational injury are not only deprived of their prior income but also of their “skills”. They take even more time shaking off social exclusion than people who are unemployed and awaiting an opportunity to promote their skills.

It is not easy for public health services or for occupational health and safety services to conduct interventions that target ethnic groups or visible minorities without sliding into actions that could be prejudicial to these individuals. Nevertheless, public services have the responsibility to assure equal access to all population groups and most particularly to those most vulnerable to the social inequalities of health.

Key words: Immigrant worker, occupational injuries, work compensation access, discrimination, social disparity, impoverishment.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	III
SUMMARY VI	
TABLE DES MATIÈRES.....	IX
LISTE DES TABLEAUX.....	XIII
LISTE DES FIGURES	XIV
LISTE DES SCHÉMAS	XV
LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XVI
REMERCIEMENTS	XVII
CHAPITRE 1 INTRODUCTION	1
1 INTRODUCTION.....	2
1.1 Contexte de réalisation de l'étude.....	2
1.2 Étude originale.....	4
1.2.1 Sources de données de l'enquête originale.....	5
1.2.2 Population à l'étude et recrutement des sujets de l'étude originale.....	6
1.2.3 Cueillette des données de l'étude originale.....	7
1.2.4 Critères d'inclusion des sujets et taille de l'échantillon original.....	8
1.2.5 Représentativité de l'échantillon de l'étude originale.....	9
1.2.6 Hypothèses de travail découlant de l'étude originale.....	11
1.3 Objet de recherche de la thèse.....	13
1.3.1 Méthodologie, traitement et analyse des données de la thèse.....	13
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	18
2 RECENSION DES ÉCRITS.....	19
2.1 Migration et travail.....	20
2.2 Prévalence des lésions professionnelles chez les travailleurs immigrants	23
2.3 Facteurs de risque spécifiques aux travailleurs immigrants.....	29
2.4 Indemnisation des travailleurs immigrants	33
2.5 Barrières d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants	37
2.5.1 Barrières d'accès liées au milieu du travail.....	38
2.5.2 Barrières d'accès au système médical	38
2.5.3 Barrières administratives du système d'indemnisation.....	41
2.5.4 Barrières associées aux recours en cas de refus	43
2.5.5 Barrières à la réintégration au travail	47
2.6 Cadre de référence de l'analyse des barrières d'accès à l'indemnisation	49
2.6.1 Perspective de justice distributrice.....	50
2.6.2 Perspective centrée sur les pressions et les mécanismes d'obstruction.....	50
2.6.3 Perspective centrée sur les barrières médicales.....	53
2.6.4 Perspective centrée sur les barrières à l'accomplissement des « capacités » des travailleurs.....	55
2.7 Conclusion	63
CHAPITRE 3 MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'INTERPRÉTATION.....	67
3 MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'INTERPRÉTATION	68

CHAPITRE 4 OBJECTIFS DE LA THÈSE	71
4 OBJECTIFS DE LA THÈSE	72
4.1 Premier objectif.....	72
4.2 Deuxième objectif.....	72
4.3 Troisième objectif.....	73
4.4 Quatrième objectif.....	73
4.5 Analyses proposées.....	73
CHAPITRE 5 ARTICLE 1	75
RÉSUMÉ	77
1 PROBLÉMATIQUE	78
2 MÉTHODE	83
2.1 Source des données.....	84
2.2 Échantillon et recrutement.....	85
2.3 Traitement et analyse de données.....	86
3 RÉSULTATS	86
3.1 Critères ayant le plus contribué à l'établissement des scores de difficultés.....	86
3.2 Description des scores de difficultés selon le statut des travailleurs.....	91
3.3 Analyses des autres variables associées aux difficultés d'accès à l'indemnisation.....	93
4 DISCUSSION	95
5 CONCLUSION	99
RÉFÉRENCES	101
CHAPITRE 6 ARTICLE 2	105
RÉSUMÉ	107
1 PROBLÉMATIQUE	108
2 MÉTHODE	111
2.1 Questions de recherche.....	111
2.2 Sources de données.....	112
2.3 Échantillon et recrutement.....	112
2.4 Analyse de correspondances multiples.....	113
2.4.1 Variables retenues dans l'analyse de correspondances.....	114
2.4.2 Résultats des analyses de correspondances.....	116
2.4.3 Facteurs déterminants dans le cumul des parcours difficiles.....	121
2.5 Analyses de régression logistique.....	122
2.5.1 Résultats des analyses de régression.....	123
2.6 Analyse de regroupement.....	125
2.6.1 Résultats de l'analyse de regroupement.....	128
3 DISCUSSION	129
4 CONCLUSION	132
RÉFÉRENCES	134
CHAPITRE 7 ARTICLE 3	138
RÉSUMÉ	140
INTRODUCTION	141
1 PROBLÉMATIQUE	141
2 MÉTHODE	145
2.1 Questions de recherche.....	146
2.2 Sources de données, variables à l'étude et sélection des sujets.....	147

2.3	Analyse des données	149
3	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	150
3.1	Incohérences des événements	150
3.2	Causes associées aux difficultés.....	160
4	DISCUSSION	163
5	CONCLUSION.....	165
	RÉFÉRENCES.....	168
	CHAPITRE 8 DISCUSSION.....	173
8	DISCUSSION	174
8.1	Discussion sur l'atteinte des objectifs de l'étude.....	174
8.1.1	<i>Premier objectif: établir des critères de difficultés des parcours d'indemnisation</i>	<i>174</i>
8.1.2	<i>Deuxième objectif: identifier les facteurs contribuant ou limitant l'accès à l'indemnisation.....</i>	<i>175</i>
8.1.3	<i>Troisième objectif: comprendre les dynamiques conflictuelles entre les travailleurs et les différents acteurs de l'indemnisation.....</i>	<i>177</i>
8.1.4	<i>Quatrième objectif: amorcer une réflexion critique sur l'équité en matière d'indemnisation à l'égard des travailleurs immigrants.....</i>	<i>177</i>
8.2	Discussion sur la fiabilité et la validité	178
8.2.1	<i>Fiabilité des données</i>	<i>178</i>
8.2.2	<i>Validité externe.....</i>	<i>181</i>
8.2.3	<i>Choix d'analyse statistique et traitement des données.....</i>	<i>182</i>
8.2.4	<i>Effet des limites méthodologiques sur la pertinence des résultats.....</i>	<i>184</i>
8.3	Discussion éthique	187
8.3.1	<i>Démocratie et principe d'égalité pour les populations vulnérables.....</i>	<i>188</i>
8.3.2	<i>Immigration et accomplissement social.....</i>	<i>189</i>
8.3.3	<i>Réaliser et perdre ses « capacités »</i>	<i>191</i>
8.3.4	<i>Développer des mesures d'équité.....</i>	<i>192</i>
8.3.5	<i>Inégalités de santé engendrées par la non-indemnisation et la perte d'emploi</i>	<i>194</i>
8.4	Contribution au développement de connaissances nouvelles.....	195
	CHAPITRE 9 CONCLUSION	199
9	CONCLUSION.....	200
	RÉFÉRENCES.....	203
	ANNEXE 1 ÉQUIPE DE RECHERCHE DE L'ÉTUDE	CCXX
	ANNEXE 2 INSTRUMENTS DE CUEILLETTE DES DONNÉES	CCXXII
	ANNEXE 3 LISTE DES CRITÈRES POUR DÉTERMINER DES PARCOURS D'INDEMNISATION DIFFICILES CRITÈRES DE L'ÉVALUATION FAITE SOUS L'ANGLE MÉDICAL	CCLXVI
	ANNEXE 3 LISTE DES CRITÈRES POUR DÉTERMINER DES PARCOURS D'INDEMNISATION DIFFICILES CRITÈRES DE L'ÉVALUATION FAITE SOUS L'ANGLE JURIDIQUE	CCLXVIII
	ANNEXE 3 LISTE DES CRITÈRES POUR DÉTERMINER DES PARCOURS D'INDEMNISATION DIFFICILES CRITÈRES DE L'ÉVALUATION FAITE SOUS L'ANGLE ADMINISTRATIF.....	CCLXIX
	ANNEXE 4 DISTRIBUTION DES SUJETS DE L'ÉCHANTILLON SELON LES SOURCES DE RECRUTEMENT	CCLXXI
	ANNEXE 4 DISTRIBUTION DES SUJETS DE L'ÉCHANTILLON SELON LES SOURCES DE RECRUTEMENT	CCLXXI

ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE N° 1 CCLXXII
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE N° 2 CCLXXVII

LISTE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

Tableau 1	Distribution des sujets de l'échantillon selon la source de recrutement	10
Tableau 2	Conditions de réalisation des évaluations des difficultés de parcours selon l'angle de l'évaluation	14
Tableau 3	Corrélations interjuges entre les trois comités d'experts	16

ARTICLE 1

Tableau 1	Principaux critères qualifiant les parcours difficiles selon l'angle d'évaluation, la catégorie de critère et le rang d'importance.....	88
Tableau 2	Corrélations interjuges entre les trois comités d'experts	90
Tableau 3	Résultats significatifs aux tests d'égalité des moyennes des variables associées aux scores de difficultés d'accès à l'indemnisation selon l'angle d'évaluation.....	94

ARTICLE 2

Tableau 1	Associations significatives du statut socioéconomique et migratoire des travailleurs victimes de lésions professionnelles et les taux de refus à l'indemnisation et au retour au travail	124
Tableau 2	Distribution des travailleurs selon les catégories de la taxonomie ...	127

LISTE DES FIGURES

INTRODUCTION

Figure 1	Traitements, analyses et résultats attendus. Analyses des parcours d'indemnisation	17
----------	--	----

ARTICLE 1

Figure 1	Évaluation selon l'angle médical. Comparaison des niveaux de difficultés des parcours d'indemnisation selon le statut d'immigration	92
Figure 2	Évaluation selon l'angle juridique. Comparaison des niveaux de difficultés des parcours d'indemnisation selon le statut d'immigration.....	92
Figure 3	Évaluation selon l'angle administratif. Comparaison des niveaux de difficultés des parcours d'indemnisation selon le statut d'immigration.....	93

ARTICLE 2

Figure 1	Conditions de retour au travail des travailleurs immigrants et non immigrants selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation.....	117
Figure 2	Parcours médical des travailleurs immigrants et non immigrants selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation.....	118
Figure 3	Parcours juridique des travailleurs immigrants et non immigrants selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation.....	119
Figure 4	Parcours administratif des travailleurs immigrants et non immigrants selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation.....	120

LISTE DES SCHÉMAS

CHAPITRE 3

- Schéma 1 Modèle logique du processus administratif de l'indemnisation 69
- Schéma 2 Parcours d'accès difficile à l'indemnisation pour les travailleurs
immigrants cadre d'interprétation 70

LISTES DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

BEM	:	Bureau d'évaluation médicale
CLP	:	Commission des lésions professionnelles
CLSC	:	Centre local de services communautaires
CSST	:	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DSP	:	Direction de santé publique
FATA	:	Fonds d'aide aux travailleuses et travailleurs accidentés
UTTAM	:	Union des travailleuses et travailleurs accidentés de Montréal
CATTAM	:	Centre d'aide aux travailleuses et travailleurs accidentés de Montréal
MRCI	:	Ministère des Relations avec les citoyens et Immigration, Gouvernement du Québec (dont la nouvelle appellation est le MICC, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles).

REMERCIEMENTS

Mener à terme des études doctorales n'est pas une aventure solitaire. L'étudiant doit être bien entouré et, heureusement, je l'ai été. Mon directeur, le professeur Jean-Marc Brodeur, n'est pas qu'un bon directeur, il est un mentor. Il ne se contente pas de diriger vos travaux : il vous appuie dans votre quête de connaissances, il exige de vous de la rigueur, il vous conseille sur les stratégies à adopter, il se soucie de votre carrière, il vous aide à décider dans les moments où règne la confusion et surtout, il sait vous encourager et vous rassurer quand le doute et la fatigue s'installent.

Dans cette aventure, j'ai aussi bénéficié de l'encadrement de deux excellents codirecteurs, les professeurs François Champagne et Bilkis Vissandjée, ainsi que de la supervision dévouée du professeur Katherine Lippel. Tous les trois n'ont ménagé ni leur temps ni leurs critiques. Ils m'ont mise sur le mode de la soutenance de thèse dès le début du projet de recherche. À chacune de nos rencontres, mon mantra était: rigueur, clarté et concision.

Dans mon cas, l'aventure se conclut en trois ans et demi parce que j'ai bénéficié du précieux soutien de mes fidèles collègues Louis Patry, Laurence Boucheron, Michel Fournier et Monique Messier. Toutes nos discussions m'ont aidée dans mes réflexions et l'avancement des travaux.

Ce doctorat a pu se réaliser grâce à l'aménagement de temps que mon employeur, la Direction de santé publique de Montréal, m'a consenti et grâce à l'appui inconditionnel de ma supérieure, Francine Trickey, qui a cru en mes capacités et en la pertinence de mon projet.

Sincèrement, je n'aurais pu achever ma thèse sans la compréhension, la patience et les encouragements de mon conjoint, Roger, et de mes deux enfants, Manuelle et Bastien. Ils ont à tour de rôle apaisé mes doutes et mis un baume sur mes préoccupations d'étudiante.

À tous, mes sincères remerciements.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

L'idée de faire une thèse sur l'accès à l'indemnisation pour les travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles a pour origine une demande adressée en 1999 à la Direction de la santé publique de Montréal par des organismes voués à l'intégration des immigrants. Ces organismes qui soutiennent les immigrants dans leur recherche d'emploi constataient que plusieurs d'entre eux se blessaient ou développaient des problèmes de santé liés à leur travail, mais que peu faisaient une réclamation afin d'obtenir des indemnités. Ces travailleuses et travailleurs s'appauvrissaient en cumulant des problèmes de revenu et de santé. Ce constat était confirmé par les organismes voués à la défense des travailleurs et les services cliniques qui font de l'expertise en santé au travail. Les immigrants connaissent peu leurs droits en tant que travailleurs et même s'ils en sont informés, ils craignent de réclamer des indemnités.

1.1 Contexte de réalisation de l'étude

L'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles chevauche deux problématiques : celle de l'accessibilité des immigrants aux services en général et celle des barrières d'accès à l'indemnisation chez les populations vulnérables. Pour l'une et l'autre, il existe toute une littérature et des centres d'expertise, mais elles ne se croisent qu'occasionnellement. Lors du neuvième congrès international de Métropolis tenu à Genève en septembre 2004 - un réseau international de recherche sur l'immigration dans les grandes métropoles - les congressistes relevaient que si l'accès des travailleurs immigrants aux divers services publics de la santé, de l'éducation, de l'emploi, de la justice et du logement était largement étudié, celui à l'indemnisation était quasi ignoré [Grondin, 2004] (1). Parallèlement, la littérature et les centres d'expertise en santé et sécurité au travail ont depuis fort longtemps documenté la prévalence élevée des lésions professionnelles chez les travailleurs immigrants, mais ils commencent à

peine à circonscrire leur problème de sous-déclaration des lésions et d'accès à l'indemnisation.

Ces deux champs d'expertise, la santé et la sécurité au travail d'une part, et la discrimination ethnique et raciale d'autre part, ont également des méthodes qui leur sont propres. Ainsi, l'étude de la discrimination dans l'accès aux services s'appuie très souvent sur la méthode de « testing », une méthode de simulation mettant en scène une demande de service par des personnes ayant des caractéristiques raciales ou ethniques distinctes [Fix et *al*, 1999] (2). Aussi pertinente soit-elle pour évaluer les écarts de traitement, jamais cette méthode n'a été appliquée au contexte d'indemnisation. Quant aux études sur l'accès à l'indemnisation, elles font généralement une analyse rétrospective des parcours d'indemnisation à certaines étapes du processus à partir de dossiers de clientèle de cliniques médicales, de registres publics des lésions professionnelles ou encore par enquêtes populationnelles en ciblant une zone résidentielle de travailleurs ou un type d'entreprise, jamais elles ne se sont intéressées à l'ensemble du processus d'indemnisation des groupes vulnérables.

Pour faire une étude sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants, il était nécessaire de faire preuve d'originalité et d'élaborer une méthode permettant d'apprécier les écarts de traitement entre les travailleurs immigrants et non immigrants dans un contexte réel et non de simulation. Malgré les contraintes inhérentes à une étude portant sur un sujet complexe et menée auprès d'une population vulnérable et craintive, cette étude a été réalisée avec toute la rigueur méthodologique possible. Ses résultats apportent un éclairage nouveau sur les inégalités sociales de santé chez les travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles.

La présente étude est une analyse secondaire d'une série d'entrevues menées dans le cadre d'une étude principale codirigée par trois chercheurs de la Direction de la santé publique, dont l'auteure de cette thèse, et par un chercheur de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cette étude

principale, financée par le Conseil québécois de recherche sociale, a été réalisée de septembre 2002 à décembre 2004 [Patry et *al*, 2005] (3).

1.2 Étude originale

L'objectif de l'étude originale est de décrire les facteurs facilitant et limitant l'accès à l'indemnisation d'un échantillon de travailleurs victimes de lésions professionnelles ayant demandé une consultation médicale ou juridique dans un établissement spécialisé en santé et sécurité au travail. La comparaison entre les deux groupes de travailleurs, immigrants et non immigrants, a permis de distinguer les facteurs facilitant et limitant en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Les données sont issues d'une série de deux entrevues, réalisées à quelques semaines d'intervalle, auprès d'un échantillon de 104 travailleurs. Il s'agit d'un échantillon non probabiliste composé de travailleurs sélectionnés à partir des listes de clientèle des trois partenaires au projet, soit trois établissements offrant une expertise juridique ou médicale en santé et sécurité au travail.

L'étude originale, rétrospective et comparative, porte sur les diverses étapes liées au processus de demande d'indemnisation et de retour au travail qui se sont succédées au cours des 12 à 18 mois après que la lésion professionnelle soit survenue. En conformité avec le cadre de référence du modèle logique du processus administratif de l'indemnisation, modèle repris dans le cadre de cette thèse (voir schéma 1), les travailleurs ont été interrogés sur les faits, sur les conditions et sur les étapes du processus d'indemnisation :

- a) la déclaration de l'événement accidentel ou de l'apparition des premiers symptômes de la maladie;
- b) les consultations médicales;
- c) les procédures administratives de la réclamation d'indemnités auprès des autorités de la Commission des lésions professionnelles;
- d) les décisions rendues;

- e) les rapports avec les instances administratives ayant rendu ces décisions;
- f) les recours pour ceux ayant été en appel des décisions rendues;
- g) les conditions de retour au travail;
- h) le maintien du lien d'emploi.

Les faits, les conditions et les acteurs caractérisant chacune des étapes du processus d'indemnisation ont été décrits et documentés par une série de questions ouvertes et fermées. Toutes les questions ouvertes ont été par la suite catégorisées.

L'analyse comparative a permis de circonscrire les différences dans les parcours d'indemnisation entre deux groupes de travailleurs compris dans l'échantillon à l'étude : les travailleurs immigrants (n=53) et les travailleurs non immigrants (n=51). Les tests de chi-carré ont été appliqués aux diverses variables permettant de caractériser les parcours de ces deux groupes de travailleurs.

1.2.1 Sources de données de l'enquête originale

Les données de cette étude proviennent de deux sources :

- a) Deux entrevues individuelles menées auprès des travailleurs de l'échantillon: une première portant sur toutes les étapes du processus administratif jusqu'aux décisions rendues et une seconde, lorsque le travailleur est retourné au travail pour connaître ses conditions de retour et le maintien du lien d'emploi.
- b) La retranscription des réclamations, c'est-à-dire la description des événements entourant l'accident ou l'apparition des symptômes de la maladie professionnelle. Il y a deux versions de cette réclamation : celle rédigée par le travailleur et celle produite par l'employeur. Toutes deux apparaissent sur les formulaires administratifs de la CSST portant les numéros 1039 (01-09) pour les travailleurs et 1940 (98-11) pour les employeurs ¹(voir en annexe).

Pour cette deuxième source, bien qu'elle soit traitée distinctement, la cueillette des données s'est faite en même temps que les entrevues. En principe,

¹ Depuis la fin de la cueillette des données, les formulaires ont été révisés.

tous les travailleurs victimes de lésions professionnelles ont une copie de ce document administratif sur lequel la description de l'événement ou l'apparition des symptômes est consignée.

1.2.2 Population à l'étude et recrutement des sujets de l'étude originale

La population à l'étude est celle des travailleurs immigrants et non immigrants ayant eu recours à une consultation médicale ou juridique à l'une ou l'autre des étapes du processus de réclamation d'une indemnité pour une lésion professionnelle.

La très grande majorité (86 %) des travailleurs de l'échantillon (n=104) ont été recrutés à partir de la liste des clients de chacun des trois partenaires associés au projet : une polyclinique médicale, un bureau d'étude légale et un organisme sans but lucratif voué à la défense des travailleurs. Ces listes de clients ont été élaborées à partir des dossiers ouverts au cours des deux années antérieures au projet, soit de décembre 2000 à décembre 2002. Certains des autres sujets ont été recrutés également à partir de la liste de clients d'avocats, de médecins et d'organismes de défense des travailleurs soucieux de collaborer à cette enquête, mais cette contribution est marginale. Et finalement, quelques sujets ont été recrutés par les médias ethniques, les radios et les journaux hispanophones et arabophones.

Au sens de la loi, il y a trois catégories d'immigrants : les indépendants qui immigrent pour des raisons économiques (travailleurs et gens d'affaires ainsi que les personnes qui les accompagnent), les réfugiés (ceux ayant un statut reconnu et ceux en attente de statut) et les personnes admises au titre de la réunification familiale. Au Québec, pour la période de 1993 à 2002, 49 % des admissions le sont dans la catégorie d'immigration économique, 30 % dans celle de la réunification familiale et 21 % dans celle de réfugiés [MRCI, 2003] (4).

Dans le cadre de l'étude originale, la catégorie d'admission de l'immigration n'a pas été colligée; seule celle au moment de la demande de

réclamation de l'indemnisation a été consignée. Ainsi, au moment de la demande d'indemnisation des 53 travailleurs immigrants de l'échantillon, 40 étaient citoyens canadiens (75 %), dix immigrants reçus (19 %), deux parrainés (4 %) et un seul réfugié (2 %). Le statut des sujets est étroitement lié à la durée de séjour au Canada. Ainsi, parmi les 53 travailleurs immigrants, deux sont au Canada depuis cinq ans et moins (4 %), dix le sont depuis six à dix ans (19 %) et les autres depuis 11 à 20 ans (77 %). Donc les travailleurs composant l'échantillon de l'étude originale ne sont pas nécessairement représentatifs de la distribution des admissions à l'immigration bien que les données dont nous disposons ne permettent pas de l'affirmer avec justesse puisque celles colligées nous indiquent le statut à une période postérieure à celle de l'admission.

1.2.3 Cueillette des données de l'étude originale

La cueillette des données de l'étude originale s'est faite en deux temps : une première entrevue était réalisée avec le travailleur dès qu'il consentait à participer; la deuxième entrevue avait lieu après le retour au travail. Si le travailleur était déjà retourné ou assuré de ne plus jamais travailler dès la première entrevue, un délai de trois semaines était accordé entre les deux entrevues pour ne pas prolonger indûment le premier entretien.

Six prétests d'entrevue ont été effectués par les chercheurs eux-mêmes auprès d'un nombre équivalent de travailleurs immigrants et canadiens. L'ensemble des entrevues ont été menées par une équipe de huit intervieweurs, tous minimalement trilingues. L'équipe pouvait réaliser des entrevues en 24 langues. Malgré l'ampleur des compétences linguistiques de l'équipe, il a été nécessaire de recourir à des interprètes pour trois travailleurs.

Compte tenu de la complexité du sujet et de l'émotivité que ce type d'entrevue a fait ressurgir chez ces travailleurs fragilisés par leur condition, une formation et un suivi très étroits furent faits auprès des intervieweurs. Toutes les entrevues ont été enregistrées sauf deux, à la demande des travailleurs. Chaque entrevue a été réécoutée par une tierce personne, y compris celles réalisées dans

une autre langue, afin de s'assurer de la fiabilité de la consignation des données sur les questionnaires saisis.

La première entrevue durait en moyenne 1 heure et 45 minutes et la seconde, 45 minutes. L'écart entre les deux tient au nombre de sujets abordés. Les entrevues se sont déroulées de décembre 2002 à décembre 2003.

1.2.4 Critères d'inclusion des sujets et taille de l'échantillon original

Étaient inclus dans l'échantillon, les travailleurs qui, au moment de leur lésion, étaient à l'emploi ou sous-contractant d'une entreprise pour une rémunération déclarée. La réclamation pour cette lésion devait avoir été produite depuis janvier 2000. S'il s'agissait d'une rechute, la lésion d'origine ne devait pas être antérieure à 1996. Les travailleurs devaient être âgés de 18 à 65 ans. Les travailleurs immigrants de l'échantillon devaient être nés à l'étranger et vivre au Canada depuis moins de 20 ans et ce, sans égard à leur statut actuel et à l'arrivée. L'échantillon visait autant d'hommes que de femmes, autant de travailleurs immigrants que non immigrants.

Le recrutement des sujets ayant composé l'échantillon a été ardu malgré une stratégie appuyée de partenaires bénéficiant d'une visibilité et d'une crédibilité importante. Les trois partenaires sont : une polyclinique médicale spécialisée dans les lésions professionnelles, un cabinet juridique spécialisé dans les litiges d'indemnisation pour des victimes de lésions professionnelles et un organisme sans but lucratif d'aide aux travailleurs offrant des services d'expertise à la fois médicale et juridique. Se sont également joints à nos efforts des avocats et des médecins ainsi que des centrales syndicales pour solliciter des clients et des membres de leur regroupement. Des affiches ont été apposées dans les locaux d'organismes communautaires ethniques; des annonces publicitaires dans les journaux et les radios ethniques ont également été produites. Malgré tous ces efforts, c'est le recrutement des sujets par la liste des clients des partenaires au projet qui s'est avéré le plus efficace.

Des 363 sujets potentiels issus des listes de clientèle de tous les partenaires, 179 n'ont pas été rejoints pour maintes raisons: le numéro de téléphone ne correspondait pas, il n'y avait pas de réponse ou les messages laissés n'ont pas été retournés. Des 184 qui ont été directement sollicités, 15 ont refusé dès le premier appel et 65 autres ont décliné l'invitation lorsqu'est venu le moment de confirmer la date de l'entrevue. Finalement, 104 ont accepté, le taux de participation étant de 57 % (104/184).

1.2.5 Représentativité de l'échantillon de l'étude originale

La sélection des sujets de l'échantillon original est en partie biaisée parce qu'elle s'est faite à partir des listes de clients des partenaires dont deux font de la défense des travailleurs, donc d'individus ayant éprouvé des difficultés nécessitant le recours à un service juridique spécialisé pour les lésions professionnelles. Normalement, un travailleur ayant un parcours d'indemnisation facile ne requiert que les services médicaux courants des urgences médicales ou de son médecin de famille, s'il en a un, et voit sa demande réglée après quelques contacts avec les agents d'indemnisation (voir schéma 1). Or ici, tous les sujets ont eu recours à des services spécialisés juridiques ou médicaux à l'une ou l'autre des étapes du processus d'indemnisation. Néanmoins, l'échantillon ne comporte pas les pires cas. Sont exclus de cette liste tous les travailleurs victimes de lésions qui ne connaissent pas leurs droits, qui ignorent l'existence même de ces services spécialisés donc ceux qui n'ont pas réclamé, et tous ceux qui, soit par crainte de l'employeur ou de la CSST, soit frustrés de leur expérience, ont refusé de participer à l'enquête. L'échantillon tel que constitué est représentatif d'une bonne partie des travailleurs ayant connu des parcours d'indemnisation difficiles et d'une infime partie des travailleurs victimes de lésions professionnelles.

Le recours à trois principaux partenaires ayant des vocations distinctes a permis de constituer un échantillon plus représentatif des types de lésions. La distribution des sujets selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des travailleurs et la source de recrutement témoignent des efforts

pour assurer que l'échantillon soit diversifié et représentatif des travailleurs présentant certaines difficultés de parcours et non les pires.

Moins de la moitié (40 %) des sujets de l'échantillon ont été recrutés par la polyclinique. Près du tiers des sujets de l'enquête (31 %) ont été recrutés par l'organisme communautaire qui fait à la fois de l'expertise médicale et surtout de l'expertise juridique, et 15 % des sujets ont été recrutés par le bureau d'études légales. De façon plus marginale, des sujets ont été recrutés par divers moyens : journaux et radios ethniques, médecins et avocats qui se sont intéressés à l'enquête sur une base personnelle.

Tableau 1
Distribution des sujets de l'échantillon
selon la source de recrutement

Caractéristiques	ONG défense travailleur	Bureau études légales	Clinique spécialisée/ lésions profes- sionnelles	Autres (journaux, médecins, avocats)	Total
Type de lésion :					
Accident	18 % (19)	13 % (13)	33 % (34)	9 % (9)	72 % (75)
Maladie	13 % (13)	3 % (3)	8 % (8)	5 % (5)	28 % (29)
Statut :					
Immigrant	22 % (23)	3 % (3)	19 % (20)	7 % (7)	51 % (53)
Non-immigrant	9 % (9)	13 % (13)	21 % (22)	7 % (7)	49 % (51)
Sexe :					
Homme	17 % (18)	8 % (8)	21 % (22)	7 % (7)	53 % (55)
Femme	14 % (14)	8 % (8)	19 % (20)	7 % (7)	47 % (49)
Scolarité :					
<12 ans	12 % (12)	8 % (8)	16 % (17)	6 % (6)	40 % (42)
12 ans et +	29 % (30)	8 % (8)	24 % (25)	8 % (8)	60 % (62)
Total	31 % (32)	15 % (16)	40 % (42)	14 % (14)	100% (104)

Les travailleurs recrutés par la polyclinique n'étaient pas, au départ, associés à un parcours juridique difficile. Référés généralement par leur médecin ou leur syndicat, ces travailleurs peuvent aussi avoir éprouvé des difficultés mais pas du même ordre que ceux recrutés par l'entremise du cabinet juridique ou de l'organisme voué à la défense des travailleurs. Néanmoins, il faut souligner que

les travailleurs immigrants de l'échantillon ont été recrutés en plus grande proportion par l'organisme de défense des travailleurs, lequel rencontre les cas parmi les plus complexes.

Les travailleurs immigrants de l'échantillon ne sont pas représentatifs, au plan de la scolarité, des immigrants admis au Québec pour la période de 1993 à 2002. Au cours de cette période, les immigrants âgés de 15 ans et plus ont un niveau de scolarité élevé pour toutes les catégories d'admission confondues, 30 % des immigrants admis ont moins de 12 ans de scolarité [MRCI, 2003] (4). Les immigrants ayant moins de 12 ans de scolarité représentent 22 % de ceux admis pour des raisons économiques, 46 % de ceux en situation de réunification familiale et 40 % des réfugiés.

Dans l'échantillon de l'étude originale, 40 % des travailleurs ont moins de 12 ans de scolarité, se rapprochant des taux des catégories de ceux en situation de réunification familiale et de réfugié. Il faut souligner que les travailleurs immigrants de l'échantillon appartiennent à une période d'immigration antérieure aux données de la période considérée, 1993-2002. Au cours de cette dernière période et plus précisément en 1998, un changement administratif dans la procédure de sélection des candidats fait en sorte que le critère de haute compétence professionnelle est plus systématiquement appliqué lors des sélections.

1.2.6 Hypothèses de travail découlant de l'étude originale

Aux questions de recherche initialement posées - Quels sont les facteurs facilitant et limitant l'accès à l'indemnisation? À quelles étapes du processus d'indemnisation ces facteurs agissent-ils de façon prépondérante? – les résultats de l'étude originale ont apporté un éclairage sur certaines étapes difficiles des parcours d'indemnisation.

Dès la première étape, lorsque le travailleur doit déclarer les événements accidentels ou ceux liés à l'apparition des symptômes d'une maladie, le travailleur

immigrant de l'échantillon tarde à faire le signalement, ce qui le désavantage. Près du tiers des travailleurs immigrants de l'échantillon n'ont signalé leur lésion qu'une semaine après l'accident (32 %) comparativement à 13 % des travailleurs non immigrants : un écart significatif ($p < 0,05$). À la seconde étape, celle qui consiste à consulter le médecin pour établir le diagnostic, les travailleurs immigrants sont encore démunis. À défaut d'avoir un médecin de famille, ils consultent dans les urgences d'hôpitaux et de cliniques pour obtenir des soins, or, les services d'urgence ne permettent pas un suivi adéquat. Ainsi, 64 % des travailleurs immigrants de l'échantillon n'ont pas de diagnostic précis comparativement à 42% chez les travailleurs non immigrants : un écart près du seuil de signification ($p < 0,08$). À la troisième étape, lorsqu'il s'agit de compléter la réclamation afin d'obtenir des indemnités, une fois de plus, les travailleurs immigrants de l'échantillon sont désespérés, 58 % font plus souvent appel à une aide pour compléter leur formulaire comparativement à 8 % des travailleurs non immigrants de l'échantillon : un écart significatif ($p < 0,05$). À la quatrième étape, celle qui consiste à soumettre sa requête aux services administratifs de l'indemnisation, les travailleurs immigrants de l'échantillon sont plus désavantagés, le taux de refus sur la reconnaissance des faits est de 52 % comparativement aux travailleurs non immigrants dont le taux de refus est de 22 % : un écart significatif ($p < 0,05$). Finalement les travailleurs immigrants de l'échantillon sont moins nombreux (51 %) à retourner sur le marché du travail comparativement aux travailleurs non immigrants (43 %), ici encore l'écart est significatif ($p < 0,05$).

Bien que l'étude originale apporte des connaissances nouvelles sur les difficultés liées à certaines étapes du parcours d'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles ayant eu recours à des consultations médicales et juridiques, certaines questions demeuraient non répondues :

- Est-ce que les difficultés de parcours dans le processus d'indemnisation sont des événements isolés ou s'accumulent-elles au cours du processus?
- Peut-on considérer le processus globalement?
- En se basant sur quels critères peut-on établir un niveau de difficultés dans ce processus global?
- Quels sont les mécanismes et les interactions entre les acteurs du système d'indemnisation qui catalysent ces difficultés?
- Peut-on dresser un profil de ces travailleurs pour qui les parcours sont particulièrement difficiles?

1.3 Objet de recherche de la thèse

L'objet de recherche de la présente thèse est l'évaluation du cumul des difficultés éprouvées par les travailleurs de l'échantillon de l'étude originale ayant fait une demande de réclamation pour lésions professionnelles et ayant consulté une institution médicale ou juridique afin d'obtenir une expertise liée à leur condition et à leur processus de réclamation. Il s'agit d'une analyse secondaire des données de l'échantillon de l'étude originale auxquelles un processus d'évaluation mené par trois groupes d'experts a été appliqué à posteriori.

1.3.1 Méthodologie, traitement et analyse des données de la thèse

Le cumul des difficultés a été apprécié par un score global, la somme des évaluations faites par trois groupes d'experts distincts de l'équipe de recherche et des partenaires. Ces trois groupes d'experts ont des champs de compétences différents : médical, juridique et administratif. La composition des groupes d'experts, leur mode de fonctionnement et la liste des critères qui a été établie pour juger des niveaux de difficultés ont varié d'un groupe à l'autre.

La stratégie adoptée dans cette méthode était de favoriser la multiplicité des critères. En élaborant ses propres critères, chacun des groupes d'experts a privilégié certaines dimensions selon son angle de compétence. Les évaluations se sont succédées sur une période de trois mois. Seulement un expert a été en contact

avec les autres parce qu'il devait assumer la coordination de l'ensemble des opérations.

Tableau 2
Conditions de réalisation des évaluations des difficultés de parcours
selon l'angle de l'évaluation

Conditions	Angle médical	Angle juridique	Angle administratif
Composition des comités d'experts	3 experts : . médecin . avocat . anthropologue médical, tous partenaires au projet.	1 expert : . avocat-conseil d'un organisme de défense des travailleurs, non partenaire au projet.	4 experts : . chercheur en santé au travail, . responsable des services clientèle CSST, . médecin-conseil à la CLP, . chercheur appauvrissement et inégalité sociale.
Variables	33 critères extraits de 33 questions d'entrevue. Variables dichotomisées.	34 critères extraits de diverses variables des questionnaires d'entrevue.	13 critères regroupés en 5 dimensions : parcours médical, parcours juridique, parcours administratif, réintégration au travail, facteurs humains. Jugement porté sur les entrevues.
Calcul des scores	Valeur de 0 ou 1 pour chaque critère. Score théorique maximal de 33, recalculé par la suite sur 50.	Valeur globale de 1 à 10 pour tous les sujets selon le jugement de l'expert. Score maximal de 10, recalculé par la suite sur 50.	Valeur de 0 à 5 pour chaque critère. Score théorique maximal de 65, recalculé par la suite sur 50.

Pour l'évaluation faite sous l'angle médical, 33 thèmes formulés en questions d'entrevues ont été retenus parce qu'ils correspondaient aux critères des experts. Les réponses à ces questions de l'enquête originale ont été dichotomisées. Par exemple, pour « la réclamation initiale était-elle conforme à l'événement », les trois choix de la réponse originale (oui tout à fait, il manquait des éléments

mineurs, des choses importantes ont été oubliées) ont été ramenés aux choix « oui » et « non », « oui » étant la situation jugée difficile. Les scores ont été par la suite calculés par traitement informatique avec un maximum théorique de 33.

Pour l'évaluation faite sous l'angle juridique, aucun traitement des données n'a été nécessaire puisque l'expert a procédé lui-même, à partir de ses 34 critères, à une relecture de toutes les entrevues des 104 sujets de l'enquête initiale et a attribué un score global sur 10.

Quant à la troisième évaluation, celle menée sous l'angle administratif, deux agents de recherche ont relu et codifié les entrevues des 104 sujets selon 13 critères retenus par les quatre experts administratifs. Pour chacun des critères, de 2 à 6 variables de l'enquête initiale ont été retenues pour juger du niveau de difficulté. Par exemple, pour la dimension parcours médical difficile, trois critères ont été établis : 1) les diagnostics imprécis, changeants ou nouveaux; 2) les complications médicales; 3) la non-investigation médicale du lien entre la lésion et l'occupation du travailleur. Pour le seul critère «complications médicales», le jugement s'est construit à partir des variables indiquant s'il y a eu recours ou non à des médecins spécialistes, s'il y a eu des consultations auprès d'autres professionnels de la santé et si le travailleur a encore ou non des douleurs, des limitations et des incapacités physiques ou psychologiques. Lorsque l'appréciation des deux codeurs différait, un troisième expert tranchait. Le score maximal théorique était de 65.

Chacun de ces trois scores a été recalculé sur 50 pour attribuer un score final sur 150 à chacun des sujets.

Des corrélations interjuges ont été calculées par un test de coefficient de Pearson - les valeurs attribuées par l'évaluation sont ici catégorielles -, entre les trois groupes d'experts. Les résultats, se situant autour de 0,6, indiquent que les groupes d'experts ont porté des jugements distincts sans pour autant être aux antipodes (voir le tableau 3).

Tableau 3
Corrélations interjuges
entre les trois comités d'experts

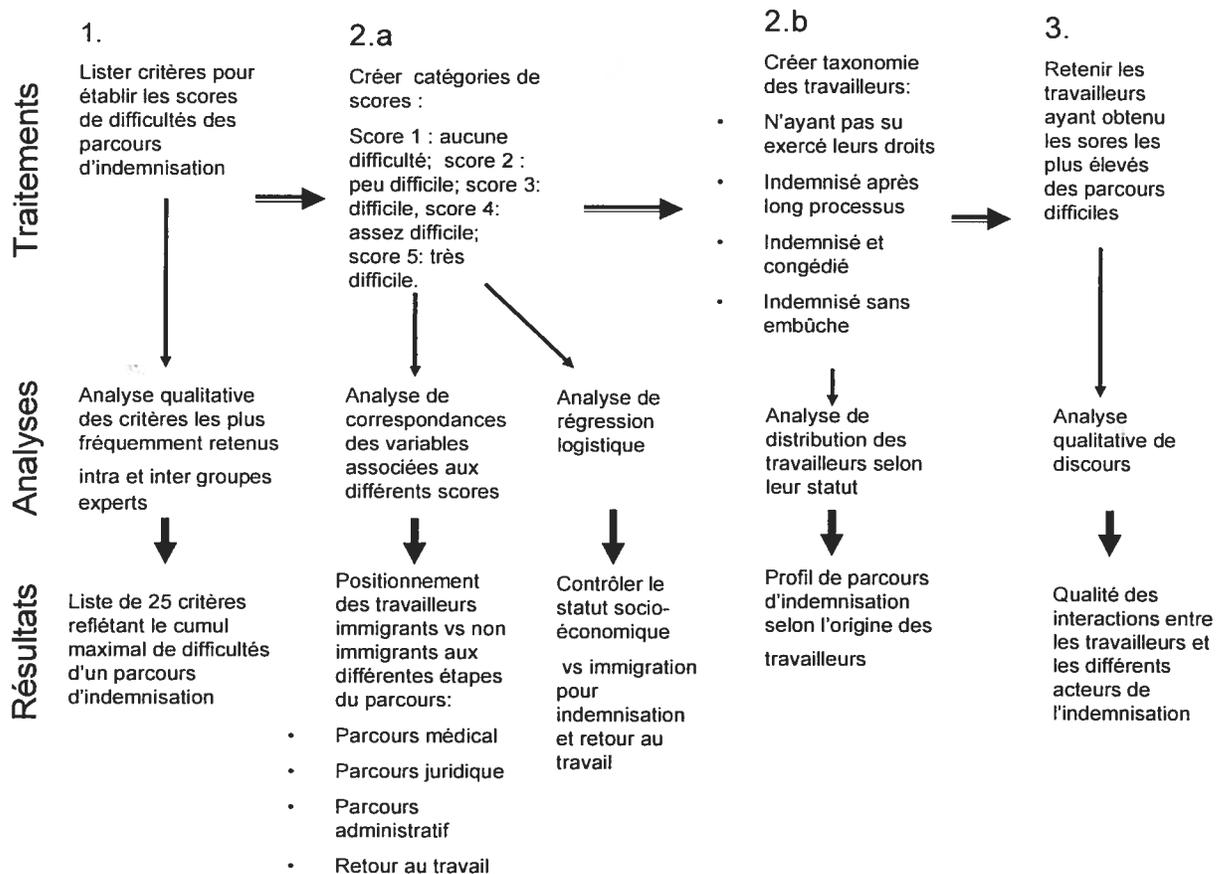
	Évaluation sous l'angle médical	Évaluation sous l'angle juridique	Évaluation sous l'angle administratif
Évaluation sous l'angle médical	1	0,59	0,69
Évaluation sous l'angle juridique	-	1	0,64
Évaluation sous l'angle administratif	-	-	1

L'analyse secondaire faite à partir des données de l'étude originale sur le cumul des difficultés a généré cinq sous-analyses :

1. une analyse qualitative des critères ayant servi à l'évaluation du cumul des difficultés;
2. une analyse de correspondances sur les caractéristiques sociodémographiques et de parcours associées à des catégories de cumul des difficultés;
3. une analyse de régression logistique pour contrôler le statut socioéconomique et celui de l'immigration sur les taux d'indemnisation et de réintégration au travail;
4. une analyse de regroupement des profils pour créer une taxonomie des parcours difficiles;
5. une étude de cas des sujets ayant présenté les parcours d'indemnisation parmi les difficiles, dont les scores les plus élevés marquent un cumul important des difficultés.

Bien que chacune de ces analyses est l'objet d'un des trois articles qui constituent le cœur des résultats de cette thèse, il apparaissait opportun de les présenter succinctement afin que le lecteur puisse saisir la séquence logique des méthodes de traitements des données, des analyses et des résultats découlant des opérations d'évaluation.

Figure 1
Traitements, analyses et résultats attendus
Analyses des parcours d'indemnisation



La première étape, celle qui a servi à établir les critères et les scores de difficultés, est décrite dans le premier article. Les étapes 2a et 2b sont, dans cette thèse, combinées dans un même article, le deuxième. Et la troisième étape, celle des études de cas, fait l'objet du troisième et dernier article de cette thèse.

Plusieurs des interrogations ont nourri cette thèse à la suite de la parution des premiers résultats de l'étude originale. Toutefois, les questions de recherche de la thèse ont été formulées à l'appui d'une recension des écrits.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

2 RECENSION DES ÉCRITS

Au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes, les États américains et bien des pays européens, la situation des travailleurs immigrants est préoccupante pour deux raisons. La première est qu'ils sont de plus en plus nombreux à connaître des conditions d'intégration économique difficiles. La seconde est que les conditions d'instabilité résidentielle et d'insécurité financière dans lesquelles ils vivent ainsi que la précarité de leurs conditions de vie incitent ces travailleurs, qualifiés ou non, à accepter des emplois dans des secteurs où les risques d'accident ou de maladie professionnelle sont parmi les plus élevés [Scherzer et *al*, 2005] (1). Bien que les travailleurs immigrants se dirigent généralement vers des pays qui favorisent l'immigration pour leur prospérité économique et leur stabilité démographique, ils se retrouvent obligés d'accepter des emplois qui ne correspondent pas à leur niveau de qualification et de formation. Les travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles connaîtront des difficultés à certaines étapes du processus du parcours d'indemnisation. Les travailleurs immigrants de certains secteurs industriels, dont celui de l'hôtellerie, par crainte de représailles, ne feront pas de réclamation [Scherzer et *al*, 2005] (1). D'autres, à cause de problèmes de communication, par ignorance de leurs droits et des règles, ne recevront pas, lors de la consultation médicale, les mêmes attentions pouvant les orienter adéquatement dans le processus de réclamation [Dembe et *al*, 2005] (2). Bon nombre de travailleurs immigrants, comme bien des travailleurs à faible revenu, n'osent pas réclamer, craignant les délais de procédures de réclamation et les coûts que peuvent entraîner une contestation en cas de refus [Herbert et *al*, 1999] (3).

La recension des écrits sur ce sujet a nécessité une revue des écrits canadiens, américains et européens afin de connaître à la fois la perspective urbaine et rurale de cette main-d'oeuvre. De plus, elle a dû couvrir une large période afin d'avoir un portrait complet de la situation parce que l'intérêt porté aux travailleurs immigrants a fluctué aux cours des décennies; cette fluctuation

correspond en partie aux cycles de la mobilité internationale de cette main-d'œuvre et aux nouvelles perspectives d'analyse en santé et sécurité au travail. Bien que cette littérature ait émergé au moment où la science s'est penchée sur la différenciation selon le sexe, les écrits scientifiques sur les lésions professionnelles chez les travailleurs immigrants n'ont pas suivi le pas de façon systématique. Malgré ces incohérences, cette recension des écrits permet de poser clairement les enjeux de l'accessibilité des services d'indemnisation aux travailleurs et travailleuses immigrants.

2.1 Migration et travail

L'immigration des travailleurs est un phénomène international en constante croissance depuis le début du 20^e siècle, phénomène soutenu à la fois par des politiques d'immigration de pays grands demandeurs de main-d'œuvre et par les pays exportateurs de main-d'œuvre qui sont aux prises avec des taux de chômage incontrôlables. Cette main-d'œuvre immigrante comprend trois types de travailleurs : ceux qui sont très qualifiés et qui vivent de la déqualification professionnelle, ceux qui sont qualifiés mais ne le sont pas dans les secteurs en demande dans les pays hôtes et finalement, ceux qui ne sont pas qualifiés et qui occupent des emplois temporaires comme les travailleurs saisonniers. Indépendamment de leurs qualifications, ces travailleurs sont surexposés à des risques de lésions professionnelles à cause de leur environnement de travail. À qualification égale, les travailleurs occupant un même poste sont généralement exposés de la même façon peu importe leur statut. Mais on compte parmi ces travailleurs occupant des postes qui les surexposent à des risques professionnels, des immigrants et des jeunes, parce que ces postes sont plus facilement accessibles pour des personnes nouvellement arrivées sur le marché de l'emploi.

De 1965 à 1990, l'immigration en Amérique du Nord passe de 6,0 % à 8,6 %, soit des proportions semblables à celles des pays de l'Océanie et de l'Europe de l'Ouest [Stalker, 2000] (4). Pour la période 2001-2002, le Québec admet 37 600 immigrants par année et prévoit hausser ce nombre jusqu'à 40 000 par année dans les prochaines années [ministère des Relations avec les

citoyens et Immigration, 2003] (5). Pour les pays importateurs de main-d'œuvre, l'immigration est un levier à la fois de stabilisation démographique et de croissance économique. Dans les grandes régions métropolitaines des États-Unis, on estime que pour chaque immigrant l'équivalent de 1,3 emploi est créé [Talpinos, 1994] (6). Par exemple, au Canada, de 1980 à 1992, une augmentation de 10 % d'immigrants en provenance d'un seul pays est associée à une augmentation de 1 % des exportations canadiennes [Head et al, 1998] (7) et à 3 % des importations du pays d'origine [Taylor, 1996] (8).

Pour les pays exportateurs de main-d'œuvre, l'émigration des travailleurs peut comporter des avantages dont ceux de diminuer le taux de chômage et de rehausser le produit intérieur brut (PIB) du pays grâce aux revenus des expatriés qui soutiennent financièrement plusieurs membres de leur famille restés au pays [Stanton et al, 1992] (9). Mais pour les pays qui ont investi dans la formation de cette main-d'œuvre, comme c'est souvent le cas en Inde et en Chine, le départ vers l'Occident de candidats très prometteurs pour le développement de leur pays constitue un exode des cerveaux [McDonald, 1992; Bhagwati et al, 1996] (10, 11).

Bien qu'elle soit assujettie à la politique d'immigration du Canada, la province de Québec applique des critères de sélection des candidats en fonction de leur potentiel à contribuer au marché de l'emploi. L'application de ces critères de sélection a permis, depuis 1996, l'admission de candidats très scolarisés et formés. Dans une enquête menée par le ministère des Relations avec les citoyens et Immigration auprès d'un échantillon de 2 000 immigrants, ceux-ci ont en majorité (71 %) trouvé du travail au cours des quelques mois qui ont suivi leur arrivée au pays, mais une proportion non négligeable d'entre eux occupe, au cours des cinq premières années d'installation, des emplois qui ne correspondent pas à leur expérience (38 %) ou à leur formation (31 %) [Godin et al, 2004](12). Une étude longitudinale de dix ans menée auprès d'une cohorte de 1 000 immigrants démontre que plus de 50 % des répondants ont trouvé un emploi dans les 15 semaines suivant leur arrivée, principalement dans l'industrie manufacturière (29 %), le commerce (17 %), l'hébergement et la restauration (10 %). Ils

travaillent dans de petites entreprises de dix employés ou moins (47 %) ou dans de moyennes entreprises de 11 à 100 travailleurs (40 %) et sont rarement syndiqués (15 %) [Renaud et *al*, 2001](13).

Au Canada comme dans tous les pays importateurs de main-d'œuvre, les critères de sélection des immigrants visent à recruter des travailleurs très qualifiés. Une main-d'œuvre qui aura souvent du mal à intégrer le marché de l'emploi avec toute la reconnaissance de ses qualifications. La situation de déqualification de la main-d'œuvre étrangère concerne particulièrement les femmes et surtout celles originaires d'Afrique [Thompson, 2000] (14). Mais le phénomène n'est pas nouveau. Au milieu des années 80, plusieurs travaux dénonçaient les mauvaises conditions d'intégration des femmes immigrantes sur le marché du travail [Labelle et *al*, 1984; Meintel et *al*, 1984] (15, 16), et plus spécifiquement les conditions de travail dans l'industrie de l'habillement où elles représentent la majorité de la main-d'œuvre [Gauvreau, 1994] (17).

Au Québec, des travaux ont levé le voile sur les mauvaises conditions de santé des travailleuses de l'industrie de l'habillement et sur leurs tâches difficiles qui impliquent très souvent des mouvements répétitifs et des charges pondérales importantes [Gauvreau, 1994] (17). Récemment, les travailleurs immigrants du secteur agricole ont fait l'objet d'une attention particulière à cause des risques de lésions professionnelles liés à la manipulation d'instruments tranchants et de produits chimiques, dont les pesticides [Mimeault et *al*, 1999] (18). En général, ces travailleurs immigrants, qualifiés ou non et occupant des emplois réguliers ou temporaires, sont surexposés à des risques de lésions professionnelles pour lesquels ils n'osent pas revendiquer de dispositions particulières à cause de leur besoin d'intégration économique.

Ces écrits sur l'immigration et le travail indiquent que la présence d'une main-d'œuvre étrangère est courante et que le phénomène n'est pas en décroissance dans les pays occidentaux. Cette main-d'œuvre, dont une partie est dorénavant sélectionnée en raison de son haut niveau d'éducation et d'expérience

professionnelle n'occupe pas, au cours des premières années d'installation, des postes correspondant à leurs compétences. Les deux études québécoises citées à cet effet, celle de Godin et *al* [2004] (12) et Renaud et *al*, [2001] (13), sont importantes non seulement pour leur qualité méthodologiques, mais également pour comprendre le contexte social et économique dans lequel s'inscrivent les travailleurs immigrants récemment arrivés. Toutefois, les travailleurs immigrants composant l'échantillon de l'étude sur laquelle repose cette thèse, ne sont pas représentatifs de ceux décrits dans ces deux études. Bien que le niveau d'éducation des travailleurs immigrants de notre échantillon soit supérieur à celui des non-immigrants, il n'atteint pas celui décrit dans l'échantillon des deux études citées, celle de Godin et *al*, [2004] (12) et celle de Renaud et *al* [2001] (13).

2.2 Prévalence des lésions professionnelles chez les travailleurs immigrants

À la fin des années 70 et 90, deux grands symposiums sur la santé des travailleurs immigrants font état des connaissances sur la prévalence des lésions professionnelles chez cette population [BIT, 1977; National Institute for Working Life and SALTSA, 2001] (19, 20). Bien que 20 ans se soient écoulés entre les deux événements, l'état de situation demeure : les travailleurs immigrants sont davantage victimes de lésions professionnelles et de lésions graves que les travailleurs nationaux et ce, indépendamment du pays hôte.

En Allemagne, en 1977, les accidents du travail sont nettement plus nombreux chez les travailleurs immigrants que chez les travailleurs non immigrants [Opfermann, 1977] (21). En effet, pour un travailleur accidenté allemand, on retrouve 2,7 travailleurs immigrants accidentés. Le taux d'accidents s'élève dans les quatre semaines suivant l'entrée au travail et diminue après douze semaines. Quelques années plus tard, les taux entre les travailleurs sont semblables. En France, à peu près à la même époque, soit en 1971, les travailleurs immigrants représentent 10 % de l'ensemble des travailleurs mais totalisent 21 % des accidents [Araiba, 1977] (22). Quelques années plus tard, en 1975, les

taux sont sensiblement les mêmes, avec 21,7 % des accidents chez les immigrants alors qu'ils comptent pour 9,5 % de la main-d'œuvre.

Déjà à cette époque, certains secteurs d'emploi sont pointés dont celui de l'industrie du textile. Les travailleurs immigrants y représentent 6,6 % de l'ensemble des travailleurs, mais totalisent 19,3 % de l'ensemble des accidents de travail. La situation est similaire dans la majorité des pays européens. Aux Pays-Bas, en 1973, le taux d'accidents chez les travailleurs hollandais est de 3,2 %, alors qu'il est de 9,2 % chez les travailleurs immigrants [Djordjevic, 1977] (23). Durant la même période, le taux d'accidents chez les travailleurs suisses est de 2,4 %, alors qu'il est de 3,9 % chez les travailleurs immigrants [Djordjevic, 1977] (23).

À la fin des années 90, le constat demeure le même, bien qu'à partir de cette période les analyses portent sur les écarts de prévalence selon le statut et selon le type de lésions. Ainsi, une étude longitudinale d'une durée de 20 ans menée en Suède de 1975 à 1995 démontre que les lésions musculo-squelettiques (LMS) liées au stress et aux mouvements répétitifs sont davantage diagnostiquées chez les travailleurs immigrants [Statistics Sweden, 2001] (24). En fait, 72 % des travailleurs immigrants doivent manipuler des charges pondérales importantes comparativement à 62 % des travailleurs nationaux, et 16 % occupent des postes qui nécessitent des mouvements répétitifs comparativement à 10 % des travailleurs nationaux, ce qui entraîne plus de lésions professionnelles chez les immigrants [Socialstyrelsen, 1995] (25). Les femmes immigrantes vivant en Suède rapportent également deux fois plus de LMS que les autres travailleuses [Socialstyrelsen, 1998] (26).

Au cours des années 70, les travaux menés en santé et sécurité au travail analysent l'exposition des travailleurs selon le type de risque : chimique, physique ou bactériologique. Pour certains auteurs de la médecine du travail qui ont publié au cours des années 80, « il y a un danger à vouloir systématiquement médicaliser, ergonomiser, mathématiser, les problèmes qui surgissent dans le champ de la santé

au [travail] » [Cassou, 1984] (27). Mais depuis, les stress physiques et psychologiques sont également considérés dans l'analyse de prévalence [Paoli, 1997] (28). Les dimensions psychosociales de la santé et la sécurité au travail font partie de celles considérées dans les facteurs interactifs de l'étude de la prévalence des lésions chez des travailleurs immigrants.

Les auteurs d'une revue américaine en environnement et lésions professionnelles ont fait une méta-analyse de 178 articles américains publiés dans des revues scientifiques de santé et sécurité au travail qui ont inclus des descripteurs ethniques des sujets et font un constat inquiétant de l'état de santé des travailleurs considérés appartenant aux minorités étasuniennes (noires, hispanophones et asiatiques) [Frumklin et *al*, 1999] (29). Ces travailleurs sont surexposés aux risques en raison des postes qu'ils occupent et des stress économiques et sociaux qu'ils subissent, incluant la discrimination raciale. Ces stress les rendent plus vulnérables aux lésions, mais leurs conditions de travail et de rémunération ne leur permettent pas d'accéder aux soins que requiert leur état de santé; situation différente au Québec compte tenu de la gratuité des soins.

Dans une analyse du registre américain des 6 632 décès survenus en 1994 chez les travailleurs, le constat va dans le même sens; le taux de lésions fatales chez les travailleurs immigrants est généralement deux fois supérieur à celui des autres travailleurs, qu'il s'agisse d'homicides, d'accidents de la route ou d'explosions s'étant produits sur les lieux du travail ou lors d'activités professionnelles habituelles [Windau, 1997] (30). Dans les États de la Californie et de New York, la disproportion des taux de lésions professionnelles fatales entre les travailleurs immigrants et non immigrants est importante [Peek-Asa et *al*, 1999] (31).

En Californie, selon les registres de main-d'œuvre et de déclaration des lésions professionnelles, les agences de surveillance de la santé des travailleurs sont en mesure d'établir que les travailleurs latino-américains ne représentent que 17 % de la force de travail de l'État mais 62 % de la main-d'œuvre agricole, 25 %

de la main-d'œuvre manufacturière (textile, aliments, machinerie) et 20 % des travailleurs de la construction [Lopez et *al*, 2000] (32). Ils se concentrent dans les secteurs industriels où la prévalence des lésions graves et mortelles (cancer de la bouche, des voies respiratoires, brûlures aux yeux et plomb dans le sang) est la plus élevée [California Working Immigrant Safety and Health, 2002] (33). Dans le registre de 1986 des lésions professionnelles de la Californie qui compte 5 737 déclarations d'accidents et de maladies professionnelles, les Hispanophones de cet État ont un risque relatif de souffrir d'une maladie professionnelle ou d'une lésion d'origine accidentelle de 2,2 par rapport aux Blancs et de 1,4 par rapport aux Noirs [Robinson, 1989] (34).

Même lorsqu'il s'agit de lésions non fatales mais irréversibles, la prévalence chez les travailleurs immigrants est supérieure à celle retrouvée chez les Blancs. Une étude menée dans les hôpitaux de l'État du New Jersey constate que pour 637 amputations de doigt conséquentes à un accident de travail que les établissements traitent au cours d'une année, les amputations sont deux fois plus fréquentes chez les Latino-Américains que chez les Blancs ou les Afro-Américains [Sorock et *al*, 1993] (35).

Depuis les années 60, selon les fichiers des lésions professionnelles de la Californie qui comptent annuellement plusieurs milliers de déclarations, des chercheurs ont pu calculer que le risque excessif de lésions professionnelles a diminué en général chez les Afro-Américains, mais il a augmenté chez les femmes afro-américaines et les femmes hispanophones [Robinson, 1987] (36). Concernant ces deux groupes, ce ne sont pas les conditions de l'immigration récente qui les exposent indûment à des risques de lésions professionnelles, mais bien leur condition de travailleuses plus âgées. Ainsi, dans une revue, des 12 654 travailleurs qui se sont vus contraints de prendre une préretraite aux États-Unis en 1992, les femmes, les Noirs, les Mexicains et les Latino-Américains sont surreprésentés [Santiago et *al*, 1996] (37). Selon ces auteurs, à défaut de pouvoir trouver des emplois offrant de meilleures conditions, les femmes noires ou hispanophones continuent à travailler à la chaîne malgré leurs limitations

fonctionnelles résultant de traumatismes à répétition. Elles sont plus vulnérables aux autres lésions professionnelles et doivent se retirer plus jeunes du marché du travail en raison de multiples microtraumatismes qu'elles cumulent.

La situation est semblable chez les travailleurs maghrébins installés depuis longtemps en France qui travaillent depuis plusieurs années sur la même chaîne de production et souvent au même poste, et qui finissent par développer des pathologies liées aux mouvements répétitifs. C'est ce que constatent les auteurs d'une méta-analyse des publications françaises et belges d'études sur les pathologies associées aux chaînes d'assemblage automobile [Carrière *et al*, 1984] (38). Une étude canadienne menée auprès des 70 travailleuses immigrantes travaillant depuis plusieurs années dans trois industries du vêtement de la ville de Toronto fait les mêmes constats : le travail en manufacture les expose à des traumatismes à répétition parce qu'elles doivent exécuter leurs tâches en adoptant des postures non ergonomiques, en manipulant des instruments vibrants ou chauffants et ce, dans des espaces mal ventilés et insuffisamment éclairés provoquant fatigue et troubles respiratoires [Gannagé, 1999] (39).

Ayant réalisé une recension des études faisant état des mêmes disparités dans la prévalence des lésions professionnelles selon l'origine des travailleurs et après avoir analysé depuis 1970 les registres annuels des lésions professionnelles du Bureau of Labor Statistics des États-Unis, Murray conclut que la surveillance épidémiologique des lésions professionnelles devrait systématiquement contrôler le statut des travailleurs dans l'analyse des expositions aux risques [Murray, 2003] (40). Cette recommandation devrait s'appliquer aux divers travaux sur les lésions d'origine professionnelle, incluant ceux spécifiques à des problématiques pointues telles que le cancer chez les travailleurs, car l'on sait que les travailleurs immigrants et noirs des États-Unis sont surexposés aux produits chimiques dans les industries pétrochimique et agricole. Une vaste recension des études épidémiologiques du cancer chez les travailleurs a dénombré peu de travaux (12 %) comparant la prévalence selon l'origine des travailleurs [Kipen *et al*, 1991]

(41). Il en est de même pour les analyses comparées selon le sexe [Zahm et *al*, 1994] (42).

Au Québec, nous ne disposons pas de données permettant d'établir la prévalence de ces lésions d'après l'origine des travailleurs. On peut, néanmoins, supposer que certains rapprochements sont possibles, toutes proportions gardées, par exemple pour les secteurs de la construction, de la transformation et de la restauration, de la fabrication des vêtements et de l'industrie pétrochimique [CSST, 1991] (43).

Bien que le Québec se soit doté d'un système de sélection des immigrants fondé sur les qualifications professionnelles, leur intégration économique n'est pas nécessairement congruente avec leur formation et leur expérience professionnelle. Parmi l'échantillon des sujets (n=1579) sélectionnés selon la nouvelle grille implantée en 1996 par le MRCI, 30 % des travailleurs immigrants sont employés comme professionnels, 11 % comme cols blancs et 57 % comme cols bleus, c'est-à-dire comme ouvriers [Godin et *al*, 2004] (12). En fait, au Québec, les personnes immigrantes sont deux fois plus nombreuses que les personnes non immigrantes dans les métiers liés à la fabrication, au montage et à la réparation dans les industries, dont celles du vêtement où les risques de lésions liées au mouvement répétitif sont élevés [UTTAM, 1998] (44).

Les études de prévalence des lésions professionnelles menées à partir des fichiers de déclarations obligatoires des lésions professionnelles, comme celles réalisées dans les années 70 par les grandes institutions européennes du travail telles que le BIT [1977] (19) et le National Institute for Working Life and SAL TSA [2001] (20), ont apporté une contribution très intéressante à la reconnaissance du phénomène de la surexposition des travailleurs immigrants aux lésions professionnelles. Les études américaines, en se basant également sur le même type de fichier, comme celles de Windau [1997] (30) et Santiago et *al*, [1996] (37), ont réussi, à la différence des études européennes, à décrire la surexposition des travailleurs selon leur origine ethnique et raciale

indépendamment de leur statut d'immigration. Dans le cadre de cette thèse, il est impossible d'inférer les résultats de l'étude auprès d'un échantillon de travailleurs à l'ensemble de la population des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles parce que ni les fichiers des lésions professionnelles du Québec ni ceux des autres provinces canadiennes ne disposent d'une quelconque information permettant d'analyser la prévalence et la gravité des lésions selon l'origine des travailleurs.

2.3 Facteurs de risque spécifiques aux travailleurs immigrants

Les causes structurelles liées au marché de l'emploi et les causes personnelles liées au parcours migratoire des travailleurs peuvent expliquer une prévalence plus élevée des lésions chez les travailleurs immigrants. La structure du marché de l'emploi fait en sorte que les emplois disponibles pour l'immigrant récemment arrivé sont ceux qui comportent le plus de risques et offrent le moins d'avantages. Au cours des premières années d'installation, le travailleur immigrant accepte ces conditions par obligation financière et tentera par la suite de trouver des emplois correspondant à ses qualifications bien que celles-ci ne soient généralement reconnues que partiellement.

Les emplois occupés par les travailleurs immigrants se retrouvent très souvent dans des secteurs à risque [RoSPA, 1992; Frederic-Moreau, 1977] (45,46) dont les travailleurs nationaux ne veulent pas, qui demandent peu de qualifications et qui offrent très peu de perspectives d'avenir [Au bas de l'échelle, 1992] (47). Les conditions de travail observées par les auteurs sont difficiles; à la difficulté de la tâche s'ajoutent un environnement peu salubre, bruyant [Legault-Faucher, 1991] (48), du stress, des pressions de l'employeur et des tâches répétitives [Carrière et al, 1984] (38), ce qui augmente considérablement le risque de blessures. Les emplois sont souvent offerts sur une base saisonnière ou temporaire [Hamm et al, 1992] (49), ce qui ne permet pas d'acquérir l'expérience suffisante pour accomplir la tâche sans risque. Or, le taux d'accidents chez les travailleurs temporaires est de 12,1 %, alors qu'il est de 5,2 % chez les salariés réguliers [Legault-Faucher, 1991]

(48). Les entreprises employant la main-d'œuvre immigrante se regroupent généralement dans les secteurs manufacturiers rarement syndiqués, connus pour leur rythme accéléré de remplacement du personnel et pour favoriser l'embauche de personnel au noir [Bellefeuille, 1992] (50).

De telles conditions d'emploi sont également associées à des risques plus importants de harcèlement et d'abus [Hamm et *al*, 1992] (49). De telles conditions psychosociales peuvent aggraver un état de santé précaire et exposer indûment le travailleur à des lésions accidentelles. Ce type de rapprochement est rapporté dans les travaux portant sur les effets néfastes de la discrimination au travail à l'égard des femmes noires prédisposées à de l'hypertension artérielle [Light et *al*, 1995; Krieger, 1990] (51, 52).

Les travailleurs immigrants sont plus exposés aux accidents au cours des premières années d'intégration. Selon une étude française [Opfermann, 1977] (21), le nombre d'accidents subis par les travailleurs immigrants est deux fois plus élevé que chez les travailleurs non immigrants, surtout pendant les deux premières années suivant l'installation. Des travaux récents menés en Suède soulignent la persistance du phénomène : les accidents de travail sont plus nombreux chez les immigrants jeunes et peu expérimentés, ayant moins de six années d'expérience dans l'entreprise [Döös et *al*, 1994] (53). Les travailleurs immigrants âgés de 20 à 30 ans sont les plus touchés. Toutefois, il faut noter que plusieurs de ces études ont été réalisées à partir des déclarations des accidents dans l'entreprise et non à partir des systèmes d'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles. Même en tenant compte des problèmes de communication lors de la formation ou de compréhension des consignes lors de l'exécution des tâches, et tout en mesurant les compétences linguistiques des travailleurs, une étude anglaise qui a revu plus de 4 000 accidents conclut que la prévalence des lésions chez les travailleurs immigrants est supérieure à celle chez les travailleurs nationaux parce qu'ils sont surreprésentés dans les emplois comportant un risque d'accidents et de maladies professionnelles [Baker, 1987] (54).

Certains immigrants récents sont plus vulnérables aux lésions professionnelles en raison de leur inexpérience dans les emplois manuels (opérateur ou manutentionnaire), emplois qu'ils peuvent facilement obtenir sans égard à leur formation, à leur entraînement et à leurs habiletés linguistiques. En effet, leurs problèmes de communication peuvent les exposer indûment à des risques de lésions. La mauvaise connaissance de la langue entraîne un isolement et une incompréhension de la société d'accueil et de ses règles [Krahn et *al*, 1990; Nash, 1990] (55, 56).

Pour certains, ces difficultés à maîtriser la langue nuisent d'abord à la compréhension des normes de sécurité et pour d'autres, elles limitent seulement l'accès au système d'indemnisation [Krahn et *al*, 1990; Nash, 1990] (55,56). Mais peu importe le point de vue, la situation peut être grave. Dans l'industrie chimique aux États-Unis, où un travailleur sur cinq est allophone, les risques d'explosion sont importants et la principale cause associée est la formation inappropriée ou totalement absente des travailleurs allophones sur la manipulation des matériaux dangereux [White, 1999] (57). Même s'il existe une mise en garde des risques à la manipulation des produits, cette mise en garde s'inscrit dans un registre culturellement déterminé qui n'est pas nécessairement compréhensible aux personnes immigrantes ou peu scolarisées [Smith, 1993] (58).

D'autres facteurs de risque se combinent à ceux précédemment identifiés tels que les difficultés d'adaptation à un nouveau mode de vie et les obstacles socioculturels à l'intégration. À cela s'ajoute la très grande mobilité d'emploi du travailleur immigrant, ce qui renouvelle les risques d'accidents à chaque adaptation à l'emploi. S'il y a des variations dans l'intégration des nouveaux arrivants, ceux-ci ont tous en commun la peur ou plutôt les peurs de déclarer leur lésion. Ces peurs sont multiples et variées. Il s'agit de la peur des institutions, des avocats, des médecins, de l'employeur et d'autres craintes, dont celles de ne pas obtenir la citoyenneté ou d'être déportés dans leur pays d'origine [Henshaw, 2002] (59). Ces peurs tiennent le travailleur à l'écart de toute forme de regroupement social. C'est la loi du silence pour éviter tout changement à leurs

conditions et ainsi préserver leur emploi [WISH, 2002] (60). Les craintes expliquent en partie pourquoi le travailleur immigrant accidenté ne fait pas de suivi médical rigoureux pour sa condition, ce qui le dessert lors d'un recours judiciaire. Ces craintes et l'isolement dont souffre le nouvel arrivant peuvent entraîner des souffrances psychologiques importantes et l'éloigner des organisations syndicales et des mouvements de mobilisation syndicale.

« Les immigrants qui occupent des postes de manœuvre savent qu'on peut facilement les remplacer. Étant donné la précarité de leur situation, ils ne veulent peut-être pas mettre en doute des méthodes de travail dangereuses ou des risques liés à leur emploi, par peur d'être licenciés ou rétrogradés. Ils peuvent aussi refuser de parler de leurs propres problèmes de santé pour conserver leur poste. Par exemple, un immigrant négligera des lésions attribuables au travail répétitif jusqu'à ce qu'elles entraînent des douleurs intolérables (et pour s'en remettre, il devra manquer longtemps) » [Hamm et *al*, 1992, p.17] (49).

Malgré un large éventail de mesures possibles pour réduire les risques de lésion, il faut considérer qu'au départ les travailleurs immigrants n'ont pas la même perception du risque. Le travailleur immigrant qui a des proches sur qui compter dans le pays d'accueil disposera de moyens plus efficaces pour intégrer les mesures de sécurité au travail et ce, d'autant plus si ses proches ont un statut légal [El Batawi, 1997] (61). Initié par un proche de sa communauté, le travailleur immigrant est plus sensible aux risques d'accident. Il comprend davantage la tâche et ses risques, et est plus à même de saisir les signes précurseurs du risque dans son environnement (bruit, vibration). De plus, des compatriotes en emploi depuis des années auront expérimenté directement ou indirectement les lésions professionnelles et le système d'indemnisation, et seront alors plus aptes à orienter un collègue.

Pour expliquer les causes liées à la surexposition des travailleurs immigrants aux lésions professionnelles, la majorité des études se sont basées sur des observations empiriques en entreprise ou au sein d'un corps de métier ou d'une profession comme l'ont fait White [1999] (57), Hamm et *al*, [1992] (49), [El Batawi, 1997] (61), Krahn et *al*, [1990] (55), Nash, [1990] (56). Certaines études menées dans une seule grande entreprise, comme celle de Döös et *al*, [1994] (53), ont pu constituer leur échantillon à partir du registre des employés et dans certains cas, contrôler l'influence de certaines variables dont le statut et la durée en emploi lorsqu'elles étaient consignées. Ces variables sont rarement disponibles dans les fichiers publics de déclaration des lésions professionnelles.

2.4 Indemnisation des travailleurs immigrants

Chaque État américain et chaque province canadienne ont leur système d'indemnisation qui, dans certains cas, repose sur une mutuelle d'assurance unique gérée par une commission publique ou sur deux, ou même trois, mutuelles d'assurances privées. Chaque système a des indicateurs, des mesures de performance des coûts, des procédures, des taux de réintégration des travailleurs sur le marché du travail et des critères d'admissibilité [Greenwood, 2000] (61). Cela rend quasiment impossible la comparaison des taux d'acceptation et de refus des demandes d'indemnisation d'un système à l'autre. Néanmoins, plusieurs études menées auprès de travailleurs ont permis de documenter les taux d'acceptation selon les types de lésions, mais surtout de circonscrire le problème de la sous-déclaration des lésions professionnelles.

Au Québec, le système repose sur une mutuelle d'assurances unique gérée par une administration publique. La Commission de la santé et de la sécurité du travail, la CSST, a ouvert, en 2003, 155 358 dossiers pour des lésions professionnelles. Les taux de refus diffèrent selon le type de lésion : environ 10 % des dossiers ouverts pour des lésions d'origine accidentelle et 47 % de ceux ouverts pour une maladie professionnelle ont été refusés [CSST, 2003] (63). Dans la province de l'Ontario, où deux mutuelles d'assurances se partagent la responsabilité de l'indemnisation, une étude menée auprès de 290 travailleurs

indique que 78 % des répondants de l'une des deux mutuelles et 37 % de la seconde ont été indemnisés dès la première réclamation [Injured Worker Participatory Research Project, 2001] (64) indistinctement des types de lésion en cause. Dans les deux cas, ces taux ne sont pas calculés selon l'origine du travailleur.

Ces taux globaux de refus masquent généralement une variabilité importante liée aux diagnostics. Ainsi, dans une étude manitobaine qui a revu 382 réclamations déposées en 1991 à la Commission des lésions professionnelles pour une lésion des membres supérieurs résultant de traumatismes liés à des mouvements répétitifs, seulement 9,3 % des réclamations ont été acceptées [Yassi *et al*, 1996] (65). Et comme le soulignent les auteurs de l'étude, c'est un taux dérisoirement bas compte tenu que dans cette catégorie de lésions, on retrouve les diagnostics les plus fréquemment inscrits pour des réclamations, soit les tendinites (27,5 %) et les syndromes du canal carpien (19,3 %), des lésions professionnelles qui affectent une proportion importante de travailleurs de l'industrie alimentaire (14,7/1000), de l'industrie de la fabrication, de l'assemblage et la métallurgie (9,3/1000) et de la viande et de la volaille (23,5/1000). En général, ces diagnostics sont reconnus pour les travailleurs du milieu cléricale (13,6 %), alors qu'ils sont proportionnellement beaucoup moins affectés que les autres travailleurs (0,7/1000). Or, il se trouve que les immigrants travaillent majoritairement dans ces secteurs où les lésions les plus fréquentes sont les moins bien indemnisées.

Au-delà de ces taux de refus, il y a également toute une proportion de travailleurs qui, malgré des lésions importantes, ne sont pas indemnisés parce qu'ils n'en font pas la demande. Dans une étude canadienne menée dans quelques provinces, 2 500 citoyens, excluant les allophones, ont été interrogés par entrevue téléphonique. Des 255 répondants qui ont rapporté avoir souffert d'une lésion d'origine professionnelle au cours des 12 derniers mois, 218 étaient admissibles à des indemnités, mais 40 % d'entre eux n'en ont pas fait la réclamation et ce, sans différence significative au fait d'être syndiqué ou non [Shannon *et al*, 2002] (66).

Ce taux de sous-déclaration est important mais moindre que ceux relevés dans plusieurs études américaines.

Des études américaines, réalisées dans divers États et avec des méthodologies différentes, constatent également une sous-déclaration importante. Une étude menée au Michigan auprès de 30 000 travailleurs identifiés par les professionnels de la santé comme souffrant d'une lésion professionnelle, révèle que 55 % des ces travailleurs n'ont pas réclamé d'indemnité [Biddle et *al*, 1998] (67) et que, des 1 598 qui ont eu un diagnostic de LMS, seulement 25 % ont fait une réclamation [Rosenmen et *al*, 2000] (68). Dans une autre étude, cette fois menée dans l'État du Connecticut auprès de 292 travailleurs ayant rapporté des douleurs chroniques résultant d'une lésion causée par des traumatismes répétitifs ou ayant été identifiés par des médecins comme souffrant de telles douleurs, seulement 10 % d'entre eux ont fait une réclamation [Morse et *al*, 1998] (69). Les auteurs de cette dernière étude ont repris leurs travaux en comparant cette fois deux fichiers de rapports médicaux et en sélectionnant les quatre catégories les plus importantes de LMS (syndrome du canal carpien, tendinite, syndrome associé à la vibration et inflammations musculaires). Ils arrivent à un constat similaire : seulement 6,7 % des travailleurs inscrits dans le premier fichier et 8 % de ceux inscrits dans le second ont fait une réclamation [Morse et *al*, 2001] (70).

La sous-déclaration est importante dans la population en général et l'est davantage chez les travailleurs immigrants. Une étude australienne a comparé plus de 11 000 demandes de consultations hospitalières pour lésions professionnelles au cours de l'année 1985 aux demandes de réclamation adressées à la commission nationale de santé et sécurité au travail de la même année. Cette étude démontre que, comparativement aux travailleurs nationaux, la prévalence des lésions professionnelles est plus grande et les lésions plus graves chez les travailleurs immigrants [Alcorso, 1988] (71). Ceux-ci sont également beaucoup moins nombreux à faire des réclamations.

Il serait concevable d'associer le phénomène de la sous-déclaration à la non-syndicalisation des travailleurs, mais il n'en ait rien puisque la sous-déclaration des lésions chez les travailleurs immigrants de la Californie est moindre même chez ceux qui sont syndiqués. Dans une étude faite auprès de plus de 300 membres d'un syndicat d'employés d'hôtel de San Francisco, composé majoritairement de Latino-Américaines et d'Asiatiques, 77 % des travailleurs ont admis avoir souffert de lésions et de douleurs, mais seulement 23 % ont fait une réclamation [Lee et *al*, 2003; Krause et *al*, 1999] (72, 73). Même si des efforts sont déployés pour informer les travailleurs de leurs droits en cas de lésions professionnelles, peu s'en prévalent. Lors d'une expérience de sensibilisation aux droits à l'indemnisation réalisée auprès d'une centaine de travailleurs ayant consulté pour une lésion professionnelle dans une clinique médicale gratuite dédiée à la communauté asiatique de San Francisco, 97 % des travailleurs rencontrés se sont fait soigner mais ont refusé de faire une demande d'indemnisation, craignant des représailles [Lashuay et *al*, 2002] (74).

Les études documentant les taux de refus ou de non-réclamation selon le type de lésion, de diagnostic ou d'entreprise ont généralement été réalisées avec beaucoup de rigueur, s'appuyant pour la plupart sur les fichiers de réclamation des lésions, bénéficiant d'un large échantillon de sujets et de variables bien documentées. Pour la majorité de ces études, comme c'est le cas de celle menée par Yassi et *al*, [1996] (65), il s'agit d'analyse secondaire de données des registres prévus à des fins actuarielles. D'autres études ont pu recourir au croisement de fichiers entre celui des déclarations médicales des lésions professionnelles et celui des réclamations comme ce fut le cas pour les études de Biddle et *al*, [1998] (67) et [Alcorso, 1988] (71), ils ont pu ainsi documenter rigoureusement le phénomène de la sous-réclamation. Mais pour mettre en place une telle méthodologie et autoriser ce type de croisement, il faut une volonté politique soutenue de lutte aux inégalités sociales.

Pour interroger les sujets sur leurs motivations personnelles à réclamer ou non des indemnités, l'analyse secondaire des données à partir de ce type de

registre n'est pas appropriée. Des chercheurs tels que Shannon et *al*, [2002] (66), Rosenman et *al*, [2000] (68) et Morse et *al*, [1998] (69), ont dû procéder par enquête rétrospective au sein de la population. Or, la plupart des devis de ces études menées auprès de la population en général, comme celle de Shannon, ont des critères d'échantillonnage qui excluent les allophones pour des raisons de faisabilité. Par contre en échantillonnant par type d'entreprise, dont celle de l'hôtellerie, les études de Lee et *al*, [2003] (72), Krause et *al*, [1999] (73) et Lashuay et *al*, [2002] (74) s'assuraient d'une surreprésentation des travailleurs immigrants et allophones, mais introduisaient par le fait même d'importants biais de sélection pour le type de lésion et la précarité d'emploi.

Malgré ces considérations méthodologiques, une question demeure : pourquoi une majorité de travailleurs ne réclament-ils pas d'indemnités alors qu'ils ont un diagnostic précis et souffrent de douleurs chroniques? La littérature relate un ensemble de barrières à l'accessibilité qui varient selon le statut, le sexe et le niveau socioéconomique des travailleurs.

2.5 Barrières d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants

Trois types de barrières font obstacle à l'accès à l'indemnisation. Les barrières intrinsèques aux travailleurs résultant de leurs craintes, fondées ou non, à déclarer leur lésion et à réclamer des indemnités. Il y a aussi les barrières structurelles liées au système d'indemnisation et aux autres systèmes, dont ceux de la santé et du marché du travail, qui interagissent avec le système d'indemnisation. Et finalement, il y a les barrières qui sont à l'interface des barrières structurelles et intrinsèques des travailleurs, et qui découlent de l'ignorance des travailleurs quant à leurs droits; ignorance qui résulte à la fois d'un manque d'investissement du système à faire connaître les procédures et les règles, et de la négligence des travailleurs à s'enquérir adéquatement de leurs droits. Ces barrières s'entremêlent et prennent des dimensions différentes selon qu'il s'agit d'une lésion survenue lors d'un événement accidentel ou à la suite d'une maladie.

2.5.1 Barrières d'accès liées au milieu du travail

Les raisons pour lesquelles un travailleur réclame ne sont pas nécessairement à l'opposé de celles du travailleur qui ne réclame pas. Dans une étude menée en 1996 au Michigan auprès de 2 703 travailleurs souffrant d'une LMS liée aux mouvements répétitifs, seulement 25 % ont fait une réclamation [Rosenman, 2000] (68). Dans cette étude, les travailleurs qui réclament sont ceux qui sont en arrêt de travail depuis au moins une semaine (ratio : 14,9), qui suivent des traitements spécialisés (ratio : 3,6), qui sont en emploi depuis plus de 21 ans (ratio : 3,0), qui ont des limitations importantes (ratio : 2,2), qui ont des revenus inférieurs à 40 000 \$ par année (ratio : 1,8) et qui sont insatisfaits de leurs relations de travail (ratio : 1,8). Quant à ceux qui auraient pu se prévaloir de ce droit mais ne l'ont pas fait, ils considèrent que leur lésion est sans gravité (59 %), craignent de perdre leur emploi (58 %) ou s'inquiètent des changements que cela apporterait à leur position dans l'entreprise (36 %).

2.5.2 Barrières d'accès au système médical

Le système d'indemnisation est structuré de telle sorte que d'autres systèmes, dont ceux des soins médicaux, de l'aide juridique et du marché de l'emploi, interfèrent à plusieurs paliers. Au départ, l'attitude des collègues de travail est déterminante sur la perception qu'a le travailleur de la gravité de sa lésion. Elle dictera les démarches à entreprendre lorsque survient un accident ou que les symptômes de la maladie apparaissent [Webb et *al*, 1989] (75), dont celles de déclarer et de consulter immédiatement ou plus tard des services médicaux. Ainsi, dans une étude réalisée à Montréal auprès de 104 travailleurs ayant connu des parcours difficiles d'accès à l'indemnisation, la majorité des travailleurs (80 %) déclarent à leur employeur leur accident la journée même, mais 32 % des travailleurs immigrants tardent à le faire et ne déclarent qu'au cours de la semaine suivante. Et lorsqu'il s'agit d'une maladie professionnelle, 33 % des travailleurs immigrants attendront plus d'un mois avant de déclarer leur lésion comparativement à 8 % chez les travailleurs non immigrants [Patry et *al*, 2005] (76).

La seconde étape du processus est évidemment les consultations médicales. Là encore la comparaison est difficile puisque chaque province canadienne et chaque État américain ont des systèmes de services médicaux différents. Certains sont gratuits, d'autres privés, d'autres encore assurés par l'employeur ou par le travailleur. Dans le cadre d'une commission d'enquête sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles en Californie, la gratuité [Dembe et *al*, 2003] (77) et la qualité de l'accès aux soins médicaux ont été examinées [Dembe et *al*, 2003] (78). Cette commission s'appuie, entre autres, sur les résultats d'une étude ayant révisé 800 réclamations de travailleurs indemnisés par le système californien qui constate que : 13,3 % des travailleurs rapportent avoir eu des problèmes avec le système de soins, 25 % se disent insatisfaits des soins prodigués, 40 % considèrent que les professionnels n'ont pas compris l'impact de leur lésion sur leur capacité à maintenir leur rythme et leur performance au travail et près du tiers déplore que leur médecin n'ait pas formulé de recommandations appropriées pour leur retour au travail et ce, sans compter que 23 % ont dû réclamer au système d'indemnisation des frais médicaux supplémentaires non couverts par leur assurance médicale [Rudolph et *al*, 2003] (79). Les auteurs d'une revue des diverses études sur la qualité des soins médicaux prodigués aux travailleurs victimes de lésions constatent que les professionnels de la santé ont une perspective à court terme de l'impact des lésions et ont tendance à être optimistes quant aux capacités du travailleur à réintégrer ses fonctions; or, les rechutes et les récidives sont fréquentes [Himmelstein et *al*, 2004] (80).

Il est commun que les travailleurs retournent au travail avec des douleurs persistantes. Une étude menée auprès de 169 travailleurs du New Hampshire, un an après qu'ils ont été indemnisés, révèle que 82,8 % sont en emploi, mais que la moitié souffre quotidiennement de douleurs, particulièrement à la fin de la journée [Pransky et *al*, 2000] (81). De plus, 40 % de ceux retournés au travail ont fait une rechute mais n'ont pu faire de réclamation puisqu'ils étaient hors délai.

Les rechutes et les récurrences sont fréquentes chez les travailleurs qui souffrent de LMS, et tout particulièrement chez ceux dont la lésion est une résultante d'un traumatisme lié à des mouvements répétitifs. Les travailleurs qui souffrent de ce type de lésion présentent généralement plus d'un problème à la fois, leur rechute révélant souvent la présence de deux traumatismes ou plus. Une étude, menée à Sao Paulo auprès de 103 travailleurs victimes de lésions professionnelles en arrêt de travail en moyenne pour 21 mois, constate que 76 % ont trois diagnostics et plus, et présentent les mêmes symptômes que des patients souffrant de fibromyalgie [Helfenstein et *al*, 2000] (82). Ces personnes travaillent, entre autres, sur des chaînes de montage ou comme opérateur, poste qu'occupent bien des travailleurs immigrants et tout particulièrement les femmes et ceux d'immigration récente.

Il n'est pas rare que les travailleurs souffrant de douleurs chroniques finissent par développer également des troubles anxieux. Ainsi, une étude ergonomique réalisée auprès de 63 travailleurs provenant tous d'une même usine d'une petite localité en Angleterre a démontré que l'anxiété de la rechute et le poste occupé sont les principaux facteurs qui prédisent la persistance des douleurs chroniques [Helliwell et *al*, 1992] (83). Les troubles anxieux apparaissent avec la persistance des douleurs et ne sont pas seulement associés à la réintégration au travail, mais à toutes les sphères de la vie quotidienne. Dans une étude menée au Maryland auprès de 537 travailleurs quatre ans après leur indemnisation, la majorité d'entre eux mentionnent que les conséquences de leur lésion interfèrent encore avec leurs activités professionnelles (53 %), domestiques et récréatives (64 %) et avec leur sommeil (44 %), et près du tiers (31 %) ont fini par développer des symptômes de dépression [Koegh et *al*, 2000] (84).

Rares sont les études qui documentent l'accès aux soins médicaux des travailleurs immigrants. Toutefois, l'étude commandée par la Commission de santé et de la sécurité du travail de la Californie démontre que les travailleurs immigrants accèdent difficilement aux soins médicaux à cause des barrières de la langue et des coûts [Sum, 1996] (85). La situation est particulièrement alarmante

pour les milliers de Latino-Américains travailleurs agricoles saisonniers des grandes fermes. Ils ne sont pas couverts par un régime public de santé alors qu'ils sont surexposés à des risques de lésion et doivent généralement s'en remettre aux conditions de protection de leur employeur pour assurer les coûts de leurs soins médicaux [Villarejo et *al*, 2000] (86).

Les travailleurs qui ne sont pas auscultés de façon appropriée ou qui obtiennent des diagnostics imprécis parce que la consultation s'est déroulée sans la présence d'un interprète adéquat sont dépossédés de l'élément essentiel à la demande de réclamation d'indemnités : un diagnostic qui établit un lien tangible entre la lésion et le travail.

2.5.3 Barrières administratives du système d'indemnisation

L'ampleur de la sous-déclaration témoigne de la méconnaissance des travailleurs de leurs droits mais également de leur réticence à s'inscrire dans un processus administratif qualifié de complexe et de frustrant. Une étude menée en 1990 auprès de 204 travailleurs de la Floride et de 198 travailleurs du Wisconsin indemnisés pour un minimum de quatre semaines constate que même si la majorité des travailleurs ont eu des interactions positives avec le système d'indemnisation, ces travailleurs ont été embarrassés par les questions posées lors du traitement de leur dossier et se sont sentis diminués par les suspicions à leur égard et frustrés par les refus et les délais de paiement [Strunin et *al*, 2004] (87). Bien que les règles administratives prévoient un délai de 14 jours pour verser les indemnités aux travailleurs dont la réclamation est acceptée, 56 % des travailleurs de la Floride et 19 % de ceux du Wisconsin ont bénéficié des compensations salariales, mais plusieurs semaines, voire plusieurs mois au-delà de la période d'attente prévue. Les travailleurs à faible revenu, dont font partie la majorité de travailleurs immigrants, sont rarement dans une situation financière qui leur permette d'attendre si longtemps, sauf s'ils souffrent d'une incapacité importante.

Les pertes de revenu sont majeures pour ceux qui sont indemnisés quelques semaines et ce même si le montant des indemnités est fixé à 60 % du

revenu. Dans un modèle mathématique de régression basé sur les données du fichier des travailleurs de l'État du Wisconsin indemnisés au cours de l'année financière 89-90 qui ont été jumelés à ceux ayant eu recours à la suite de leur lésion, à des prestations d'assurance chômage, il a été démontré qu'au-delà de huit semaines, les pertes de revenu sont substantielles, les indemnités de remplacement du revenu ne représentant que 52 % des revenus antérieurs des hommes et 40 % de ceux des femmes [Boden et *al*, 1999] (88). Ces pertes de revenu, aussi minimales soient-elles, vont freiner beaucoup de travailleurs bas salariés à procéder à une réclamation; ils choisiront de retourner au travail malgré leur lésion afin de s'éviter une diminution de revenu.

L'appauvrissement des travailleurs victimes de lésions professionnelles est d'autant plus grand pour ceux qui ne réclament pas des indemnités. Ainsi, dans une étude menée auprès de 3 200 citoyens du Connecticut, des 292 cas identifiés médicalement comme souffrant de LMS d'origine professionnelle, seulement 21 % ont réclamé des indemnités [Morse et *al*, 1998] (69). La comparaison de ces 292 individus avec un groupe témoin de 551 citoyens montre que ces travailleurs font face, dans une proportion supérieure, à plusieurs difficultés financières consécutives à leur lésion : déménager dans un logis plus économique (ratio : 2,4), vendre la maison (ratio : 3,4) et vendre la voiture (ratio : 2,5). Une autre étude, menée cette fois auprès de 1 000 travailleurs ayant fait des réclamations d'indemnisation dans l'État du Texas, arrive à la même conclusion et démontre que, même indemnisés, les travailleurs doivent avoir recours aux bons alimentaires et s'enquérir d'une aide financière auprès de proches parents [Texas Workers' Compensation Research Center, 1995] (89).

L'incompréhension linguistique et conceptuelle des règles d'admissibilité et les craintes associées aux pertes de revenu sont des conditions suffisantes pour freiner les travailleurs, et plus particulièrement les travailleurs immigrés récemment et allophones, dans leurs démarches afin d'obtenir des indemnités. À cela s'ajoutent l'appréhension des contestations, des refus et une perte du lien d'emploi si le travailleur s'engage dans des poursuites légales.

2.5.4 *Barrières associées aux recours en cas de refus*

Au Québec, les travailleurs qui font appel d'une décision se retrouvent généralement parmi les 10 % à 12 % de réclamants dans l'ensemble des travailleurs qui ont vu leur requête d'indemnisation refusée à la CSST (43). Le processus d'appel est encore plus complexe que la demande initiale et fait référence à des règles de droit que très peu de travailleurs maîtrisent. Le recours à un représentant pour défendre sa cause est fréquent et, selon certaines études, les résultats de la défense seront plus ou moins positifs selon le représentant retenu (avocat, syndicat, soi-même). Toutefois, ces procédures sont coûteuses et très peu de travailleurs, particulièrement ceux d'immigration récente, sont en mesure de les assumer.

Une étude ontarienne a révisé 3 837 demandes d'appel déposées à la Commission de la santé et de la sécurité du travail de cette province, pour lesquelles les décisions ont été rendues entre 1986 et 1989 [Hyatt *et al*, 2000] (90). De cet échantillon de 3 837 causes, 36,5 % ont été refusées en appel, 8,7 % ont été acceptées partiellement et 54,8 % l'ont été en totalité. Près de la moitié des appelants se sont représentés eux-mêmes, 17 % l'ont été par leur syndicat, 14 % par un représentant du bureau des conseillers de la commission provinciale de la santé et de la sécurité du travail, 8 % par un avocat, 6 % par un politicien, 3 % par un avocat spécialisé en droit du travail et 3 % par un consultant d'un organisme militant pour la défense des travailleurs. Dans cette étude, les travailleurs représentés par un membre du bureau des conseillers de la commission provinciale de la santé et de la sécurité du travail ou par leur syndicat ont obtenu une deuxième décision totalement favorable. Contrairement aux précédents, ceux qui étaient représentés par un avocat, un consultant d'un organisme de défense ou par eux-mêmes ont davantage obtenu un deuxième refus. La majorité (70 %) des travailleurs qui sont allés en appel de la décision travaillent pour des employeurs qui ont déjà comparu à la cour d'appel pour d'autres causes. Les résultats de cette étude ne distinguent pas la situation des travailleurs immigrants. Toutefois, ils précisent que 22 % des causes ont nécessité la présence d'un interprète.

Les résultats de cette étude diffèrent un peu de ceux de l'étude new-yorkaise ayant révisé 25 842 demandes d'appel entre 1971 et 1978 et qui conclut que les travailleurs représentés par un avocat obtiennent plus fréquemment gain de cause [Thomason, 1995] (91). Il faut peut-être y voir une différence régionale dans la façon de formuler une demande d'appel ou une évolution des commissions d'appel quant à la crédibilité des représentants. Néanmoins, les résultats de cette étude ont démontré que les travailleurs faisant appel en dehors des délais prévus à cette fin ainsi que les travailleurs allophones, principalement les hispanophones, ont une forte probabilité d'être déboutés.

Tant au Québec qu'ailleurs, la procédure d'appel en santé et sécurité au travail est complexe. Elle exige une connaissance avisée des règles du droit et de la jurisprudence. Les contestations des décisions peuvent porter sur 13 catégories de litiges : l'absence d'événement, l'absence de preuve démontrant que l'événement a eu lieu, l'absence de preuve démontrant que l'événement a eu lieu dans le cadre du travail ou sur les lieux du travail, les liens entre la lésion et le travail, la date de consolidation, l'apparition de complications ou d'un nouveau diagnostic, etc. Bref, un ensemble de conditions et de termes sur lesquels les décisions sont rendues et qui échappent à la majorité des travailleurs, qu'ils soient immigrants ou pas [Patry et *al.*, 2005] (76). Être dépossédé des arguments entourant la défense de son dossier contribue déjà au sentiment d'avoir été traité de façon inéquitable avant même d'être appelé à témoigner devant les commissaires chargés de la révision des décisions.

Le sentiment d'être traité injustement n'est pas exceptionnel. Roberts et Young (1997) (92) ont fait de l'équité dans le processus d'indemnisation la question centrale de leurs travaux. Dans une perspective de justice distributive et procédurale, leur étude, menée auprès de 182 travailleurs du Michigan ayant réclamé au cours de l'année financière 84-85, démontre que les travailleurs considèrent avoir été traités avec équité en fonction de la qualité des interactions qu'ils ont eues avec les décideurs du système d'indemnisation. Ces interactions

significatives se rapportent aux trois acteurs principaux du processus, soit l'employeur, le médecin et l'agent d'indemnisation. Les facteurs pouvant contribuer à la décision du travailleur d'entamer des procédures de contestation des décisions rendues sont par ordre d'importance : le manque d'impartialité de tous les acteurs; l'opportunité qu'ont les travailleurs d'influencer les décisions, dont celles entourant le retour au travail; la continuité avec laquelle leur dossier est traité dont le calcul des indemnités; et la pertinence des informations qui leur sont transmises. Les informations qui échappent à bien des travailleurs sont les règles et procédures pour déposer une demande en appel et les controverses médico-légales.

Les LMS impliquant des mouvements répétitifs, lésions qui affectent beaucoup les travailleurs à la chaîne, sont souvent l'objet de controverses médico-légales. Les femmes qui portent de telles causes en appel sont généralement désavantagées comparativement aux hommes. Dans une étude menée au Québec sur les 232 cas de LMS (tendinite, épicondylite, syndrome du canal carpien) chez des employés des services de triage de Postes Canada qui en ont appelé de la décision à la Commission des lésions professionnelles entre 1994 et 1996, la discrimination selon le sexe a été démontrée : alors que les réclamations présentées par les femmes sont acceptées dans 32 % des cas, celles des hommes le sont dans une proportion de 44 % [Lippel, 2003] (93). Même si des preuves médicales sont produites par l'employé ou par l'employeur, le taux de refus chez les femmes est toujours supérieur de 5 % à 6 %. L'écart s'explique, selon l'auteur, par une moins bonne représentation des femmes lors des appels des décisions : 74 % des hommes sont représentés par un avocat ou leur syndicat alors que seulement 65 % des femmes font de même. Mais de façon générale, les femmes sont moins syndiquées et sont très souvent en situation d'iniquité salariale faisant en sorte qu'elles disposent de peu de moyens pour être représentées par un conseiller ou un avocat.

Les controverses médico-légales prolongent indûment les délais d'indemnisation et de traitement qui affectent la santé physique et mentale du

travailleur. Ainsi, dans une étude menée auprès de 135 travailleurs new-yorkais ayant un diagnostic de syndrome du canal carpien, 67 % des réclamations ont été refusées en première instance [Herbert et *al*, 1999] (94). Le temps d'attente a été en moyenne de 429 jours avant d'obtenir gain de cause en appel, de 226 jours pour l'autorisation des traitements et de 318 jours pour une chirurgie. Les travailleurs « non blancs » de cette même étude ont des taux de refus significativement plus élevés que les travailleurs blancs (88,5 % c. 68,5 %) et des délais d'attente supérieurs (Blancs : 298 jours, Hispanophones : 328 jours, Noirs : 409 jours, Asiatiques : 532 jours).

Ces délais ne sont pas sans conséquence sur la santé des travailleurs, ils ont même un effet antithérapeutique. D'une part, cela peut retarder les traitements auxquels ils auraient droit s'ils étaient reconnus et d'autre part, les délais indus les exposent à des troubles anxieux face à leur avenir financier et à leur capacité à reprendre la vie normalement. Dans une vaste recension des écrits sur les conséquences des procédures de mises en appel des décisions quant à la reconnaissance des indemnisations, Lippel (95) constate que plusieurs études rapportent des cas de refus sur des allégations d'hystérie et autres troubles mentaux consécutifs aux longs processus de mise en attente des décisions. Une telle situation semble fréquente chez les travailleuses souffrant de LMS liées à des mouvements répétitifs, comme les employées d'entreprises de la viande et de la volaille, et de la télécommunication du sud de l'Australie, qui sont désespérées par les processus de mise en preuve du lien entre leur lésion et leurs tâches professionnelles [Reid et *al*, 1991] (96). Bien que ces derniers résultats ne tiennent pas compte du statut d'immigration des travailleuses, les sujets de cette enquête occupent des emplois dans des secteurs à forte concentration d'immigrantes.

Les délais d'attente d'une décision en appel sont tels qu'ils placent les travailleurs dans des situations d'appauvrissement entraînant le développement de troubles anxieux. Dans une étude menée en Pennsylvanie auprès de 45 informateurs-clés issus d'organismes qui accompagnent et conseillent les travailleurs victimes de lésions professionnelles et de 97 travailleurs, Dawson (97)

démontre que 46 % des réclamants ont commencé à avoir des difficultés financières à la suite de leur lésion qui avait occasionné une perte de 68,4 % de leur revenu antérieur. Les délais de paiement en sont la principale cause : 26,6 % ont perçu leurs premières indemnités après 3 à 12 mois d'attente, 35,5 % après 13 à 24 mois, 28,8 % après 25 à 48 mois, et finalement 8,8 % après 4 ans. Ces délais ont généré des troubles anxieux qui se sont manifestés par des idées suicidaires pour 18 d'entre eux. Ceux qui survivent à leur expérience ni désespérés ni appauvris admettent avoir bénéficié d'un soutien conjugal et familial sans lequel ils auraient probablement manifesté les mêmes troubles anxieux. Ces études portant sur les conséquences des délais d'attente dans les processus administratifs sur la santé mentale et physique ne font pas d'analyse spécifique au regard des travailleurs immigrants. Est-ce le reflet d'un manque d'intérêt pour ce segment de la population ou de l'impossibilité de les inclure dans les échantillons parce qu'ils sont absents des processus d'appel qui imposent de longues périodes d'attente sans revenu?

2.5.5 Barrières à la réintégration au travail

Comme il a été mentionné antérieurement, la peur de perdre son travail ou de connaître d'autres formes de représailles de la part de l'employeur est l'un des motifs qui contribuent à la sous-déclaration des lésions et ce, tout particulièrement chez les travailleurs immigrants [Gravel et al, 2003] (98). En Ontario, l'étude menée en 2000 par The Injured Worker Participatory Research Project (64) auprès d'un échantillon de 165 travailleurs victimes de lésions professionnelles indique que le taux de retour au travail s'élève à 86 % dans l'une des deux compagnies d'indemnisation et à 65 % dans l'autre. Mais seulement 46 % et 31 % respectivement de ces travailleurs sont satisfaits des conditions de retour qui leur ont été proposées, certains employeurs s'opposant même à leur retour (11 % et 24 %).

Règle générale, moins grave est la lésion, plus tôt s'opère la réintégration. Surtout si la lésion n'affecte pas les capacités intellectuelles ou cognitives du travailleur, le retour au travail est souvent facilité par l'employeur

[Hernandez, 2000] (99). Mais ce ne sont pas tous les employeurs qui facilitent le retour de leurs employés victimes de lésions professionnelles. Dans une étude ethnographique menée en Floride auprès de 204 travailleurs ayant bénéficié d'une indemnité d'au moins quatre semaines, l'échantillon stratifié en trois groupes ethniques a permis de démontrer que les taux d'insertion au travail sont différents selon l'origine. Ainsi, les travailleurs blancs (64 %) retournent plus souvent chez leur employeur initial que les travailleurs noirs (47 %) ou hispanophones (56 %); les travailleurs blancs n'y retournent pas par choix, parce qu'ils préfèrent trouver un nouvel emploi dans une autre entreprise, contrairement aux travailleurs noirs qui, eux, se voient congédiés par leur employeur (19 %).

Bien qu'elles soient illustrées dans les dernières études citées, les difficultés à maintenir un lien d'emploi pour les travailleurs immigrants ou appartenant à une minorité visible, ethnique ou raciale peuvent également être liées aux composantes organisationnelles des entreprises qui les embauchent. La taille de l'entreprise, les valeurs accordées au maintien du lien d'emploi, les emplois disponibles pour une affectation temporaire des travailleurs souffrant de limitations fonctionnelles à la suite de leur lésion sont autant de facteurs contribuant au fait que l'employeur facilitera ou non le retour au travail [Baril et al, 2000] (100).

Ces résultats confirment les craintes des immigrants quant au fait qu'ils sont plus susceptibles de perdre leur emploi à la suite de leur lésion s'ils s'absentent. À la crainte d'être congédiés s'ajoute la peur de perdre le droit de parrainer des membres de leurs familles restés au pays et celui d'obtenir la citoyenneté.

Les méthodologies empruntées pour documenter les diverses barrières d'accès varient de façon importante selon la dimension étudiée. Ainsi, les barrières liées au milieu du travail dont le temps en emploi et les revenus, ont été étudiées à partir des fichiers de consultations médicales en lien avec un type de lésion professionnelle, les mouvements répétitifs, comme l'on fait, entre autres

Rosenman [2000] (68). Les devis de recherche qui peuvent recourir aux fichiers de consultations médicales présentent deux avantages : 1) de disposer d'un plus large échantillon; 2) d'assurer une grande fiabilité des données liées aux diagnostics ou au type de lésion parce qu'ils sont confirmés par des professionnels de la santé et non interprétés par des travailleurs selon leur compréhension des termes médicaux. Cet élément de rigueur se retrouvent à la fois dans les études faites sous l'angle médical et l'angle juridique, comme dans les études de Reid et *al*, [1991] (96) sur les taux de refus, celle de Lippel [2003] (93) sur les taux de contestation et de Herbert et *al* [1999] (94) sur les délais d'attente pour une réclamation et ce, même si les effectifs des échantillons sont plus restreints.

Par contre, les études visant à documenter les barrières du retour au travail se basent cette fois sur la perception des travailleurs de leur douleur, de la gravité de leur lésion, de leur niveau d'anxiété à l'égard d'une éventuelle rechute comme dans l'étude d'Hernandez [2000] (99) ou des conflits relationnels entre travailleurs et employeurs [Injured Worker Participatory Research Project, 2001] (64). Ces dernières études explorent bien souvent de nouvelles dimensions mais souvent à partir de petits échantillons non aléatoires. Elles nous indiquent de nouvelles avenues de recherche sur les barrières d'accessibilité qui s'avèrent de bons compléments aux quelques cadres de référence de l'analyse des barrières d'accès à l'indemnisation élaborés dans des perspectives disciplinaires distinctes.

2.6 Cadre de référence de l'analyse des barrières d'accès à l'indemnisation

Dans la littérature, plusieurs cadres d'analyse traitent des problèmes d'accessibilité des services d'indemnisation et ce, sous divers angles. Les cadres d'analyse présentés ici permettent d'aborder à la fois les dimensions médicales, administratives et juridiques ainsi que les facteurs humains décrits dans les différentes études recensées.

2.6.1 *Perspective de justice distributrice*

Dans une perspective de justice distributrice, Roberts (101) a développé un cadre permettant de circonscrire les diverses perceptions des travailleurs qui affectent leur appréciation du traitement reçu par les services d'indemnisation et les motivent à accepter les décisions rendues ou à aller en appel de celles-ci. Son modèle est le résultat d'une étude menée auprès d'un échantillon randomisé de 182 travailleurs de l'État du Michigan ayant fait une demande de réclamation, ayant pour la majorité complété leurs études secondaires et dont plus de la moitié occupent des postes de cols bleus. Le modèle comprend deux dimensions principales pour lesquelles des critères d'appréciation sont définis :

- a. Les faiblesses des procédures, qui affectent la perception globale du processus :
 - la qualité des interactions avec les divers acteurs (médecins, agents d'indemnisation, employeur);
 - la capacité du travailleur d'influencer les décisions;
 - la pertinence et la précision des informations obtenues;
 - la cohérence dans le traitement du dossier.
- b. Les résultats du processus, qui motivent la décision d'aller ou non en appel :
 - la suffisance des montants de remplacement du revenu;
 - la qualité des soins médicaux reçus;
 - les conditions de retour au travail.

Bien qu'il soit intéressant, ce modèle ne tient pas compte des diverses interactions entre les acteurs vécues aux étapes antérieures au processus administratif de réclamation et de contestation, celles qui concernent les premières étapes de la déclaration de la lésion.

2.6.2 *Perspective centrée sur les pressions et les mécanismes d'obstruction*

À la fin des années 90, Webb et *al*, (75) ont élaboré une grille d'analyse des trajectoires difficiles dans le processus d'indemnisation à la suite d'une enquête menée auprès de travailleurs victimes de lésions professionnelles. Azaroff et *al*, (102) ont repris cette grille et l'ont appliquée à un certain nombre de cas

sélectionnés parmi les dossiers de réclamation pour lésions professionnelles traités par le « Bureau of Labor Statistics » des États-Unis. L'exercice mené de façon empirique a permis de concevoir un cadre d'analyse qui circonscrit les dynamiques humaines à partir de huit filtres interférant dans le processus et limitant l'accès à l'indemnisation, huit filtres associés à des acteurs différents :

- a. La banalisation de la gravité de l'événement accidentel ou de l'apparition des symptômes de maladie par le superviseur;
- b. Les pressions exercées par les collègues ou le syndicat pour ne pas rapporter la lésion afin d'éviter un temps d'arrêt, pour maintenir la cadence de production;
- c. La crédibilité du diagnostic médical selon que le médecin est affilié ou non à l'employeur;
- d. Les jeux d'influence et de pouvoir entre le corps médical, les instances décisionnelles et l'employeur pour reconnaître ou non le lien entre la lésion et le travail;
- e. L'incompréhension par l'employeur et les médecins des responsabilités de la prise en charge médicale;
- f. La négligence de la surveillance des lésions et de l'inspection des conditions de travail;
- g. La qualité de la rédaction du premier rapport d'événement (complet et conforme);
- h. La participation volontaire et appropriée du médecin à la procédure de réclamation.

Ces huit filtres illustrent les pressions que subissent les travailleurs de la part des différents acteurs des environnements concernés par le processus de réclamation. D'abord, il y a l'environnement de travail où les superviseurs et les collègues (filtres a et b) freinent le processus. Ensuite, il y a l'environnement médical où les médecins ont à la fois un rôle d'expert auprès des instances décisionnelles et de soutien auprès des patients s'ils acceptent les enjeux de pouvoir entre l'expertise et la contre-expertise (filtres c, d et h). Et finalement, il y a l'environnement administratif qui reconnaît ou non les risques

environnementaux des réclamants et s'assure de la compréhension des bonnes procédures à suivre par ces derniers (filtres f et g). Ce modèle avec ces huit filtres accorde une importance particulière aux jeux d'influence dans le milieu de travail, alors que le modèle de Roberts circonscrit davantage les interactions entre les travailleurs et les acteurs du système administratif de l'indemnisation.

On retrouve en partie ces filtres et ces acteurs dans le cadre d'analyse des barrières au système d'indemnisation élaboré plus récemment par Dembe et *al*, (2003) (103). Ce cadre a été construit à la suite d'une méta-analyse de la recension des écrits incluant des études, des enquêtes et des analyses conceptuelles des barrières d'accès à l'indemnisation. À la différence de Azaroff et *al*, Dembe et *al*, regroupent ces barrières en trois mécanismes d'obstruction, chacun ayant ses propres filtres et acteurs. Ces trois mécanismes se succèdent dans le continuum du processus d'accès au système d'indemnisation. Il s'agit de :

- Bloquer l'entrée au système (premier niveau) :
 - a) Laisser entendre aux travailleurs qu'une telle procédure nécessite inévitablement un recours légal coûteux et très long; prétendre que certains types de lésions sont rarement ou difficilement indemnifiables, comme les maladies professionnelles ou les maux de dos;
 - b) Affirmer que les délais d'indemnisation sont si longs que les travailleurs s'appauvrissent indûment;
 - c) Décourager les travailleurs de procéder soit en les menaçant d'un congédiement, soit en leur proposant un arrangement contournant la déclaration (chômage, vacances).
- Imposer des règles structurant l'accès au système d'indemnisation (deuxième niveau) :
 - d) Réclamer dans les 30 jours suivant l'événement sinon la demande peut être bloquée;
 - e) Calculer le montant de remplacement de revenu en se basant sur un pourcentage insuffisant pour les personnes à très faible revenu;
 - f) Imposer un système de référence pour accéder aux médecins spécialistes afin de limiter le libre choix du médecin traitant;

- g) Rembourser aux travailleurs des frais médicaux au lieu de les payer directement, alors que les travailleurs n'ont pas un revenu suffisant pour avancer les frais médicaux non couverts par le système de santé.
- Ne pas comprendre les besoins des travailleurs (troisième niveau) :
- h) Faire une évaluation médicale inappropriée sans égard aux capacités du travailleur à réintégrer son emploi, à maintenir son niveau de productivité;
- i) Consolider les travailleurs et ignorer les risques de rechute et de récurrence auxquels ils sont exposés;
- j) Omettre de traduire les informations nécessaires aux allophones ou de les rendre compréhensibles aux travailleurs peu scolarisés;
- k) Ignorer le manque d'habiletés des travailleurs à décrire leurs tâches, leurs conditions de travail et les événements entourant l'accident ou l'apparition des symptômes;
- l) Négliger la coordination nécessaire pour la prise en charge des soins aux différentes étapes de la réadaptation.

Bien que la dimension médicale soit présente dans ces filtres, elle y occupe une place secondaire, alors que dans la réalité l'accès au système d'indemnisation repose sur l'importance d'un examen médical précis et adéquat.

2.6.3 *Perspective centrée sur les barrières médicales*

Même si l'accès au système d'indemnisation a été analysé à maintes occasions, peu d'études l'ont fait par rapport aux normes de qualité des pratiques. Toutefois, Dembe et *al*, [2003] (78) ont établi, également à partir d'une méta-analyse des études et des analyses critiques des modèles recensés dans la littérature, quatre grandes catégories de critères pour évaluer la qualité des services et de la médecine en santé et sécurité du travail :

1. Couverture du régime d'assurance pour lésions professionnelles adéquate : des clauses compréhensibles à la fois par l'employé, l'employeur et les médecins traitants; des procédures de médiation de l'expertise médico-légale pour

accélérer la reconnaissance des diagnostics; des mesures d'accommodement et d'adaptation pour les allophones.

2. Mesures et normes de pratique balisées : un guide des pratiques de médecine du travail basé sur des données probantes; un système de collecte de données sur les lésions déclarées, les suivis médicaux et l'utilisation des services; des procédures permettant d'évaluer périodiquement l'efficacité des services dispensés.
3. Éducation et communication avec les patients : compréhension juste par les travailleurs des décisions rendues, des traitements offerts et des indemnités de remplacement accordées; coordination entre le gestionnaire de cas des travailleurs en arrêt de travail et l'employeur pour faciliter le retour au travail.
4. Facilité d'accès au système de santé : des rendez-vous sans délai avec le médecin traitant et les spécialistes; un programme de retour progressif au travail ainsi qu'un programme pour prévenir les rechutes et les récurrences.

La diversité de ces cadres d'analyse sur l'accès à l'indemnisation témoigne de la présence de plusieurs critères utilisables pour déterminer des niveaux de difficulté dans l'accessibilité au système. Il y a autant de critères que de perspectives d'analyse. Ces différents critères ont été en grande partie pris en compte dans l'étude sur les parcours difficiles d'indemnisation des travailleurs immigrants de Montréal victimes de lésions musculo-squelettiques et ont permis d'élaborer le modèle de référence retenu dans le cadre de cette thèse [Patry et *al*, 2005] (76).

Au-delà de ces critères juridiques, administratifs et médicaux d'analyse de l'accès à l'indemnisation, il y a tout un contexte économique de l'emploi qui ne peut être écarté dans l'analyse des conséquences des lésions professionnelles chez les travailleurs et de leur parcours d'indemnisation. À cela, se greffe une des réalités sociales et politiques du marché du travail, celle de l'embauche des travailleurs étrangers, réalité non abordée dans aucun des cadres d'analyse des barrières d'accès à l'indemnisation recensés dans la littérature. Cette réalité comporte des dimensions singulières dans les mécanismes de blocage au

processus d'indemnisation. Parmi ces dimensions, il y a les motivations des travailleurs étrangers à immigrer, leurs aspirations à développer leurs compétences et à améliorer leurs conditions de travail et de vie, et également leur résistance à réclamer des indemnités lorsqu'ils sont victimes de lésions professionnelles. Pour intégrer ces dimensions dans un cadre de référence des barrières d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants, la théorie de Sen sur le développement des « capacités » a été utile. Cette théorie a apporté un éclairage nouveau, en empruntant le concept de pertes des « capacités », il a été possible de construire une analyse basée sur les inégalités sociales engendrées par les lésions professionnelles chez des personnes qui ont misé sur leurs capacités professionnelles et leurs compétences afin de modifier le cours de leur vie.

2.6.4 *Perspective centrée sur les barrières à l'accomplissement des « capacités » des travailleurs*

L'immigration est une réalité sociologique et économique qui a été façonnée par les politiques nationales de développement des pays importateurs de main-d'œuvre. Elle est aussi une réalité souvent négligée par les services publics dont ceux de l'indemnisation. Un hiatus social qui mérite une réflexion théorique sur l'éthique du développement économique des pays importateurs de main-d'œuvre étrangère. Cette réflexion est guidée par les théories d'Armataya Sen sur le développement économique centré sur l'accomplissement des « capacités » des individus, c'est-à-dire des objectifs de réalisation qu'ils se sont fixés en fonction de leurs capacités de base qui diffèrent d'un individu à l'autre Sen [2002] (104). Ses théories sont ici appliquées aux travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles.

Pour le Canada, comme pour les États-Unis, l'Australie, l'Allemagne et bien d'autres pays européens, l'immigration a été un important levier de l'économie nationale et du renouvellement démographique [Salker, 2000] (4) contribuant à la création de la main-d'œuvre [Talpinos, 1994] (6) et à l'augmentation des exportations et des importations [Taylor, 1996] (8). Mais, au cours de la dernière décennie, la situation s'est considérablement transformée avec le développement

rapide de la nouvelle économie centrée sur la communication et la haute technologie, ainsi qu'avec la globalisation des marchés [Sweetman, 2003] (105). Depuis 1996, cette nouvelle réalité s'est répercutée sur le taux d'employabilité des travailleurs immigrants au cours des premières années d'installation : ils occupent plus souvent des emplois à temps partiel ou sont travailleurs autonomes [Ruddick, 2003] (106). Cette précarité de l'emploi n'affecte pas tous les immigrants de la même façon. À Montréal, les Hispanophones d'Amérique centrale et du Sud, les personnes des Caraïbes, les Africains, les Arabes, les Asiatiques des parties sud et ouest du continent ainsi que les Chinois, bref les minorités visibles, sont les groupes les plus touchés. Le taux de pauvreté des minorités visibles de Montréal, de Toronto et de Vancouver dépasse les 50 % [Kazemipur et al, 2000] (107).

Au Canada comme ailleurs, la précarité de l'emploi abaisse les conditions de travail et provoque l'effritement des conditions favorables à la déclaration des lésions professionnelles. Les secteurs où il y a beaucoup de sous-traitance, comme le transport et l'industrie du vêtement et de la construction, des secteurs qui embauchent massivement les immigrants, sont particulièrement touchés par un déclin des conditions de santé et sécurité au travail [Quinlan et al, 1999] (108). Un constat que les employeurs admettent aisément en justifiant la situation par les lois de la concurrence et la mondialisation des marchés économiques [Quinlan, 2004] (109).

La revue de la littérature démontre très clairement que les travailleurs immigrants sont surexposés à des lésions professionnelles et sont ceux qui craignent le plus de déclarer leur lésion. Le phénomène n'est pas nouveau. Ainsi, dans les années 70, des travaux soulignaient déjà la prévalence supérieure des lésions professionnelles chez les travailleurs immigrants comparativement aux travailleurs nationaux partout en Europe [Opfermann, 1977; Arabia, 1977; Djordjevic, 1977] (21, 22, 23). Dans les années 90, le phénomène s'est perpétué et s'est étendu à d'autres pays, comme la Suède [Statistics Sweden, 1997] (24). Les travaux récents qui abordent le phénomène par type de lésion font toujours le même constat : les travailleurs immigrants sont davantage victimes de lésions

professionnelles [Socialstyrelsen, 1995; Socialstyrelsen, 1998] (25, 26) et, de surcroît, de lésions fatales ou irréversibles [Windau, 1997; Lopez et al, 2000; California Working Immigrant Safety and Health, 2002; Robinson, 1989; Sorock et al, 1993] (30, 32, 33, 34, 35). D'autres travaux récents ont largement documenté la sous-déclaration des lésions professionnelles et constatent, là encore, que la situation a atteint une ampleur considérable chez les travailleurs immigrants [Alcorso, 1988; Krause et al, 1999; Lashuay et al, 2002] (71, 73, 74).

Ces travaux indiquent que lorsqu'ils surmontent leurs craintes de déclarer, les travailleurs immigrants rencontrent maints obstacles à tous les paliers du processus d'indemnisation et particulièrement lors de la réintégration au travail. La société actuelle ne fait pas seulement qu'ignorer quelques cas difficiles de travailleurs immigrants ou allophones; elle néglige des différences très répandues et bien réelles, ce qui, selon Sen [2002] (105), pose un problème moral important aux démocraties qui visent l'égalité.

Le Canada comme les autres pays grands importateurs de main-d'œuvre sont des démocraties qui accordent une place capitale à la libre expression de tous les citoyens. Un principe qui va bien au-delà du droit de vote. Cette liberté d'expression des idées et des revendications des citoyens est née de la délibération publique [Sen, 2005] (110). Il semble que le secteur des emplois précaires soit exempté de ce principe de délibération. Les études sur la sous-déclaration des lésions professionnelles et celles sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants soulignent les craintes de ces travailleurs à faire valoir leur droit à l'indemnisation et à dénoncer les injustices auxquelles ils font face lorsqu'ils se font congédier à la suite d'une lésion professionnelle. Bien sûr, certains vivent des incompréhensions liées à leurs difficultés de communication, mais ces limites linguistiques ne sont pas suffisantes pour expliquer l'ampleur du problème. Les services sociaux et de santé, ainsi que les services scolaires et municipaux, ont doté d'indicateurs leurs fichiers respectifs afin de documenter l'équité dans l'accessibilité aux services entre les personnes immigrantes et non immigrantes. Des mesures d'amélioration de l'accès aux services ont émergé de cette

délibération, mesures qui ont misé sur l'adéquation culturelle des services et sur des services d'interprétation et de traduction appropriés aux problèmes soulevés lors de la quête de services. Ces mesures rendent les services plus efficaces tout en respectant les principes de l'éthique. Par exemple, les services d'interprétariat culturel assisteront les professionnels de la santé afin de s'assurer que le patient allophone consente, de façon éclairée et dans le respect de ses croyances, à suivre ou à refuser des traitements.

Mis à part ces considérations pratiques d'organisation des services, le débat devrait aller plus loin et s'inscrire dans celui de l'éthique du développement économique des pays importateurs de main-d'oeuvre immigrante. Pour Sen, l'étude de l'économie ne peut se dissocier de l'éthique et de la philosophie des politiques, disciplines desquelles elle est issue et qui cherchent à répondre à la grande question morale : comment doit-on vivre ? Question qui sous-tend à la fois celle des motivations humaines à vivre d'une façon particulière et celle de l'accomplissement social, de la satisfaction de vivre de la façon choisie [Sen, 2002] (111). Aussi large soit-elle, cette question encadre également le débat sur l'accessibilité à l'indemnisation pour les travailleurs immigrants. Comment doit-on vivre ? Les travailleurs en faisant le choix d'immigrer adoptent une société qui devrait répondre plus adéquatement à leurs aspirations professionnelles et sociales et ce, tant pour eux-mêmes que pour leurs enfants. En immigrant, ils cherchent à s'accomplir, à réaliser leurs aspirations, à maximiser leurs compétences et à améliorer leurs conditions de vie [Sen, 1993] (112). Trouver du travail, s'intégrer économiquement, développer ses « capacités » professionnelles constituent une part importante des libertés qui ont un sens distinct des capacités de base des économistes rawlsiens, significativement plus près des valeurs des personnes que des conditions matérielles minimales et quantifiables [Sen, 2002] (113).

Pour ces travailleurs, immigrer vers une société qui mise sur la croissance économique maintenue par une politique d'immigration de la main-d'oeuvre est la façon d'accéder à des moyens que Sen appelle des opportunités de réaliser ses rêves d'ascension sociale et économique [Cohen, 1993] (114). En

choisissant d'immigrer, ces travailleurs ont aussi réalisé leurs rêves de jouir des libertés politiques (droit de parole, droit de vote, etc.), des libertés économiques (choisir leur employeur, user de leur pouvoir de consommation, etc.) et des opportunités sociales (instruire leurs enfants, parfaire leurs compétences professionnelles, etc.) offertes dans la société d'accueil, les éléments constitutifs du développement économique [Sen, 2003] (115). Toutefois, l'expérience du processus d'indemnisation leur fait douter de leur droit d'accéder à ce que Sen nomme les garanties de transparence des institutions publiques [Sen, 2003] (116). Le manque de soutien des médecins, des syndicats, des employeurs, l'incompréhension des termes des décisions rendues, l'absence d'interprète lors des consultations avec les instances décisionnelles de la santé et sécurité au travail, les règles de silence entourant la sous-déclaration font en sorte que ces travailleurs se sentent démunis, ignorants de leurs droits et injustement traités.

Bien que le système d'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles soit parmi les filets de sécurité les plus sophistiqués, des outils de liberté instrumentale ultimes des démocraties selon Sen, on voit que le système peut brimer les libertés des travailleurs. Ces failles dans les processus diagnostique et administratif de l'indemnisation et dans la gestion des ressources humaines sur le marché du travail font en sorte que ces travailleurs, non reconnus ou finalement congédiés, perdent leur statut de personnes autonomes économiquement et basculent vers une dépendance structurelle ou familiale. Ils perdent en quelque sorte leur réputation de travailleurs compétents aptes à maintenir une bonne cadence de travail, ce que Sen nomme des « entitlements » qui permettent aux travailleurs de négocier leur accès au marché du travail et de se soustraire à l'appauvrissement économique [Sen, 1981] (117).

Dans la logique d'indemnisation, la réintégration des travailleurs à la suite d'une lésion professionnelle est une évidence rationnelle à laquelle contribuent les services d'indemnisation et les médecins. Mais leurs efforts se butent à la logique du marché de l'emploi. Les employeurs s'appuient sur les règles de la productivité et de la concurrence pour faire obstacle à la réintégration des

travailleurs qui ne peuvent plus maintenir la même cadence de travail. Ces travailleurs sont considérés comme nuisibles à la rentabilité de l'entreprise. Cette justification pour congédier les travailleurs moins productifs résisterait-elle aux arguments critiques de Sen? Probablement pas.

Contrairement à bien des économistes, Sen a démontré, par des analyses critiques qui mettaient en relation des indicateurs de santé et les investissements des gouvernements dans les services publics, que les famines et les grandes crises sont évitables si les sociétés mettent en place des systèmes équitables de distribution des ressources, en accentuant la distribution dans les zones les plus défavorisées, en minimisant cette distribution dans celles les mieux nanties, et en contrôlant le moment choisi de la distribution planifiée [Sen, 2003] (118). Est-il possible d'envisager de réduire l'exposition des travailleurs immigrants aux lésions professionnelles et l'ampleur de leur sous-déclaration en adaptant cette logique de redistribution équitable des ressources? Les services d'inspection responsables de l'application des mesures préventives des lésions professionnelles pourraient-ils intensifier leur surveillance dans les secteurs industriels où les travailleurs immigrants sont massivement embauchés et ce, en se fiant non pas au nombre de lésions déclarées pour intervenir précocement, puisque le taux de sous-déclaration est élevé, mais sur la concentration des travailleurs précaires dans ces secteurs? De plus, les conditions de réintégration au travail comprenant des mesures d'allègement de la tâche et d'aménagement du poste pourraient être bonifiées par des mesures de révision de la sécurité des équipements de production là où plusieurs travailleurs d'une même entreprise ont subi des lésions similaires. Il s'agit de créer, comme le suggère Sen, des mesures incitatives visant la croissance de la production en encourageant l'innovation technique et la formation des travailleurs [Drèze et *al*, 1989] (119), et ceci afin de réduire la prévalence des lésions professionnelles. Une évaluation, comparant des coûts et des bénéfices entre l'amélioration des équipements et le remplacement cyclique de la main-d'œuvre victime de lésions professionnelles, serait pertinente.

Une telle proposition peut paraître utopique, mais les enjeux économiques de la sous-déclaration des lésions professionnelles chez les travailleurs immigrants et de leur congédiement à la suite d'une lésion sont effectivement d'une envergure qui dépasse les quelques mesures énoncées plus haut pour éviter les pertes d'emploi et les problèmes de communication au cours des processus d'indemnisation. À tout le moins, les conséquences de la non-indemnisation et de la non-réintégration au travail à la suite d'une lésion professionnelle chez les travailleurs immigrants devraient être prises en compte dans une perspective d'inégalités sociales qui engendrent des inégalités de santé.

On constate à la lecture des trajectoires des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles qu'ils développent très souvent des complications médicales ou psychologiques qui affectent leur vie conjugale et familiale. Ils vivent tous un appauvrissement qui met en péril leurs conditions de vie. Ces travailleurs ne sont pas à l'abri des glissements vers les inégalités sociales et de santé engendrées par les lois du marché du travail.

L'analyse des inégalités de santé engendrées par les inégalités sociales a toujours été abordée de façon à cibler les personnes et les groupes à faible revenu [Sen, 2003] (120). L'étude de l'accès à l'indemnisation des travailleurs incite à reconsidérer l'analyse des inégalités cette fois sous l'angle de la perte des capacités qui engendre un état d'appauvrissement.

Émigrer vers une société démocratique représentait pour ces travailleurs, surtout pour ceux qualifiés, un moyen d'accéder aux diverses libertés instrumentales, aux promotions, à une meilleure rémunération, etc., leur permettant de se réaliser, de développer leurs capacités [McDonald, 1992; Bhagwati et *al*, 1996] (121, 122). Leur état de santé, qui était généralement supérieur à celui des natifs au moment de leur immigration, se détériore au cours de la décennie suivante [Chen et *al*, 1996] (123), une détérioration accélérée par des lésions professionnelles à répétition ou des lésions non consolidées.

Avoir une bonne santé est l'opportunité fondamentale pour toute personne de pouvoir s'accomplir, l'opportunité réelle de choisir les moyens qui lui conviennent pour réaliser ses « capacités » [Sen, 2001; Sen, 2000] (124, 125). En immigrant, ces travailleurs ont misé sur leur état de santé pour s'accomplir, s'intégrer économiquement dans une société qui offrait au départ bien des opportunités pour améliorer leurs conditions de vie. La détérioration de leur état de santé à la suite d'une lésion professionnelle et la perte de leur emploi portent doublement atteinte à leurs « capacités » et ce, d'autant plus s'ils conservent une limitation fonctionnelle permanente.

La détérioration de leur état de santé initial et la perte de leur emploi placent les travailleurs dans une situation d'exclusion sociale, encore plus pénalisante que le chômage. Le travailleur congédié à la suite d'une lésion professionnelle n'est pas juste privé de ses revenus antérieurs mais de ses « capacités » [Sen, 2000] (126). Il mettra encore plus de temps à se soustraire à l'exclusion sociale qu'un chômeur qui, lui, est en attente d'opportunités pour faire valoir ses capacités.

L'accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles est l'une des mesures de solidarité sociale parmi les plus importantes après la distribution équitable des soins médicaux et des services de santé primaires, l'instruction de masse et les services de justice publique. Ces mesures sont, comme Sen les nomme, les espaces d'égalité de base que toutes les sociétés devraient développer afin d'atteindre la justice sociale pour tous [Sen, 2000] (127); des espaces différents de celui du revenu de base équitable. Mais, il semble que l'accès à l'indemnisation ne soit pas soumis aux mêmes règles d'évaluation de la justice sociale que les autres mesures de solidarité sociale. La majorité des travaux menés sur l'accès à l'indemnisation s'est focalisée sur la comparaison des moyens dont disposent les travailleurs pour obtenir des services de réadaptation, des primes de remplacement de revenu et des mesures de réintégration au travail, alors que selon Sen [2003] (128) l'évaluation de la justice distributive devrait se pencher sur la comparaison des libertés d'accomplissement.

Dans le débat sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants, ce sont les libertés d'expression dont disposent les immigrants pour déclarer leurs lésions et réclamer des aménagements de l'environnement de travail, ainsi que des garanties pour le rétablissement de leurs « capacités » antérieures, de leur état de santé et d'embauche qui devraient être au cœur de l'évaluation de l'équité.

2.7 Conclusion

Que nous indique cette revue de la littérature? La place qu'occupent les travailleurs immigrants au sein de la main-d'oeuvre des pays industrialisés est en constante croissance. Bien que ces pays importateurs de main-d'œuvre étrangère procèdent par sélection en privilégiant les immigrants les mieux formés et les plus scolarisés, l'intégration professionnelle des travailleurs détenant des diplômes universitaires à un niveau équivalent à leurs qualifications ne leur est pas nécessairement assurée. Par besoin d'intégration économique, ces travailleurs dont les diplômes ne sont pas reconnus ou ceux sans qualifications acceptent des emplois dans des secteurs où les risques de lésions professionnelles sont accrus. Craignant les représailles et surtout pour s'éviter des ennuis avec leur employeur, ces travailleurs, lorsqu'ils sont victimes de lésions professionnelles, préféreront retourner à leur poste sans réclamer des indemnités malgré la présence de douleurs persistantes. Cette contrainte que s'imposent les travailleurs immigrants, retourner au travail sans réclamer des indemnités, ne les met pas à l'abri de représailles. Les travailleurs souffrant de limitations fonctionnelles découlant de leurs lésions ou de leurs douleurs sont plus susceptibles d'être congédiés en raison d'une diminution de leur productivité au travail.

Les fichiers publics de santé et de sécurité au travail ne contiennent pas de variables pour identifier ces travailleurs selon leur statut d'immigration, leur langue maternelle ou leur pays de naissance. Pourtant la littérature rapporte, sous divers angles d'analyse, plusieurs problèmes de lésions professionnelles et d'accès à l'indemnisation dont la prévalence chez les travailleurs immigrants prend des proportions inquiétantes.

Plusieurs travaux recensés dans la littérature mettent en lumière des barrières d'accès à certaines étapes du processus d'indemnisation: les consultations médicales, les démarches administratives de la réclamation, les recours juridiques pour aller en appel d'une décision, les conditions de réintégration au travail et les conséquences économiques d'une lésion professionnelle en tant que perte de revenu pour les travailleurs. Chacune de ces études cible l'une ou l'autre des dimensions du parcours d'indemnisation et en dégage des difficultés particulières selon les caractéristiques sociodémographiques (genre, âge, origine ethnique) ou socioprofessionnelles des travailleurs (taille de l'entreprise, secteur d'activité, syndicalisation) ou encore selon le type de lésion subie (origine accidentelle ou maladie, diagnostic, atteinte permanente). Lorsque les analyses comparatives entre les groupes ethniques sont possibles, cela est vrai, entre autres, pour les études étatsuniennes, généralement les résultats indiquent une prévalence plus grande des difficultés d'accès à l'indemnisation pour les groupes ethniques les plus défavorisés: les Afro-Américains, les Hispanophones et les Asiatiques. La situation des travailleurs immigrants dans les régions urbaines comme Montréal est-elle semblable à celle des travailleurs étrangers des autres pays industrialisés? Est-ce que la situation est semblable pour tous les travailleurs immigrants sans égard à leur statut, leur genre et le type de lésion qu'ils ont subi?

Très peu de ces études se sont intéressées à l'ensemble du parcours d'indemnisation des travailleurs immigrants. Le travailleur immigrant qui éprouve une première difficulté lors des consultations médicales abandonnera-t-il les procédures d'indemnisation ou poursuivra-t-il les démarches? Éprouvera-t-il également des difficultés aux autres étapes du processus? Est-ce que les difficultés se cumulent au cours du processus? Est-ce que ces travailleurs, qui ont immigré pour améliorer leurs conditions professionnelles et de vie en général, réussissent à surmonter les barrières d'accès à l'indemnisation, lorsqu'ils sont victimes de lésion, sans compromettre leurs « capacités »?

Au plan méthodologique, cette recension des écrits indique un certain nombre de limites à réaliser une étude sur l'accès à l'indemnisation des

travailleurs immigrants. D'une part, les études les plus rigoureuses au plan de l'échantillonnage, avec un large échantillon randomisé, se font généralement à partir de fichiers publics des réclamations ou des consultations médicales. Bien qu'elles assurent une rigueur dans la sélection des sujets, elles ne permettent pas toutefois de distinguer les sujets selon leur statut d'immigration, leur origine ethnique ou leur langue maternelle. Ce n'est qu'à l'étape subséquente de cueillette des données, que les sujets peuvent être interrogés sur leur profil ethnoculturel ou leur situation d'immigration. Or, plusieurs de ces études, tant canadiennes qu'étatsuniennes, excluent les sujets ne maîtrisant ni l'anglais ni le français, les deux langues généralement retenues pour mener les entrevues. Ainsi les travailleurs allophones, et particulièrement ceux d'immigration récente, sont absents de ces analyses sur les barrières d'accès à l'indemnisation.

D'autre part, les résultats de telles études abordent généralement les éléments discriminatoires liés à la race et à l'origine ethnique comme c'est le cas pour les Noirs, les Hispanophones et les Asiatiques, mais ne peuvent explorer ceux liés au parcours d'immigration en se référant à la durée de séjour dans le pays, l'équivalence entre les qualifications professionnelles et le poste occupé, ainsi que la connaissance des droits et recours des travailleurs victimes de lésions professionnelles. Les grilles examinées, tant celles de Dembe et *al*, Roberts et Webb, ont considéré essentiellement les mécanismes d'exclusion liés à la précarité économique. Lorsque ces éléments de la discrimination raciale et de l'exclusion économique sont étudiés concurremment, ils le sont généralement à des étapes précises et isolées du processus d'indemnisation : la sous-déclaration des lésions, le recours juridique pour la mise en appel des décisions ou le retour au travail.

Ce projet de recherche tentera d'apporter une contribution originale aux connaissances sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants en s'intéressant à l'ensemble du processus et aux acteurs intervenant aux diverses étapes. L'accès à l'indemnisation est ici conçu comme un processus interactif où les travailleurs immigrants ont maintes occasions d'en perdre la maîtrise pour des raisons liées à leur statut, à leur droit, à leur connaissance du système et de ses

règles, à leurs habiletés dans les langues officielles et à leur précarité économique. Afin de comprendre ce processus et la dynamique entre les acteurs, un modèle logique de la procédure administrative a été conçu. Ce modèle logique comprend les étapes usuelles du parcours d'indemnisation telles qu'établies par les instances administratives de la CSST (schéma 1). Un cadre d'interprétation des parcours d'accès difficiles à l'indemnisation pour les travailleurs immigrants (schéma 2) incluant les diverses barrières d'accès et les contraintes quant aux termes de développement des « capacités » a également été élaboré. Ce modèle logique et le cadre d'interprétation sont tous deux présentés à la section suivante.

CHAPITRE 3

MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'INTERPRÉTATION

3 MODÈLE LOGIQUE ET CADRE D'INTERPRÉTATION

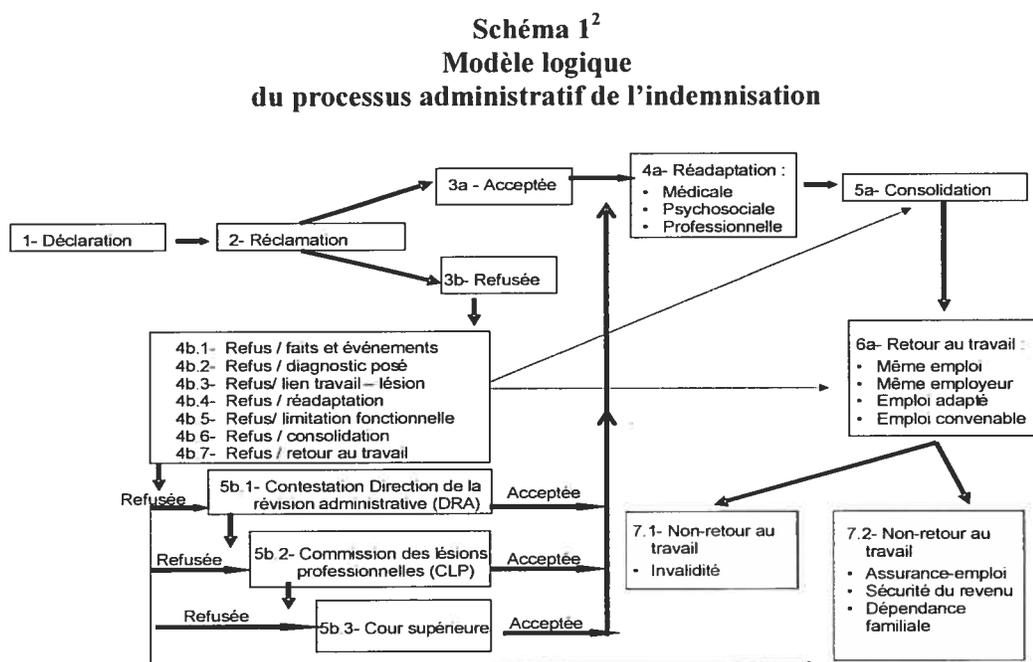
Les démarches administratives pour réclamer des indemnités de remplacement du revenu et celles à entreprendre pour réintégrer le marché du travail comportent des étapes plus ou moins complexes pour le travailleur selon la nature de la lésion (accident, maladie), la gravité de la lésion (temporaire, permanente, grave, mineure), les complications de son état de santé (physiques, psychologiques), les relations avec son employeur ou son environnement de travail (contesté, soutenu, congédié) et la connaissance de ses droits et des procédures administratives (compréhension cognitive et linguistique).

La première étape consiste à déclarer la lésion en complétant le formulaire de réclamation sur lequel le travailleur doit décrire en quelques lignes l'accident ou l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Cette déclaration est ensuite soumise aux autorités administratives de la CSST. Si sa réclamation est acceptée, le travailleur obtiendra un revenu en compensation du salaire perdu et un soutien financier pour les soins médicaux et de réadaptation physique ou psychologique requis. Il pourra retourner au travail dès que sa lésion sera consolidée par son médecin traitant, c'est-à-dire lorsque son médecin établira que le travailleur a atteint le seuil de récupération possible compte tenu de la gravité de sa lésion. S'il est reconnu que le travailleur a des limitations fonctionnelles, le poste ou la tâche devra être adapté en conséquence.

Les parcours d'indemnisation pour lesquels la demande d'indemnité initiale a été refusée sont généralement complexes et exigent des travailleurs de recourir à une aide juridique afin de préparer adéquatement leur dossier pour faire appel de la décision. Une réclamation peut être refusée par la CSST ou contestée par l'employeur pour divers motifs : la reconnaissance des faits, le diagnostic, les limitations fonctionnelles, la date de consolidation et ses conditions de retour au travail. Pour chacune de ces dimensions, le travailleur peut se voir dans l'obligation de recourir, par la suite, à l'une des trois instances décisionnelles : la Direction de la révision administrative (DRA), la Commission des lésions

professionnelles (CLP) et la Cour supérieure. La décision finale peut être rendue dans un délai variant de quelques semaines à quelques années, selon l'instance décisionnelle concernée, délai au cours duquel le travailleur ne reçoit pas nécessairement des indemnités comme compensation salariale.

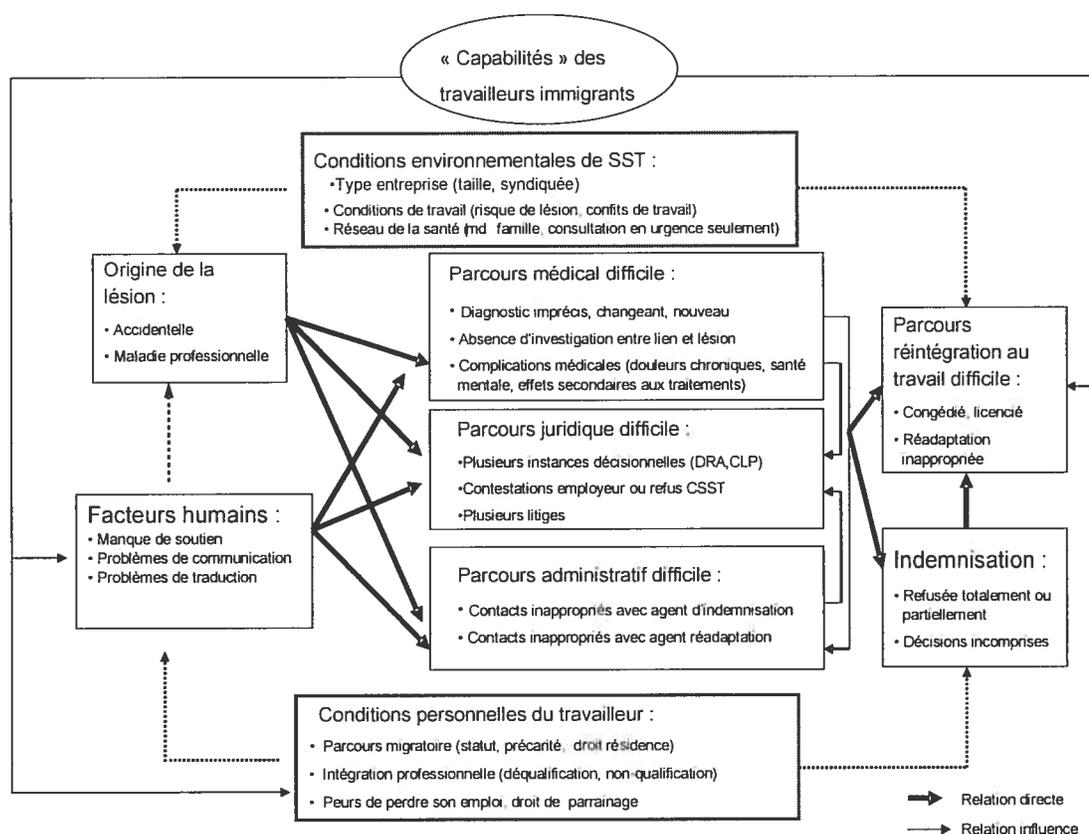
Le schéma 1 a été construit à partir des descriptions faites par différents acteurs dans le champ de l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles d'une part, et de la littérature d'autre part. Il décrit le processus administratif du parcours d'indemnisation pour tous les travailleurs sans égard à leur condition ou à leurs difficultés. Il a guidé la construction des instruments de collecte de données de l'enquête initiale, enquête en partie exploitée dans le cadre de cette thèse.



² Ce schéma du processus administratif du parcours d'indemnisation a été réalisé grâce à la contribution de Mme Carmen Sabag-Vaillancourt et de M. Paul Gendron, de la Direction des relations avec la clientèle de la CSST.

Afin de rendre compte des filtres et des mécanismes de blocage, le modèle de référence illustré au schéma 2 a été élaboré cette fois en positionnant les acteurs aux différentes étapes des parcours d'indemnisation qui sont identifiés dans la littérature comme étant particulièrement difficiles pour les travailleurs immigrants.

Schéma 2³
Parcours d'accès difficiles à l'indemnisation
pour les travailleurs immigrants
Cadre d'interprétation



Ces deux schémas ont guidé à la fois l'élaboration des instruments de cueillette des données et des plans d'analyses ainsi que l'interprétation d'une partie des résultats.

³ Idem.

CHAPITRE 4

OBJECTIFS DE LA THÈSE

4 OBJECTIFS DE LA THÈSE

Considérant l'ensemble des connaissances découlant de la recension des écrits sur l'accès à l'indemnisation, cette recherche sur les difficultés éprouvées par les travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions professionnelles lors de leur parcours d'indemnisation, vise quatre objectifs. Un premier objectif porte sur les aspects méthodologiques de l'évaluation sur l'accès à l'indemnisation, deux autres contribuent au développement de connaissances sur la situation des travailleurs immigrants, et un dernier objectif consiste à amorcer une réflexion éthique sur les barrières d'accès à l'indemnisation.

4.1 Premier objectif

Le premier objectif de la thèse consiste à établir les critères permettant de juger des difficultés de parcours des travailleurs immigrants aux diverses étapes du processus d'indemnisation. La question de recherche posée est la suivante :

- Les critères permettant de juger des difficultés sont-ils les mêmes aux diverses étapes du processus d'indemnisation (processus médical, administratif, juridique et lors du retour au travail ?

À partir de ces critères, il sera possible de développer une stratégie pour apprécier l'ampleur des difficultés éprouvées par les travailleurs immigrants.

4.2 Deuxième objectif

Le second objectif est d'identifier les facteurs facilitant et limitant l'accès à l'indemnisation aux diverses étapes du processus et d'en dégager les éléments qui caractérisent les parcours d'indemnisation des travailleurs immigrants. Les questions de recherche posées sont les suivantes :

- Quels sont les facteurs contribuant aux difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants?
- Existe-t-il une taxonomie des parcours difficiles?

4.3 Troisième objectif

Le troisième objectif est de comprendre les dynamiques entre les travailleurs et leur employeur, leur médecin, les services administratifs de l'indemnisation et les conseillers juridiques; les dynamiques conflictuelles sous-jacentes aux parcours difficiles d'indemnisation des travailleurs immigrants. Cet objectif génère les questions de recherche suivantes :

- Qui sont les principaux acteurs impliqués dans les dynamiques?
- Dans quelles circonstances les dynamiques sont-elles devenues complexes ou conflictuelles?
- Comment les travailleurs immigrants expliquent-ils l'émergence de ces dynamiques?

4.4 Quatrième objectif

Le dernier objectif est d'amorcer une réflexion critique de l'équité en matière d'indemnisation à l'égard des travailleurs immigrants. La question soulevée est la suivante :

- L'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants peut-il être abordé sous l'angle éthique des inégalités sociales en santé comme le sont les services de santé?

4.5 Analyses proposées

Afin d'atteindre ces objectifs et de répondre aux questions de recherche posées, quatre analyses sont prévues, chacune empruntant une méthode différente mais complémentaire: une analyse évaluative, une analyse de correspondance, une analyse de régression logistique, une analyse de regroupement (*cluster analysis*) et une analyse de cas. Les résultats de ces analyses seront présentés sous forme d'articles. Le premier article rendra compte de l'analyse évaluative faite sur les critères permettant de juger des parcours d'indemnisation difficiles et d'établir un score de ces difficultés. Le second article présentera les résultats des analyses de correspondance, de régression logistique et de regroupement qui seront faites afin

de dégager les facteurs contribuant aux parcours difficiles des travailleurs immigrants. Le troisième article décrira les dynamiques entre les acteurs de l'indemnisation pour des cas répertoriés parmi les plus difficiles chez les travailleurs immigrants.

Finalement, la discussion reprendra les principaux résultats des analyses dans une perspective éthique de l'économie selon la thèse débattue par Armataya Sen. En espérant que ces résultats et cette réflexion éthique apporteront une contribution aux connaissances sur les inégalités sociales en santé.

CHAPITRE 5

ARTICLE 1

Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles

Revue ciblée: PISTES (revue électronique)

Mots clés: Travailleur immigrant (immigrant worker), accès à l'indemnisation (workers compensation access).

Auteurs

Sylvie Gravel, MSc, candidate au doctorat en santé publique
Chargée d'enseignement clinique, Université de Montréal, et agente de recherche et de planification, Direction de la santé publique de Montréal

Jean-Marc Brodeur, PhD
Professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive et chercheur au GRIS, Université de Montréal

François Champagne, PhD
Professeur titulaire au département d'administration de la santé et chercheur au GRIS, Université de Montréal

Katherine Lippel, LL.M.
Professeur titulaire au département des sciences juridiques et chercheur au Cinbiose Université du Québec à Montréal

Louis Patry, MD, FRCP(C)
Professeur adjoint au département de Biostatistique et d'épidémiologie de l'Université McGill et médecin conseil en santé et sécurité au travail, Direction de la santé publique de Montréal

Laurence Boucheron, MSc
Agente de recherche, Direction de la santé publique de Montréal

Michel Fournier, MSc
Agent de recherche, Direction de la santé publique de Montréal

Bilkis Vissandjée, PhD
Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Correspondance et demandes de réimpression

Sylvie Gravel
UQAM
École des sciences de la gestion,
Département ORH
Case postale 6192, succ. Centre-Ville
Montréal (Québec), H3C 4R2

Téléphone: (514) 987-3000 poste 2941
Télécopieur: (514) 097-0407
Adresse électronique:

████████████████████

RÉSUMÉ

Une évaluation des niveaux de difficultés liées à l'indemnisation a été menée auprès d'un échantillon non aléatoire de 104 travailleurs montréalais, 53 immigrants et 51 non immigrants. L'objectif de l'évaluation était d'établir un score global des difficultés cumulées aux diverses étapes du processus d'indemnisation des travailleurs. L'évaluation a procédé en quatre étapes: 1) créer trois groupes d'experts ayant des compétences médicales, administratives et juridiques en santé et sécurité au travail; 2) faire lister à ces experts un ensemble de critères qualifiant les difficultés d'accès; 3) calculer un score global des difficultés pour chacun des travailleurs de l'échantillon. Les résultats indiquent que les travailleurs immigrants de l'échantillon ont des scores significativement supérieurs aux autres travailleurs lorsqu'ils sont évalués sous l'angle administratif et juridique. Les travailleurs ayant une faible scolarité, moins de 12 années, ont également des scores significativement plus élevés que les travailleurs plus scolarisés lorsqu'ils sont évalués cette fois sous l'angle médical et administratif. Les travailleurs souffrant de maladies professionnelles ont des scores de difficultés supérieurs à ceux victimes d'un accident s'ils sont évalués sous l'angle juridique. Mais peu importe sous quel angle est faite l'évaluation, les scores de difficultés ne sont pas associés au genre. De ces trois opérations d'évaluation, une grille de 25 critères est proposée comme outil pour apprécier les difficultés d'accès aux services d'indemnisation des travailleurs vulnérables. L'outil porte une attention particulière aux facteurs humains liés aux incompréhensions lors des procédures, aux problèmes de communication à l'écrit et d'expression orale lors des descriptions des événements, et aux problèmes de traduction lorsqu'il s'agit de travailleurs immigrants.

Mots clés : indemnisation, travailleurs immigrants, évaluation, difficultés d'accès.

1 PROBLÉMATIQUE

Les difficultés d'accès à l'indemnisation se présentent sous deux formes: la non-déclaration et les barrières d'accès pour ceux qui déclarent. Certains des travailleurs ne déclarent pas parce qu'ils ne sont pas couverts par un régime d'indemnisation et d'autres, qui pourraient être admissibles, ne le font pas craignant des représailles de la part de leur employeur ou des pertes financières. Pour ceux qui font une réclamation, des barrières d'accès peuvent se dresser tout au long du parcours d'indemnisation: lors des évaluations médicales, à l'occasion des procédures administratives ou encore au moment de la réintégration au travail. Des jeux d'influence de la part des différents acteurs engagés dans le processus et l'incompréhension des procédures sont souvent à la source des difficultés d'accès à l'indemnisation.

Tant aux États-Unis qu'au Canada, il n'y a qu'une faible proportion des travailleurs en droit de réclamer qui le font. Cette proportion varie selon le type de lésion et les causes associées. Dans l'étude de Biddle et *al*, [1998] (1) auprès de 30 000 travailleurs du Michigan ayant consulté pour une lésion professionnelle, 45 % ont fait une réclamation. De ce même échantillon, seulement 25 % des 1 598 souffrant d'une lésion musculo-squelettique ont fait une réclamation [Rosenman et *al*, 2000] (2). Si la lésion est causée par des traumatismes à répétition, le taux de réclamation est encore plus bas, atteignant à peine 10 % selon Morse et *al*, [1998] (3). Certains diagnostics sont mieux indemnisés que d'autres : une tendinite sera plus fréquemment indemnisée qu'une réclamation pour un syndrome du canal carpien [Yassi et *al*, 1996] (4). Au Canada, le taux de sous-déclaration est semblable. L'étude de Shannon et *al*, [2002] (5) réalisée auprès de 2 500 personnes provenant de plusieurs provinces constate que 11 % des travailleurs salariés ont déclaré avoir été victimes d'une lésion professionnelle au cours de la dernière année et des 255 travailleurs admissibles à des indemnités, seulement 40 % ont fait une réclamation et ce, sans égard aux types de lésion.

Souvent les travailleurs, et particulièrement les travailleurs immigrants, ne connaissent pas leurs droits. Une étude ontarienne menée par Kirsh et *al*, [2001] (6) auprès de 290 travailleurs démontre que près de 50 % des travailleurs victimes de lésions ne connaissaient pas leurs droits ni les bénéfices de l'indemnisation. Différentes études démontrent que ceux qui souffrent de malaises chroniques tels que les maux de dos [Morse et *al*, 1998] (3) ou qui ont subi des traumatismes à répétition, se prévalent peu souvent de leur droit à des indemnités. Ils considèrent leur lésion sans gravité (59 %), craignent de perdre leur emploi (58 %) ou, à tout le moins, s'inquiètent des changements que cela apporterait à leur position dans l'entreprise (36 %) [Rosenman et *al*, 2000] (2). D'autres, comme Pransky et *al*, [1999] (9) ont rapporté que les lésions musculo-squelettiques associées à des traumatismes répétitifs sont effectivement sous-déclarées et que cela est possiblement associé aux entreprises de petite taille.

Les travailleurs immigrants d'origine latino-américaine et asiatique [Krause et *al*, 1999] (10) ainsi que les travailleurs âgés et les femmes monoparentales dont ceux d'origine afro-américaine [Santiago et *al*, 1996] (11) font partie de ces travailleurs qui préfèrent éviter de réclamer. Syndiqués ou non, les travailleurs immigrants continuent à travailler sous médication malgré leurs douleurs pour maintenir leur lien d'emploi [Lashuay et *al*, 2002] (12). Ils craignent d'être congédiés, de perdre leur droit de résidence s'ils sont en attente de leur citoyenneté ou encore de s'appauvrir parce que les indemnités de remplacement de revenu sont insuffisantes [Villarejo et *al*, 2000] (13). Leurs craintes d'appauvrissement sont fondées, les pertes de revenu entraînent maintes difficultés financières obligeant plusieurs d'entre eux à recourir à une aide financière auprès de leurs proches ou de la sécurité du revenu; et s'ils épuisent leurs économies, ils devront déménager et vendre une partie de leurs biens [Texas Workers' Compensation Research Center, 1995] (14).

Pour ceux qui réussissent à surmonter leurs craintes d'être victimes de représailles, l'accès à l'indemnisation n'est pas automatique. Plusieurs études [Strunin et *al*, 2004; Imershein et *al*, 1994; Thomason, 1994] (15, 16, 17) et

travaux de commissions d'enquête, dont celles menées récemment en Californie [Sum, 1996; WISH, 2002] (18,19), démontrent l'existence de maintes barrières d'accessibilité au système d'indemnisation, que ce soit à l'entrée ou en cours de processus. Quelques auteurs, dont Dembe et *al*, [2003] (20), en ont dégagé des cadres d'analyse.

Quant à Webb et *al*, [1989] (21), ils ont élaboré une grille d'analyse des trajectoires difficiles dans le processus d'indemnisation, grille qui a été reprise par Azaroff et *al*, [2002] (22). Ce dernier a conçu un cadre d'analyse comprenant une série de filtres qui illustrent les pressions subies par les travailleurs, pressions exercées par les différents acteurs des environnements concernés par le processus de réclamation. D'abord, il y a l'environnement de travail où les superviseurs et les collègues freinent le processus. Ensuite, il y a l'environnement médical où les médecins ont à la fois un rôle d'expert auprès des instances décisionnelles et de soutien auprès des patients s'ils acceptent les enjeux de pouvoir entre l'expertise et la contre-expertise. Et finalement, il y a l'environnement administratif qui reconnaît ou non les risques environnementaux des réclamants et s'assure de la compréhension des bonnes procédures à suivre par ces derniers. Ces filtres accordent une importance particulière aux jeux d'influence dans le milieu de travail et moins aux dynamiques avec les acteurs du système administratif de l'indemnisation.

Dans le cadre d'analyse des barrières au système d'indemnisation élaboré par Dembe et *al*, [2003] (20), on retrouve en partie ces filtres et ces acteurs. À la différence d'Azaroff et *al*, Dembe et *al*, définissent les barrières d'accès au système d'indemnisation en mécanismes de blocage hiérarchisés en trois niveaux :

- Bloquer l'entrée au système: en décourageant les travailleurs de réclamer parce que les procédures sont longues et coûteuses, en insinuant qu'ils s'appauvrissent en raison des délais pour recevoir leurs indemnités; en les

menaçant d'un congédiement ou en leur proposant un arrangement contournant la déclaration (assignation temporaire, chômage, vacances);

- Imposer des règles structurant l'accès au système d'indemnisation : être inflexible sur les délais de réclamation, limiter le libre choix du médecin traitant, rembourser aux travailleurs des frais médicaux au lieu de les payer directement;
- Ignorer les conditions de réintégration au travail: consolider le travailleur sans égard à ses capacités à maintenir son niveau de productivité, aux risques de rechutes et de récidives, et donner des informations non adaptées aux travailleurs allophones ou peu scolarisés.

Dans ce modèle, Dembe et *al*, mettent l'accent sur les aspects administratifs de l'indemnisation et de la réintégration au travail. La construction d'un modèle mettant l'accent sur les barrières médicales s'est inscrite dans une réflexion politique visant la réduction de l'accroissement des coûts des soins liés à l'indemnisation, accroissement associé, entre autres, au fait que beaucoup de travailleurs étatsuniens n'ont accès à des soins de santé que par le régime d'indemnisation de leur employeur. Afin de contrôler les coûts, les services d'indemnisation ont proposé de nouveaux modèles de gestion des cas de travailleurs victimes de lésions professionnelles [Dembe et *al*, 2004] (23) misant sur des critères de qualité des soins et des services en médecine du travail dont : la couverture du régime d'assurances, les normes de pratique de la médecine du travail basées sur des données probantes, la compréhension par les travailleurs des décisions rendues, des traitements offerts et des indemnités de remplacement accordées, et l'accès facile au système de santé (rendez-vous médicaux sans délai, programme de retour progressif au travail et mesures préventives des rechutes et des récidives) [Dembe et *al*, 2003] (24). Malgré ces améliorations, les travailleurs demeurent insatisfaits des soins reçus [Rudolph et *al*, 2002; Eccleston et *al*, 2002] (25, 26). Ils déplorent que les professionnels de la santé saisissent peu la nature de leur emploi, l'impact de leur lésion et de leurs limitations sur leur capacité

d'exécuter leurs tâches, de satisfaire aux exigences de performance attendues par l'employeur [Sum, 1996] (27).

L'impression d'être incompris par les médecins et les autres acteurs génère souvent un sentiment d'injustice. Dans une perspective de justice distributive et procédurale, Roberts et Young [1997] (28) démontrent que les travailleurs réclamant des indemnités considèrent avoir été traités avec équité en fonction de la qualité de leurs interactions avec les décideurs du système d'indemnisation. La perception qu'ont les travailleurs, réclamant des indemnités, du manque d'impartialité des principaux acteurs, soit l'employeur, le médecin et l'agent d'indemnisation, motiverait près de la moitié des contestations initiées par les travailleurs.

La littérature indique qu'il existe une série de jeux d'influence exercés sur les travailleurs pour freiner leurs démarches aux diverses étapes du processus de réclamation des indemnités. Dans certains cas, ces influences s'exercent dès les premières étapes du processus, faisant en sorte que les travailleurs ne déposeront même pas de requête. Selon l'angle d'analyse adopté, soit l'angle médical, juridique, administratif ou des rapports humains, l'importance accordée à ces jeux d'influence varie et le sentiment d'iniquité teinte l'appréciation des travailleurs sur l'ensemble des services reçus. Malgré l'ampleur des travaux effectués sur l'accès à l'indemnisation, dans aucun on a considéré l'ensemble du parcours, en prenant en compte l'entièreté des angles d'analyse des mécanismes de blocage pour cerner les dynamiques particulières des travailleurs plus vulnérables, dont les travailleurs immigrants. En fait, une question persiste :

- Quels critères permettraient de juger de l'ensemble des difficultés tout au long du parcours d'indemnisation des travailleurs vulnérables dont les travailleurs immigrants?

2 MÉTHODE

Pour répondre à cette question, une étude exploratoire basée sur trois opérations d'évaluation faisant appel à huit experts en santé et sécurité au travail, médecins, avocats, chercheurs et militants à la défense des travailleurs, a été menée à partir des données d'une étude originale. L'étude originale, une étude rétrospective menée pendant 18 mois, avait comme objectif de décrire les facteurs facilitant et limitant l'accès aux services d'indemnisation et les interactions avec les acteurs aux différentes étapes du processus d'indemnisation [Patry et al, 2005] (29). La cueillette des données s'est faite lors de deux entrevues individuelles, réalisées auprès d'un échantillon non probabiliste de 104 travailleurs montréalais, 53 travailleurs immigrants et 51 non immigrants. Tous les sujets avaient fait une demande de consultation médicale ou juridique à l'une ou l'autre des étapes du processus d'indemnisation. Les critères d'inclusion étaient d'avoir fait une demande de réclamation pour une lésion professionnelle survenue au cours des deux années précédant l'entrevue, être à l'embauche d'une entreprise, être âgé de 18 à 65 ans et être au Canada depuis moins de vingt ans pour les sujets immigrants. Cette définition des travailleurs immigrants inclut les travailleurs de toute origine ethnique et raciale, les allophones et les travailleurs maîtrisant les langues officielles. Elle exclut les travailleurs ayant immigré de longue date, considérant qu'ils sont aussi familiers avec les structures sociales, dont le système d'indemnisation, que tous les travailleurs.

Les entrevues de l'enquête originale ont été menées dans la langue maternelle par une équipe d'intervieweurs multilingues, accompagnés d'un interprète lorsque l'équipe ne pouvait assurer la traduction dans la langue du sujet. La première entrevue durait en moyenne 1 heure 45 minutes et la seconde, 45 minutes.

À partir de leur expérience professionnelle, les experts ont établi des critères et leur valeur respective, et les ont appliqués aux données de ces entrevues. Ces opérations d'évaluation, une basée sur les critères des experts médicaux, une seconde sur les critères juridiques et une dernière sur les critères

administratifs, ont permis de déterminer des scores aux difficultés éprouvées par les travailleurs au cours de leur processus d'indemnisation. Les trois opérations se sont succédées sur une période de trois mois et ce, de façon distincte. Un seul expert, coordonnateur des opérations, a été en contact avec les autres.

Le groupe d'experts médicaux en santé et sécurité au travail était composé de trois membres : un médecin ergonomiste, un avocat en indemnisation et un anthropologue médical. L'expert en droit de la santé et de la sécurité du travail comportait un seul expert : un juriste en santé et sécurité au travail. Et le groupe d'experts des aspects administratifs était composé de quatre personnes : un conseiller aux services à la clientèle, un chercheur spécialiste des programmes de maintien du lien d'emploi pour les travailleurs victimes de lésions professionnelles, un chercheur spécialiste des questions d'inégalités sociales et de santé chez les prestataires d'aide sociale et d'assurance emploi, et un médecin-conseil attaché à l'instance juridique qui reçoit les demandes de mise en appel des décisions administratives en santé et sécurité au travail.

2.1 Source des données

La principale source des données sont les scores de difficultés pour chacun des sujets de l'échantillon. Ce score a été calculé à partir des critères retenus par les groupes d'experts.

Les scores attribués par les experts médicaux l'ont été en se basant sur certaines variables de l'enquête initiale correspondant aux critères. Les 33 variables sélectionnées ont été dichotomisées et ensuite, on leur a attribué une valeur correspondant à la présence ou l'absence de difficultés. Par exemple, pour « la réclamation initiale était-elle conforme à l'événement », les trois choix de la réponse originale (oui tout à fait, il manquait des éléments mineurs, des choses importantes ont été oubliées) ont été ramenés aux choix « oui » et « non », « oui » étant la situation jugée difficile. Les scores ont été par la suite calculés par traitement informatique pour obtenir un score sur 33.

L'évaluation faite sous l'angle juridique a été menée différemment, aucun traitement des données originales n'a été effectué, un seul expert a procédé à une relecture de toutes les entrevues de l'enquête initiale et a attribué un score global à chaque sujet en tenant compte des 34 critères. Le score maximum étant de 10.

Quant à la troisième évaluation, celle menée sous l'angle administratif, des membres de l'équipe de recherche ont relu et interprété la situation des 104 sujets à la lumière des 13 critères retenus par les quatre experts administratifs en leur attribuant une valeur variant de un à quatre pour chaque critère. Le score maximal théorique étant de 65.

Tous les scores obtenus par individu pour chacune des trois opérations d'évaluation ont été recalculés sur 50 pour être additionnés. Ce score final, dont le maximum est de 150, constitue la variable dépendante des difficultés de parcours.

2.2 Échantillon et recrutement

L'échantillon de l'enquête initiale de 104 travailleurs, 53 immigrants et 51 non-immigrants, comprend autant d'hommes que de femmes. Au moment où s'est produite la lésion pour laquelle ils ont fait une réclamation, tous les travailleurs étaient salariés d'une entreprise, à l'exception d'une travailleuse autonome, sous-contractante des services publics.

Ces travailleurs ont été recrutés principalement à partir des listes de clientèle des partenaires de l'étude initiale : un organisme de défense des travailleurs victimes de lésions professionnelles, un bureau d'études légales spécialiste du droit de la santé et de la sécurité du travail et une polyclinique faisant de l'expertise de lésions professionnelles. Des 363 sujets potentiels issus des listes de clientèle de tous les partenaires, 179 n'ont pas été rejoints pour maintes raisons. Des 184 qui ont été directement sollicités, 104 ont accepté.

Les huit experts ayant contribué aux opérations d'évaluation et d'attribution des scores ont tous été recrutés par l'équipe de recherche en fonction

de leur compétence reconnue dans le milieu. Tous ont accepté sans réserve de participer à l'élaboration des critères permettant d'établir des scores de difficultés. Aucun expert ne connaissait les sujets de l'échantillon. Un seul, l'expert juridique, a fait lui-même la lecture des données anonymes d'entrevues pour attribuer les scores.

2.3 Traitement et analyse de données

Les scores et toutes les données de l'enquête initiale ont été saisis et traités à l'aide du logiciel SPSS. Les données décrivant les opérations d'évaluation des scores de difficultés ont quant à elles été consignées dans des cahiers de bord. Finalement, trois traitements et analyses des données ont été faits :

- a) une analyse qualitative a servi à déterminer les variables ayant le plus contribué aux scores de difficultés des sujets pour chacune des opérations;
- b) une analyse bivariée a permis d'établir la distribution des scores selon le statut des travailleurs (immigrants et non immigrants) et les opérations d'évaluation;
- c) des tests d'association ont été pratiqués, avec la méthode statistique de « t de Student », sur les scores de difficultés et les principales variables associées aux difficultés d'accès à l'indemnisation (statut, sexe, scolarité et type de lésion).

3 RÉSULTATS

Les résultats découlant de ces trois analyses exploratoires sont présentés de façon distincte.

3.1 Critères ayant le plus contribué à l'établissement des scores de difficultés

L'analyse qualitative des critères ayant le plus contribué à l'établissement des scores de difficultés a permis de constater que, d'une opération à l'autre, les critères ne sont pas identiques, mais que leurs libellés font référence à des dimensions qui se rapprochent. Aux trois catégories initiales de critères, soit médicaux, administratifs et juridiques, trois autres catégories ont été ajoutées soit les critères économiques, de retour au travail et ceux liés aux dimensions

humaines. La classification des critères comprend finalement six catégories. Dans le tableau 1 sont listés, par ordre d'importance, les 12 critères ayant le plus fréquemment contribué aux scores des travailleurs à chacune des trois opérations d'évaluation.

La comparaison démontre que les critères liés au parcours administratif (15/36) sont prépondérants dans toutes les opérations d'évaluation des parcours d'indemnisation, peu importe l'angle d'évaluation emprunté. La transmission des avis et des informations sur les procédures administratives et les décisions rendues par courrier, et non par contact direct avec les agents d'indemnisation, sont associées à plusieurs difficultés de compréhension.

Tableau 1
Principaux critères qualifiant les parcours difficiles
selon l'angle d'évaluation, la catégorie de critères et le rang d'importance

Critères	Angle médical	Angle juridique	Angle administratif
Médicaux (8/36)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen médical spécialisé. ▪ Référé à des professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Controverse médicale. ▪ Recours au médecin de l'employeur. ▪ Complications psychologiques. ▪ Lésion liée à un mouvement répétitif. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic imprécis. ▪ Complications médicales.
Juridiques (2/36)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A consulté un conseiller juridique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incompréhension du litige. 	
Administratifs (15/36)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulté de comprendre la correspondance écrite. ▪ Incompréhension des procédures administratives. ▪ Refus du retour au travail. ▪ Refus de la consolidation. ▪ Refus pour une limitation fonctionnelle. ▪ Incompréhension lors des consultations professionnelles. ▪ Non interrogé par un agent d'indemnisation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de contact avec l'agent d'indemnisation. ▪ Réclamation initiale incomplète. ▪ Interprète seulement à la dernière instance décisionnelle (CLP). ▪ Méconnaissance des règles administratives. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plusieurs instances décisionnelles. ▪ Termes des décisions pas clairs. ▪ Reconnaissance des faits refusée. ▪ N'a jamais vu l'agent, information insuffisante.
Économiques (2/36)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais juridiques insurmontables, abandon de la demande de révision. ▪ Pas d'assurance - emploi / coûts supplémentaires des traitements. 	
Critères de retour au travail (4/36)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non syndiqué. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ N'est pas retourné au travail, non consolidé. ▪ Veut changer d'employeur ou d'orientation. ▪ Pas de soutien de l'employeur.
Critères humains (5/36)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aide pour la correspondance. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incompréhension des termes et des décisions rendues. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décisions incomprises. ▪ Mépris. ▪ Difficulté à se faire comprendre.

Les critères d'ordre médical (8/36) arrivent au second rang parce que la consultation médicale est la porte d'entrée du système d'indemnisation. Étonnamment, c'est l'évaluation faite sous l'angle juridique qui retient en plus grand nombre les critères médicaux. Les consultations faites auprès de divers médecins spécialistes, les diagnostics imprécis ou controversés ainsi que les complications psychologiques amènent inévitablement des procédures administratives plus complexes avec des requêtes auprès de plusieurs instances décisionnelles. Les limitations fonctionnelles d'ordre médical ou psychologique non reconnues compliquent bien souvent le retour au travail.

Les critères liés aux facteurs humains (5/36), dont les problèmes de communication et de compréhension, arrivent au troisième rang dans les opérations d'évaluation des parcours difficiles. La classification adoptée en minimise probablement l'importance parce que les catégories ne sont pas mutuellement exclusives; des dimensions humaines sont également apparentes dans les critères médicaux et les critères administratifs lorsqu'il s'agit d'interaction entre les travailleurs et les médecins ou les agents d'indemnisation.

Bien que l'impact de la lésion sur les capacités de réintégrer leur travail soit au coeur des préoccupations des travailleurs, la catégorie de critères portant sur le retour au travail se classe quatrième. Les critères économiques et juridiques sont de moindre importance. Si les critères faisant appel à l'appauvrissement des travailleurs, à leur incapacité à payer leurs frais médicaux ou juridiques sont très présents lorsque vient le moment de formuler une demande de réclamation, ils semblent être moins prépondérants lorsque les procédures sont déjà amorcées. Toutefois, comme bien d'autres, les critères économiques apparaissent de façon secondaire dans la liste des autres évaluations.

Des corrélations interjuges ont été calculées par un test de coefficient de Pearson - les valeurs attribuées par l'évaluation sont ici catégorielles - entre les trois groupes d'experts. Les résultats, se situant autour de 0,6, indiquent que les

groupes d'experts ont porté des jugements distincts sans pour autant être aux antipodes de l'évaluation (voir le tableau 2).

Tableau 2
Corrélations interjuges
entre les trois comités d'experts

	Évaluation sous l'angle médical	Évaluation sous l'angle juridique	Évaluation sous l'angle administratif
Évaluation sous l'angle médical	1	0,59	0,69
Évaluation sous l'angle juridique	-	1	0,64
Évaluation sous l'angle administratif	-	-	1

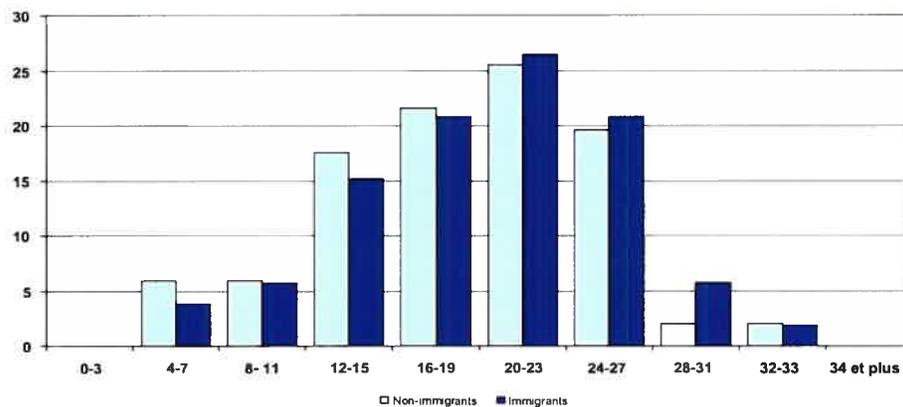
En réponse à la question initialement posée : quels critères permettraient de juger des difficultés de parcours de travailleurs vulnérables, dont les travailleurs immigrants? une évaluation de l'ensemble des difficultés dans les parcours d'indemnisation doit combiner plusieurs critères propres aux divers secteurs d'expertise, aux différents acteurs pouvant exercer un jeu d'influence dans le processus. Ces 36 principaux critères font partie d'un ensemble encore plus exhaustif de critères possibles. Néanmoins, ils résument un ensemble de dynamiques, avec les professionnels de la santé, des services administratifs et juridiques ainsi qu'avec les employeurs, contribuant ainsi aux parcours difficiles des travailleurs immigrants. Les travailleurs immigrants se distinguent-ils de façon significative des autres travailleurs ayant recours à des services spécialisés en santé et sécurité au travail ou en indemnisation? Les résultats de l'analyse bivariée entre ces deux groupes présentés dans la section suivante apportent un éclairage intéressant.

3.2 Description des scores de difficultés selon le statut des travailleurs

Les parcours d'indemnisation des travailleurs immigrants de l'échantillon sont jugés plus difficiles (figures 1 à 3) sous tous les angles d'évaluation. Sous l'angle médical (figure 1) et administratif (figure 3), la distribution des scores suit une courbe normale avec un décalage entre les courbes des travailleurs immigrants et non immigrants indiquant des niveaux de difficultés plus grands chez les travailleurs immigrants, mais les différences sont significatives que pour l'évaluation faite sous l'angle administratif ($t = -2,4$) contrairement à celle faite sous l'angle médical ($t = -0,97$). La distribution des scores difficiles sous l'angle juridique (figure 2) est asymétrique et significative ($t = -2,8$). Tant les travailleurs immigrants que non immigrants sont identifiés comme ayant des difficultés importantes d'accès au système d'indemnisation, mais les travailleurs immigrants éprouvent toujours les plus grandes difficultés. Dans les trois évaluations, les valeurs résiduelles aux scores suivent également une courbe de distribution normale.

Figure 1

Évaluation selon l'angle médical
Comparaison des niveaux de difficultés des parcours d'indemnisation
selon le statut d'immigration

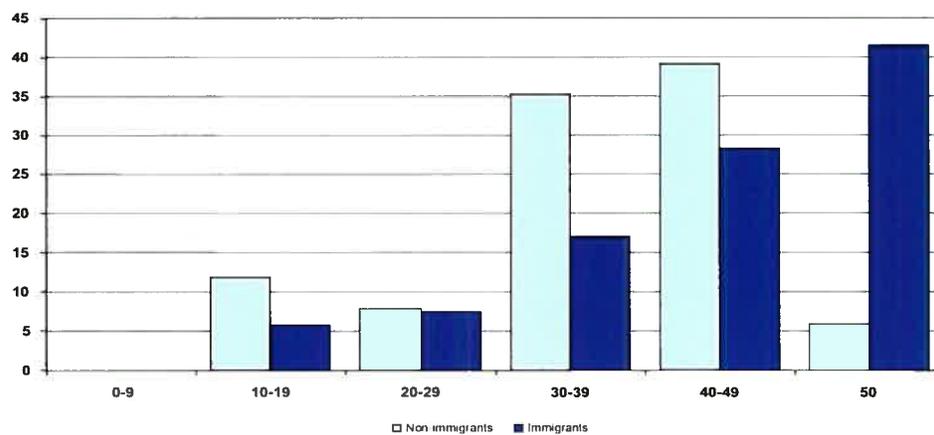


Score moyen (écart type) immigrants : 19,8 (6,4) ; non-immigrants : 18,6 (6,2)

t= - 0,97 , non significatif

Figure 2

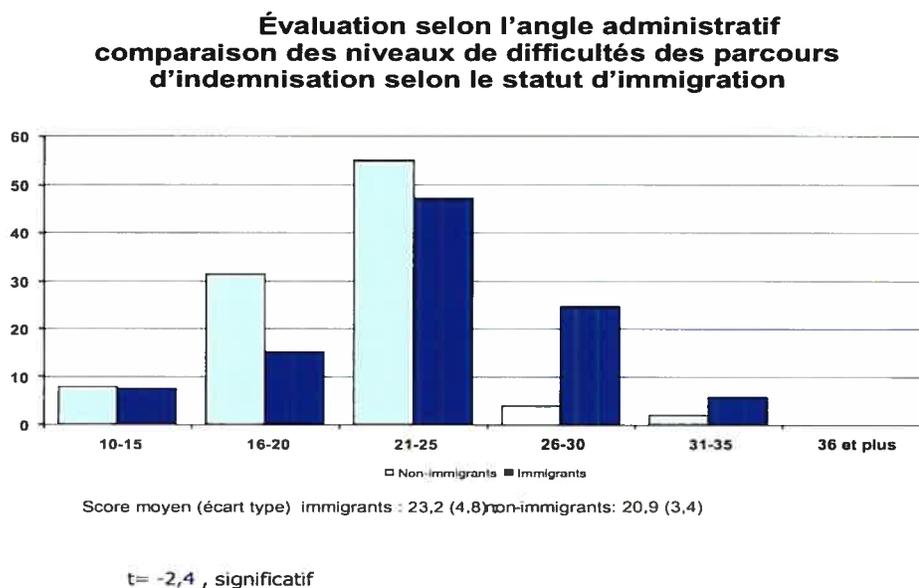
Évaluation selon l'angle juridique
comparaison des niveaux de difficultés des parcours d'indemnisation
selon le statut d'immigration



Score moyen (écart type) immigrants : 40,7 (10,8) ; non-immigrants : 34,5 (10,7)

t= -2,8 , significatif

Figure 3



Selon les divers travaux recensés dans la littérature, plusieurs vulnérabilités des travailleurs associées au genre, au type de lésion et à la scolarité sont également associées aux difficultés de parcours d'indemnisation. À cet effet, des tests de « t » d'égalité des moyennes ont été appliqués à chacune des variables.

3.3 Analyses des autres variables associées aux difficultés d'accès à l'indemnisation

Les résultats aux tests d'égalité des moyennes des variables associées aux scores de difficultés d'accès à l'indemnisation indiquent que le type de lésion (maladie ou accident), la scolarité (moins de 12 ans d'étude et 12 ans et plus) et le statut (immigrant, non-immigrant), à l'exception du sexe, ces variables sont associées de façon significative aux scores. Néanmoins, ces associations significatives varient selon l'angle d'analyse. Toutefois, dans le cas du statut, l'association est significative à la fois au score cumulé et aux scores de deux opérations faites sous les angles juridique et administratif (voir tableau 3). (Pour le détail des résultats des tests d'association par variable, voir l'annexe méthodologique n° 1, section 1.3).

Tableau 3
Résultats significatifs aux tests d'égalité des moyennes des variables associées
aux scores de difficultés d'accès à l'indemnisation selon l'angle d'évaluation

Variables	Angle d'évaluation	Modalités	Moyenne	Écart-type	t	P
Scolarité dl : 100	Médical	< 12 ans 12 ans et +	21,1 18,1	6,2 6,2	2,4	0,02
Scolarité dl : 100	Administratif	< 12 ans 12 ans et +	23,2 21,3	4,3 4,3	2,3	0,02
Type de lésion dl : 102	Juridique	accident maladie	36,2 41,4	11,4 9,5	-2,2	0,03
Statut dl : 102	Administratif	Non-immigrant immigrant	20,9 23,2	3,4 4,8	-2,8	0,007
Statut dl : 102	Juridique	Non-immigrant immigrant	34,5 40,7	10,7 10,8	-2,9	0,004
Statut dl : 102	Synthèse des évaluations (score final)	Non-immigrant immigrant	74,1 83,7	17,6 19,4	-2,7	0,009

Les travailleurs de l'échantillon ayant une faible scolarité, soit moins de 12 ans, ont des scores statistiquement plus élevés dans les parcours difficiles selon les évaluations faites sous les angles médical ($p = 0,02$) et administratif ($p = 0,02$). Les médecins et les agents d'indemnisation étant les premières personnes dans le parcours à qui les travailleurs doivent décrire les circonstances entourant l'accident ou l'apparition des symptômes, sont à même de constater les limites des travailleurs peu scolarisés à relater les événements et à communiquer avec les instances décisionnelles.

Les travailleurs de l'échantillon souffrant de maladies professionnelles ont des scores significativement plus élevés que ceux victimes d'un accident ($p = 0,03$), selon l'évaluation faite sous l'angle juridique. Les travailleurs souffrant d'une maladie professionnelle doivent démontrer que leur état de santé n'est pas lié à une condition personnelle antérieure mais aux risques particuliers du travail. La démonstration étant souvent difficile à faire, ils ont probablement recours à des conseillers juridiques pour étayer les preuves. Ainsi, les conseillers juridiques comptent probablement parmi leur clientèle une proportion plus grande de cas de maladies professionnelles que dans la population des travailleurs indemnisés.

Les travailleurs immigrants de l'échantillon ont des scores aux difficultés d'indemnisation qui sont statistiquement plus élevés selon les évaluations faites sous les angles juridique ($p = 0,004$), administratif ($p = 0,007$) et dans la synthèse des opérations ($p = 0,009$). L'évaluation faite sous l'angle médical ne fait pas ressortir cet aspect.

En résumé, pour les travailleurs ayant participé à cette étude, le statut d'immigration est associé aux difficultés d'accès à l'indemnisation lorsque cette évaluation est faite sous les angles juridique et administratif, alors que la faible scolarité est prépondérante sous les angles médical et administratif, et le type de lésion, sous l'angle juridique.

4 DISCUSSION

Cette étude, basée sur trois opérations d'évaluation des critères pour juger des difficultés d'accès au système d'indemnisation éprouvées par les travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles, apporte trois résultats originaux. D'abord, une série de 36 critères regroupés en six catégories sont proposés comme critères de référence aux acteurs concernés par les services d'indemnisation pour déterminer le degré de difficultés éprouvé par les travailleurs immigrants qui font une demande de réclamation. Bien qu'exhaustive, cette liste ne concerne que les difficultés éprouvées par les travailleurs ayant fait une demande de réclamation. Elle n'aborde aucunement les difficultés entourant la sous-déclaration des lésions, le premier niveau de blocage identifié par Dembe et *al.*,. Nous avons retenu une liste de 25 critères puisque certains des critères ayant le plus contribué aux trois opérations se recoupent. Ces critères se regroupent en sept catégories:

A. Conditions de soutien chez l'employeur :

- banalisation de la gravité de l'événement accidentel ou de l'apparition des symptômes de maladie par le superviseur;
- pas de temps d'arrêt pour rapporter la lésion;
- pas d'information collective offerte par le milieu de travail sur les étapes à suivre et les délais pour déclarer une lésion et procéder à une réclamation;
- sans personne ressource (syndicat, comité de santé et sécurité au travail) pour soutenir la personne afin qu'elle complète elle-même sa réclamation ou à tout le moins qu'elle soit en mesure de confirmer le contenu de sa déclaration.

B. Parcours médical :

- diagnostic imprécis (spécifique, nouveau, changeant);
- présence de complications médicales, psychologiques ou des deux;
- investigation médicale insuffisante entre la lésion et l'occupation pour que le médecin puisse se prononcer sur l'origine et la gravité de la lésion, les limitations potentielles et sur les risques de rechute une fois le travailleur retourné en poste;
- sans continuum du suivi médical (pas de médecin de famille);
- conflit d'intérêt entre le médecin traitant, l'employeur et le système d'indemnisation.

C. Parcours administratif :

- peu de contacts directs (face à face, téléphone) avec les agents d'indemnisation;
- changement fréquent d'agent d'indemnisation;
- attitude irrespectueuse des agents d'indemnisation à l'égard des travailleurs;
- offre inappropriée de conditions de retour au travail (retour progressif, allègement de tâche, changement d'employeur ou de type d'emploi et formation);
- plusieurs instances décisionnelles dans la gestion du dossier;
- longs délais (au-delà de 6 semaines) de traitement du dossier.

D. Contraintes économiques:

- frais juridiques insurmontables entraînant l'abandon de la demande de révision;
- ne pas avoir d'assurance-emploi pour couvrir les coûts supplémentaires des traitements.

E. Conditions de retour au travail :

- non-retour chez l'employeur (changement d'employeur souhaité, congédiement, abolition de poste);
- mauvaises relations de travail antérieures à la lésion, celles découlant des événements entourant l'apparition de la lésion (contestation, harcèlement, menace) et celles manifestées lors de la réintégration au travail.

F. Facteurs humains:

- incompréhension des procédures (réclamation, contestation, délais) et des décisions rendues (terminologie et conséquences);
- problèmes de communication à l'écrit (lettre, formulaire);
- problèmes d'expression orale dans la description des événements, de la tâche, des mouvements impliqués (répétition, cadence, extension), des conditions de réalisation (chaleur, vibration, espace), des équipements utilisés (charge pondérale, dextérité);
- problèmes de traduction (besoin d'interprète).

G. Procédures juridiques:

- avoir besoin de recourir à un conseiller juridique;
- ne pas comprendre l'objet du litige lorsqu'il y a appel de la décision.

Ces critères ont été déterminés dans une étude ciblant les travailleurs immigrants, mais probablement qu'une bonne partie de ces critères s'appliquerait aux travailleurs des secteurs industriels où les conditions de travail sont très précaires et où l'environnement les expose indûment à des lésions professionnelles. Néanmoins, ces critères ont permis de développer une méthode

pour qualifier les degrés de difficultés éprouvées par les travailleurs et d'établir des comparaisons entre les groupes. Toutefois, une analyse exhaustive du poids relatif de ces critères devrait apporter davantage de précision à cette liste. Ainsi, des facteurs tels que la perte de l'emploi, la détresse psychologique, la durée de l'incapacité pourraient avoir un poids différent à celui des problèmes de compréhension des litiges ou des problèmes économiques à procéder à une mise en appel.

Le deuxième résultat original de cette étude est d'avoir comparé, entre les travailleurs immigrants et non immigrants, les distributions des scores de difficultés. Dans la littérature, maintes études ont constaté que les travailleurs immigrants ou issus des communautés culturelles ou des minorités visibles vivaient de plus grandes difficultés d'accès à certaines étapes du processus d'indemnisation que les travailleurs en général, mais aucune ne comparait des scores globaux combinant l'ensemble des étapes du processus d'indemnisation. De plus, la comparaison des scores a été faite successivement sous trois angles différents d'évaluation (médical, juridique et administratif) et le résultat demeure le même : les travailleurs immigrants ont des scores de difficultés supérieurs aux autres travailleurs et tout particulièrement lorsque l'analyse est faite sous l'angle administratif.

Finalement, le troisième résultat original est que parmi les variables généralement associées dans la littérature à des difficultés d'accès à l'indemnisation, soit le sexe, la scolarité, le type de lésion et le statut d'immigration, seul le statut d'immigration est associé de façon importante aux difficultés d'accès à l'indemnisation, et particulièrement sous les angles administratif et juridique de l'évaluation alors que la faible scolarité est prépondérante sous les angles médical et administratif, et le type de lésion, sous l'angle juridique. Quant au sexe, aucune association n'a été significative.

Les résultats de la présente étude indiquent que pour accéder adéquatement au système d'indemnisation, le travailleur doit maîtriser toutes les

étapes du processus et les règles administratives, tout comme l'ont démontré d'autres études, dont celle de Roberts et *al*, [1997] (28). Pour les sujets de l'échantillon, une incompréhension des procédures et des délais est souvent à l'origine des refus par la première instance décisionnelle d'indemnisation. Le phénomène est d'ailleurs observé dans d'autres études portant sur les délais entourant les procédures d'indemnisation [Dawson, 1994] (30). Le manque de maîtrise des règles et procédures chez les travailleurs immigrants même très scolarisés est aggravé par leur problème de traduction et d'interprétation. Mais les problèmes de compréhension de la correspondance écrite (54 %) et des décisions rendues (58 %) ne sont pas l'apanage des immigrants; ils sont tout aussi fréquents chez les travailleurs non immigrants. Ces facteurs humains, qui permettent la maîtrise ou non du processus, affectent toutes les dimensions du parcours d'indemnisation, qu'il s'agisse du parcours administratif, médical, juridique ou de retour au travail.

5 CONCLUSION

Les résultats de cette étude démontrent que les personnes immigrantes éprouvent davantage de difficultés au cours du processus d'indemnisation. Les démarches administratives et médicales sont particulièrement éprouvantes pour les travailleurs immigrants. Avant de refuser la réclamation de travailleurs victimes de lésions professionnelles, les services d'indemnisation devraient s'assurer que les réclamants ont pu exercer leurs droits en toute connaissance de cause sans entrave provenant de l'un ou l'autre des acteurs qui interagissent dans le processus d'indemnisation. Ainsi, les réclamations faites par les travailleurs peu scolarisés, d'immigration récente ou allophones devraient recevoir une attention particulière quant aux circonstances entourant leurs démarches de réclamation.

De façon générale, les lésions professionnelles sont à la fois une expérience contraignante sur le plan professionnel et douloureuse au plan personnel, expérience qui appauvrit les travailleurs et fragilise leurs relations familiales. Les procédures d'indemnisation sont souvent une épreuve

traumatisante. La sous-déclaration et la non-indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles ne sont pas rentables sur le plan social. Une proportion importante de travailleurs non indemnisés et congédiés se retrouverait, à la suite de leur lésion, à l'assurance-emploi ou à la sécurité du revenu, des mesures de sécurité sociale plus onéreuses collectivement que l'indemnisation [Fortin et *al*, 1992] (31).

L'analyse cyclique de l'accès aux services d'indemnisation des travailleurs présentant les vulnérabilités particulières liées à leurs conditions d'immigrant, d'allophone, d'analphabète ou à leurs conditions socioéconomiques précaires, serait souhaitable afin d'assurer que cette mesure de sécurité sociale n'engendre pas d'inégalités sociales. Cela pourrait s'inscrire dans la planification stratégique des mesures d'amélioration des services à la clientèle. Toutefois, une telle démarche d'évaluation exigerait de revoir cette grille en pondérant le poids de chacun des critères qu'elle comprend.

RÉFÉRENCES

1. Biddle J, Roberts K, Rosenman KD, Welch EM. 1998. What Percentage of Workers with Work-Related Illnesses Receive Workers' Compensation Benefits? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40 (4): 325-331.
2. Rosenman, Garnier, Wang, Biddle, Hogan, Reilly, Roberts, Welch. 2000. Why Most Workers with Occupational Repetitive Trauma do not file for Workers' Compensation. *JOEM*, 42 (1): 25-43.
3. Morse KL, Dillon C, Levenstein C, Warren A. 1998. The Economic and Social Consequences of Work-Related Musculoskeletal Disorders: The Connecticut Upper-Extremity Surveillance Project. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 4 (4): 209-216.
4. Yassi A, Sprout J, Tate R. Upper Limb Repetitive Strain Injuries in Manitoba. *American Journal of Industrial Medicine* 1996; 30: 461-472.
5. Shannon HS, Lowe GS. 2002. How Many Injured Workers do not File Claims for Workers' Compensation Benefits? *American Journal of Industrial Medicine*, 42: 467-473.
6. Kirsh B, Albrecht P, Balmer H, Beardwood B, al. 2001. Participatory Research by Injured Workers: From Reflection to Action on Compensation and Return-to-Work Issues. Department of Occupational Therapy, Faculty of medicine University of Toronto. Project no: 980086.
7. Rosenman, Garnier, Wang, Biddle, Hogan, Reilly, Roberts, Welch. 2000. Why Most Workers with Occupational Repetitive Trauma do not file for Workers' Compensation. *JOEM*, 42 (1): 25-43.
8. Rosenman, Garnier, Wang, Biddle, Hogan, Reilly, Roberts, Welch. 2000. Why Most Workers with Occupational Repetitive Trauma do not file for Workers' Compensation. *JOEM*, 42 (1): 25-43.

9. Pransky, Benjamin, Hill-Fotouchi, Himmelstein, Fletcher, Katz, Johnson. Outcomes in Work-Related Upper Extremity and Low Back Injuries: results of retrospective Study. *American Journal of Industrial Medicine* 2000; 37: 400-409.
10. Krause N et al. 1999. Working Conditions and Health of San Francisco Hotel Room Cleaners. Report to the Hotel Employees and restaurant Employees International Union from School of Public Health at the University of California, Berkley. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers.
11. Santiago AM, Muschkin CG. 1996. Disentangling the Effects of Disability Status and Gender on the Labour Supply of Anglo, Black, and Latino Older Workers. *The Gerontologist*, 36 (3): 299-310.
12. Lashuay N et al. 2002. We spend Our Days Working in Pain: A Report on Workplace Injuries in the Garment Industry, Asian Immigrant Women Advocates. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers.
13. Villarejo D, et al. 2000. *Suffering in Silence: A Report on the Health of California's Agricultural Workers*. Sacramento, CA: California Institute for rural Studies.
14. Texas Workers' Compensation Research Center. 1995. Economic Outcomes of Injured Workers with Permanent Impairments. *The Research Review*, 3 (27): 1-4.
15. Stunin L, Boden LI. 2004. The Workers' Compensation System: Worker Friend or Foe? *American Journal of Industrial Medicine*, 45: 338-345.
16. Imershein, AW, Hill, A. S., Reynolds, A.M. 1994. The Workers' Compensation System as a Quality of Life Problem for Workers' Compensation Claimants. *Advances in Medical Sociology*, 5: 181-200.
17. Thomason T. 1994. Correlates of Workers' Compensation Claims Adjustment. *Journal of Risk and Insurance*, 6 (1): 59-77.

18. Sum J, Stock L. 1996. Navigating the California Workers' Compensation System: The Injured Worker's Experience; An Evaluation of Services to Inform and Assist Injured Workers in California. Report prepared for the Commission on Health and Safety and Workers' Compensation by the Labour Occupational Health Program, University of California at Berkeley. http://socrates.berkeley.edu/~lohp/Publications/Factsheets_And_More
19. WISH, California Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers: 13.
20. Dembe AE, Sum J, Blaker N, Stromberg K, Nemirovsky I. 2003. Workers' Compensation Medical care in California: **Access to Care**. Commission on Health and Safety and Workers Compensation, n° 3:1-4. www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc.
21. Webb GR, Redman S, Wilkinson C, Sanson-Fisher RW. 1989. Filtering effects in reporting work injuries. *Accidental Anal Prevention*, 21: 115-123.
22. Azaroff LS, Levenstein, C.L., Wegman, D.H. 2002. Occupational Injury and Illness Surveillance: Conceptual Filters Explain Underreporting. *American Journal of Public Health*, 92 (9): 1421-1429.
23. Dembe AE, Fox SE, Himmelstein JS. 2004. Improving Workers' Compensation Medical care, A National Challenge, OEM Press, Beverly Farms, MA.
24. Dembe AE, Sum J, Blaker N, Stromberg K, Nemirovsky I. 2003. Workers' Compensation Medical care in California: **Quality of Care**. Commission on Health and Safety and Workers Compensation, n° 4:1-4. www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc.
25. Rudolph L, Deitchman S. 2002. What Do Injured Workers Think About Their Medical Care and Outcomes after Work Injury? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44: 425-434.

26. Eccleston S. et al. 2002. *The Anatomy of Workers' Compensation Medical Costs and Utilization: Trends and Interstate Comparison, 1996-1999*. Cambridge, MA: Workers Compensation Research Institute.
27. Sum J. 1996. *Navigating the California Workers' Compensation System: The injured Worker's Experience*. San Francisco: California Commission on Health and Safety and Workers' Compensation.
28. Roberts K, Young W. 1997. Procedural Fairness, Return to Work, and the Decision to Dispute in Workers' Compensation. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 10 (3): 193-208.
29. Patry, Gravel, Boucheron, Fournier, Ken, Beauvais, Vissandjée. 2005. Accès à l'indemnisation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Rapport de recherche Direction de santé publique de Montréal. Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) no. 94577 SR-4658.
30. Dawson S. 1994. Workers' Compensation in Pennsylvania: The effects of Delayed Contested Cases. *Journal of Health and Social Policy*, 6 (1): 87-100.
31. Fortin B, Lanoie P. 1992. Substitution between unemployment insurance and workers' compensation. An Analysis applied to the risk on workplace. *Journal of public Economics* 49: 287-312.

CHAPITRE 6

ARTICLE 2

Les étapes difficiles des parcours d'indemnisation pour les travailleurs immigrants et non immigrants victimes de lésions professionnelles

Revue ciblée: Sociologie du travail

Mots clés: Travailleur immigrant (immigrant worker), accès à l'indemnisation (workers' compensation access)

Auteurs

Sylvie Gravel, MSc

Étudiante au doctorat en santé publique et chargée d'enseignement clinique, Université de Montréal et agente de recherche et de planification, Direction de la santé publique de Montréal

Jean-Marc Brodeur, PhD

Professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive et chercheur au GRIS, Université de Montréal

François Champagne, PhD

Professeur titulaire au département d'administration de la santé et chercheur au GRIS, Université de Montréal

Katherine Lippel, LL.M

Professeur titulaire au département des sciences juridiques et chercheur au Cinbiose, Université du Québec à Montréal

Bilkis Vissandjée, PhD

Professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Correspondance et demandes de réimpression

Sylvie Gravel

UQAM

École des sciences de la gestion,

Département ORH

Case postale 6192, succ. Centre-Ville

Montréal (Québec), H3C 4R2

Téléphone: (514) 987-3000 poste 2941

Télécopieur: (514) 097-0407

Adresse électronique:

████████████████████

RÉSUMÉ

Selon l'angle d'évaluation emprunté, médical, juridique ou administratif, les travailleurs immigrants rencontrent souvent des barrières d'accès à l'indemnisation supérieures aux autres travailleurs. Mais lorsque le processus d'indemnisation est étudié globalement, en une succession d'étapes, les facteurs qui faisant obstacle à la reconnaissance des demandes d'indemnisation à la réintégration au travail sont-ils les mêmes pour les travailleurs immigrants et non-immigrants? Et existe-t-il un profil des trajectoires des parcours difficiles? Pour répondre à ces questions, une analyse de correspondance, une analyse de régression logistique et une autre de regroupement ont été réalisées à partir des données d'une étude principale portant sur les facteurs limitant et facilitant l'accès à l'indemnisation et sur les scores de difficultés attribués aux sujets d'un échantillon de 104 travailleurs, 53 immigrants et 51 non-immigrants. L'analyse de correspondance associe aux travailleurs immigrants, les diagnostics imprécis et les complications physiques et psychologiques lors des consultations médicales; les refus et les pressions des employeurs lors des consultations juridiques; les problèmes de communication et d'incompréhension des décisions rendues dans le parcours administratif; le congédiement et l'absence de mesure favorisant le maintien du lien d'emploi lors de la réintégration au travail. L'analyse de régression logistique indique que les travailleurs ayant des difficultés financières éprouvent de façon significative plus de problèmes à se faire indemniser. L'analyse des trajectoires a permis de dégager une taxonomie comprenant quatre catégories: *les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, les travailleurs dépassés par la situation, les travailleurs indemnisés mais congédiés par la suite et les travailleurs indemnisés sans embûche*. La majorité des travailleurs immigrants, sans égard à l'âge, le genre ou le statut à l'arrivée, se retrouvent dans la catégorie de ceux n'ayant pas su exercer leurs droits de recours.

Mots clés : indemnisation, travailleurs immigrants, évaluation, difficultés d'accès, droit de recours, congédiement.

1 PROBLÉMATIQUE

Le système d'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles est l'un des filets de sécurité les plus importants des sociétés industrialisées. Le nombre de travailleurs qui bénéficient annuellement de cette mesure de sécurité sociale et les dépenses qui s'ensuivent sont considérables [Dembe et *al*, 2004] (1). Néanmoins, les systèmes d'indemnisation comportent plusieurs failles. On constate, chez les travailleurs les plus démunis, dont font partie les immigrants, les femmes et les personnes peu scolarisées, que la sous-déclaration des lésions est importante, que les diagnostics qui leur sont associés sont les plus contestés et que leurs conditions de réinsertion au travail sont souvent inappropriées à leurs lésions.

Les travailleurs immigrants des États-Unis sont majoritairement embauchés dans des secteurs industriels peu syndiqués, ce qui les prive d'un soutien technique et dans certains cas, d'un soutien juridique pour préparer leur réclamation lorsque survient une lésion [Frumkin et *al*, 1999] (2). Au Canada, même parmi les milieux syndiqués, rares sont ceux qui feront une réclamation [Shannon et *al*, 2002] (3). Des études dans le secteur de l'hôtellerie aux États-Unis démontrent l'ampleur de la sous-déclaration des immigrants. Ainsi, parmi les membres d'un syndicat d'employés d'hôtel composé majoritairement de Latino-Américains et d'Asiatiques, 77% admettaient avoir souffert de lésions et de douleurs, mais seulement 23% avaient fait une réclamation [Krause et *al*, 1999; Scherzer et *al*, 2005] (4,5).

Les travailleurs immigrants d'origine latino-américaine et asiatique, les travailleurs âgés et les femmes monoparentales d'origine afro-américaine de la Californie [Santiago et *al*, 1996] (6) s'imaginent sans recours. Ils préféreront continuer à travailler sous médication malgré leurs douleurs [Lashay et *al*, 2002] (7) pour maintenir leur lien d'emploi. Ils craignent d'être congédiés, de perdre leur droit de résidence ou encore de s'appauvrir parce que les indemnités de

remplacement de revenu sont insuffisantes [Villarejo et *al*, 2000] (8) ou arrivent tardivement. Même informés de leurs droits par une intervention ciblée les travailleurs immigrants ne réclament pas. Ainsi, parmi les travailleurs d'origine asiatique ayant consulté dans une clinique médicale gratuite de leur communauté, 97% se sont fait soigner mais ont refusé de faire une demande d'indemnisation, craignant des représailles [Lashay et *al*, 2002] (7).

Les travailleurs immigrants craignent également les procédures qui peuvent les exposer à de longues démarches. Une étude menée dans l'État de New York portant sur les délais de mise en appel des décisions ne reconnaissant pas le lien étiologique entre le syndrome du canal carpien et le travail, constate que les délais de réponse étaient supérieurs, comparativement aux Blancs, de 30 jours pour les Hispanophones, de 104 jours pour les Noirs et de 144 jours pour les Asiatiques [Herbert et *al*, 1999] (9).

Leurs craintes d'être congédiés sont également fondées. Les taux d'insertion en emploi des travailleurs indemnisés pour quatre semaines et plus, peuvent varier selon l'origine du travailleur. Une étude menée en Floride constate que les travailleurs blancs (64%) retournent plus souvent chez leur employeur initial que les Noirs (47%) et les Hispanophones (56%); les travailleurs blancs vont plus souvent quitter leur emploi volontairement pour aller travailler chez un nouvel employeur alors que les autres n'ont pas eu ce choix, ils se sont fait congédier [Strunin et *al*, 2000] (10).

Malgré l'étendue des connaissances sur l'accès à l'indemnisation et la réintégration au travail à la suite d'une lésion professionnelle, peu d'études ont qualifié le cheminement des travailleurs immigrants aux diverses étapes du processus d'indemnisation. Des travaux ont permis d'établir des grilles des parcours difficiles d'indemnisation en déterminant un certain nombre de filtres et de mécanismes limitant l'accès à l'indemnisation. Des auteurs, tels que Webb et *al*, [1989] (11), Azaroff et *al*, [2002] (12), ont élaboré des grilles d'analyse des trajectoires difficiles comprenant huit filtres dans le processus d'indemnisation.

Ces travaux illustrent les pressions exercées sur les travailleurs par les différents acteurs des environnements concernés par le processus de réclamation. Dembe et al, [2003] (13) ont résumé ces pressions en mécanismes hiérarchisés sur trois niveaux se succédant dans le continuum du processus d'accès au système d'indemnisation : 1) bloquer l'entrée au système en décourageant le travailleur de procéder à une réclamation; 2) imposer des règles structurant l'accès au système; 3) ne pas comprendre les besoins des travailleurs et leurs capacités à réintégrer leur emploi et maintenir un niveau de productivité.

Si les travailleurs immigrants et les allophones sont défavorisés à plusieurs égards dans les systèmes d'indemnisation, que ce soit en raison de la sous-déclaration, des taux de refus ou de leur traitement discriminatoire lors des mises en appel et de la réintégration au travail, il est fort possible qu'ils soient particulièrement vulnérables aux mécanismes de blocage. Les travaux de Webb et al, ainsi que ceux d'Azaroff et al, et de Dembe et al, n'ont pas comparé les groupes de travailleurs selon leur statut, ils ne peuvent donc pas établir à quelles étapes du processus ils sont les plus vulnérables. Par contre, dans leurs travaux plus récents, Dembe et al, ont constaté qu'au cours du processus de consultation médicale, les procédures diagnostiques (pression artérielle, investigation psychologique) et les traitements thérapeutiques (médicaments, physiothérapie) étaient moins fréquents chez les travailleurs afro-américains et hispanophones victimes de lésions musculo-squelettiques que ceux proposés aux travailleurs blancs [Dembe et al, 2005] (14). Au Québec des travaux en cours de réalisation font des constats semblables auprès des travailleurs immigrants [Patry et al, 2005] (15). Malgré tous ces travaux démontrant la précarité des travailleurs immigrants à certaines étapes du processus d'indemnisation, une question demeure: *quelles sont les conditions spécifiques à chacune des étapes du processus d'indemnisation qui aggravent les difficultés d'accès des travailleurs immigrants comparativement aux autres travailleurs?*

2 MÉTHODE

Une étude exploratoire d'évaluation des difficultés éprouvées par les travailleurs immigrants de Montréal victimes de lésions musculo-squelettiques a été menée à partir d'une étude initiale comparant les services reçus et les interactions avec les acteurs aux différentes étapes du processus d'indemnisation [Patry et *al*, 2005] (15). L'évaluation se base sur trois opérations, chacune réalisée sous un angle d'analyse spécifique: médical, juridique et administratif. Chaque opération d'évaluation a été menée de façon distincte avec la contribution d'experts regroupés selon leur champ d'expertise respectif. Chaque groupe d'experts a listé bon nombre de critères auxquels des valeurs quantifiables ont été attribuées, lesquels par la suite ont été appliqués à une série d'entrevues réalisées auprès de travailleurs ayant participé à l'enquête initiale mentionnée précédemment. Ainsi un score global faisant la synthèse des scores des trois opérations d'évaluation a été calculé indiquant le degré de difficultés éprouvées par les travailleurs. Ce score est utilisé comme variable dépendante dans les diverses analyses réalisées.

Les résultats ici présentés sont le produit de trois analyses complémentaires pratiquées sur ce score: une analyse de correspondance, une analyse de régression logistique et une analyse de regroupement (*cluster analysis*). Chacune des analyses répondant à des questions distinctes.

2.1 Questions de recherche

L'analyse de correspondance cherche à répondre à la question suivante:

- Quels facteurs font obstacle à l'indemnisation pour les travailleurs immigrants comparativement aux travailleurs non immigrants aux cours du processus médical, administratif et juridique composant les étapes d'accès à l'indemnisation, et lors de la réintégration au travail?

L'analyse de régression logistique tente de répondre à la question :

- Quels sont les liens entre le statut d'immigration et le fait d'être indemnisé et de retourner au travail si on contrôle la situation économique des travailleurs?

Et l'analyse de regroupement vise à répondre à celles-ci :

- Existe-t-il un profil des trajectoires des parcours difficiles? Est-il possible d'en dégager une taxonomie?

2.2 Sources de données

Deux sources de données ont été utilisées: a) l'ensemble de données recueillies dans le cadre de l'étude initiale portant sur les facteurs facilitant et limitant l'accès à l'indemnisation; b) les scores de difficultés obtenus par des opérations d'évaluation. La première source, les données de l'enquête initiale, comprend l'ensemble des données des deux entrevues des 104 sujets portant sur la lésion, les circonstances de l'apparition de la lésion, les procédures de consultation, de déclaration, de réclamation, du soutien obtenu de la part de l'employeur, des professionnels de la santé et des conseillers juridiques pour procéder à la réclamation, les décisions rendues et les conditions de retour au travail. La deuxième source de données, le score de difficultés, est le cumulatif des scores attribués par des experts lors de trois opérations d'évaluation.

2.3 Échantillon et recrutement

L'échantillon de l'étude initiale est un échantillon non probabiliste de 104 travailleurs immigrants et non-immigrants souffrant de lésions musculo-squelettiques d'origine accidentelle ou liées à une maladie professionnelle. Le travailleur immigrant se définit ici comme le travailleur né hors du Canada et ayant immigré depuis 20 ans et moins. La moyenne d'âge des sujets de l'échantillon étant de 47 ans, on peut supposer qu'à leur arrivée les travailleurs immigrants étaient disposés à entrer sur le marché du travail. La définition du travailleur immigrant inclut les travailleurs de toute origine ethnique et raciale, les allophones et ceux maîtrisant les langues officielles. Néanmoins, elle exclut les travailleurs ayant immigré de longue date, considérant qu'ils sont davantage familiers avec les structures sociales dont le système d'indemnisation. Sont inclus dans l'échantillon, les travailleurs âgés de 18 à 65 ans qui, au moment de leur lésion, étaient à l'emploi ou sous-contractant d'une entreprise pour une rémunération déclarée. La réclamation pour cette lésion devait avoir été produite

depuis janvier 2000. S'il s'agissait d'une rechute, la lésion d'origine ne devait pas être antérieure à 1996. Au moment des entrevues, tous les sujets de l'étude avaient obtenu une décision des instances administratives de la santé et de la sécurité au travail et connaissaient leurs conditions de retour au travail.

Ces travailleurs ont été recrutés principalement au moyen des listes de clientèle des partenaires de l'étude initiale : un organisme de défense des travailleurs victimes de lésions professionnelles (31%), un bureau d'études légales spécialiste du droit de la santé et de la sécurité au travail (15 %) et une polyclinique faisant de l'expertise de lésions professionnelles (40 %). Les autres travailleurs (14%) ont été recrutés par l'intermédiaire des journaux ethniques, des médecins et des avocats indépendants du projet. La diversité des sources de recrutement a permis d'équilibrer, sans avoir préétablis des ratios de représentation, les groupes de travailleurs selon le sexe (53 % hommes, 47 % femmes), le type de lésion (72 % accidents, 28 % maladies) et le statut (51 % immigrants, 49 % non-immigrants). Soulignons qu'il s'agit d'un échantillon de sujets ayant fait une demande d'expertise médicale ou légale à l'une ou l'autre des étapes du processus d'indemnisation.

2.4 Analyse de correspondances multiples

L'analyse de correspondances multiples est le type d'analyse retenu ici afin de répondre à la première question de recherche sur les facteurs faisant obstacle à l'indemnisation pour les travailleurs immigrants comparativement aux travailleurs non immigrants au cours du processus médical, administratif et juridique constituant les diverses étapes d'accès à l'indemnisation, et lors de la réintégration au travail. L'analyse de correspondances est une méthode exploratoire appropriée pour établir des tableaux de contingence en trois dimensions, à partir d'un ensemble considérable de variables nominales qu'elle réduit par la suite à une matrice simple résumant les informations qui contribuent le plus à chacune des dimensions étudiées [Clausen, 1998] (16), ici les étapes du processus d'indemnisation. Cette méthode permet, grâce à ses techniques

d'analyse graphique, de positionner un sujet dans un espace tridimensionnel où se superpose un ensemble de caractéristiques le qualifiant [Benzécri, 1994] (17).

L'analyse de correspondances comprend deux types de variables, celles actives qui servent à calculer la position des sujets dans un espace tridimensionnel des composantes principales, et celles illustratives (ou subséquentes selon la terminologie employée) qui ajoutent des caractéristiques secondaires aux profils des sujets permettant ainsi de saisir la complexité des parcours recherchés. Le traitement des données, par le logiciel SPAD, a permis de calculer la contribution des variables actives et les valeurs tests significatives des variables illustratives et de ne retenir que celles porteuses de sens dans l'interprétation des correspondances. Un test de l'éboulis (*scree test*) a été fait afin d'établir le nombre d'axes à retenir pour documenter les correspondances et déterminer leur variance respective.

Un graphique illustre ces axes, selon les principales variables et leurs modalités caractérisant les travailleurs et leur score de difficultés. Les variables se distinguent entre elles par une forme géométrique, forme dont la taille indique la proportion des travailleurs ayant cette caractéristique.

2.4.1 Variables retenues dans l'analyse de correspondances

L'analyse du processus médical repose sur les correspondances entre 30 variables actives et 7 variables illustratives. Les variables actives ont été retenues en fonction de la littérature et des résultats obtenus aux tests de chi-carré appliqués dans les analyses de l'enquête initiale. Certaines variables retenues comme variables actives font la synthèse de plusieurs autres documentées dans l'enquête initiale. Par exemple, la variable concernant le retour au travail résume les variables d'origines qui documentaient : le retour au travail (oui, non), chez le même employeur (oui, non), à la même tâche (oui, non), les raisons de non-retour (invalidité, changement d'employeur, licenciement, congédiement, changement

d'orientation, etc.). La plupart des variables actives ont été dichotomisées et quelques-unes regroupées en catégories (trois à cinq):

- a) Parcours médical (4 variables) : type de lésion (accident, maladie), collègues ayant eu ce même type de lésion (oui, non), diagnostic reçu (précis ou imprécis), complications médicales ou psychologiques (oui, non);
- b) Parcours administratif (11 variables) : qui a complété la réclamation (travailleur, employeur, tierce personne), aide obtenue pour compléter la réclamation (oui, non), moment de la réclamation (même jour, même semaine, même mois, six mois et plus), réclamation initiale conforme aux événements entourant l'apparition de la lésion (oui, non), l'agent d'indemnisation a contacté le travailleur (oui, non), l'agent d'indemnisation a interrogé sur les faits (oui, non), clarté des termes de la décision (oui, non), reconnaissance des faits entourant l'apparition de la lésion (oui, non), reconnaissance du diagnostic (oui, non), reconnaissance du lien étiologique entre la lésion et le travail (oui, non), plusieurs instances décisionnelles (acceptée dès la première instance, refusée dès la première instance et sans exercer leur droit de recours, DRA ou BEM ou CLP);
- c) Parcours juridique (7 variables) : présence de témoin lors des événements (oui, non), contestation de l'employeur (oui, non), pressions de la part de l'employeur (oui, non), de la CSST (oui, non), du médecin (oui, non), consulter un conseiller juridique (oui, non), faire appel de la décision (oui, non);
- d) Retour au travail (6 variables) : retour au travail (oui au même poste, oui mais congédié par la suite, non invalide), retour progressif (oui, non), allègement de la tâche (oui, non), soutien de l'employeur (oui, non), soutien des contremaîtres (oui, non) et soutien des collègues (oui, non);
- e) Score des difficultés (1 variable): score cumulé des difficultés éprouvées : très facile (1), facile (2), moyen (3), difficile (4), très difficile (5).

Les sept variables illustratives retenues sont : le statut d'immigration (immigrant, non-immigrant), la durée de séjour au Canada (10 ans et moins, 11 ans et plus), les années de scolarité (moins de 12 ans, 12 ans et plus), la langue

maternelle (français ou anglais, espagnol, autres), les difficultés à se faire comprendre (oui, non), les difficultés à comprendre la correspondance écrite (oui, non), les incompréhensions lors des procédures (oui, non). Certaines variables tels le sexe et la syndicalisation ont été retirées des analyses puisqu'elles ne présentaient pas d'association significative aux tests de « t » d'écart de moyennes entre les groupes immigrants et non immigrants faits lors d'analyses antérieures [Gravel et *al*, 2005] (18).

2.4.2 Résultats des analyses de correspondances

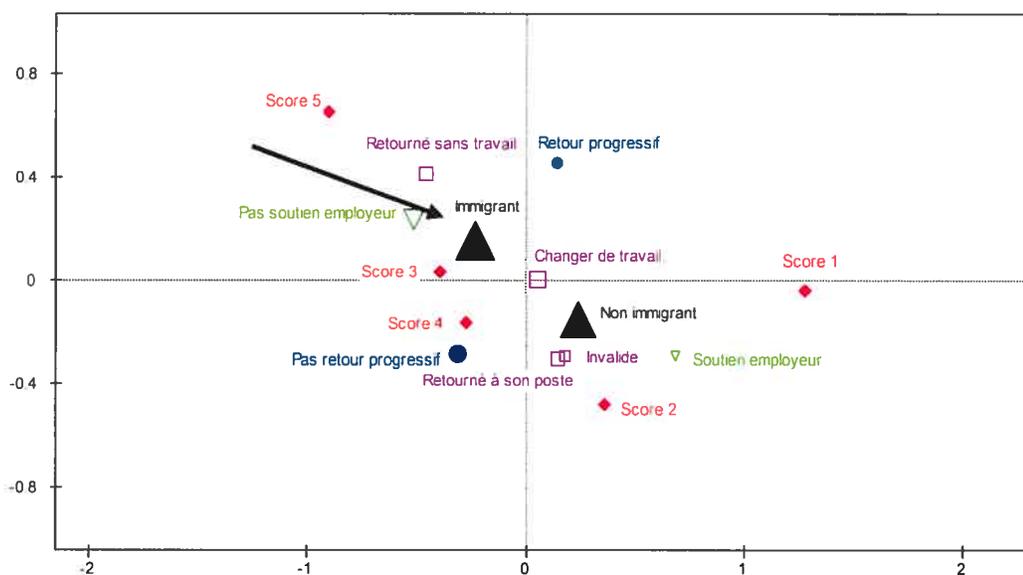
Au test de l'éboullis, quatre axes d'interprétation se dégagent formant deux niveaux de signification. Au premier niveau se trouvent par ordre d'importance l'axe du « retour au travail » et celui du « parcours médical » qui expliquent 20 % de la variance. Au second niveau se trouvent le troisième axe, celui du « parcours juridique », et le quatrième axe, celui du « parcours administratif », qui expliquent 12, 6 % de la variance. Au total, ces quatre axes expliquent 33 % de la variance. Les autres axes n'ont pas été retenus parce qu'ils ne permettaient pas de regrouper en nombre suffisant des sujets (agrégat de sujets) pour déterminer d'une association particulière à l'une des caractéristiques étudiées. (Pour plus de détails sur le test de l'éboullis, voir à l'annexe méthodologique no 2, section 2.1)

Chacun des axes d'interprétation est illustré par une figure. Mais, en fait, ces résultats se superposent puisqu'ils appartiennent à un seul et même calcul de correspondance. Ainsi, les informations contenues dans les quadrants de gauche de toutes les illustrations graphiques caractérisent les travailleurs immigrants et ceux ayant des scores de difficultés très élevés, celles de droite illustrent les travailleurs non immigrants et les scores de difficultés les plus faibles. Le statut des travailleurs se repère par le triangle noir plein et celui des scores de difficultés éprouvées lors du processus d'indemnisation par le losange plein rouge; ces deux caractéristiques sont systématiquement positionnées dans toutes les illustrations graphiques. Seules les variables actives ayant des contributions significatives et les variables illustratives ayant des valeurs tests intéressantes ont été illustrées dans

ces correspondances. Les points dispersés dans les graphiques de correspondances sont des caractéristiques isolées qui ne sont pas associées de façon particulière aux regroupements de sujets.

A. Axe du retour au travail

Figure 1
Conditions de retour au travail des travailleurs immigrants et non immigrants selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation



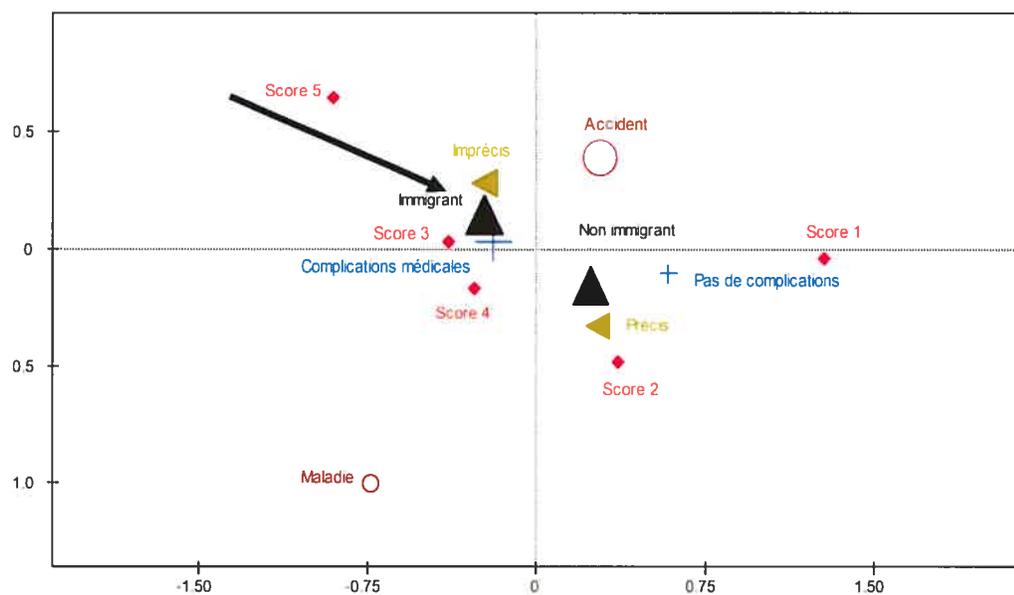
Score 1 : aucune difficulté; score 2 : peu difficile; score 3: difficile; score 4: assez difficile; score 5: très difficile.

Dans les deux quadrants de gauche se trouvent les travailleurs immigrants sans distinction réelle entre ceux d'immigration récente (10 ans et moins) et ceux d'immigration plus ancienne (11 à 20 ans), mais tous sont associés à des parcours moyennement difficiles (catégorie 3) et très difficiles (catégories 4 et 5). Ces travailleurs immigrants n'ont bénéficié ni d'un retour progressif ni du soutien de leur employeur. Ainsi, bien qu'ils soient retournés au travail, les travailleurs immigrants ont été par la suite licenciés ou congédiés contrairement aux autres travailleurs non immigrants qui ont bénéficié de conditions plus favorables à la réintégration (retour progressif, allègement de la tâche, soutien de l'employeur), ce qui leur a permis de retourner à leur poste. Le maintien du lien

d'emploi est étroitement lié au type de lésion. Un travailleur souffrant d'une maladie professionnelle a plus de difficultés à garder son emploi à la suite d'une indemnisation.

B. Axe du parcours médical

Figure 2
Parcours médical des travailleurs immigrants et non immigrants selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation



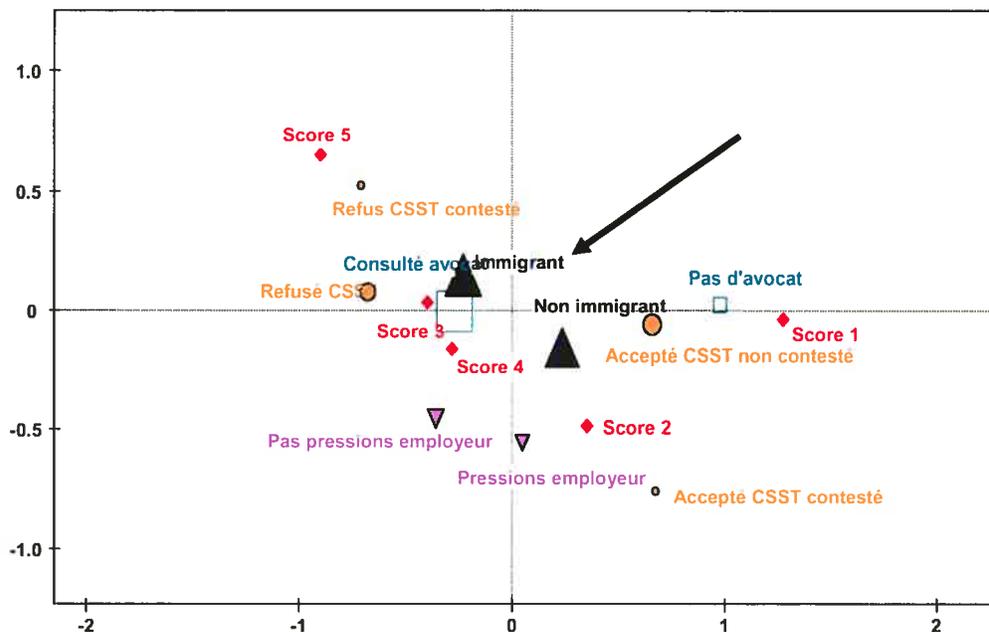
Score 1 : aucune difficulté; score 2 : peu difficile; score 3: difficile; score 4: assez difficile; score 5: très difficile.

Les résultats présentés dans les quadrants de gauche indiquent que les travailleurs souffrant de maladies professionnelles présentent plus de difficultés au cours du processus d'indemnisation. Les travailleurs immigrants vont connaître davantage de complications médicales et psychologiques à la suite d'une première lésion, complications qui semblent associées à un diagnostic initial imprécis. Cela concorde avec ce que la littérature démontre, à savoir que les lésions musculo-squelettiques découlant de maladies professionnelles liées à des mouvements répétitifs, comme le syndrome du canal carpien, les hernies et les entorses lombaires, peuvent mettre un certain temps, le temps de quelques consultations

médicales et d'examens spécialisés, avant d'être diagnostiquées adéquatement. Ici comme ailleurs, la reconnaissance du diagnostic lorsqu'il s'agit d'un cas d'accident est beaucoup plus fréquente que dans le cas d'une maladie professionnelle. Il faut souligner que les diagnostics imprécis sont également associés aux travailleurs immigrants ayant de la difficulté à se faire comprendre lors des procédures d'investigation.

C. Axe du parcours juridique

Figure 3
Parcours juridique des travailleurs immigrants et non immigrants
selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation



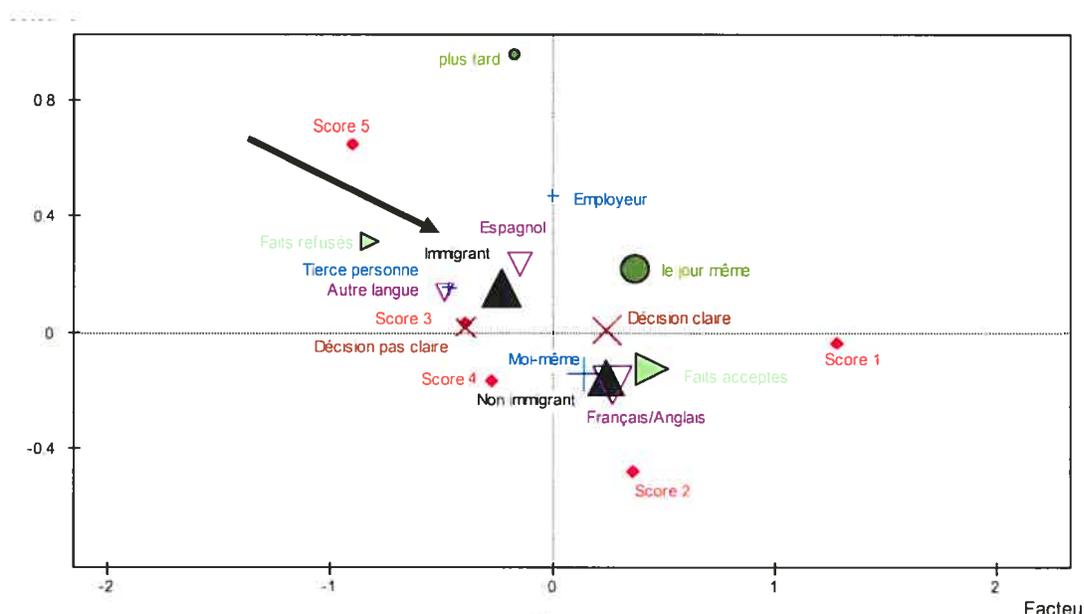
Score 1 : aucune difficulté; score 2 : peu difficile; score 3 : difficile; score 4 : assez difficile; score 5 : très difficile.

Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas de correspondance entre les pressions exercées par la CSST ou les médecins avec l'un ou l'autre des deux groupes de travailleurs pour qu'ils abandonnent leurs réclamations ou retournent au travail. Par contre, les pressions exercées par l'employeur sont plus fréquentes

lorsqu'il s'agit des travailleurs immigrants. Les taux de refus correspondent davantage aux travailleurs immigrants. Même si les travailleurs immigrants vont chercher l'aide d'un conseiller juridique, ce n'est pas nécessairement pour aller en appel de la décision. C'est généralement pour comprendre les termes de la décision rendue, puisque les travailleurs immigrants vont plutôt se conformer à la décision initiale.

D. Axe du parcours administratif

Figure 4
Parcours administratif des travailleurs immigrants et non immigrants selon le niveau de difficultés éprouvées lors de l'indemnisation



Score 1 : aucune difficulté; score 2 : peu difficile; score 3: difficile; score 4: assez difficile; score 5: très difficile.

Les incompréhensions lors des procédures administratives sont importantes. Dès les premières étapes du processus d'indemnisation, les travailleurs hispanophones et ceux dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais sont désavantagés. Rarement ils déclarent leur lésion le jour même; ils le font généralement dans les semaines suivantes et souvent au-delà des six mois réglementaires lorsqu'ils souffrent d'une maladie professionnelle. De

plus, ils ont souvent recours à une tierce personne, un membre de leur famille, un voisin, un membre de leur communauté, pour rédiger leur réclamation. Or, ces personnes ne sont pas nécessairement plus informées des procédures. Quand la décision est rendue, les termes juridiques qui l'explicitent sont rarement clairs pour les travailleurs immigrants. De façon générale, les services d'indemnisation privilégient la correspondance écrite pour informer les travailleurs des procédures et leur transmettre les décisions rendues à leur égard. Mais la très grande majorité des travailleurs de l'échantillon, immigrants ou non, scolarisés ou non, reconnaissent ne pas comprendre cette correspondance écrite.

2.4.3 Facteurs déterminants dans le cumul des parcours difficiles

Dans la séquence logique des parcours d'indemnisation, on voit qu'aux premières étapes du processus, à savoir rédiger soi-même une réclamation conforme aux événements et ce, dans les délais réglementaires, les travailleurs immigrants de l'échantillon et particulièrement les allophones ne maîtrisent pas la situation. Ensuite, lors des consultations médicales, ces mêmes travailleurs ne semblent pas présenter toutes les habiletés requises de communication pour exposer aux médecins la nature et les origines de leur lésion, et encore moins lorsqu'il s'agit d'une maladie professionnelle liée à des mouvements répétitifs. Des réclamations mal rédigées, dans des délais inappropriés, avec des diagnostics plus ou moins précis, semblent conduire à des refus. Bien qu'ils aient droit d'interjeter appel, les travailleurs immigrants de l'échantillon n'exercent pas ou que peu ce droit et ce, indépendamment du nombre d'années d'installation au Canada. Ils vont réintégrer leur travail sans aménagement, sans retour progressif ou allègement de la tâche, pour être finalement congédiés ou licenciés par la suite.

Les résultats des analyses de correspondances indiquent qu'il y a des associations importantes entre le statut d'immigration et les difficultés de parcours d'indemnisation éprouvées par les travailleurs de l'échantillon aux diverses étapes du processus dont celui du retour au travail. Mais deux questions demeurent :

- Le statut d'immigration des travailleurs est-il associé à leurs difficultés à être indemnisés et à réintégrer leur emploi, si les variables liées aux conditions socioéconomiques sont contrôlées?
- Les travailleurs immigrants de l'échantillon connaissent-ils le même type de difficultés lors du parcours d'indemnisation?

Pour répondre à la première question, des analyses de régression ont été faites. Et pour répondre à la seconde, une analyse de regroupement explore une réponse possible.

2.5 Analyses de régression logistique

Pour répondre à la question sur le lien entre le statut d'immigration et les scores de difficultés associées aux parcours d'indemnisation difficiles, tout en contrôlant les variables socioéconomiques, deux analyses de régression logistique ont été réalisées [Kleinbaum et *al*, 2002] (19): une première en lien avec le fait d'avoir été accepté ou refusé à l'indemnisation et une seconde, en lien avec le retour ou non au travail chez l'employeur embauchant le travailleur au moment de la lésion. Ces deux analyses ont été faites de façon distincte parce que dans le processus d'indemnisation si la finalité de cette mesure sociale est le maintien du lien d'emploi du travailleur victime de lésions professionnelles, l'imputabilité de l'indemnisation et celle du retour au travail ne font pas appel aux mêmes acteurs. Le fait d'obtenir ou non des indemnités relève des instances décisionnelles de la santé et de la sécurité du travail alors que celle du maintien du lien d'emploi appartient aux employeurs. De plus, selon la loi de la santé et de la sécurité du travail, l'obligation d'un employeur à reprendre un employé victime de lésions professionnelles varie selon la taille de son entreprise. Dans une petite entreprise, un travailleur victime de lésions professionnelles dispose d'une année pour se prévaloir de son droit à la réintégration, alors que ceux qui sont embauchés dans une moyenne ou une grande entreprise ont deux ans pour se prévaloir de ce droit [Lois et règlements du Québec et du Canada, 2003; article 240] (20).

Le modèle d'analyse de régression comprend deux variables dépendantes, celles de l'indemnisation (acceptée, refusée) et du retour au travail (oui, non), et huit variables indépendantes afin de contrôler avec les dimensions socioéconomiques et les variables de confusion. Les variables retenues pour marquer les conditions socioéconomiques des travailleurs sont : a) les difficultés financières auxquelles ils font face (oui, non); b) le nombre de personnes à leur charge (aucune, 1 à 4, plus de 4); c) le nombre d'années de scolarité complétées (moins de 12 ans, 12 ans et plus); et d) les difficultés à comprendre la correspondance écrite (oui, non). La variable de confusion retenue dans l'analyse portant sur l'indemnisation est le type de lésion (accident, maladie). Et celle retenue en lien avec le retour au travail est la variable qui marque la règle de droit concernant le retour au travail, comme cela a été mentionné précédemment : le nombre d'employés dans l'entreprise (< 50, 50 et plus). Finalement, une troisième variable de confusion, cette fois liée à la variable explicative ici à l'étude, le statut migratoire (immigrant, non-immigrant), a été incluse dans le modèle : les difficultés à se faire comprendre (oui, non).

La variable indiquant le nombre d'employés dans l'entreprise n'a été incluse que dans le modèle de régression sur le retour au travail parce que la taille de l'entreprise détermine la période au cours de laquelle l'employeur est tenu de réembaucher le travailleur victime d'une lésion professionnelle.

2.5.1 Résultats des analyses de régression

L'analyse de corrélation a révélé que la variable mesurant les difficultés à se faire comprendre était fortement corrélée ($r = 0,68$) au statut. Elle a donc été retirée des analyses. La méthode « pas à pas » (stepwise) a été appliquée avec la condition de préserver les variables de statut, de niveau de scolarité et de difficultés financières pour l'analyse sur l'indemnisation, et de préserver également celle de la taille de l'entreprise pour l'analyse du retour au travail [Kutner et al, 2005] (21). Les résultats obtenus aux deux analyses de régression pour chacune des variables préservées dans le modèle de régression sont décrits au tableau suivant. Les deux autres variables, le nombre de personnes à leur charge

($p= 0,72$) et les difficultés à comprendre la correspondance écrite ($p= 0,13$), ont été éliminées par la méthode (stepwise) dès les deux premières étapes de calcul.

Tableau 1
Associations significatives du statut socioéconomique et migratoire
des travailleurs victimes de lésions professionnelles
et les taux de refus à l'indemnisation et au retour au travail

Variables indépendantes/ catégories de référence	Indemnisation (refusée, acceptée) (n= 81)				Retour au travail (oui, non) (n= 79)			
	p	Ratio de cote	IC à 95%		p	Ratio de cote	IC à 95%	
			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.
Type de lésion/ Accident ¹	0,08	0,35	0,11	1,14	0,16	2,25	0,72	7,06
Scolarité/ moins de 12 ans ²	0,26	1,75	0,66	4,61	0,17	0,50	0,19	1,35
Difficultés financières/ Oui ³	0,02	3,70	1,23	11,17	0,23	0,53	0,18	1,51
Statut d'immigration/ Non-immigrant ⁴	0,47	0,70	0,27	1,81	0,10	2,23	0,85	5,84
Taille de l'entreprise/ Moins de 50 employés ⁵	-	-	-	-	0,27	0,76	0,46	1,25

Autres catégories : 1) maladie professionnelle; 2) 12 ans et plus de scolarité; 3) aucune difficulté financière; 4) immigrant; 5) 50 employés et plus dans l'entreprise.

Pour cette analyse le seuil de signification a été fixé à 0,05, bien qu'il ait pu l'être à 0,1 compte tenu de la taille de l'échantillon. Au seuil de signification de 0,05, les résultats démontrent que les difficultés financières ($p= 0,02$) influencent de façon significative le fait d'être ou non indemnisé. Les travailleurs victimes de lésions professionnelles ayant des difficultés financières ont de trois à quatre fois plus de chance de voir leur demande d'indemnisation refusée que les travailleurs n'ayant pas de problème financier. Toujours au seuil de signification de 0,05, les résultats indiquent que le type de lésion ($p= 0,08$) a tendance à affecter l'accès à une indemnité. Le travailleur victime d'un accident a trois fois moins de chance de se faire refuser que celui qui est victime d'une maladie professionnelle.

À l'inverse de l'analyse sur l'indemnisation, le statut ($p=0,1$) indique une tendance à influencer le retour au travail. Les travailleurs non immigrants ont deux fois plus de chance de retourner au travail comparativement aux travailleurs immigrants. Les travailleurs victimes d'un accident professionnel ($p=0,16$) auraient également deux fois plus de chance de retourner au travail que ceux qui sont victimes de maladies professionnelles.

Selon les résultats obtenus à ces analyses, les travailleurs de l'échantillon qui ont des difficultés financières et une maladie professionnelle rencontraient, de façon significative, des problèmes accrus à se faire indemniser. Mais lors du retour au travail, la tendance est que les travailleurs immigrants se retrouveraient plus souvent congédiés à la suite de leur lésion que les non-immigrants. Ces résultats sont à prendre avec parcimonie compte tenu du petit effectif de l'échantillon et du biais de sélection des sujets, qui rappelons-nous a fait en sorte que la majorité des sujets ont été sollicités à partir de la liste de clientèle des partenaires au projet. De plus, les variables retenues, la scolarité, les difficultés financières et les personnes à charge, pour contrôler les conditions socioéconomiques des travailleurs marquent de façon indirecte ces conditions. Si les variables telles que le revenu familial et les pertes de revenu conséquentes à une convalescence ou à un congédiement à la suite d'une lésion professionnelle avaient été disponibles, il aurait été très intéressant de les inclure dans le modèle d'analyse. Néanmoins, les résultats de ces analyses de régression indiquent une piste intéressante à explorer avec un grand échantillon randomisé.

2.6 Analyse de regroupement

Une analyse complémentaire de regroupement a été faite afin de répondre à la seconde question posée antérieurement: est-il possible de dégager une taxonomie des parcours difficiles d'indemnisation? L'analyse de regroupement permet de positionner des sous-ensembles de sujets partageant des caractéristiques communes (*cluster analysis*). Ainsi des groupes de sujets apparentés pour

certaines caractéristiques sont mis à distance par rapport à d'autres dont les caractéristiques les opposent [Lebart et *al*, 1997] (22).

L'analyse de regroupement reprend l'ensemble des 29 variables actives et sept variables illustratives de l'analyse de correspondances auxquelles ont été ajoutées des variables liées aux conditions socioéconomiques (personnes à charge, difficultés financières, assurances collectives) et aux dynamiques relationnelles (traitement injuste). Dans cette analyse, chacune des modalités ou choix de réponse a été considérée et mise à contribution. Certaines modalités se sont avérées significatives dans les regroupements alors qu'elles ne l'étaient pas dans les analyses de correspondances.

Pour établir une hiérarchie des regroupements entre tous les sujets, l'analyse de regroupement a été effectuée par le logiciel SPAD avec la méthode RECIP. Le traitement des données a permis d'ordonner les modalités, selon la valeur test, pour chacun des profils qui se dégage de la taxonomie et de déterminer un arbre de classification hiérarchique de 4 catégories de travailleurs: *les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, les travailleurs dépassés par la situation, les travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite et les travailleurs indemnisés sans embûche*. Les travailleurs immigrants de l'échantillon se concentrent dans la catégorie de ceux « n'ayant pas su exercer leur droit de recours » et de ceux « indemnisés mais congédiés ou licenciés à la suite » de longues procédures. (Pour connaître le détail des valeurs tests des variables significatives contribuant à la construction des catégories de la typologie, voir l'annexe n° 2, section 2.2)

Tableau 2
Distribution des travailleurs selon les catégories de la taxonomie

Catégories	Immigrants	Non-immigrants	Total des sujets
Travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours	23	8	31
Travailleurs dépassés par la situation	2	3	5
Travailleurs indemnisés, congédiés ou licenciés par la suite	19	26	45
Travailleurs indemnisés sans embûche	9	14	23
Total	53	51	104

La distribution des sujets dans les catégories est proportionnelle sauf dans la deuxième, la catégorie des *travailleurs dépassés par la situation*, où il y a le plus petit effectif (n=5). C'est dans la première catégorie, les *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours*, que se retrouvent les travailleurs ayant obtenu les scores de difficulté les plus élevés et à l'inverse, c'est dans la catégorie des *travailleurs indemnisés sans embûche* que se regroupent ceux ayant les scores les plus bas.

L'analyse de variance intercatégories est de 0,3 ce qui indique une certaine hétérogénéité entre les quatre catégories. L'analyse de variance intracatégorie indique que les *travailleurs dépassés par la situation* (0,04) et ceux *indemnisés sans embûche* (0,1) sont des catégories dont les sujets présentent des profils plus homogènes comparativement aux deux autres catégories, les *travailleurs indemnisés, congédiés ou licenciés par la suite* (0,31) et ceux *n'ayant pas su exercer leur droit de recours* (0,24), qui ont des profils plus hétérogènes. Chaque catégorie de travailleurs comprend un certain nombre de modalités qui les distinguent de façon significative.

2.6.1 *Résultats de l'analyse de regroupement*

Dans le premier groupe, les *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours*, les réclamations d'indemnisation ont été refusées sur tous les points, en commençant par les faits accidentels ou entourant l'apparition des symptômes de la maladie. De plus, ces travailleurs ont vu leur réclamation contestée par leur employeur. En raison de la précarité de leur statut et de leurs difficultés financières, ces travailleurs n'ont pas fait appel de la décision défavorable, ils n'ont pas su exercer leur droit de recours.

Dans le deuxième groupe, les *travailleurs dépassés par la situation*, bien qu'ils ne soient pas nombreux, ils se retrouvent dans une situation compliquée. Les décisions qui leur sont communiquées ne sont pas comprises par les travailleurs. Ils ne savent pas s'ils sont indemnisés, si leurs limitations sont reconnues. Ils sont en attente d'une prise en charge par le système d'indemnisation et ce, dès le départ. Ne se considérant pas fautifs de l'événement accidentel ou de l'apparition de la maladie, ils s'imaginent que leur lésion sera automatiquement reconnue. Au moment de l'accident ou lors de l'apparition des premiers symptômes de la maladie, ces travailleurs s'en remettent à une tierce personne, souvent leur employeur ou un membre de la famille, pour rédiger leur réclamation qui s'avère finalement incomplète pour expliciter et justifier la vraisemblance des conditions d'apparition de leur lésion.

Le troisième groupe, les *travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite*, est le groupe proportionnellement le plus important; il comprend 45% des sujets de l'échantillon. Rappelons que l'échantillon est composé de travailleurs ayant eu recours à une expertise médicale ou juridique spécialisée en santé au travail. Bien que la CSST ait reconnu les faits, le diagnostic, le lien entre le travail et la lésion, les décisions ont été rendues après un long processus impliquant plusieurs instances décisionnelles et des délais importants, et ce parce que les employeurs ont contesté leur réclamation. À cela s'ajoutent les complications médicales du travailleur qui modifient souvent les

éléments premiers de la réclamation. Pour ces travailleurs acceptés par la CSST, le retour au travail s'est mal passé. Des conflits ont émergé avec l'employeur faisant en sorte que ces travailleurs ont été par la suite congédiés parce qu'ils étaient moins performants ou ont été licenciés sous prétexte d'un ralentissement cyclique ou imprévu de la production.

Le quatrième groupe, les *travailleurs indemnisés sans embûche*, représente près du quart des travailleurs (23%) de l'échantillon. Pour ces travailleurs, toutes les étapes du processus d'indemnisation se sont déroulées selon les règles, dans les délais administratifs et avec les informations nécessaires pour étayer leur réclamation. Ces travailleurs étaient probablement moins contraints par des conditions économiques précaires et les responsabilités familiales. Au total, 68 % des travailleurs de l'échantillon ont été indemnisés mais 45% l'ont été difficilement, pour finalement être licenciés ou congédiés par la suite.

3 DISCUSSION

Des résultats de l'analyse de correspondances se dégagent des facteurs faisant obstacle à l'indemnisation des travailleurs immigrants comparativement aux travailleurs non immigrants. À la différence des travaux d'Azaroff et de Web, ces résultats ne permettent pas d'établir avec certitude que l'employeur et les services d'indemnisation ou les médecins font pression de façon à bloquer l'accès à l'indemnisation. Par contre, cette pression semble bien présente lors de la réintégration au travail. Cette pression va à sens contraire, les employeurs s'abstiennent de proposer des mesures favorisant la réintégration alors que la CSST et les médecins font pression pour maintenir le lien d'emploi avec l'employeur initial. Les travailleurs réintègrent leur poste pour en être congédiés ou licenciés par la suite, un problème relativement courant mais qui serait mal documenté selon Himmelstein et Pransky [2004] (23). Dans bien des études, la réintégration au travail ne serait mesurée que sur une courte période, très tôt après la lésion, si bien que les congédiements ou les licenciements survenant plus tard, au cours des semaines et des mois suivant la lésion, ne sont pas comptabilisés.

Les conditions de maintien du lien d'emploi sont également liées au type de lésion. Les travailleurs souffrant d'une maladie professionnelle, qui affecte plus les immigrants, ont plus de difficulté à garder leur emploi. Cette situation n'est que l'aboutissement d'un parcours médical marqué par plusieurs obstacles: diagnostics imprécis ou associés à des lésions professionnelles difficilement indemnisables, des complications médicales et psychologiques qui entraînent une prolongation de l'arrêt de travail et des relations tendues avec les proches. À ce sujet, une étude démontre que les travailleurs suivis à la fois par un médecin spécialiste des lésions professionnelles et par leur médecin de famille se trouvent en meilleure disposition physique et psychologique pour réintégrer le travail [Andrea et *al*, 2004] (24).

Les résultats des analyses de régression indiquent que les travailleurs de l'échantillon ayant des difficultés financières ont trois à quatre fois plus de chance de voir leur demande d'indemnisation refusée. Alors qu'au moment de retourner au travail, une tendance est observée : les travailleurs immigrants auraient deux fois plus de chance de perdre leur emploi.

Bien que ces résultats présentent des contextes de vraisemblance, il faut en souligner les limites. L'échantillon non probabiliste, composé de sujets recrutés par l'intermédiaire des services cliniques et juridiques de la santé et de la sécurité au travail, fait en sorte qu'il y a une surreprésentation des maladies professionnelles dans l'étude comparativement à la population des travailleurs indemnisés [Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2004] (25), mais une sous-représentation de ces lésions chez l'ensemble des travailleurs indemnisés ou non [Yassi et *al*, 1996] (26). De plus, les résultats sont basés sur la perception des travailleurs de leur condition et de leur situation. Il est donc fort possible que certaines données, comme le degré de précision du diagnostic, soient faussées par des problèmes de compréhension découlant des limites linguistiques du travailleur et de l'absence d'interprète lors des consultations. N'ayant pas accès au dossier médical du travailleur pour des raisons éthiques, il nous était impossible de valider

le degré de précision du diagnostic sauf pour les rares travailleurs qui possédaient une copie de leur dossier médical. Toutefois, l'étude de Dembe et *al*, [2005] (14) qui a révisé 48 054 consultations médicales pour lésion professionnelle et qui constate que les consultations et la prise de la pression artérielle sont moins fréquentes chez les travailleurs afro-américains et hispanophones, laisse à penser que l'évaluation médicale des travailleurs immigrants de l'échantillon serait moins bien circonscrite que celle des autres travailleurs.

Près de la moitié des travailleurs de l'échantillon ne disposait pas des documents indispensables à leur requête, comme la copie du formulaire de leur réclamation. Certains en possédaient une copie, mais ils n'en connaissaient pas le contenu parce que leur réclamation avait été complétée par une tierce personne et dans une langue qu'ils ne maîtrisent pas. En raison de leurs problèmes de communication et d'incompréhension des procédures et de la correspondance écrite, plusieurs travailleurs immigrants finissent par ne plus être en contrôle du processus de leur demande d'indemnisation. Certes, les règles (délais, formulaire, etc.) structurant et limitant l'accès à l'indemnisation sont importantes comme l'ont démontré Dembe et *al*, [2003] (13). Mais au-delà de ces règles on constate que les mécanismes de communication des services d'indemnisation informent les travailleurs en faisant référence aux articles de loi en rapport avec leurs droits sans en vulgariser le sens, ce qui ne leur permet pas de maîtriser les enjeux liés à leur requête [California Working Immigrant Safety and Health, 2002] (27). D'où le besoin des travailleurs immigrants de recourir à un conseiller juridique pour comprendre les termes des décisions rendues, même s'ils n'ont pas l'intention ou les moyens d'interjeter appel de la décision.

Il existe donc des mécanismes qui bloquent l'accès à l'indemnisation auxquels les travailleurs immigrants de l'échantillon sont particulièrement vulnérables en raison de leurs problèmes de communication, d'incompréhension des procédures et des risques effectifs de congédiement. Les travailleurs immigrants, comme tous les autres travailleurs de l'échantillon, n'emprunteront pas nécessairement des trajectoires identiques, même si globalement les parcours

d'indemnisation sont difficiles. La taxonomie dégagée par l'analyse de regroupement propose des catégories intéressantes de trajectoires liées essentiellement aux procédures administratives et juridiques: les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, les travailleurs dépassés par la situation et les travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite. Cette taxonomie est imparfaite, la catégorie « dépassés par la situation » peut également s'appliquer aux deux catégories de trajectoires difficiles. Elle est imparfaite au plan méthodologique parce qu'elle a été élaborée à partir d'un nombre restreint de variables et de sujets. Néanmoins, sur le plan conceptuel, elle est intéressante parce qu'elle propose de caractériser des parcours difficiles d'indemnisation, ce qui pourrait être éventuellement utile pour des travaux portant sur l'équité entre les groupes de travailleurs.

4 CONCLUSION

Les résultats de l'analyse de correspondances ont mis en lumière d'importantes lacunes administratives liées aux procédures, à l'incompréhension des informations, des règles et des décisions rendues, qu'elles soient transmises oralement ou par écrit. Bien que l'indemnisation ne soit pas considérée comme un service de santé auquel s'appliqueraient les règles éthiques du consentement éclairé des patients, il demeure que l'accès à l'indemnisation est l'une des portes d'entrée menant à l'équité en matière de santé. L'incompréhension par les travailleurs des diverses procédures et décisions pourrait éventuellement poser un problème éthique si elle entraîne des injustices. Il serait intéressant que des travaux de recherche abordent les questions de la maîtrise qu'ont les travailleurs immigrants et allophones des procédures administratives de leur requête dans le sens de justice distributive comme les ont abordées Roberts [1995] (28) et Roberts *et al.*, [1997] (29) dans leurs travaux. Sur le plan médical, il serait utile de vérifier si les diagnostics de lésions professionnelles sont transmis avec autant de précision aux travailleurs immigrants et allophones. Et finalement, il serait judicieux de valider la taxonomie des parcours d'indemnisation en l'appliquant à divers groupes de travailleurs. Dans une étude similaire, avec un échantillon plus

large et randomisé, des analyses de régression logistique sur les facteurs prédictifs des taux de refus et de maintien du lien d'emploi seraient pertinentes à réaliser.

RÉFÉRENCES

1. Dembe A, Himmelstein JS, Stevens BA, Beachler MP. 2004. Improving Workers' Compensation Health Care. Edited by A.E. Dembe, A.E. Fox, J.S. Himmelstein. *Improving Workers' Compensation Health Care; A National Challenge*. OEM Press, Bervely Farms, MA. Chap. 1: 3-7.
2. Frumkin H, Wlaker ED, Friedman-Jiménez G. 1999. Minority Workers and Communities. *Occupational Medicine*, 14 (3): 495-517.
3. Shannon H, Lowe G. 2002. How many Injured Workers Do not File Claims for Workers' Compensation Benefits? *American Journal of Industrial Medicine*, 42: 467-473.
4. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Brand RJ. 1999. Working Conditions and Health of San Francisco Hotel Room Cleaners. Report to the Hotel Employees and Restaurant Employees International Union from School of Public Health at the University of California, Berkley. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers.
5. Scherzer T, Rugulies R, Krause N. 2005. Work-Related Pain and Injury and Barriers to Workers' Compensation Among Las Vegas Hotel Room Cleaners. *American Journal of Public Health*, 95 (3): 483-487.
6. Santiago AM, Muschkin CG. 1996. Disentangling the Effects of Disability Status and Gender on the Labour Supply of Anglo, Black, and Latino Older Workers. *The Gerontologist*, 36 (3): 299-310.
7. Lashuay N et al. (2002). We spend Our Days Working in Pain: A Report on Workplace Injuries in the Garment Industry, Asian Immigrant Women Advocates. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. *Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers*.

8. Villarejo D, et al. 2000. *Suffering in Silence: A Report on the Health of California's Agricultural Workers*. Sacramento, CA: California Institute for Rural Studies.
9. Herbert R, Janeway K, Schechter C. 1999. Carpal Tunnel Syndrome and Workers' Compensation Among an Occupational Clinic Population in New York State. *American Journal of Industrial Medicine*, 35: 335-342.
10. Strunin L, Boden LI. 2000. Paths of Reentry: Employment Experiences of Injured Workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 38: 373-384.
11. Webb GR, Redman S, Wilkinson C, Sanson-Fisher RW. 1989. Filtering effects in reporting work injuries. *Accidental Anal Prevention*, 21: 115-123.
12. Azaroff LS, Levenstein CL, Wegman DH. 2002. Occupational Injury and Illness Surveillance: Conceptual Filters Explain Underreporting. *American Journal of Public Health*, 92 (9): 1421-1429.
13. Dembe AE, Sum J, Blaker C, Stromberg K, Nemirovsky I. 2003. Workers' Compensation Medical care in California: Access to Care. Commission on Health and Safety and Workers Compensation, n° 3:1-4. www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc.
14. Dembe AE, Savageau JA, Amick BC, Banks SM. 2005. Racial and Ethnic Variations in Office-Based Medical Care for Work-Related Injuries and Illnesses. *Journal of the National Medical Association*, 97 (4): 498-507.
15. Patry, Gravel, Boucheron, Fournier, Kane, Beauvais, Vissandjée. 2005. Accès à l'indemnisation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Rapport de recherche Direction de la santé publique de Montréal. Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) n° 94577 SR-4658.
16. Clausen SE. 1998. Applied Correspondence Analysis, An Introduction. SAGE University Paper, Series: Quantitative Applications in the Social Sciences.

17. Benzécri JP. Correspondence Analysis Handbook, New-York : Dekker, P. 1994, L'analyse factorielle, Paris : PUF.
18. Gravel, Brodeur, Champagne, Lippel, Fournier, Boucheron, Patry, 2005. Évaluation des niveaux de difficultés d'accès aux systèmes d'indemnisation pour les travailleurs immigrants et non-immigrants victimes de lésions professionnelles. (Article en préparation).
19. Kleinbaum DG, Klein M. 2002. Logistic Regression; A Self-Learning Text. Springer-Verlag, second edition, New York.
20. Lois et règlements du Québec et du Canada. 2003. Les lois du travail, 2003-2004, 10^e édition. Éditions Yvon-Blais, Cowansville.
21. Kutner MH, Nachtsheim CJ, Neter J, Li W. 2005. Building the Regression Model 1: Model Selection and Validation. Chapter 9 in Applied Linear Statistical Models. McGraw-Hill, fifth edition, Boston.
22. Lebart L, Morineau A, Piron M. 1997. Statistiques exploratoires multidimensionnelles. 2^e édition, Dunod, Paris.
23. Himmelstein JS, Pransky G. 2004. Measuring and Improving the Quality of Workers' Compensation Medical Care. Eds. Dembe A.E., S.E. Fox, Himmelstein, J.S. 2004. Improving Workers' Compensation Medical Care, A National Challenge, chap 7: 53-58. OEM Press Beverly Farms, MA.
24. Andrea H, Metsemakers JFM, Kant IJ, Beurskens AJM, Swaen GMH, van Schayck CP. 2004. Seeking help in relation to work-visiting the occupational physician or the general practitioner. *Occupational Medicine*, 54: 419-421.
25. Commission de la santé et de la sécurité du travail. 2004. *Rapport annuel d'activités, 2003; La prévention j'y travaille*. Sections Fonds de la santé et sécurité au travail. États financiers de l'exercice terminé le 31 décembre 2003. Commission de santé et sécurité du travail du Québec. Québec.
26. Yassi A, Sprout J, Tate R. 1996. Upper Limb Repetitive Strain Injuries in Manitoba. *American Journal of Industrial Medicine*, 30: 461-472.

27. California Working Immigrant Safety and Health. 2002. *Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers*.
28. Roberts K. 1995. Perceptions of Fairness and the Decision to Dispute in Workers' Compensation. *Workers' Compensation Monitor, John Burton's*, 8 (2): 4-16.
29. Roberts K, Young W. 1997. Procedural Fairness, Return to Work, and the Decision to Dispute in Workers' Compensation. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 10 (3): 193-211.

CHAPITRE 7

ARTICLE 3

**Dynamiques conflictuelles menant au congédiement des travailleurs
immigrants victimes de lésions professionnelles**

Revue ciblée: Migration et santé

Mots clés: Travailleur immigrant (immigrant worker), accès à l'indemnisation
(workers compensation access)

Auteurs

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Sylvie Gravel , MSc | Étudiante au doctorat en santé publique et chargée d'enseignement clinique, Université de Montréal, et agente de recherche et de planification, Direction de la santé publique de Montréal |
| Jean-Marc Brodeur , PhD | Professeur titulaire au département de médecine sociale et préventive et chercheur au GRIS, Université de Montréal |
| Bilkis Vissandjée , PhD | Professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal |
| François Champagne , PhD | Professeur titulaire au département d'administration de la santé et chercheur au GRIS, Université de Montréal |
| Katherine Lippel , MD, FRCP(C) | Professeur titulaire au département des sciences juridiques et chercheur au Cinbiose, Université du Québec à Montréal |

Correspondance et demandes de réimpression

Sylvie Gravel
UQAM
École des sciences de la gestion,
Département ORH
Case postale 6192, succ. Centre-Ville
Montréal (Québec), H3C 4R2

Téléphone: (514) 987-3000 poste 2941
Télécopieur: (514) 097-0407
Adresse électronique:



RÉSUMÉ

Les résultats d'analyses de correspondance des données extraites d'une étude originale portant sur l'évaluation des difficultés d'accès à l'indemnisation indiquent que les travailleurs immigrants (n=53) cumulent de façon importante, aux diverses étapes du processus, des difficultés comparativement aux autres travailleurs (n=51) de l'échantillon. Afin de comprendre les dynamiques conflictuelles entre les travailleurs et les différents acteurs du système d'indemnisation, les employeurs, les médecins, les services administratifs de l'indemnisation et les conseillers juridiques, sous-jacentes aux parcours difficiles, une étude de cas a été réalisée. Dix cas de travailleurs immigrants, issus de l'échantillon original de 104 travailleurs, ont été invités à participer à une entrevue complémentaire à celles ayant servi à la collecte des données de l'enquête originale. Ces cas font partie des sujets ayant cumulé le plus de difficultés dans leur parcours d'indemnisation. Cette entrevue d'une durée moyenne d'une heure a été menée par le chercheur principal accompagné d'un interprète. Les thèmes abordés étaient : a) les difficultés les plus importantes (faits, gestes, propos); b) les principaux acteurs impliqués dans l'émergence des conflits; c) les causes possibles à ces conflits (conditions personnelles, discrimination, conditions de travail, procédures administratives). Tous les sujets de l'étude de cas, tous immigrants, ont été congédiés à la suite de leur lésion. Certains l'ont été au cours des premières heures ou des premiers jours de leur réinsertion au travail et d'autres ont été congédiés après un long processus de négociation pour réintégrer leur travail. La baisse de productivité est l'argument mis de l'avant dans tous les cas.

Mots clés : indemnisation, travailleurs immigrants, évaluation, difficultés d'accès, droits de recours, congédiement.

INTRODUCTION

Une majorité d'immigrants quittent volontairement leur pays afin de trouver un meilleur emploi, de meilleures conditions de travail, de meilleures opportunités d'avancement professionnel [Stalker, 2000] (1). Mais dans le but de s'intégrer rapidement dans un marché d'emplois concurrentiel, ils se voient souvent contraints d'accepter des emplois dans des secteurs industriels [MRCI, 2003] (2) dont l'environnement est plus à risque de lésions professionnelles. Bien des études dont celle de Nazroo [2003] (3) ont établi des liens entre la discrimination raciale, les inégalités sociales engendrées par les conditions de travail, de logement et d'éducation, et la santé de la population immigrante mais très peu se sont intéressées aux travailleurs immigrants lorsqu'ils sont victimes de lésions professionnelles. Les résultats d'une étude menée auprès de travailleurs montréalais victimes de lésions professionnelles ayant éprouvé des problèmes d'accès à l'indemnisation tendent à démontrer que les sujets immigrants de l'échantillon de travailleurs cumulent plusieurs barrières [Patry et *al*, 2005] (4) et peinent à réintégrer leur emploi. Certaines dynamiques avec les médecins, les employeurs et les représentants des services d'indemnisation engendrent l'exclusion de travailleurs vulnérables au sein du système d'indemnisation. Or, pour un immigrant adulte, s'insérer de façon permanente sur le marché du travail est l'une des principales stratégies d'intégration, au Québec [Piché et *al*, 1995] (5) comme dans tous les pays. Il s'agit d'une stratégie importante afin de maximiser leurs capacités et celles des membres de leur famille, et par le fait même réduire les inégalités sociales [Sen, 2000] (6) qui affecteront leur état de santé physique et psychologique.

1 PROBLÉMATIQUE

La majorité des pays ont amélioré leur système d'indemnisation en adoptant un système « sans égard à la responsabilité » et en élargissant la couverture des lésions admissibles [Barth, 1987] (7). Malgré ces progrès considérables, deux situations subsistent : la sous-déclaration des lésions

professionnelles et les barrières d'accès pour ceux qui font une réclamation. En raison de la précarité de leur environnement de travail et de leur statut, les travailleurs immigrants sont particulièrement concernés par ces deux phénomènes.

Plusieurs facteurs contribuent à la sous-déclaration des lésions professionnelles. Il y a d'abord la méconnaissance par les travailleurs de leurs droits à réclamer. Les travailleurs n'associent souvent le droit de réclamer des indemnités que lorsque la lésion survient à la suite d'un accident et négligent de le faire s'il s'agit d'une lésion résultant de traumatismes liés aux mouvements répétitifs, comme les lésions musculo-squelettiques [Yassi et al, 1996; Shannon et al, 2002] (8, 9) d'une maladie professionnelle ou de stress psychologique [Messing et al, 1997] (10). D'autres encore, banalisant la gravité de leur lésion, préfèrent s'en remettre à leurs assurances collectives pour couvrir les pertes salariales et les frais de traitement [Guberman et al, 2005] (11).

Dans certaines études, la compréhension des droits de réclamer est corrélée avec la syndicalisation des travailleurs [Morse et al, 2003] (12); ou avec la taille de l'entreprise [Eakin et al, 1995] (13), caractéristique étroitement associée à la présence syndicale. Cette relation entre la syndicalisation et la capacité des travailleurs à réclamer n'est pas évidente lorsqu'il s'agit d'entreprises dont les conditions de travail sont propices aux traumatismes à répétition [Rosenman et al, 2000] (14). Par exemple, les secteurs de la fabrication du vêtement, de la restauration, de l'hôtellerie et de la manutention sont des secteurs industriels qui embauchent une main-d'œuvre majoritairement immigrante qui, par sa précarité d'emploi et de statut, craint à la fois les procédures, les pertes de revenu et ultimement la perte d'emploi.

Dans une étude faite auprès des membres d'un syndicat d'employés d'hôtel de San Francisco, composé majoritairement de Latino-Américains et d'Asiatiques, 77% admettaient avoir souffert de lésions et de douleurs, mais seulement 23% avaient fait une réclamation [Krause et al, 1999] (15). Même si des efforts sont consentis pour informer les travailleurs de leurs droits en cas de

lésions professionnelles, peu s'en prévalent. Une clinique médicale gratuite de la communauté asiatique de San Francisco ayant mené une campagne d'information sur les droits à l'indemnisation pour les travailleurs de lésions professionnelles constate que, malgré tous leurs efforts de sensibilisation, 97% des travailleurs se sont soignés mais refusent de faire une demande d'indemnisation craignant des représailles [Lashay et *al*, 2002] (16).

Les travailleurs immigrants d'origine latino-américaine et asiatique [Scherzer et *al*, 2005] (17), les travailleurs âgés et les femmes monoparentales dont ceux d'origine afro-américaine [Santiago et *al*, 1996] (18), s'imaginent sans recours. Ils préféreront continuer à travailler sous médication malgré leurs douleurs [Lashay et *al*, 2002] (16) pour maintenir leur lien d'emploi. Ils craignent d'être congédiés, de perdre leur droit de résidence ou encore de s'appauvrir parce que les indemnités de remplacement de revenu sont insuffisantes [Villarejo et *al*, 2000] (19). Leurs craintes d'appauvrissement sont fondées puisque même indemnisés, 72% des travailleurs atteints d'une lésion permanente reçoivent une assistance financière de leurs proches parents et amis (31%) [Texas Workers' Compensation Research Center, 1995] (20) et d'autres sources de dépannage tout en réduisant considérablement leur niveau de vie. Pour les travailleurs de l'État du Wisconsin, les indemnités de remplacement du revenu pour ceux indemnisés au-delà de huit semaines ne représentent pour les hommes que 52% des revenus antérieurs et 40% de ceux des femmes [Boden et *al*, 1999] (21). Même si les travailleurs procèdent rapidement pour réclamer, plusieurs doivent attendre au-delà des 14 jours d'attente habituels pour recevoir leurs indemnités, cette attente peut se prolonger jusqu'à quelques mois [Strunin et *al*, 2004] (22). Les travailleurs à faible revenu, dont fait partie une majorité de travailleurs immigrants, sont rarement dans une situation financière leur permettant d'attendre si longtemps.

Les travailleurs immigrants craignent les procédures, dont celles médico-légales, qui peuvent s'avérer fastidieuses. Une étude new-yorkaise, menée auprès de travailleurs souffrant du syndrome du canal carpien et qui ont contesté la décision ne reconnaissant pas le lien entre leur lésion et le travail constate que les

délais de réponse étaient supérieurs, comparativement aux travailleurs blancs, de 30 jours chez les Hispanophones, de 104 jours chez les Noirs et de 144 jours chez les Asiatiques [Herbert et *al*, 1999] (23).

Leurs craintes d'être congédiés sont également fondées. Une étude menée en Floride auprès de travailleurs indemnisés pour au moins quatre semaines démontre que les taux d'insertion au travail ne sont pas les mêmes selon l'origine. Les Blancs (64%) retournent plus souvent chez leur employeur initial que les travailleurs noirs (47%) et les Hispanophones (56%). Et parmi ceux qui ne réintègrent pas leur emploi, les Blancs choisissent de travailler pour un nouvel employeur alors que les autres se voient congédiés par leur ancien employeur [Stunin et *al*, 2000] (24).

Pour ceux qui réussissent à surmonter leurs craintes d'être victimes de représailles, l'accès à l'indemnisation n'est pas automatique. Plusieurs études [Strunin et *al*, 2004; Imershein et *al*, 1994; Thomason, 1994] (22, 25, 26) et travaux de commissions d'enquête [Sum et *al*, 1996; WISH, 2002] (27, 28) ont démontré l'existence de maintes barrières d'accessibilité au système d'indemnisation que ce soit à l'entrée ou en cours de processus. Des auteurs, tels que Webb et *al*, [1989] et Azaroff et *al*, [2002] (29, 30), ont élaboré des grilles d'analyse des trajectoires difficiles comprenant huit filtres dans le processus d'indemnisation. Ces travaux illustrent les pressions exercées sur les travailleurs par les différents acteurs des environnements concernés par le processus de réclamation. Dembe et *al*, [2003] (31) ont résumé ces pressions en mécanismes hiérarchisés sur trois niveaux se succédant dans le continuum du processus d'accès au système d'indemnisation :

- 1) bloquer l'entrée au système en décourageant le travailleur de procéder à une réclamation en laissant supposer de multiples conséquences dont les recours légaux longs et coûteux, les pertes de revenu ou le congédiement, ou en proposant des arrangements pour contourner la déclaration ;
- 2) imposer des règles structurant l'accès au système (délai de réclamation, pourcentage des remplacements de revenu sans égard aux pertes);

- 3) ne pas comprendre les besoins des travailleurs (capacités du travailleur à réintégrer son emploi et à maintenir son niveau de productivité, ignorer les risques de rechutes et de récidives, négliger les étapes de réadaptation). Des mécanismes auxquels sont particulièrement sensibles les immigrants et les allophones.

Bien que maintes études aient démontré par la méthode du "testing" (simulation d'offre de service mettant en parallèle des personnes d'origine différente) des écarts importants d'accès à l'emploi entre des travailleurs immigrants et des non-immigrants [Zegers de Beijl, 2000; Bendick, 1999] (32, 33), aucune étude n'a appliqué cette méthode pour circonscrire les écarts entre ceux-ci à chacun des mécanismes de blocage d'accès à l'indemnisation. Néanmoins, une étude menée auprès des travailleurs immigrants et non immigrants de Montréal a comparé les deux groupes quant aux difficultés éprouvées lors du processus d'indemnisation [Gravel et al, 2005] (34) et en a dégagé une taxonomie des trajectoires des parcours d'indemnisation. Trois des quatre profils de cette taxonomie, *les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, les travailleurs dépassés par la situation, les travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite*, résultent d'un cumul de diverses barrières identifiées qui se caractérisent par des événements et des dynamiques entre les travailleurs et les acteurs concernés par l'indemnisation [Gravel et al, 2005] (35). Cette taxonomie de trajectoires difficiles a permis de circonscrire les cheminements particulièrement contraignants de l'indemnisation, mais n'a pas mis en lumière les dynamiques qui se profilent derrière chacune, ce que tente de faire cette analyse par l'étude de cas.

2 MÉTHODE

Cette étude de cas vise à comprendre les dynamiques entre les travailleurs immigrants et les divers acteurs : médecins, employeurs et représentants des services d'indemnisation, qui caractérisent les trajectoires d'indemnisation les plus difficiles. Une méthode qualitative a été adoptée afin de

saisir la complexité des dynamiques sociales de l'indemnisation et d'en saisir le maximum d'événements critiques survenus au cours des diverses étapes du processus [Poupart, 1997] (36). L'approche empruntée s'est inspirée des histoires de vie et de l'analyse réflexive [Sandelowski, 1995] (37), c'est-à-dire que pour chaque sujet retenu pour l'étude de cas, une reconstitution des éléments de la situation difficile d'indemnisation a été faite à partir des données obtenues au cours des deux entrevues réalisées antérieurement dans le cadre de l'étude initiale [Patry et al, 2005] (4). La troisième entrevue, source principale de données pour cette étude de cas, s'amorçait toujours sur cette reconstitution des difficultés énoncées lors des premières entrevues. À la suite de quoi, le travailleur était invité à décrire et à discuter des événements critiques ayant contribué à rendre complexe sa situation d'indemnisation. L'objectif premier était de comprendre comment s'est installée l'incohérence des événements au cours des consultations médicales, des procédures administratives, des démarches juridiques et lors du retour au travail, aboutissant à un processus d'indemnisation complexe et difficile [Elliott et al, 1999] (38).

Ces cas ont été retenus parmi les sujets ayant cumulé les plus grandes difficultés d'accès selon une analyse antérieure [Gravel et al, 2005] (35). L'appréciation du cumul des difficultés est le résultat d'une opération d'évaluation menée par des experts de l'indemnisation lors de l'enquête initiale et qui ont attribué, à partir de critères, un score de difficultés à chacun.

L'analyse des cas s'est appuyée sur la taxonomie qui s'est dégagée de l'analyse de regroupement (cluster) des trajectoires d'indemnisation difficiles [Gravel et al, 2005] (35): a) les *travailleurs n'ont pas su exercer leurs droits de recours* à la suite d'un refus; b) les *travailleurs dépassés*; c) les *travailleurs indemnisés mais licenciés par la suite*.

2.1 Questions de recherche

À partir de la perception de travailleurs immigrants, cette étude de cas tente de répondre aux questions suivantes:

- Quelle dynamique caractérise chacun de ces parcours difficiles chez les travailleurs immigrants?
- Qui sont les principaux acteurs impliqués dans ces dynamiques?
- Dans quelles circonstances les dynamiques sont-elles devenues complexes ou conflictuelles?
- Comment les travailleurs immigrants expliquent-ils l'émergence de ces dynamiques?

2.2 Sources de données, variables à l'étude et sélection des sujets

Une source de données principales et deux sources de données secondaires ont été utilisées. La source première des données est constituée d'une série d'entrevues semi-dirigées menées par la chercheuse principale assistée d'un interprète. Cette troisième entrevue pour les études de cas durait en moyenne 1 h 30. Elle démarrait par les incohérences relevées par les chercheurs au cours de la trajectoire d'indemnisation et abordait les modalités d'exclusion des travailleurs au régime d'indemnisation, modalités définies par Lippel et Demers [1996] (39) dans leurs travaux sur les femmes, à savoir l'exclusion directe à travers l'application discriminatoire de normes floues, l'exclusion par omission en ignorant les conditions de travail associées à des emplois essentiellement féminins et l'exclusion systématique liée, entre autres, à des diagnostics médicaux complexes de maladies professionnelles dont les maladies psychiques. Le choix des variables réfère aux écarts de traitement des travailleurs immigrants relevés dans une recension des écrits traitant de l'accès à l'indemnisation [Gravel, 2005] (40) et des pratiques discriminatoires à l'égard des travailleurs immigrants [Zegers de Beijl, 2000] (32).

Les sujets ont été interrogés sur leur perception des difficultés les plus importantes (faits, gestes, propos), sur les causes possibles avec une forme ou l'autre de discrimination. Selon les événements caractérisant le parcours d'indemnisation, les causes abordées pouvaient faire référence à des conditions diverses :

- Les conditions personnelles : être immigrant; être femme; être peu scolarisé; être récemment à l'emploi de l'entreprise; faire un métier avec des tâches particulières;
- Les conditions du milieu de travail : type d'entreprise avec le nombre d'employés, syndiquée ou non, dont la main-d'œuvre est composée essentiellement ou non d'immigrants ou un environnement où il y a souvent des blessures ou des relations de travail tendues ou conflictuelles;
- Les procédures administratives : les règles, les délais, les normes, les contestations et les relations avec les représentants de la CSST.

Le critère de sélection des sujets pour l'étude de cas était l'ampleur des difficultés éprouvées par les travailleurs. L'ampleur a été déterminée par le score obtenu par le cumul de trois opérations d'évaluation faites par des experts à partir de critères médicaux, juridiques, administratifs, économiques et de relations humaines distincts d'un groupe à l'autre [Gravel et *al*, 2005] (35). Ce score a permis d'établir un ordre décroissant des rangs liés aux difficultés d'indemnisation. Parmi les travailleurs immigrants ayant obtenu les scores les plus élevés de difficultés, 25 ont été sollicités et 10 sujets ont consenti à collaborer à l'étude de cas, dont sept femmes et trois hommes. Afin de respecter les critères de vigilance lors de la cueillette des données, les entrevues pour les études de cas ont été menées par la chercheuse principale assistée d'un interprète.

Parmi les dix travailleurs immigrants retenus, cinq furent associés à la trajectoire des *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours* à la suite d'un refus; ces sujets occupent les 1^{er}, 4^e, 8^e, 9^e et 12^e rangs sur 104, ceux cumulant le plus de difficultés. Un seul travailleur participant correspond à la trajectoire des *travailleurs dépassés* et occupe le 49^e rang. Quatre font partie des *travailleurs indemnisés mais licenciés par la suite*; ces derniers occupent les 2^e, 12^e, 18^e et 30^e rangs.

Neuf des dix entrevues ont été enregistrées, un seul sujet n'ayant pas consenti à l'enregistrement. Elles ont été retranscrites à l'aide du logiciel Nvivo, dans la langue de l'entrevue. Les passages les plus significatifs pour la compréhension des dynamiques entre les travailleurs et les acteurs ayant intervenu dans le processus d'indemnisation ont été traduits intégralement.

L'analyse des données a été faite de façon à circonscrire l'incohérence des événements dans le parcours d'indemnisation et les raisons qui ont pu mener à ces incohérences. L'analyse des incohérences s'est appuyée sur les trois éléments suivants : les faits accidentels ou l'apparition de la maladie, les décisions rendues par la CSST à l'effet de reconnaître ou pas la réclamation ou les conditions de réclamation, et le contexte n'ayant pas permis l'application des recommandations faites par la CSST ou par les médecins. L'analyse des raisons ayant pu mener à ces incohérences s'est basée sur les situations possibles de discrimination : sexuelle, raciale, ethnique, religieuse et socioéconomique telles que perçues par les travailleurs en s'exprimant sur la question et ses sous-questions portant sur les causes des difficultés.

2.3 Analyse des données

L'analyse des données repose sur le modèle de phénoménologie interprétative, en mettant l'accent sur l'expérience humaine et les interprétations des sujets de leur propre expérience [Miles et *al*, 1994] (41). L'interprétation se construit à partir d'une reconstitution des événements entourant l'apparition de la lésion, les parcours médical, juridique et administratif, une reconstitution suivant les règles des études narratives [Yin, 1991] (42). L'approche méthodologique choisie répond aux principaux critères de validité attendus dans une étude qualitative : la crédibilité des résultats, la vraisemblance des propos recueillis, la consistance des événements et la saturation des informations [Whittemore et *al*, 2001] (43). Cette étude de cas complète trois analyses, une analyse de correspondances, de regroupement et de régression logistique, réalisées antérieurement auprès d'un échantillon de 104 sujets duquel les 10 cas ont été sous-échantillonnés. Ainsi, l'approche méthodologique ici retenue se réfère aux

méthodes qualitatives basées sur la triangulation [Pelletier et al, 2002] (44) pour assurer la fiabilité des résultats.

3 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Les résultats présentés décrivent les circonstances, les contextes et les dynamiques entourant l'émergence des difficultés et des conflits selon ces trois trajectoires d'indemnisation difficiles. Les dynamiques au coeur des principales difficultés sont décrites dans un premier temps pour chacun des sujets selon leur attachement à l'une des trois trajectoires. Toutefois, certains cas correspondent à des caractéristiques de deux trajectoires. Dans un deuxième temps, une analyse critique des causes associées à l'émergence de ces dynamiques conflictuelles est faite à partir des interprétations des travailleurs.

3.1 Incohérences des événements

Les événements et leurs incohérences entourant la trajectoire des parcours ont été décrits pour chacun des travailleurs selon leur appartenance à l'une des trois catégories de la taxonomie des parcours d'indemnisation difficiles. Les propos retenus sont ceux recueillis aux deux premières questions d'entrevue : Quelles sont les difficultés les plus importantes que vous ayez éprouvées? Quels sont les faits, les gestes ou les propos tenus qui illustrent vos difficultés?

A. Parcours de travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours

Les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours sont ceux dont la demande pour une première lésion ou une rechute a été refusée et qui ne connaissent ni les procédures ni les délais accordés pour demander une révision de leur dossier. Les cinq cas répondant à ce profil des « travailleurs n'ayant pas exercé leur droit de recours » pointent les procédures d'investigation médicale. Deux travailleurs ont vu une série de médecins; pour l'un, les diagnostics ne sont pas congruents et pour l'autre, le premier médecin consulté ne l'aurait pas informé de ses droits de procéder aux réclamations dès l'apparition des symptômes. Dans un troisième cas, le médecin de l'employeur a contesté le lien étiologique entre la

lésion et l'occupation. Dans le quatrième et le cinquième cas, les travailleurs tiennent les médecins responsables de la fermeture de leur dossier. Pour l'un, le médecin se serait conformé à la volonté de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) afin de déterminer précipitamment la date de consolidation. Dans le dernier cas, le médecin, influencé par une vidéo tournée par l'employeur à l'insu du travailleur et filmant ses allers et venues quotidiens, aurait donné raison aux services d'indemnisation qui souhaitaient mettre un terme aux indemnités du travailleur.

Dans le cas d'une couturière, le premier médecin consulté en urgence dans une clinique a diagnostiqué une tendinite et elle est retournée en poste. Comme les douleurs persistaient après plusieurs semaines, ce même médecin en a conclu qu'il s'agissait du syndrome du canal carpien. Le médecin a recommandé qu'elle soit affectée à une autre tâche, non plus rémunérée à la pièce, mais à l'heure, sans toutefois déterminer le temps de cette nouvelle affectation. L'affectation avait été acceptée par la contremaîtresse, mais comme la situation se prolongeait, le patron a exigé qu'elle voie le médecin de la compagnie pour être évaluée à nouveau. Bien que la CSST ait reconnu la lésion et le lien étiologique avec l'emploi, la travailleuse rapporte que le médecin de la compagnie a contesté ce lien et lui a plutôt attribué une cause personnelle :

« le médecin a dit lors de la conciliation avec la CSST que les femmes au foyer ont souvent ce genre de problème avec les tâches ménagères ».

Dans le cas d'un opérateur de machines industrielles blessé, il a été indemnisé sans embûche pendant six mois par la CSST, mais sa situation se complique lors du retour au travail. « Mon médecin me donne le papier bleu parce que c'est fini avec la CSST ». La secrétaire de la clinique de physiothérapie où il suivait ses traitements depuis le début lui explique pourquoi la CSST mettait fin à ses traitements et qu'il devait retourner au travail. Alors il se présente à la date prévue chez son employeur, mais a beaucoup de difficultés à faire fonctionner la

machine à cause de ses douleurs. Son niveau de production étant insuffisant, son employeur le congédie la journée même. Comme les douleurs persistaient, il consulte un deuxième médecin qui diagnostique une hernie cervicale qui sera opérée plusieurs mois plus tard, une complication qui ne sera pas reconnue.

Dans le cas d'un commis épicier, les incompréhensions sont survenues dès la première consultation à l'urgence médicale. Elles ont été à l'origine d'une longue série de malentendus. Le premier médecin vu, dans une urgence hospitalière, indique au dossier du patient que sa douleur pouvait être causée par une intervention chirurgicale à la colonne vertébrale pratiquée alors qu'il était enfant. Selon le travailleur, cette mention est erronée, mais semble avoir influencé le diagnostic du médecin du Bureau d'évaluation médicale de la CSST, qui a reconnu la lésion et non le lien étiologique.

« Tout se déroule en français. C'est beaucoup plus tard, quand je me suis retrouvé à l'aide sociale et que j'ai demandé de l'aide à l'Union des travailleurs et travailleuses accidentés de Montréal (UTTAM), qu'on m'a expliqué ce que les médecins avaient inscrit dans mon dossier » (traduit de l'espagnol).

Dans le cas d'une autre couturière, le médecin de l'urgence d'un centre hospitalier a diagnostiqué une hernie cervicale. Ce médecin l'a mise au repos pour deux semaines, lui a fait des injections de cortisone dans la nuque et lui a prescrit des traitements de physiothérapie. Après deux semaines, elle est retournée au travail avec la recommandation d'effectuer des travaux légers. Elle a suivi ces traitements pendant 3-4 mois sans toutefois bien en comprendre la portée puisqu'elle avait de la difficulté à communiquer avec la physiothérapeute. Les douleurs persistant, elle a consulté d'autres médecins qui lui ont prescrit divers anti-inflammatoires. Pendant près d'une année, elle a continué à travailler sous médication, en prenant beaucoup d'anti-inflammatoires. Quand elle a finalement consulté son médecin de famille, il l'a orientée afin qu'elle déclare sa lésion à la CSST. Ayant dépassé les six mois au cours desquels il a été porté à sa

connaissance que les symptômes de sa maladie étaient reliés à son travail, elle a été refusée étant hors délai.

« Mais je ne savais pas. Mon employeur m'a rien dit. Mon syndicat m'a rien donné. Je suis sans défense face au système à cause de la langue » (traduit de l'espagnol).

Dans le dernier cas, un camionneur au long cours, le médecin traitant fléchit sous la pression de l'employeur. Ce travailleur se blesse lors d'une livraison en Californie. Il ne consulte qu'après avoir effectué le trajet du retour, ne sachant pas si ses frais médicaux de consultations faites aux États-Unis étaient couverts. Le premier médecin consulté dans une urgence hospitalière le recommande à un physiatre qui diagnostique une hernie lombaire. Mais le travailleur se plaint de douleurs électriques à la fois au bas du dos et au cou. Après une série de traitements en physiothérapie, il retourne au travail avec une affection temporaire : faire du classement. Le travailleur peine à exécuter cette tâche à cause de la position assise. Au cours d'une même journée, il doit régulièrement s'allonger au sol pour soulager sa douleur, ce que lui reproche son employeur. À la même période, deux autres chauffeurs souffrent également de maux de dos. L'employeur se plaint que la compagnie se transforme en hôpital. Il n'entend pas laisser aller ainsi les choses et les met sous surveillance. Le travailleur et ses collègues sont filmés au cours de leurs activités quotidiennes autour de leur maison respective. Cette bande vidéo est transmise à la CSST et à son physiatre. Le travailleur rapporte que le physiatre aurait vivement réagi :

« Ton patron, il t'a filmé en vidéo à ta maison quand tu étais en train de pelleter de la neige, tu as pelleté la neige 20 minutes, sur la vidéo (...) je veux rien savoir de toi, va te chercher un autre docteur ».

À la suite de cet incident, le médecin aurait inscrit au dossier que l'hernie était trop petite pour le limiter dans ses fonctions et aurait fixé la date de consolidation à son poste régulier. Finalement, le travailleur a été congédié. Il n'a

pas osé porter plainte contre son employeur, craignant que ce dernier ne lui fasse de mauvaises recommandations dans sa recherche d'un nouvel emploi. Même s'il avait porté plainte pour avoir été congédié, le travailleur était d'avis qu'il avait peu de chance de gagner sa cause.

Tous ces témoignages démontrent que les travailleurs n'ont pas su exercer leur droit d'appel de la décision. Certains s'en sont entièrement remis aux médecins traitants, croyant qu'ils étaient automatiquement pris en charge par le système d'indemnisation comme le système de santé le fait. D'autres se sont retrouvés sans recours parce qu'ils étaient hors délai, situation qu'ils ont comprise à la suite des explications fournies par un organisme voué à la défense des travailleurs lequel a révisé avec eux les inscriptions médicales contenues à leur dossier afin qu'ils puissent en maîtriser les enjeux. Les inscriptions médicales sont souvent mal comprises parce que le suivi se fait de façon incohérente par une série de médecins de diverses cliniques. Dans certains cas, l'absence de solidarité du médecin traitant avec le travailleur place ce dernier en situation de précarité. L'absence de médecin de famille aggrave ce risque.

B. Travailleur dépassé

Le cas retenu qui illustre le travailleur dépassé est celui d'une travailleuse de l'industrie du vêtement. Malgré un diagnostic adéquat, elle a été indemnisée, mais n'a pas obtenu le soutien attendu de la CSST afin de poursuivre ses traitements, et son syndicat ne lui a pas accordé de soutien pour formuler sa réclamation. La travailleuse, presseuse dans une entreprise de vêtements, avait des douleurs persistantes depuis une année. Le médecin consulté lui a diagnostiqué une inflammation des trapèzes dorsaux. Il l'a envoyée en physiothérapie et a recommandé qu'elle continue de travailler mais soit assignée à une tâche allégée. Ce qu'elle a fait. Toutefois, la CSST ne lui a pas remboursé ses frais de physiothérapie. Son employeur l'a assignée à une nouvelle tâche aussi difficile faisant appel aux mêmes mouvements répétitifs que ceux qui étaient en cause dans sa lésion. De plus, cette nouvelle tâche comportait une autre difficulté, celle de devoir être exécutée sur un tapis chauffant. En plus de la douleur, la travailleuse

devait dorénavant travailler dans une chaleur intense et constante. En raison de ses limitations et de ces nouvelles conditions d'exécution, le niveau de productivité de la travailleuse a diminué. L'employeur lui en a fait la remarque à plusieurs reprises.

« Je suis [payée] à l'heure, à l'heure mais on a mis ça ok, par exemple je devrais gagner 13 dollars et quelques cents, mais pourvu que je donne pas la production on me paie neuf dollars et quelques cents. [On vous a baissé de salaire?] Oui, parce que je fais pas la quantité. »

Finalement, elle a été mise à pied. Elle a eu recours à son syndicat pour se défendre mais celui-ci lui a fait valoir qu'elle avait le choix entre être congédiée pour non-rendement ou accepter d'être mise à pied par manque de travail. La deuxième solution était plus avantageuse puisqu'elle lui donnait droit aux prestations d'assurance-emploi. Au chômage, on lui a conseillé de réclamer des droits de dédommagement.

« [...] aux Normes du travail on a réclamé huit semaines [...] quand la fille de la compagnie a fini de me donner mes huit semaines, moi je dois les rembourser dans le chômage [...]. »

Au terme des 34 semaines de prestations d'assurance-emploi, elle n'a pas trouvé d'autre emploi. Cette travailleuse, qui était à l'emploi de la même entreprise depuis 15 ans, se sent trahie par son syndicat, son employeur et par la CSST. Elle constate que l'option choisie, de quitter son emploi, lui a porté préjudice.

La *travailleuse dépassée* par les événements, contrairement aux *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit*, a obtenu un diagnostic clair et précis, et a été reconnue par la CSST. Elle a su faire appel auprès de son syndicat et de la Commission des normes du travail pour faire reconnaître ses droits. Mais en vain, son choix, centré sur les avantages économiques immédiats, de recourir à

l'assurance-emploi a fait en sorte qu'elle ne pouvait plus se prévaloir de ses droits de contester son licenciement.

C. Travailleurs indemnisés mais licenciés par la suite

Bien que cette catégorie se distingue par la perte d'emploi, on constate que les sujets décrits précédemment dans les deux autres trajectoires ont finalement connu la même issue. Les travailleurs de cette dernière catégorie, contrairement à ceux des catégories précédentes, ont su recourir aux médecins, aux spécialistes, à leur syndicat, aux procédures de révision, et ce n'est qu'au terme d'un long processus affectant leur état de santé psychologique et leur vie de famille qu'ils ont abandonné et se sont retrouvés sans emploi.

Le premier cas, une couturière blessée à l'épaule en tombant sur un étrier d'acier, se fait reconnaître sa lésion et ses limitations, mais est tenue de retourner à son poste non adapté à sa condition et sera par la suite congédiée. Initialement, le syndicat la soutient afin qu'elle complète sa réclamation et l'accompagne lors des audiences devant la Commission des lésions professionnelles (CLP). Sa blessure reconnue, elle est indemnisée et assignée à une tâche légère. Toutefois, cette nouvelle assignation ne tient pas compte de ses limitations. Ce n'est qu'après avoir consulté plusieurs médecins du Bureau d'évaluation médicale (BEM) que la CSST reconnaît ses limitations permanentes. Envoyée en réadaptation, elle est interrogée par l'agent sur ses activités quotidiennes, sa famille, sa religion, et finalement l'agent la retourne chez son même employeur. Ce dernier la congédie après quelques heures en raison de son manque de productivité. Elle souffre de complications physiques et psychologiques.

« J'ai honte de ma dépendance financière envers mon conjoint et ma famille. J'ai peur que mon fils et mon mari s'éloignent de moi. Je suis trop fatiguée physiquement et psychologiquement pour entreprendre de nouvelles

procédures de contestation, je suis croyante et je m'en remets à la grâce de Dieu⁴. »

Un travailleur, contesté par le service dont il est sous-contractant, pourra subir des conséquences de cette contestation même si la CSST a reconnu immédiatement sa requête pour indemnisation. C'est le cas d'une travailleuse autonome, soignante auprès des personnes âgées placées en centre de jour à sa propre résidence. Elle se blesse au dos et aux muscles fessiers en manipulant une patiente en détresse respiratoire. À la suggestion de l'ambulancier témoin de l'accident, elle consulte un médecin qui l'encourage à réclamer des indemnités. La CSST accepte sa réclamation mais l'institution régionale de services publics avec qui elle établit ses contrats de prise en charge, la conteste.

« C'est là [à la CLP] que j'ai versé des larmes là, parce que j'étais gênée pis tout ça, pis finalement, ils m'ont pas passée parce que ils m'ont dit que peut-être que ça me prendrait quelqu'un pour me représenter dans un cas comme ça. [...] Je suis allée voir le Fonds d'aide aux travailleurs et travailleuses accidentées (FATA). Ben c'est vrai que je connais rien dans ces affaires-là moi. Moi, je pensais [...] dans le cas je donne des soins, c'est pas... c'est quelque chose qui m'est arrivé... pourquoi est-ce que je dois me battre, pourquoi est-ce que je dois me défendre en plus là-dedans [dans le secteur de la santé]? »

Malgré cela, la travailleuse obtient gain de cause et est indemnisée. Mais, par la suite, cette même institution fera obstruction à toute nouvelle prise en charge de personnes âgées recommandées par les instances locales de services publics. Cette travailleuse autonome n'a pas perdu son emploi mais 80% de sa clientèle et de ses revenus.

⁴ Cette travailleuse a refusé que l'entrevue soit enregistrée.

Les travailleurs qui développent des complications psychologiques, des troubles anxieux, en raison de l'attente incertaine de l'issue de leur requête, finissent souvent par être identifiés comme inaptes au travail. C'est le cas d'une femme de chambre, employée depuis 17 ans par le même hôtel, qui se blesse en déplaçant des meubles pour exécuter ses tâches habituelles: faire les lits et passer l'aspirateur. Le premier médecin consulté à l'urgence d'une clinique diagnostique une entorse lombaire. Il lui prescrit de la physiothérapie et la retourne au travail sans délai pour qu'elle n'ait pas de problème avec la CSST. Ayant lui-même déjà travaillé pour la BEM, il préfère éviter les rouages du système. Mais les traitements de physiothérapie n'améliorent pas sa situation, au contraire ils aggravent sa douleur. Par la suite, elle consulte son médecin de famille. Sachant qu'antérieurement elle a souffert de plusieurs entorses, elle se soumet à des examens plus approfondis révélant des hernies cervicale et dorsale. La CSST, qui a accepté le diagnostic initial d'entorse lombaire, refuse de reconnaître ce changement de diagnostic mais envoie la travailleuse à un orthopédiste qui reconnaît les hernies et lui recommande de subir une chirurgie. La travailleuse refuse cette chirurgie qui peut entraîner des complications neuromusculaires. Devant l'ampleur de la contestation, son syndicat l'envoie à des avocats. Les douleurs chroniques affectent psychologiquement la travailleuse, elle fait une dépression au cours de laquelle elle vit des ruptures conjugale et familiale. Elle consulte un psychiatre dont le témoignage n'est pas entendu lors des audiences à la Commission des lésions professionnelles (CLP). Ce médecin en préretraite ne paye plus ses cotisations à son ordre, il a donc été considéré comme non crédible. Faute de preuve jugée valide, le commissaire conclut que l'état dépressif de la travailleuse est lié à ses deux divorces. Elle finit par perdre sa cause et son emploi. Dans cette catégorie de travailleurs, les diagnostics imprécis, non congruents ou changeants portent préjudice aux travailleurs et davantage lorsque survient une complication psychologique.

Même les travailleurs qui ont eu le courage de contester leurs conditions de retour parce que l'affectation temporaire n'était pas respectueuse de leurs limitations, perdent leur emploi. C'est le cas d'une opératrice de machine,

travailleuse à la chaîne dans une usine de vêtements. Malgré le fait qu'elle soit blessée, elle termine son quart de travail et va consulter un médecin d'une clinique privée parce que son médecin de famille pratique dans un secteur éloigné de chez elle. Il ne lui diagnostique rien de précis et lui accorde deux jours de repos sans lui fournir les papiers nécessaires pour réclamer des indemnités. Les douleurs s'intensifient, elle consulte cette fois à l'urgence d'un centre hospitalier où on lui diagnostique une entorse lombaire et l'envoie en physiothérapie. Elle retourne chez son employeur après quelques jours avec un allègement des tâches. Prenant connaissance de l'état de santé de la travailleuse à ce moment, l'employeur complète la réclamation auprès de la CSST. Le médecin de la compagnie reconnaît le diagnostic et l'affecte temporairement à une autre tâche, mais il s'agit d'une tâche astreignante qui exige de maintenir la même position assise et fait appel aux mêmes mouvements répétitifs qui lui ont causé sa blessure. Après ses trois semaines d'affectation, le médecin de l'employeur conclut que la travailleuse est apte à retourner à son poste de travail.

« Il [le médecin de la compagnie] m'a demandé de passer une radiographie. Il y a plusieurs femmes qui sont blessées mais qui n'ont pas déclaré. Il y en a même qui cousent avec le bras en écharpe. »

La travailleuse conteste sa date de consolidation auprès de la CLP. Elle obtient gain de cause et fait prolonger son affectation temporaire. Dès le premier jour où elle retourne à son poste, elle est mise à pied parce qu'elle est incapable d'exécuter sa tâche à la cadence requise par la chaîne de production.

Après avoir épuisé tous les recours et obtenu gain de cause, ces travailleurs souffrant de limitations fonctionnelles sont tous congédiés. L'argument est le même: leur niveau de productivité a diminué à cause de leur lésion.

3.2 Causes associées aux difficultés

L'analyse des raisons ayant mené à ces incohérences dans les parcours d'indemnisation s'est basée sur les événements relatés comme étant les difficultés de parcours les plus importantes aux yeux des travailleurs et sur les réponses apportées à la question suivante et ses sous-questions : Quelles sont les causes de ces difficultés? À des conditions personnelles (être immigrant, être femme, être peu scolarisé, être récemment à l'emploi de cette entreprise, faire un métier avec des tâches particulières), aux conditions du milieu de travail (taille et type d'entreprise, blessures fréquentes et relations de travail difficiles) ou aux procédures administratives?

On note que les *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours* ont en commun des problèmes avec l'investigation médicale ou le suivi médical. Plusieurs ont consulté une série de médecins dont les diagnostics n'étaient pas nécessairement congruents et dans certains cas, étaient même contradictoires. D'autres n'ont pas été orientés adéquatement dès les premières consultations faisant en sorte que le travailleur se trouvait hors délai pour réclamer. Et finalement, certains médecins ont agi de façon à se soustraire aux pressions administratives du système d'indemnisation. Comparativement aux autres profils, l'absence de médecin de famille solidaire du travailleur et soucieux du suivi médical contribue à l'exclusion du travailleur au premier niveau de l'accès au système d'indemnisation.

Ces *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours* associent leur situation d'abord à l'environnement de travail, à la précarité de leur stabilité d'emploi et à leurs conditions financières. Ces travailleurs occupent tous des emplois qui font appel à des mouvements répétitifs et des charges pondérales importantes. Les lésions sont à ce point fréquentes qu'elles sont banalisées par l'employeur et les douleurs sous-estimées par les médecins. À l'exception de la travailleuse autonome, ces immigrants, même scolarisés, travaillent depuis des années pour des entreprises syndiquées et demeurent confinés dans des emplois dont les tâches sont répétitives et physiquement ardues et où le remplacement du

personnel est fréquent, voire même cyclique, avec des périodes récurrentes de mise à pied et de réembauche. Leur niveau de revenu les place inévitablement dans une situation de dépendance envers leur employeur, et même le syndicat ne peut modifier la situation.

« [y a beaucoup de femmes [immigrantes] qui ont tellement de problèmes, elles ont des enfants, des maisons à payer, y'a trop de dettes, quand l'employeur a dit c'est comme ça, elles ont toujours... peur de perdre leur emploi. »

Tout comme pour les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, pour la *travailleuse dépassée*, la première cause est le type d'entreprise qui peut facilement congédier, sans égard à l'ancienneté, sur le seul critère de productivité. Cette travailleuse constate que même si elle trouvait un travail dans une autre entreprise, elle se blesserait à nouveau puisque les seuls emplois qu'elle peut occuper font appel au même genre de mouvements répétitifs. Peu scolarisée, elle est limitée dans sa recherche d'un nouvel emploi.

« Je veux retourner à l'école avec les programmes du chômage mais je peux pas, j'ai pas fait d'études, il exige [l'assurance-emploi] que j'aie terminé mon secondaire V. »

Pour les *travailleurs indemnisés mais licenciés par la suite*, l'interprétation des causes de leur situation va dans le même sens. La main-d'œuvre disponible dans leur secteur d'emploi fait en sorte que les entreprises peuvent exiger que les employés assument de plus en plus de tâches, impliquant des mouvements répétitifs avec une charge physique et ce, sans période de repos et la plupart du temps en empiétant sur l'heure de dîner. Ils s'exposent indûment aux risques de lésions professionnelles. Même si certains travailleurs ont obtenu des diagnostics précis et congruents, et des recommandations spécifiques d'allègement de la tâche, l'employeur les désignera à des postes différents mais faisant appel également à des mouvements répétitifs ou à des positions d'exécution inappropriées à leurs limitations. Dans certaines entreprises où les

travailleurs sont payés à la pièce, les postes qui comportent des tâches allégées et permettent de maintenir un niveau de revenus acceptables sont réservés à certains groupes de travailleurs.

« [...] On a un traitement différent, même si on travaille sur la même machine, même si on fait le même ouvrage, ... le salaire n'est pas le même sur la machine. [...] Comment pourrais-je dire ça! Y'a des ouvrages qui paient et des ouvrages qui ne paient pas ... quand c'est pas payant on donne toujours ça aux Noires. »

Ainsi, certaines travailleuses noires n'ont jamais accès à ces postes pouvant faciliter leur réintégration après avoir subi une lésion professionnelle tout en leur permettant de maintenir leur niveau de revenu.

Interrogés également sur les causes personnelles possiblement associées aux difficultés éprouvées au cours du processus d'indemnisation, les travailleurs et travailleuses hispanophones ont invoqué des problèmes de langue et les travailleuses créolophones ont, quant à elles, associé leur situation au fait d'être des femmes noires et monoparentales, seules soutien familial et d'être économiquement limitées. Pour les Hispanophones, les services d'indemnisation ont très souvent surestimé leur capacité de communication. S'ils peuvent effectivement répondre adéquatement aux questions factuelles liées aux événements, ils perdent rapidement le sens des propos et des arguments lors des médiations et davantage lorsqu'il y a des contradictions médicales dans leur dossier. Pour les travailleuses noires, la langue n'est pas en soit une difficulté mais la hiérarchie raciale qui subsiste dans ces entreprises, les place toujours au premier rang des travailleurs licenciés et de façon encore plus évidente si elles sont moins productives à la suite d'une lésion professionnelle.

Indépendamment des profils auxquels ils sont associés, tous ont été finalement congédiés. Pour les *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de*

recours, le congédiement se produit souvent au cours des premières heures ou des premiers jours de réinsertion au travail alors qu'ils se sont pliés sans contestation à la période de consolidation déterminée, contrairement aux *travailleurs indemnisés mais licenciés par la suite*, qui eux l'ont été après un long processus de tractation. La baisse de productivité est l'argument mis de l'avant dans tous les cas.

L'amertume de ces travailleurs qui se savaient en droit de réclamer des indemnités pour leur lésion professionnelle est grande. Elle l'est d'autant plus que tous ont vu leur vie de famille en être affectée. Pour ceux qui avaient un conjoint ou une conjointe, ce fut le divorce ou une séparation temporaire. Et leurs enfants vivent dans la crainte de voir leur parent affecté par une limitation fonctionnelle rechuter et devenir invalide.

4 DISCUSSION

Aux questions initialement posées, les dix cas étudiés révèlent des dynamiques complexes ancrées dans des relations confuses ou conflictuelles avec le système de santé ou le milieu de travail, dynamiques sur lesquelles les services d'indemnisation exercent peu ou pas d'influence.

À la première question posée, quelle dynamique caractérise chacun de ces parcours difficiles chez les travailleurs immigrants, l'étude de cas des travailleurs immigrants démontre assez bien la présence de plusieurs barrières d'accès à l'indemnisation décrites par Dembe et *al*, dans les trois niveaux de blocage auxquels se superposent les modalités d'exclusion décrites par Lippel et Demers. Quant à la seconde question, qui sont les principaux acteurs impliqués dans ces dynamiques, les travailleurs sont assez explicites pour nommer les acteurs qui sont associés aux mécanismes de blocage d'accès à l'indemnisation. Et quant à la question sur les causes qui expliquent l'émergence de ces dynamiques, les travailleurs ne sont pas tous enclins à nommer la discrimination raciale ou ethnique mais à pointer leurs conditions de travailleurs immigrants ignorant leurs droits.

Au premier niveau, celui de bloquer l'entrée au système, le système médical a joué un rôle important. Des travailleurs ont été exclus du système parce que les médecins ont omis de les renseigner sur les procédures de réclamation ou ne les ont pas encouragés à le faire. C'est ici davantage l'absence de médecin de famille assurant le suivi des traitements, donc le manque de continuum dans le processus d'investigation et de traitement médical, qui a placé les travailleurs en situation d'exclusion par omission. Même si les employeurs et peu de syndicats ne se sont pas montrés actifs pour soutenir les travailleurs dans leurs démarches d'indemnisation, en général ils n'y ont pas fait obstruction à ce premier niveau.

Au deuxième niveau, celui de bloquer l'accès au système d'indemnisation par des règles structurantes, les travailleurs immigrants victimes de lésions musculo-squelettiques liées à des traumatismes répétitifs sont particulièrement touchés. La règle du six mois pour déclarer, à savoir que le travailleur a six mois à partir du moment où il est porté à sa connaissance que ses symptômes sont reliés à son travail pour signifier sa condition à la CSST, est méconnue par beaucoup de travailleurs de l'échantillon. Certains travailleurs s'en sont remis au jugement clinique des médecins, ont suivi les traitements tout en continuant de travailler et ce, sans signaler leur état, ne sachant pas qu'il était indiqué de le faire. Bien que cette règle soit précise sur le plan du droit à l'indemnisation, elle est souvent méconnue ou mal comprise, tant par le milieu médical que syndical et patronal. On peut considérer qu'il s'agit d'une modalité d'exclusion directe.

Au troisième niveau, le mécanisme qui consiste à ne pas comprendre les besoins des travailleurs, on voit émerger tous les problèmes d'incompatibilité de la recommandation médicale d'allègement de la tâche avec la réalité des secteurs industriels qui embauchent les travailleurs immigrants. Bien que le milieu médical et la CSST fassent des recommandations précises quant aux conditions de réintégration au travail des travailleurs victimes de lésions professionnelles, les employeurs se contentent souvent de modifier l'affectation de poste sans se soucier d'apprécier si la tâche, les mouvements, la posture d'exécution et la charge

pondérale sont compatibles avec les limitations du travailleur. Dans ces secteurs où sont embauchés les travailleurs immigrants, ce ne sont plus les règles administratives de l'indemnisation qui prévalent, mais bien celles du marché des emplois du travail à la chaîne et des emplois souvent rémunérés en fonction de la productivité. Il s'agit ici de modalité d'exclusion systémique.

Les travailleurs immigrants de l'échantillon, même indemnisés, s'inscrivent dans le même registre que les travailleurs les plus démunis décrits dans la littérature. On y retrouve les travailleurs souffrant de malaises chroniques [Morse et *al*, 1998] (45), ceux ayant subi des traumatismes à répétition [Rosenman et *al*, 2000] (14), les immigrants d'origine latino-américaine et asiatique qui n'osent pas réclamer [Krause et *al*, 1999] (15), les femmes monoparentales dont celles d'origine afro-américaine [Santiago et *al*, 1996] (18). Ils subissent les mêmes pressions, contestations et incohérences médicales. Les travailleurs immigrants sont encouragés à continuer à occuper leur poste sous médication malgré leurs douleurs [Lashay et *al*, 2002] (16) pour maintenir leur lien d'emploi.

Pour les travailleurs immigrants, la crainte d'être congédiés comme l'ont illustrée des auteurs [Villarejo et *al*, 2000] (19) est réelle même si leurs lésions sont reconnues et indemnisées. Leur crainte d'appauvrissement est aussi fondée [Texas Workers' Compensation Research Center, 1995] (20) puisque au terme de leur indemnité, les dix travailleurs dont les cas sont décrits dans l'étude de cas ont eu recours soit aux prestations d'assurance-emploi soit à la sécurité du revenu. Finalement, un seul a trouvé un nouvel emploi.

5 CONCLUSION

Ces travailleurs immigrants de l'étude de cas, scolarisés ou pas, ont quitté leur pays avec l'espoir d'améliorer leurs conditions de vie et celles de leur famille en accédant à des emplois stables, mieux rémunérés et offrant des opportunités d'avancement. Certains, réfugiés ou victimes de violence organisée, étaient aussi en quête d'un environnement plus sécuritaire. L'émigration vers une société démocratique représentait pour ces travailleurs un moyen assuré d'accéder

aux diverses libertés instrumentales leur permettant de se réaliser, de développer leurs capacités. Si on se réfère à la thèse d'Amartya Sen d'un nouveau modèle économique fondé sur l'éthique économique et le développement des capacités des individus [Sen, 2003] (46), on constate à la lecture des trajectoires de ces travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles que, même en démocratie, avec des mesures de sécurité sociale et de protection des plus démunis, ces travailleurs ne sont pas à l'abri de glissements vers les inégalités sociales et de santé provoquées par les lois du marché économique.

« De fait, le problème de l'inégalité gagne en importance dès que l'attention se déplace de l'inégalité des revenus vers l'inégalité de la distribution des libertés substantielles et des capacités » [Sen, 2003, p.163] (47).

En choisissant d'immigrer, ces travailleurs de l'étude de cas ont réalisé leurs rêves de jouir des libertés politiques (droit de parole, droit de vote), des libertés économiques (choisir leur emploi, pouvoir de consommation) et des opportunités sociales (instruire les enfants, parfaire leurs compétences professionnelles) de la société d'accueil. Toutefois, l'expérience du processus d'indemnisation les fait douter de leur droit d'accéder à ce que Sen nomme les garanties de transparence des institutions publiques. Le manque de soutien des médecins, des syndicats, des employeurs, l'incompréhension des termes des décisions rendues, l'absence d'interprète lors des consultations avec les instances décisionnelles de la santé et sécurité au travail, font en sorte que ces travailleurs se sentent démunis, ignorants de leurs droits et injustement traités. Bien que le système d'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles soit parmi les filets de sécurité les plus sophistiqués, l'ultime liberté instrumentale des démocraties selon Sen, on voit que les failles du système briment les libertés des travailleurs. Ces failles dans le processus diagnostique et administratif de l'indemnisation et dans la gestion des ressources humaines sur le marché du travail font en sorte que ces travailleurs, non reconnus ou finalement congédiés, perdent leur statut de personne autonome économiquement et basculent vers une

dépendance structurelle ou familiale. L'amertume de ces travailleurs exprime cette perte de leur liberté de développer leurs capacités et celles des membres de leur famille.

RÉFÉRENCES

1. Stalker P, 2000. *Workers without Frontiers; The Impact of Globalization on International Migration*. Lynne Rienner Publishers, Colorado and ILO, Geneva.
2. Ministère des Relations avec les citoyens et Immigration. 2003. *La planification des niveaux d'immigration 2005-2007*. Direction de la population et de la recherche, MRCI, Gouvernement du Québec.
3. Nazroo J. 2003. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *American Journal of Public Health*, 93 (2): 277-284.
4. Patry L, Gravel S, Boucheron L, Fournier M, Kane M, Beauvais J, Vissandjée B. 2005. Accès à l'indemnisation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Rapport de recherche. Direction de la santé publique de Montréal. Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) no. 94577 SR-4658.
5. Piché V, Bélanger L. 1995. Une revue des études québécoises sur les facteurs d'intégration des immigrants. Direction des études et de la recherche du ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles. Collection Notes et documents no 5. Gouvernement du Québec.
6. Sen A. 2000. *Repenser l'inégalité*. Seuil. L'histoire immédiate, Mayenne.
7. Barth PS, 1987. *The Tragedy of Black Lung*. WE. Upjohn Institute for Employment Research.
8. Yassi A, Sprout J, Tate R. 1996. Upper Limb Repetitive Strain Injuries in Manitoba. *American Journal of Industrial Medicine*, 30: 461-472.
9. Shannon H, Lowe G. 2002. How Many Injured Workers Do not File Claims for Workers' Compensation Benefits? *American Journal of Industrial Medicine*, 42: 467-473.
10. Messing K, Seifert AM, Escalona E. 1997. The 120-second minute: Using analysis of Work activity to prevent psychological distress among elementary school teachers. *Journal of Occupational Health Psychology* 2 (1): 45-62.

11. Guberman N, Côté D. 2005. Pourquoi la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec n'est pas le premier recours des enseignantes et des préposées à l'aide domestique ayant des lésions professionnelles. *PISTES*, 7 (2). <http://www.pistes.uqam.ca/v7n2/articlesv7n2a3.htm>.
12. Morse T, Punnett L, Warren N, Dillon C, Warren A. 2003. The Relationship of Unions to Prevalence and Claim Filing for Work-related Upper-extremity Musculoskeletal Disorders. *American Journal of Industrial Medicine*, 44: 83-93.
13. Eakin J, Weir N. 1995. Canadian approaches to promotion of Health in small workplaces. *Canadian Journal of Public Health*, 86 (2): 109-113.
14. Rosenman, Garnier, Wang, Biddle, Hogan, Reilly, Roberts, Welch. 2000. Why Most Workers with Occupational Repetitive Trauma do not file for Workers' Compensation. *JOEM*, 42 (1): 25-43.
15. Krause N. et al. 1999. Working Conditions and Health of San Francisco Hotel Room Cleaners. Report to the Hotel Employees and Restaurant Employees International Union from School of Public Health at the University of California, Berkley. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers.
16. Lashuay N. et al. (2002). We spend Our Days Working in Pain: A Report on Workplace Injuries in the Garment Industry, Asian Immigrant Women Advocates. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers.
17. Scherzer T, Rugulies R, Krause N, 2005. Work-Related Pain and Injury and Barriers to Workers' Compensation among Las Vegas Hotel Room Cleaners. *American Journal of Public Health*, 95 (3): 483-487.
18. Santiago AM, Muschkin, CG. 1996. Disentangling the Effects of Disability Status and Gender on the Labour Supply of Anglo, Black, and Latino Older Workers. *The Gerontologist*, 36 (3): 299-310.
19. Villarejo D, et al. *Suffering in Silence: A Report on the Health of California's Agricultural Workers*. Sacramento, CA: California Institute for Rural Studies.
20. Texas Workers' Compensation Research Center. 1995. Economic Outcomes of Injured Workers with Permanent Impairments. *The Research Review*, 3 (27): 1-4.
21. Boden LI, Galizzi M. 1999. Economic Consequences of Workplace Injuries and Illnesses: Lost Earnings and Benefit Adequacy. *American Journal of Industrial Medicine*, 36: 487-503.

22. Strunin L, Boden LI. 2004. The Workers' Compensation System: Worker Friend or Foe? *American Journal of Industrial Medicine*, 45: 338-345.
23. Herbert R, Janeway K, Schechter C. 1999. Carpal Tunnel Syndrome and Workers' Compensation among an Occupational Clinic Population in New York State. *American Journal of Industrial Medicine*, 35: 335-342.
24. Strunin L, Boden LI. 2000. Paths of Reentry: Employment Experiences of Injured Workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 38: 373-384.
25. Imershein AW, Hill AS, Reynolds AM. 1994. The Workers' Compensation System as a Quality of Life Problem for Workers' Compensation Claimants. *Advances in Medical Sociology*, 5: 181-200.
26. Thomason T. 1994. Correlates of Workers' Compensation Claims Adjustment. *Journal of Risk and Insurance*, 6 (1): 59-77.
27. Sum J, Stock L. 1996. Navigating the California Workers' Compensation System: The Injured Worker's Experience; An Evaluation of Services to Inform and Assist Injured Workers in California. Report prepared for the Commission on Health and Safety and Workers' Compensation by the Labour Occupational Health Program, University of California at Berkley. http://socrates.berkley.edu/~lohp/Publications/Factsheets_And_More/navigate.html.
28. WISH, California Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers: 13.
29. Webb GR, Redman S, Wilkinson C, Sanson-Fisher R.W. 1989. Filtering effects in reporting work injuries. *Accidental Anal Prevention*, 21: 115-123.
30. Azaroff LS, Levenstein CL, Wegman DH. 2002. Occupational Injury and Illness Surveillance: Conceptual Filters Explain Underreporting. *American Journal of Public Health*, 92 (9): 1421-1429.
31. Dembe AE, Sum, J Blaker C, Stromberg K, Nemirovsky I. 2003. Workers' Compensation Medical care in California: **Access to Care**. Commission on Health and Safety and Workers Compensation, n° 3: 1-4. www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc.
32. Zegers de Beijl, R. 2000. Documenting discrimination against migrant workers in the labour market; a comparative study of four European countries. International Labour Organization (ILO), Geneva.
33. Bendick M. Adding Testing to the Nation's Portfolio of Information on Employment Discrimination. Editors Fix M, Turner MA. 1999. A National Report Card on Discrimination in America: The Role of Testing. *Urban Institute*. http://www.urba.org/civil/report_card.html.

34. Gravel S, Brodeur JM, Champagne F, Lippel K, Fournier M, Boucheron L, Patry L. 2005. Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles. (Article soumis à la revue électronique PISTES).
35. Gravel S, Brodeur JM, Champagne F, Lippel K, Vissandjée B. 2005. Les étapes difficiles des parcours d'indemnisation pour les travailleurs immigrants et non immigrants victimes de lésions professionnelles. (Article soumis à la revue Sociologie du travail).
36. Pourpart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer. 1997. La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaëtan Morin éditeur, Montréal.
37. Sandelowski M. 1995. Focus on Qualitative Methods, Qualitative Analysis: What It Is and How to Begin. *Research in Nursing and Health*, 18: 371-375.
38. Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. 1999. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38: 215-229.
39. Lippel K, Demers DL. 1996. L'invisibilité, facteur d'exclusion: Les femmes victimes de lésions professionnelles. *Revue canadienne Droit et Société*, 11(2): 87-133.
40. Gravel S. 2005. Recension des écrits. Thèse de doctorat, dans le cadre du programme de santé publique, soumise à l'Université de Montréal.
41. Miles MB, Huberman AM. 1994. *Qualitative Data Analysis, An expanded Sourcebook*. Sage Second Edition, Thousands Oaks.
42. Yin RK. 1991. *Applications of case study research*. Washington, DC: Cosmos Corp.
43. Whitemore R, Chase SK, Mandle CL. 2001. Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11: 522-537.
44. Pelletier C, Pagé G. 2002. Les critères de rigueur scientifique en recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 68 : 35-42.
45. Morse KL, Dillon C, Levenstein C, Warren A. 1998. The Economic and Social Consequences of Work-Related Musculoskeletal Disorders: The Connecticut Upper-Extremity Surveillance Project. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 4 (4): 209-216.

46. Sen A. 2003. Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté. Paris, Odile Jacob, poches.
47. Sen A. 2003. Marché, État et opportunités sociales. Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté, chapitre 5. Paris, Odile Jacob, poches.

CHAPITRE 8

DISCUSSION

8 DISCUSSION

Au départ, cette étude sur les parcours difficiles d'accès à l'indemnisation chez les travailleurs immigrants avait de grands et ambitieux objectifs. Les limites méthodologiques et les contraintes de réalisation de l'étude initiale ont fait en sorte que les résultats, bien qu'intéressants et révélateurs, sont plus modestes que ceux attendus. La taille de l'échantillon (n=104), la stratégie de recrutement (liste de clients des partenaires) et certains critères d'inclusion (travailleurs ayant fait une demande d'indemnisation et immigrants de moins de 20 ans) ont limité les analyses et les inférences statistiques qu'il aurait pu être possible de faire si l'étude initiale avait disposé de meilleures conditions de réalisation. Faire acte d'humilité est probablement le premier et le plus sage des apprentissages dans le domaine de la recherche.

La discussion des résultats obtenus dans cette étude procède en trois étapes. D'abord, un premier niveau de discussion jette un regard critique sur l'atteinte des objectifs initialement formulés ainsi que sur les connaissances nouvelles qu'apportent les résultats de cette étude. Ensuite, une discussion sur la fiabilité et la validité interne et externe des données et les choix d'analyse statistique porte sur l'effet des limites méthodologiques de l'étude sur la pertinence des résultats. Ce qui sera suivi d'une discussion éthique sur le traitement des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles et de leurs conséquences dans l'émergence de nouvelles formes d'inégalités sociales en santé.

8.1 Discussion sur l'atteinte des objectifs de l'étude

8.1.1 *Premier objectif: établir des critères de difficultés des parcours d'indemnisation*

Le premier objectif de la thèse était d'établir les critères permettant de juger des difficultés de parcours des travailleurs immigrants aux diverses étapes du processus d'indemnisation: les consultations médicales, les démarches administratives et juridiques, et lors du retour au travail. Cet objectif a été atteint

et les résultats qui en découlent, ajoutent de nouvelles connaissances aux analyses des parcours d'indemnisation. L'analyse des critères pour juger des parcours difficiles chez les immigrants démontre que selon l'angle d'analyse emprunté, les critères varient. Sous les angles juridique ($t = -2,8$) et administratif ($t = -2,4$), les travailleurs immigrants ont des scores de difficultés supérieurs aux autres travailleurs de l'échantillon. Alors que sous l'angle médical ($t = -0,97$), bien que les scores de difficultés des travailleurs immigrants soient supérieurs aux autres travailleurs de l'échantillon, ces écarts scores ne sont pas significatifs.

Ces résultats ont même permis de formuler des recommandations en matière d'intervention. Les travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles devraient bénéficier d'une attention particulière afin de s'assurer qu'ils ont pu exercer leurs droits en toute connaissance de cause, sans entrave provenant de l'un ou l'autre des acteurs qui interagissent dans le processus d'indemnisation. La liste de 25 critères, regroupés en sept catégories, suggère de porter une attention particulière aux facteurs humains liés aux incompréhensions lors des procédures, aux problèmes de communication à l'écrit et d'expression orale dans la description des événements, et aux problèmes de traduction. Cette liste est suggérée comme outil de référence lorsqu'un jugement sur les pressions subies par ces travailleurs est requis. Les incapacités à comprendre la correspondance écrite et à s'exprimer en français ou en anglais contribuent grandement aux difficultés des travailleurs immigrants. Ces deux facteurs ne sont pas à négliger par les services d'indemnisation qui privilégient le courrier pour communiquer avec les réclamants et qui ne font appel à des interprètes que lorsque les contestations sont amenées devant des instances décisionnelles supérieures.

8.1.2 Deuxième objectif: identifier les facteurs contribuant ou limitant l'accès à l'indemnisation

Le second objectif était d'identifier les facteurs contribuant aux barrières d'accès à l'indemnisation aux diverses étapes du processus et de dégager une taxonomie des parcours difficiles.

Pour le premier volet de cet objectif, les analyses de correspondances ont permis de mieux circonscrire les mécanismes de blocage spécifiques aux travailleurs immigrants, d'apporter un éclairage nouveau sur les connaissances et de débattre des résultats connus dans la littérature. À la différence des travaux d'Azaroff et de Webb, les résultats de l'analyse de correspondances ne permettent pas d'établir avec certitude que l'employeur et les services d'indemnisation ou les médecins font pression de façon à bloquer l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants. Par contre, cette pression semble bien présente lors de la réintégration au travail. Cette pression s'exerce en sens contraire : les employeurs s'abstiennent de proposer des mesures favorisant la réintégration alors que la CSST et les médecins font pression pour maintenir le lien d'emploi avec l'employeur initial. Les travailleurs immigrants réintègrent leur poste pour en être congédiés ou licenciés par la suite. Ceux souffrant d'une maladie professionnelle ont plus de difficultés à garder leur emploi. Cette situation n'est que l'aboutissement d'un parcours médical marqué par plusieurs obstacles: un diagnostic imprécis ou associé à des lésions professionnelles difficilement indemnifiables, des complications médicales et psychologiques.

Dans une étude ultérieure, avec un plus grand échantillon, il serait intéressant de reprendre cette méthode basée sur des scores de difficultés des travailleurs établis à partir de la liste de 25 critères, et de développer un modèle prédictif des taux de refus de l'indemnisation, des contestations et de la perte d'emploi.

Le deuxième volet de ce second objectif, soit dégager une taxonomie des parcours d'indemnisation difficiles, a également été atteint. L'analyse de regroupement a permis d'élaborer une taxonomie de quatre trajectoires : les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, les travailleurs dépassés par la situation et les travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite, et les travailleurs indemnisés sans embûche. Elle est imparfaite sur le plan méthodologique parce qu'elle a été élaborée à partir d'un nombre restreint de variables et de sujets. Néanmoins, sur le plan conceptuel, elle est intéressante

parce qu'elle propose de caractériser des parcours d'indemnisation difficiles, ce qui pourrait être utile pour des travaux portant sur l'équité entre les groupes de travailleurs. Cette taxonomie, qui apporte une contribution fort originale aux connaissances dans le domaine de l'indemnisation, a été testée avec succès dans les analyses de cas ayant servi à explorer le troisième objectif.

8.1.3 *Troisième objectif: comprendre les dynamiques conflictuelles entre les travailleurs et les différents acteurs de l'indemnisation*

Le troisième objectif visait à comprendre les dynamiques, entre les travailleurs et leur employeur, leur médecin, les services administratifs de l'indemnisation et les conseillers juridiques, qui sont sous-jacentes aux parcours d'indemnisation difficiles des travailleurs immigrants. Cet objectif impliquait d'identifier les principaux acteurs impliqués et les circonstances ayant entraîné ces dynamiques complexes ou conflictuelles. Cet objectif a été atteint bien que les analyses aient été pratiquées à partir d'un nombre très restreint de sujets.

L'étude de cas a révélé que les travailleurs immigrants ayant connu les parcours parmi les plus difficiles ont tous été finalement congédiés. Pour les *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours*, le congédiement s'est souvent produit au cours des premières heures ou des premiers jours de réinsertion au travail alors qu'ils se sont pliés sans contestation à la période de consolidation déterminée. Les *travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite*, eux, ont été congédiés après un long processus de tractation. La baisse de productivité est l'argument mis de l'avant dans tous les cas. Le congédiement des travailleurs immigrants de l'échantillon à la suite d'une lésion professionnelle, même s'ils ont été reconnus et indemnisés par la CSST, soulève des questions éthiques en matière d'équité.

8.1.4 *Quatrième objectif: amorcer une réflexion critique sur l'équité en matière d'indemnisation à l'égard des travailleurs immigrants*

Le dernier objectif était d'amorcer une réflexion critique sur l'équité en matière d'indemnisation à l'égard des travailleurs immigrants. Cet objectif sous-entendait une discussion sur l'accès à l'indemnisation dans une perspective éthique

des inégalités sociales en santé comme l'accès aux services de santé. Quelques éléments de discussion ont été intégrés dans chacun des trois articles. La synthèse sur cet objectif est présentée dans la dernière partie de cette discussion (section 8.3), celle portant sur les aspects éthiques des mauvaises conditions d'indemnisation des travailleurs immigrants ayant connu des parcours d'indemnisation difficiles.

8.2 Discussion sur la fiabilité et la validité

Les résultats de l'étude présentent à la fois des limites de fiabilité et de validité externe qui sont justifiables en raison de la nature du sujet et du contexte de réalisation.

8.2.1 Fiabilité des données

Cette étude exploratoire repose sur trois sources de données. La première source est constituée des données recueillies dans l'étude initiale. Deux questionnaires différents ont été utilisés : un lors de la première entrevue portant sur les circonstances entourant la lésion et les décisions quant à l'indemnisation, et l'autre lors de la seconde entrevue portant sur le retour au travail. Les entrevues ont été réalisées par le même intervieweur, avec un intervalle de trois à dix semaines entre les deux entrevues. Les questionnaires ont été élaborés à partir des travaux recensés dans la littérature sur l'accès aux systèmes d'indemnisation et de la pratique des partenaires associés au projet. Les trois partenaires, un organisme de défense des travailleurs victimes de lésions professionnelles, un bureau d'études légales spécialisé dans le droit de la santé et de la sécurité au travail, et une polyclinique faisant de l'expertise pour lésions professionnelles, ont apporté une contribution exceptionnelle à la construction de ces deux instruments. La vocation respective de ces organismes a permis de mettre en évidence les lacunes médicales, administratives et juridiques du processus d'indemnisation. La présence de syndicats, d'associations de travailleurs ou d'organismes voués à la défense des immigrants aurait probablement apporté d'autres dimensions intéressantes dans la construction des instruments de collecte de données comme l'équité sociale. Ces instruments de collecte des données ont repris fidèlement les barrières au

processus d'indemnisation, mais n'ont pas permis de documenter les dimensions de l'iniquité sociale qui ont émergé seulement au cours de la troisième entrevue.

La validation des questionnaires, tant dans leur version française qu'anglaise, a suivi les règles habituelles des prétests. La collecte des données a été faite par une équipe multilingue composée de 12 intervieweurs parlant 24 langues à laquelle se sont ajoutés à l'occasion des interprètes pour les langues non couvertes par l'équipe. Aucun effort n'a été ménagé pour adapter la terminologie employée dans les questionnaires. Malgré cela, quelques concepts tels que la consolidation ou le lien étiologique entre la lésion et la tâche n'existent pas dans certaines langues. Au cours des entrevues, ces concepts intraduisibles étaient expliqués ou nommés en français ou en anglais lorsque les travailleurs étaient en mesure de les reconnaître. Certains concepts de l'indemnisation n'ont pas été saisis adéquatement, mais cela est aussi vrai pour les travailleurs qui en étaient à leur première expérience de l'indemnisation. Les problèmes d'incompréhension étaient aussi présents chez les travailleurs scolarisés et chez les non-immigrants.

L'incompréhension par les travailleurs des décisions rendues a posé, à quelques reprises, des problèmes lors de la consignation des données. Il est arrivé, lors de la deuxième entrevue, que les travailleurs montraient à l'intervieweur des documents transmis par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui apportaient des éléments différents de leurs réponses. Dans les cas de réponses contradictoires, un code de saisie particulier a été attribué. Ces variables ont par la suite été retirées de toutes les analyses. Ces variables dont les réponses se sont avérées contradictoires portaient essentiellement sur les décisions rendues concernant la reconnaissance des rechutes et des récidives, et les dates de consolidation et de réintégration au travail.

Les résultats de l'enquête initiale ont été présentés, lors d'un événement public, à l'ensemble des travailleurs ayant participé aux deux entrevues afin d'en valider l'interprétation. Les travailleurs ont confirmé l'exactitude de

l'interprétation de l'ensemble de nos résultats à l'exception d'un seul résultat: les données sur les conséquences de leur lésion sur leur vie familiale sous-estiment la réalité.

« C'était bien trop gênant de confier à un intervieweur qu'on n'avait jamais vu que depuis qu'on a eu l'accident de travail tout va mal dans notre vie et particulièrement avec notre conjoint. »

La deuxième source de données, les scores de difficultés attribués par trois groupes d'experts, présente également certaines limites. Bien qu'offrant un large éventail d'expertises, ces groupes d'experts n'ont pas été constitués de la même manière et ne comptaient pas le même nombre d'experts dans chaque catégorie. Idéalement, ils auraient emprunté la même stratégie d'évaluation, à savoir réviser les deux entrevues des 104 travailleurs selon les critères établis au sein de chacun des groupes. Or, cette stratégie est exigeante. Il était plus efficace que quelques membres de l'équipe de recherche fassent une relecture de toutes les entrevues, une fois à partir des critères des experts médicaux et une autre fois à partir de ceux des experts administratifs. La relecture par un seul expert, comme cela a été le cas avec l'évaluation juridique, n'était pas non plus idéale.

Quant à la troisième source de données, soit les entrevues en profondeur faites pour les études de cas, elle est probablement plus fiable. Réalisées par la chercheuse principale, accompagnée d'un interprète de l'équipe initiale d'intervieweurs, les entrevues n'ont pas présenté de particularité, à part le fait de témoigner davantage de la condition des femmes immigrantes. Même les thèmes plus délicats sur l'interprétation des causes des traitements injustes ont été discutés sans gêne et sans crainte.

Aborder l'indemnisation dans un contexte multiculturel et multilingue, un sujet non aisé pour toute personne non initiée, est un défi qui somme toute a été bien relevé, sans nuire à la fiabilité globale des résultats. Par contre, la constitution

de l'échantillon a éprouvé des difficultés majeures qui posent des limites à la validité externe.

8.2.2 *Validité externe*

Les 104 travailleurs composant l'échantillon non probabiliste ont été recrutés principalement à partir des listes de clientèle des trois partenaires de l'étude initiale. La diversité des sources de recrutement a permis d'équilibrer les groupes de travailleurs selon le genre, le type de lésion et le statut. Les travailleurs recrutés font partie de ceux ayant connu certaines difficultés puisqu'ils ont eu recours à une expertise spécifique en lésions professionnelles, alors que les travailleurs ayant connu un parcours facile n'auront consulté que leur médecin de famille ou une urgence médicale. Les sujets de l'étude ne sont pas représentatifs de la population des travailleurs réclamant une indemnité, mais de ceux pour qui le processus a exigé des démarches particulières. Il ne s'agit pas non plus des cas extrêmes qui auraient tous été en appel d'une décision défavorable.

Le nombre ciblé de sujets a été atteint après une année d'efforts soutenus de recrutement et grâce à l'intervention de personnes-clés au sein des organismes partenaires. Celles-ci ont dû rassurer les travailleurs sur les finalités de l'étude, leur confirmer leur droit de refuser de répondre aux questions jugées inappropriées et leur droit à l'anonymat. Il fallait également être très explicite sur l'impossibilité d'établir un quelconque lien entre le projet et leur employeur ou avec la CSST. La vulnérabilité et la détresse de plusieurs de ces travailleurs expliquent les taux élevés de refus de participation à l'enquête initiale (80/ 184) et à l'étude de cas (15/25).

Les femmes ont été particulièrement réticentes lors du recrutement pour l'enquête initiale, alors qu'elles ont été plus facilement volontaires pour participer aux entrevues de l'étude de cas. Celles qui se sont senties le plus injustement traitées ont accepté plus aisément de se confier lors des entrevues pour l'analyse de cas.

Idéalement, la stratégie de recherche aurait dû reposer sur un échantillon randomisé de sujets tiré du fichier des demandes d'indemnisation réclamées à la CSST. Mais une telle stratégie pose des problèmes d'ordre méthodologique et éthique. Sur le plan méthodologique, les fichiers de la CSST ne contiennent aucun descriptif, ni de la langue maternelle ni du pays de naissance ni de l'appartenance ethnique, raciale ou religieuse, permettant de distinguer les immigrants de l'ensemble des travailleurs. La CSST justifie sa position par sa volonté de ne pas créer un environnement propice à la discrimination. Même si la CSST avait eu un fichier permettant d'emprunter une telle stratégie, il aurait été impossible sur le plan éthique de recruter des travailleurs pour les interroger sur leurs difficultés d'accéder au système d'indemnisation, système par lequel ils auraient été repérés et qui contient des informations nominatives concernant leur employeur.

Finalement, les résultats obtenus par la stratégie de recrutement des sujets par l'entremise des organismes ayant une expertise en lésions professionnelles posent un problème de validité externe à l'égard de l'ensemble des travailleurs. Par contre, ces résultats représentent avec justesse les travailleurs ayant eu à faire des démarches particulières. Utiliser la liste de clientèle des partenaires a permis de constituer un échantillon non biaisé par l'autocensure comparativement à un échantillon randomisé composé de travailleurs recrutés à l'aide des fichiers de la CSST. Cependant, le fichier de la CSST offre un bien plus large bassin pour le recrutement des sujets que les listes de clientèle des partenaires.

8.2.3 *Choix d'analyse statistique et traitement des données*

La taille de l'échantillon initial est modeste ($n=104$) et celle de l'étude de cas ($n=10$) l'est davantage. De plus, les immigrants ne constituent que la moitié de l'échantillon de l'enquête initiale ($53/104$), ce qui a limité le choix des analyses possibles.

Première question de recherche :

- Les critères permettant de juger des difficultés sont-ils les mêmes aux diverses étapes du processus d'indemnisation (processus médical, administratif, juridique et lors du retour au travail)?

Pour répondre à cette question, seuls des tests de « t » d'écart à la moyenne des scores de difficultés attribués par les groupes d'experts entre les groupes de travailleurs, selon le statut, le sexe, la scolarité et les taux de refus, ont été faits. Bien que modestes, les résultats indiquent qu'il y a effectivement une différence. Les évaluations effectuées sous les angles juridique et administratif n'attribuent pas les mêmes difficultés aux différents groupes de travailleurs. Les résultats auraient-ils été les mêmes si l'analyse avait été faite sur un échantillon plus large?

L'analyse de correspondances a permis, quant à elle, d'explorer simultanément les diverses dimensions du parcours d'indemnisation (administratif, juridique, médical et le retour au travail) en rapport avec plusieurs des critères d'évaluation ayant servi à déterminer des facteurs prédictifs des taux de refus. Les résultats de l'analyse de correspondances, plus complexes à saisir sur le plan graphique que ceux illustrés par des tableaux de contingence, ont néanmoins permis de circonscrire les diverses dimensions contribuant aux difficultés d'indemnisation selon les étapes du processus. Ce type d'analyse, plus approprié aux petits échantillons, serait par contre plus difficile à reproduire avec un grand échantillon, les écarts entre les groupes de sujets ayant tendance à s'effacer pour créer un continuum des profils des sujets.

L'analyse de regroupement, qui a permis de constituer une taxonomie de trois profils de parcours difficile, soit « les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours », « les travailleurs dépassés par la situation » et « les travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite », devrait être appliquée à un plus large échantillon pour vérifier si la catégorie des « travailleurs dépassés par la situation » n'est pas une tautologie applicable aux deux autres catégories.

Et finalement, la dernière analyse, celle des études de cas, a révélé un problème majeur, celui de l'iniquité lors de la réinsertion au travail. Cette dimension avait été abordée comme une finalité lors du processus d'indemnisation et non comme un enjeu crucial pour les travailleurs immigrants. Les instruments de collecte de données de l'étude initiale n'ont pas exploré à leur pleine mesure les conditions ou l'absence de condition de réintégration au travail. De plus, si le recrutement des sujets avait permis d'interroger les 25 sujets ayant cumulé le plus de difficultés, la validité interne des résultats de l'étude de cas aurait été améliorée. Ici encore, les travailleurs appréhendaient de participer à des entrevues qui les auraient replongés dans leur expérience, leur rappelant leur impuissance à faire reconnaître leur droit. Pour plusieurs, il était difficile de faire cette troisième entrevue au cours de laquelle ils dévoilaient les injustices sociales dont ils avaient été victimes, des injustices qui vont bien au-delà du traitement des mesures administratives de l'indemnisation. Peut-être que les dix cas ayant accepté de participer à l'étude de cas ont introduit un biais de sélection. Ils ont surmonté leurs craintes parce que leur situation est extrême, ils n'ont plus d'autre recours que de faire entendre leur cause en participant à une enquête de ce genre.

8.2.4 *Effet des limites méthodologiques sur la pertinence des résultats*

L'analyse critique des limites méthodologiques de l'enquête permet de positionner la pertinence des résultats obtenus et de les comparer à ceux rapportés dans les écrits.

Dans la littérature, il est fréquent de considérer une seule dimension de l'indemnisation ou certaines étapes du processus. Ainsi, plusieurs travaux dont ceux de Dembe et *al*, [2003] (1) ont documenté les barrières au processus médical. D'autres, comme ceux de Robert et *al*, [1997] (2), ont abordé les barrières administratives et juridiques. Ou encore, des travaux comme ceux de Boden et *al*, [1999] (3), Morse et *al*, [1998] (4) et Shannon et *al*, [2002] (5) ont étudié les facteurs prédictifs de la déclaration des lésions professionnelles. Rarement le processus d'indemnisation a été analysé dans son ensemble, couvrant toutes les étapes du processus, de la rédaction de la réclamation jusqu'à la réinsertion au

travail, comme l'ont fait Webb *et al.*, [1989] (6) et Azaroff *et al.*, [2002] (7). Les objectifs de l'étude sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants peuvent paraître en ce sens audacieux, voire même ambitieux, aux yeux des chercheurs qui ont une plus grande maîtrise de la complexité du processus d'indemnisation qu'une étudiante en santé publique spécialisée dans l'adéquation et l'accessibilité des services de santé aux populations immigrantes.

Contrairement aux travaux recensés dans la littérature qui portent sur des populations de travailleurs caractérisés par leur type de lésion ou par leur appartenance à un secteur professionnel ou industriel particulier, l'étude sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants ciblait au départ une population vulnérable, caractérisée par des problèmes d'accessibilité aux services liés aux diverses sphères de la vie quotidienne : le logement, le travail et les services de santé. Bien qu'en général les études ciblent les travailleurs selon le type de lésion ou de secteur industriel, plusieurs démontrent que les travailleurs immigrants sont vulnérables à toutes les étapes du processus d'indemnisation. Les résultats de la présente étude confirment qu'ils cumulent tout au long du processus d'indemnisation des difficultés d'accès qui les placent dans des conditions encore plus vulnérables lors de la réintégration au travail à la suite d'une lésion professionnelle.

Les études recensées dans la littérature reposent sur un échantillon constitué de sujets recrutés soit à partir de listes de patients de cliniques médicales soit de cabinets juridiques, ou de fichiers publics de lésions professionnelles. Les études basées sur les fichiers publics ont peut les utiliser sans problème éthique parce que ces registres sont indépendants des agences d'indemnisation. Par exemple, aux États-Unis, les institutions publiques qui produisent des statistiques sur les lésions professionnelles ne sont pas liées aux services d'indemnisation qui, eux, sont privés. Ainsi, des travaux comme ceux de Biddle *et al.*, [1998] (8) ont pu constituer un large échantillon de travailleurs à partir de ces registres. D'autres études, réalisées à partir d'échantillons de population, comme celles de Shannon *et al.*, [2002] (5) et de Morse *et al.*, [1998] (4), ont permis de constituer un échantillon

final de quelques centaines de travailleurs victimes de lésions professionnelles, soit environ 10 % de la population interrogée au départ, pour recueillir les détails de leur déclaration et les résultats de leur réclamation. La taille de notre échantillon (n= 104) est inférieure à celle d'autres études populationnelles qui n'avaient finalement qu'entre 150 et 250 sujets, des travailleurs victimes de lésions professionnelles occupant un poste rémunéré couvert par un régime d'indemnisation [Shannon et *al*, 2002; Research Evaluation Branch, 1992; Morse et *al*, 1998] (9,4).

Le choix des stratégies pour constituer un échantillon de travailleurs dans le cas de l'étude sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants était limité. Le Québec n'a pas de registre des lésions professionnelles indépendant des services d'indemnisation, registre à partir duquel il aurait été possible d'élaborer une stratégie de recrutement efficace et respectant les règles éthiques. De plus, le projet ne disposait pas des moyens financiers nécessaires pour mener une enquête populationnelle qui aurait respecté la contrainte de la diversité des langues maternelles des travailleurs, comme doivent le faire les études sur l'adéquation des services de santé aux populations immigrantes [Gravel et *al*, 2000] (10). Finalement, de telles études utilisent généralement des critères d'inclusion basés sur les catégories de lésions (musculo-squelettiques, stress psychosocial) ou de diagnostics (tendinites ou syndrome du canal carpien), des critères qui exigent un processus de vérification complexe de la fiabilité des types de diagnostics et de lésions déclarés par les travailleurs lors de ces entrevues. La stratégie basée sur les listes de clientèle des organismes partenaires a permis de minimiser ce travail de vérification de l'application du critère d'inclusion (victime de lésions musculo-squelettiques) auprès d'une population allophone ou peu scolarisée.

Si une telle étude était reprise, il serait approprié de :

- constituer un échantillon avec un plus grand nombre de sujets en utilisant cette même stratégie basée sur les listes de clientèle mais d'un plus grand nombre de partenaires, incluant des urgences de cliniques médicales non spécialisées dans

les lésions professionnelles et les syndicats de travailleurs des secteurs industriels où se concentrent les travailleurs immigrants;

- retravailler certains concepts de l'indemnisation afin de les rendre encore plus accessibles dont celui de la consolidation, date à laquelle les médecins jugent qu'aucune autre amélioration de l'état de santé du travailleur n'est possible;
- concentrer la collecte des données en une seule entrevue;
- procéder à des analyses de régression sur les scores difficiles et les taux de refus afin d'en déterminer les facteurs prédictifs.

Les futures études s'intéressant à l'accessibilité à l'indemnisation pour les travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles devraient tenir compte de ces recommandations méthodologiques et même aller au-delà en abordant également une dimension négligée dans la collecte des données : l'appauvrissement des travailleurs et les inégalités de santé engendrées par les difficultés d'accès à l'indemnisation.

8.3 Discussion éthique

L'immigration est une réalité souvent négligée par les services publics, négligence à laquelle n'échappent pas ceux de l'indemnisation. Cette négligence peut être abordée comme un hiatus social entre les politiques du développement économique des pays importateurs de main-d'œuvre étrangère et l'accès aux mesures de sécurité sociale pour ces nouveaux citoyens, un hiatus qui oblige à une réflexion éthique.

Pour amorcer cette réflexion, les travaux d'Armataya Sen sur le développement économique centré sur l'accomplissement des « capacités » des personnes ont été empruntés. Il s'agit bien d'une amorce de réflexion parce que l'ensemble des travaux de Sen ont été élaborés dans un corpus théorique du développement des politiques sociales. Les théories de Sen ont d'abord été appliquées aux méta-analyses économiques des grandes crises humanitaires telles que les famines et les épidémies. Rarement les théories de Sen ont été empruntées

pour se prêter à l'analyse d'un phénomène circonscrit à une population vulnérable en regard d'une seule mesure sociale.

Dans cette dernière partie de la discussion, la réflexion éthique proposée consiste à appliquer les théories de Sen aux problèmes d'accessibilité des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles et d'en dégager une analyse critique des inégalités sociales. Cet exercice se veut également une contribution originale au développement des connaissances. Il vise à construire une critique éthique sur ce hiatus entre nos politiques de développement économique appuyée sur une politique d'immigration et les fondements de l'accessibilité universelle des services publics aux populations immigrantes, et à comprendre les rouages qui engendrent des inégalités sociales.

8.3.1 *Démocratie et principe d'égalité pour les populations vulnérables*

La recension des écrits contenue dans cette thèse amène à constater que la surexposition des travailleurs immigrants aux lésions professionnelles, la sous-déclaration et leurs problèmes d'accès aux services d'indemnisation ne sont pas nouveaux. La recension des écrits couvre tout autant les années 70, 90 et 2000, et les résultats de recherche recensés démontrent, sous des angles différents, que la situation problématique des travailleurs immigrants persiste au cours des décennies. La société actuelle ne fait pas seulement ignorer quelques cas difficiles de travailleurs immigrants ou allophones, elle néglige des différences très répandues et bien réelles. Une situation qui, selon l'analyse de Sen [2002] (107), pose un problème moral important aux démocraties qui visent l'égalité.

Les institutions publiques de la société québécoise, comme dans bien des démocraties, affichent avec fierté leurs modes de fonctionnement centré sur la libre expression des idées et des revendications des citoyens et des bénéficiaires des services. La libre expression est, rappelons-le, un principe fondamental des démocraties [Sen, 2005] (118). Mais ce principe si cher ne semble pas concerner le secteur des emplois précaires.

Cette étude sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants met en doute la présence de ce principe de libre expression. Plusieurs des résultats soulignent les craintes des travailleurs immigrants à faire valoir leur droit. L'analyse de regroupement a justement permis de circonscrire cette absence du droit à la libre expression. Cette analyse de regroupement a permis de créer une taxonomie en quatre catégories des parcours difficiles. La catégorie des *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours* regroupe, à elle seule, une proportion importante des travailleurs immigrants (23/53) contrairement aux travailleurs non immigrants dont cette proportion est moindre (8/51). Certes, l'analyse des facteurs contribuant aux barrières à l'accessibilité pointe les incompréhensions liées aux difficultés de communication des immigrants (traduction, interprétariat, courrier), mais ces limites linguistiques ne sont pas suffisantes pour expliquer l'ampleur du problème.

Bien que les services d'indemnisation ne soient pas considérés des services du même ordre que ceux de la santé, il est quand même permis d'établir un parallèle entre eux. Les services d'indemnisation devraient être considérés d'abord comme un moyen incontournable d'accéder à des soins et à des indemnités favorisant la réhabilitation des travailleurs victimes de lésions professionnelles. Il y aurait certes des considérations pratiques d'organisation des services d'indemnisation pour favoriser l'adaptation culturelle et linguistique des services, et ainsi améliorer leur accessibilité afin d'assurer un droit équitable d'accès aux services, mais le débat demeurerait superficiel. Les résultats de cette étude transportent le débat sur l'éthique du développement économique des pays importateurs de main-d'oeuvre immigrante et des droits des nouveaux arrivants d'accéder aux services en tout équité.

8.3.2 *Immigration et accomplissement social*

Dans tous ses travaux, Sen nous ramène à la question suivante: comment doit-on vivre? Appliquée au contexte de l'immigrant, cette question en suscite d'autres mais cette fois circonscrites aux motivations des personnes à vivre d'une façon particulière et au besoin d'accomplissement social [Sen, 2002] (109).

Rappelons qu'en immigrant les travailleurs cherchent à s'accomplir, à réaliser leurs aspirations, à maximiser leurs compétences et à améliorer leurs conditions de vie [Sen, 1993] (110). Fondamentalement, ils souhaitent développer leurs « capacités » professionnelles et offrir à leurs enfants des opportunités d'ascension sociale. Cela constitue l'essence de leur liberté, principe de liberté si cher aux démocraties [Sen, 2002] (111). Dans le contexte qui nous préoccupe ici, celui des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles, la non-indemnisation et la mauvaise indemnisation compromettent leurs libertés économiques et les opportunités sociales, les éléments constitutifs du développement économique [Sen, 2003] (113).

Les résultats des analyses de correspondances contenues dans cette étude circonscrivent assez bien le cumul des barrières d'accès à l'indemnisation associé de façon explicite aux travailleurs immigrants, soit un ensemble de facteurs compromettant l'accès à l'indemnisation aux différentes étapes du processus. Parmi ces facteurs, on note le manque de soutien de l'entourage, l'absence de contact avec les agents d'indemnisation, l'incompréhension des termes des décisions rendues, l'absence d'interprète lors des consultations avec les instances décisionnelles de la santé et sécurité au travail, soit un ensemble d'éléments qui a fait en sorte que les travailleurs sont dépossédés de la situation, de leur propre requête d'indemnisation.

Dans l'étude des dix cas, des travailleurs ont à maintes reprises dénoncé le manque de transparence des acteurs et des institutions, laissant les travailleurs livrés à eux-mêmes pour élaborer leur requête [Sen, 2003] (114). Plusieurs travailleurs n'ont compris leurs obligations et leurs responsabilités dans le processus d'indemnisation qu'au moment où leur requête a été refusée. À tort, ils s'attendaient à être pris en charge par le système d'indemnisation comme le système de santé le propose à ses bénéficiaires.

8.3.3 *Réaliser et perdre ses « capacités »*

Émigrer vers une société démocratique représentait pour ces travailleurs une stratégie pour accéder aux diverses libertés instrumentales, aux promotions, à une meilleure rémunération, soit un ensemble de moyens leur permettant de se réaliser, de développer leurs capacités et celles de leur famille. Ces travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles sont pour la plupart arrivés dans la force de l'âge et, comme bien d'autres immigrants, dans un état de santé exceptionnel. La détérioration accélérée de leur état de santé à cause de lésions professionnelles, et particulièrement celles liées à des mouvements répétitifs ou non consolidés, compromet tous les scénarios qu'ils s'étaient construits afin de se réaliser, de faire valoir leurs capacités. Les témoignages des travailleurs rencontrés dans le cadre des études de cas sont troublants. Tous les espoirs d'une meilleure vie, avec maison, auto, loisirs, bonnes écoles, qu'ils ont entretenus avec les membres de leur famille, sur lesquels ils ont construit leur projet d'immigrer, sont anéantis. Ces travailleurs, comme probablement tous les autres sujets de l'échantillon qui se retrouvent sans emploi, se sentent honteux de ne plus être à la hauteur de leurs aspirations.

Dans l'analyse que fait Sen des « capacités », avoir une bonne santé est essentiel. C'est l'opportunité fondamentale pour toute personne de pouvoir s'accomplir, de choisir les moyens qui lui conviennent pour se réaliser [Sen, 2001] (122). Pour Sen, l'état de santé initial est l'un des principaux éléments qui distinguent à la base les individus et déterminent en bonne partie les « capacités » qu'ils viseront à accomplir [Sen, 2000] (123). En perdant leur état de santé et surtout s'ils conservent une limitation fonctionnelle permanente, ces travailleurs immigrants, comme probablement tous les autres sujets de l'échantillon qui se retrouvent sans emploi, sont dépossédés de leur principal et dans certains cas, du seul levier d'ascension sociale dont ils disposent.

Au moment des entrevues pour l'étude de cas, tous les travailleurs immigrants interrogés avaient perdu leur travail. Pourtant, ils n'étaient pas nécessairement tous associés, dans l'analyse de correspondances, à la catégorie

travailleurs indemnisés, congédiés ou licenciés par la suite. Certains étaient associés à celle des *travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours.* Leur perte du lien d'emploi est survenue quelques mois plus tard après les premières entrevues. Le travailleur qui perd son lien d'emploi n'est pas seulement privé de ses revenus d'emploi mais de ses « capacités » [Sen, 2000] (124). Comme tous ont été congédiés parce qu'ils ont été jugés moins productifs, la perte de leur emploi les prive de leur réputation de bons travailleurs, ce que Sen nomme des « entitlements » qui permettent aux travailleurs de négocier leur accès au marché du travail et de se soustraire à l'appauvrissement économique [Sen, 1981] (115). Un seul des dix travailleurs rencontrés dans le cadre des études de cas a retrouvé un travail. Celui-ci s'est bien gardé d'entamer des recours contre son ancien employeur afin de ne pas entacher sa réputation de bon travailleur, une autre manifestation de la persistance des craintes de représailles qui est probablement commune à tous les travailleurs congédiés à la suite d'une lésion professionnelle.

8.3.4 Développer des mesures d'équité

La finalité souhaitée par les services d'indemnisation est la réintégration du travailleur victime de lésions professionnelles chez son employeur et à son poste habituel. Les résultats des analyses de correspondances pointent assez clairement les efforts consentis par les services d'indemnisation et les médecins pour atteindre cet objectif. La logique du marché de l'emploi, celle de la concurrence et de la productivité, va à l'encontre de ce souhait.

Les employeurs ont peu d'égards pour les travailleurs qui ne peuvent plus maintenir la cadence de travail, atteindre les mêmes objectifs de productivité. Même si les recommandations émises tant par les médecins que par les services d'indemnisation quant aux mesures de réintégration au travail sont précises et spécifiques (allègement ou modification de la tâche), les employeurs ne sont pas toujours disposés à les aménager ou le font en faisant porter aux travailleurs les inconvénients financiers du réaménagement de la tâche. Le témoignage des femmes dans l'étude des cas est assez éloquent sur ce point. Les travailleuses rapportent que leur employeur peut effectivement leur proposer temporairement

un nouveau poste avec des tâches différentes, mais qui font appel à des mouvements similaires à ceux en cause dans leur lésion, rappelant ainsi leurs limitations et leurs douleurs. Ces nouvelles assignations comportent souvent de nouvelles conditions de travail, comme travailler près d'une source de chaleur ou qui exige une position immobile, ce qui aggrave leur état. Pour celles rémunérées à la pièce, ce genre de nouvelle assignation qui présente l'avantage de diminuer la cadence de travail comporte des inconvénients pécuniaires: leur revenu s'en trouve diminué.

Pour Sen, il existe maintes mesures pour limiter les inégalités sociales. Qu'il s'agisse des grandes famines ou autres crises humanitaires, elles sont toutes évitables si les sociétés mettent en place des systèmes équitables de distribution des ressources, en accentuant la distribution dans les zones les plus défavorisées, en minimisant cette distribution dans les zones mieux nanties et en contrôlant le moment choisi de la distribution planifiée [Sen, 2003] (116). Ce principe est applicable aussi aux services d'indemnisation qui d'ailleurs ont des mesures d'inspection dans les secteurs industriels les plus propices aux lésions, des services de plaintes anonymes ouverts 24 heures, permettant ainsi aux travailleurs de dénoncer leurs conditions de travail sans être identifiés. Mais ces services d'inspection chargés de l'application des mesures préventives des lésions professionnelles devraient intensifier leur surveillance dans les secteurs industriels où les travailleurs immigrants sont massivement embauchés : les manufactures du textile, de la production alimentaire et de la manutention; les services de la restauration et de l'hôtellerie; et le commerce au détail.

Bien que les services d'indemnisation mettent en œuvre des mesures d'appréciation des conditions de réintégration au travail, leur tâche se limite aux travailleurs indemnisés et ignore les collègues qui sont tout autant à risque mais qui n'ont pas déclaré leurs lésions. Comme le souligne Sen, de telles mesures nécessitent des mesures incitatives pour générer des innovations techniques [Drèze et al, 1989] (117) et réduire la prévalence des lésions professionnelles. Des mesures incitatives que les employeurs ne sont pas prêts à endosser puisqu'ils se

disent contraints par les règles de la productivité et de la concurrence. Les employeurs préféreront miser sur le remplacement cyclique de la main-d'œuvre que d'investir dans l'aménagement de mesures pour réduire les lésions et l'absentéisme des travailleurs; situation que les travailleurs rencontrés dans le cadre des études de cas ont largement décrite. Être simplement remplacés par un autre travailleur après avoir donné plusieurs années de leur vie professionnelle et y avoir laissé leur santé consterne ces travailleurs.

Être congédié parce qu'on est jugé moins productif, a des répercussions néfastes sur l'état de santé, entraînant des complications médicales ou psychologiques qui affectent la vie conjugale et familiale. Plusieurs des travailleurs rencontrés dans le cadre des études de cas ont dévoilé des ruptures ou des inquiétudes qu'elles se produisent. Ils avouent ne plus être les mêmes: impatients, colériques, indisposés par la douleur, dépendants économiquement, ils appréhendent constamment de nouveaux échecs. L'étude sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs incite à reconsidérer l'analyse des inégalités cette fois sous l'angle de la perte des capacités qui engendre un état d'appauvrissement.

8.3.5 Inégalités de santé engendrées par la non-indemnisation et la perte d'emploi

La majorité des travaux menés sur l'accès à l'indemnisation a focalisé sur la comparaison des moyens dont disposent les travailleurs pour obtenir des services de réadaptation, des primes de remplacement du revenu et des mesures de réintégration au travail. Rarement les travaux ont abordé les barrières d'accès à l'indemnisation en tant que processus d'appauvrissement qui engendre des inégalités sociales chez des individus qui antérieurement n'étaient pas identifiés comme faisant partie des groupes affectés par les inégalités de santé. Ces travailleurs victimes de lésions ne font pas partie des groupes habituellement jugés vulnérables parce qu'ils ont des revenus, mais ils le sont tout autant parce qu'ils ont perdu leurs « capacités », leur liberté d'accomplissement [Sen, 2003] (118) (126).

L'accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles est l'une des mesures de solidarité sociale parmi les plus importantes après la distribution équitable des soins médicaux et des services de santé primaires, l'instruction de masse et les services de justice publique. Mais il semble que l'accès à l'indemnisation ne soit pas soumis aux mêmes règles d'évaluation de la justice sociale que les autres mesures de solidarité sociale, l'indemnisation n'occupe pas le même espace de justice sociale [Sen, 2000] (125).

8.4 Contribution au développement de connaissances nouvelles

En résumé, les résultats de cette étude apportent cinq contributions originales au développement des connaissances dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail, de l'immigration, de l'analyse des inégalités sociales en santé et de l'éthique. Ces résultats apportent de nouvelles dimensions méthodologiques et éthiques à la compréhension de l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles. Ils proposent également de nouvelles questions de recherche.

Dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, les résultats de cette étude proposent une liste de critères pour évaluer le degré des difficultés que les travailleurs peuvent cumuler tout au long du processus d'indemnisation. Cette liste pourrait servir aux instances décisionnelles de la santé et la sécurité au travail pour apprécier l'accessibilité de leurs services aux clientèles les plus vulnérables et ainsi bonifier les arrangements avec les différents acteurs (médecins, employeurs, syndicats, comités de la santé et la sécurité au travail) sur lesquels le système d'indemnisation repose pour fonctionner. Cette liste pourrait également servir de repères pour construire les instruments de cueillette des données dans les études portant sur les parcours d'indemnisation et en tirer les éléments essentiels pour établir un score de difficultés. Il serait intéressant de tester cette liste sur l'ensemble des travailleurs victimes de lésions professionnelles et de déterminer : quelle est la proportion des travailleurs ayant produit une réclamation qui éprouve des difficultés importantes d'accès à l'indemnisation?

La deuxième contribution originale des résultats de cette étude au domaine de la santé et de la sécurité au travail est d'avoir créé une taxonomie des parcours difficiles avec ses quatre catégories : *les travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours, les travailleurs dépassés par la situation, les travailleurs indemnisés mais congédiés ou licenciés par la suite et les travailleurs indemnisés sans embûche*. Cette taxonomie s'est constituée à partir des scores cumulés des difficultés d'indemnisation déterminées par la présence ou l'absence de ces 25 critères suggérés dans la liste. Cette taxonomie utile pour comparer des groupes de travailleurs entre eux devrait être testée sur un plus grand échantillon et auprès de groupes de travailleurs présentant des caractéristiques différentes telles que le sexe, l'âge ou la scolarité. Tout comme pour la liste des critères, la taxonomie apporte une contribution originale aux futurs travaux de recherche qui s'intéressent aux groupes de travailleurs vulnérables dans une perspective sociologique et non pas seulement dans une perspective ergonomique ou toxicologique. Il pourrait être intéressant de déterminer : quels groupes de travailleurs cumulent le plus de difficultés, et à quelles étapes du processus ils sont le plus vulnérables?

Les résultats de cette étude apportent une contribution au domaine des études sociales, plus particulièrement dans le domaine des relations industrielles, sur les questions de l'immigration. Elle soulève un voile sur une dimension négligée de l'intégration : les conséquences sur la santé des immigrants de leur intégration mal orchestrée dans un marché de l'emploi très concurrentiel. Bien des travaux ont porté sur l'accessibilité des immigrants dans les diverses sphères de la vie : le travail, le logement, les services de santé et l'éducation. Ces travaux ont emprunté diverses méthodes permettant de faire émerger la discrimination et les traitements différentiels entre les fournisseurs de services et leurs prestataires immigrants. Or, nous avons construit ici un modèle logique du parcours d'indemnisation incluant les divers acteurs et services engagés dans le processus pour en connaître les maillons fragiles. Nous ne parlons plus ici de discrimination directe ou systémique d'une institution, mais d'une structure dont la responsabilité de l'accessibilité est partagée entre divers acteurs qui peuvent remettre à une tierce

institution l'imputabilité des problèmes d'accessibilité. Les résultats de cette étude sont originaux parce qu'ils décrivent un processus complexe d'accès à un service, l'indemnisation, pour une clientèle vulnérable en raison de son statut et de ses problèmes de communication.

Cette étude apporte également un éclairage nouveau dans la compréhension des inégalités sociales de santé. La très grande majorité des travaux sur les inégalités sociales de santé ciblent les déterminants de la santé tels que la pauvreté, la faible scolarité, l'autonomie des individus et l'empowerment des communautés comme sources d'inégalités qui génèrent des inégalités de santé. Or, il s'agit ici de personnes, les travailleurs immigrants, qui sont au départ en bonne santé, travaillent, ont des revenus suffisants pour être autonomes financièrement; la plupart vivent en famille et entretiennent des liens étroits avec la communauté et sont souvent plus scolarisés que les autres travailleurs de leur secteur, bien que les sujets de l'échantillon soient un peu moins scolarisés que la moyenne des travailleurs récemment immigrés au Québec. Ils ne sont pas a priori associés à aucun des déterminants pouvant les placer en situation d'inégalités de santé, même s'il est bien connu que les travailleurs immigrants sont surexposés aux lésions professionnelles. À cause d'un accident ou d'une maladie professionnelle, ils perdent tout. Ils perdent leur santé physique et psychologique, leur emploi, puisque la très grande majorité se fait congédier; ils deviennent financièrement dépendants de leur famille et vivent des ruptures ou dans la crainte qu'elles ne surviennent. Les résultats de cette étude démontrent que les traitements injustes, comme la discrimination, peuvent engendrer des inégalités sociales qui entraîneront des problèmes de santé qui n'existaient pas initialement. Quel est le niveau d'appauvrissement de ces travailleurs qui réclament ou qui ne réclament pas des indemnités pour leurs lésions professionnelles, est l'une des questions sur ce type d'inégalité qui pourraient être étudiée.

Finalement, les résultats de cette étude ont permis d'amorcer un débat éthique sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles à partir du concept des « capacités », concept soutenu

dans toute la thèse d'Armataya Sen. Cette contribution est originale parce qu'elle est un exercice d'application concrète d'un concept développé essentiellement dans le cadre théorique des analyses économiques des grandes crises humanitaires. Cette amorce de débat éthique veut interpeller les acteurs concernés par les politiques d'immigration et d'intégration, et les services publics qui négligent les problèmes d'accessibilité de leurs clientèles vulnérables, dont font partie les travailleurs immigrants. De nouveaux travaux de recherche tant en sociologie de l'immigration et de l'indemnisation pourraient poser la question suivante : quelles sont les inégalités sociales générées par l'intégration économique des immigrants et les enjeux éthiques qu'elles soulèvent? Bref, bien des questions et débats qui peuvent être repris sur une plus large échelle.

CHAPITRE 9

CONCLUSION

9 CONCLUSION

Les écrits scientifiques sur l'accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de lésions professionnelles sont nombreux à démontrer qu'il existe maintes barrières désavantageant les travailleurs économiquement et professionnellement vulnérables, qu'il s'agisse des femmes, des travailleurs âgés ou peu scolarisés, des minorités raciales ou ethniques ou des immigrants récents. Généralement, les observations se basent sur les types de lésion et le type d'entreprise. Des auteurs, comme Dembe et *al.*, [2005], investis dans l'accès aux soins médicaux des travailleurs, ont publié au cours des mois qui ont précédé la rédaction finale de cette thèse des résultats sur les écarts dans les soins reçus par les travailleurs selon leurs caractéristiques raciales et ethniques. Ces résultats suggèrent d'accorder aux Afro-Américains et aux Hispanophones une attention particulière au regard des soins de santé physique et psychologique, compte tenu de leur surexposition aux risques d'accidents et de maladies professionnelles et des pressions exercées à leur endroit afin qu'ils ne déclarent pas leur lésion.

Les résultats de notre étude centrée sur les travailleurs immigrants sont une modeste contribution à l'ensemble des connaissances sur l'accès à l'indemnisation. L'analyse comparée des scores de difficultés d'accès à l'indemnisation attribués par des experts de disciplines différentes est une méthode originale comparativement à celles empruntées dans les autres études. Elle a permis d'établir que les difficultés sont cumulées tout au long du parcours d'indemnisation et ne sont pas spécifiques à l'une ou l'autre des étapes du processus. Le résultat le plus préoccupant reste l'ampleur du nombre de congédiements ou de licenciements des travailleurs immigrants à la suite d'une lésion professionnelle, que ces travailleurs aient été indemnisés ou non.

La perte du lien d'emploi à la suite d'une lésion professionnelle est d'autant plus préoccupante qu'elle n'est pas spécifique de la région montréalaise, mais tend à se généraliser dans les pays importateurs de main-d'œuvre étrangère. Les travailleurs immigrants de l'étude sont embauchés, comme dans plusieurs

études américaines, dans des secteurs industriels où la prévalence des lésions est fréquente, et lorsqu'ils réintègrent leur travail à la suite d'une lésion, ils sont plus susceptibles de perdre leur emploi parce qu'ils sont jugés moins productifs.

Ces travailleurs en bonne état de santé pour travailler et être autonomes financièrement se retrouvent, à la suite d'un accident ou d'une exposition à des conditions de travail favorisant l'apparition d'une maladie professionnelle, en situation de dépendance. Les lésions professionnelles engendrent chez ces travailleurs une situation d'appauvrissement et d'exclusion sociale, alors qu'au départ ils étaient en pleine possession de leurs capacités, de leurs « capacités ».

L'analyse des difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants exige une compréhension à la fois de leurs motifs d'immigrer, de la place qu'occupe le travail dans les stratégies d'intégration et de leurs conditions d'emploi. Les structures d'accueil et d'intégration professionnelle déterminent l'accès à l'emploi, aux emplois correspondant ou non aux qualifications et habiletés des travailleurs. Les emplois facilement accessibles aux travailleurs récemment immigrés sont souvent des emplois délaissés par les travailleurs nationaux, mal rémunérés, sans perspective d'avenir et comportant de mauvaises conditions de travail qui les exposent indûment à des risques de lésion. Bien que la prévalence des lésions professionnelles graves et irréversibles chez les travailleurs immigrants soit supérieure, peu d'entre eux ont recours aux indemnités par crainte ou par ignorance. Et lorsqu'ils s'en prévalent, ils le font généralement dans des conditions difficiles, en connaissant mal ou pas du tout les règles et les procédures. Les critères pour juger de leurs difficultés d'accès à l'indemnisation sont complexes et font référence à des dimensions et à des acteurs issus du système de santé et du marché du travail, deux milieux qui contribuent aux conditions d'accès.

Certains diront qu'une bonne partie des résultats confirme une réalité depuis longtemps manifeste mais non documentée. Tant mieux. Cette étude révèle aussi un problème dont l'ampleur était insoupçonnée: le congédiement et le licenciement des travailleurs immigrants lors de leur réintégration au travail à la

suite d'une lésion professionnelle; et l'appauvrissement du travailleur victime de lésions professionnelles, la conséquence d'une inégalité sociale qui engendrera d'autres inégalités de santé.

Il était peut-être hasardeux ou audacieux d'emprunter les théories d'Armataya Sen et de les mettre à contribution dans l'analyse du processus d'indemnisation, mais nous croyons que cela a apporté une autre perspective que celle liée aux procédures administratives, juridiques ou médicales. Les théories d'Armataya Sen ont permis d'aborder, dans une perspective éthique de l'économie, l'évaluation des inégalités sociales propres à l'indemnisation des lésions professionnelles qui engendrent des inégalités de santé pour plusieurs des travailleurs immigrants, et plus particulièrement pour ceux qui perdent leur emploi à la suite de leurs lésions.

RÉFÉRENCES

1. Introduction

1. Grondin, D. Migration health – managing across borders. Neuvième conférence internationale de Métropolis, septembre 2004. Genève. 2004.
2. Fix M, Turner MA. A National Report Card on Discrimination in America: The Role of Testing. Urban Institute 1999.
http://www.urban.org/civil/report_card.html.
3. Patry, Gravel, Boucheron, Fournier, Vissandjée, Kane. Accès à l'indemnisation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Rapport de recherche. Direction de la santé publique de Montréal. Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) no. 94577 SR-4658, 2005.
4. MRCI. Caractéristiques de l'immigration au Québec; Statistiques.
http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/pdf/0507_caractéristiques_immigration.pdf

2. Recension des écrits

1. Scherzer T, Rugulies R, Krause N. Work-Related Pain and Injury and Barriers to Workers' Compensation Among Las Vegas Hotel Room Cleaners. *Research and Practice* 2005; 95 (3): 483-488.
2. Dembe AE, Savageau JA, Amick BC, Banks SM. Racial and Ethnic Variations in Office-Based Medical –Care for Work-Related Injuries and Illnesses. *Journal of the National Medical Association* 2005; 97 (2): 498-507.
3. Herbert R, Janeway K, Schechter C. 1999. Carpal Tunnel Syndrome and Workers' Compensation among an Occupational Clinic Population in New York State. *American Journal of Industrial Medicine* 1999; 35: 335-342.
4. Stalker P. Workers without Frontiers; The Impact of Globalization on International Migration. Lynne Rienner Publishers, Colorado and ILO, Geneva, 2000.

5. Ministère des Relations avec les citoyens Immigration. La planification des niveaux d'immigration 2005-2007. Direction de la population et de la recherche, MRCI, Gouvernement du Québec, 2003.
6. Talpinos G. The Macroeconomic Impact of Immigration: Review of the Literature. Published since the Mid-19970s. In Trends in International Migration. Paris: SOPEMI/OECD, 1994.
7. Head K, Ries J. 1998. Immigration and trade creation: economic evidence from Canada. *Canadian Journal of Economics* 1998; 31 (1): 46-62.
8. Taylor J. Labour Market and Fiscal Impacts of Immigration. International Migration Papers, no. 10. Geneva: ILO, 1996.
9. Stanton RS, Teitelbaum M. International Migration and International Trade. World Bank Discussion Paper no, 160. Washington, DC, 1992.
10. McDonald H. India Silicon Valley. *Far Eastern Economic Review*, 10, 1992.
11. Bhagwati J, Rao M. The U.S. Brain Gain: At the expense of Blacks? Challenge, March, 1996.
12. Godin JF, Pinsonneault G, Benzakour C, Truong M, Audet B, Maher F. L'insertion en emploi des travailleurs admis au Québec en vertu de la grille de sélection 1996. Direction de la population et de la recherche, MRCI, Gouvernement du Québec, 2004.
13. Renaud J, Gingras L, Vachon S, Blaser C, Godin JF, Gagné B. Ils sont maintenant d'ici! Les dix premières années au Québec des immigrants admis en 1989. *Les Cahiers du GRES* 2001; 2 (1): 29-40.
14. Thompson EN. Immigrant Occupational Skill Outcomes and the Role of Region-Origin-Specific Human Capital. Direction des ressources humaines Canada, Collection Strategic Policy, Applied Research Branch, W-80-8E, 2000.

15. Labelle M, Meintel D, Turcotte G, Kempeneers M. Immigrées et ouvrières, un univers de travail à recomposer. *Cahiers de recherche sociologique* 1984; 2 (2): 9-45.
16. Meintel D, Labelle M, Turcotte G, Kempeneers M. Migration, Wage, Labor, and Domestic Relationship: Immigrant Women Workers in Montreal. *Anthropologica* 1984; 26 (2): 135-169.
17. Gauvreau J. Incognito: Les travailleuses immigrantes dans l'industrie de l'habillement à Montréal. Direction générale des politiques et des programmes, ministère de la Sécurité et du Revenu, 1994.
18. Mimeault I, Simard M. 1999. Exclusions légales et sociales des travailleurs agricoles saisonniers véhiculés quotidiennement au Québec. *Relations industrielles* 1999; 54 (2): 388-409.
19. Bureau International du travail. Safety and Health of Migrant Workers. International symposium, Dubrovnik, Yougoslavie. *Occupational Safety and Health* 1977; (41), BIT, Genève.
20. National Institute for Working Life and SALTSA. Migration, Work environment and Health, documentation from workshop. SALTSA Report 2000: 1, Stockholm, Sweden, 2000.
21. Opfermann R. Epidemiology and statistics of occupational accidents and morbidity in migrant workers. Safety and health of migrant workers international symposium, Bureau international du travail. *Occupational safety and health series* 1977; (41): 31-42.
22. Araibia A. Plus de quatre millions d'émigrés travaillent en France. Safety and health of migrant workers international symposium, Bureau international du travail. *Occupational safety and health* 1977; (41): 43-50.
23. Djordjevic D. Les accidents du travail et la morbidité des travailleurs migrants, aperçu général. Safety and health of migrant workers international symposium, Bureau international du travail. *Occupational safety and health* 1977; (41): 19-29.

24. Statistics Sweden. 'Invandrarnas levnadsförhållanden' i Valfärd och ojämlikhet I 20-årsperspektiv 19975-19995, Rapport 91, Stockholm, 1997. Cité par Wren K, Boyle P. Migration and work-related health in Europe; A literature Review in National Institute for Working Life and SALTSA. Migration, work environment and Health, documentation from workshop. SALTSA Report 2000: 1, Stockholm, Sweden, 2001.
25. Socialstyrelsen. Invandrades hälsa och sovciala förhållanden, SoS-rapport 1995: 5, Stockholm, 1995. Cité par Wren K, Boyle P. 2001. Migration and Work-related health in Europe; A literature Review in National Institute for Working Life and SALTSA. Migration, work environment and Health, documentation from workshop. SALTSA Report 2000: 1, Stockholm, Sweden, 2000.
26. Socialstyrelsen. Levnadsförhållanden hos fyra invadrargrupper födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet, Ivandrarprojektet, Rapport no 1998: 1, Invandrades levnadsvilkor 1, Stockholm, 1998. Cité par Wren K, Boyle P. Migration and Work-related health in Europe; A literature Review in National Institute for Working Life and SALTSA. Migration, work environment and Health, documentation from workshop. SALTSA Report 2000: 1, Stockholm, Sweden, 2001.
27. Cassou B. La science au service du changement? Les risques du travail; Pour ne pas perdre sa vie à la gagner. Éditions la Découverte, Paris, 1984.
28. Paoli P. Second European Survey on Working Conditions 1996. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 1997.
29. Frumkin H, Pransky G. Minority Workers and Communities. Occupational Medicine, Special Populations 1999; 14 (3): 495-517.
30. Windau J. Occupational Fatalities among the Immigrant Population. *Compensation and Working Conditions* 1997, Spring: 40-44.

31. Peek-Asa C, Erickson R, Kraus JF. Traumatic Occupational Fatalities in the Rentail Industry, United States 1992-1996. *American Journal of Industrial Medicine* 1999; 35: 186-191.
32. Lopez D, Feliciano C. Who Does What? California's Emerging Plural Labor Force. In Milkman R., *Organising Immigrants : The Challenge for Unions in Contemporary California*, ILP Press, 2000.
33. California Working Immigrant Safety and Health. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers, 2002.
34. Robinson JC. Exposure to Occupational Hazards among Hispanics, Blacks and Non-Hispanic Whites in California. *American Journal of Public Health* 1989; 79 (5): 629-630.
35. Sorock GS, Simth E, Hall N. Hospitalized Occupational Finger Amputations, New Jersey, 1985-196. *American Journal of Industrial Medicine* 1993; 23 : 437-447.
36. Robinson JC. Trends in racial inequity and exposure to work-related hazards, 1968-1986. *Milbank Q.* 1987; 65 (suppl): 404-420.
37. Santiago AM, Muschkin CG. Disentangling the Effects of Disability Status and Gender on the Labor Supply of Anglo, Black, and Latino Older Workers. *The Gerontologist* 1996; 36 (3): 299-310.
38. Carrière M, Rouger, E. Pathologie du travail à la chaîne chez les migrants. *Pathologie des migrants* 1984; 34 (57): 3219-3222.
39. Gannagé CM. The Health and Safety Concerns of Immigrant Women Workers in the Toronto Sportswear Industry. *International Journal of Health Service* 1999; 29 (2):409-429.
40. Murray LR. Sick and Tired of Being Sick and Tired: Scientific Evidence, Methods and Research Implications for Tacial and Ethnic Disparities in Occupational Health. *American Journal of Public Health* 2003; 93 (2): 221-226

41. Kipen HM, Wartenberg D, Scully P, Greenberg M. Are Non-Whites at Greater Risk for Occupational Cancer? *American Journal of Industrial Medicine* 1991; 19: 67-74.
42. Zahm SH, Pottern LM, Lewis DR, Ward MH, White DW. Inclusion of Women and Minorities in Occupational Cancer Epidemiologic. *Journal of Occupational Medicine* 1994; 36 (8): 842-8447.
43. Commission de la santé et de la sécurité du travail. Vers l'an 2000; Immigration, impact sur la santé et la sécurité au travail. Service de l'évaluation de programmes et de la prospective, CSST, Montréal, 1991.
44. Union des Travailleurs et Travailleuses Accidentés de Montréal (UTTAM). Le travail qui use et rend malade! Recherche-action, Les femmes et les lésions attribuables au travail répétitif. UTTAM, Montréal, 1998.
45. RoSPA. Minority report. Occupational safety and Health 1992; November.
46. Frederic-Moreau P. La prévention des accidents de travail en France. Safety and health of migrant workers international symposium, Bureau international du travail. Occupational safety and health series 1977; (41): 256-263.
47. Au bas de l'échelle. Au noir, c'est pas rose! Éditions Au bas de l'échelle, 1992.
48. Legault-Faucher, M.
La saga des nouveaux venus (1^{ère} partie). *Prévention au travail* 1991; 4 (3)
La saga des nouveaux venus (2^{ème} partie). *Prévention au travail* 1991; 4 (4).
Les fantômes du travail atypique. *Prévention au travail* 1993; 8 (2).
49. Hamm D, Segall M. Santé et sécurité au travail pour les immigrants. *Au Centre* (revue du centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail) 1992; avril: 16-18.
50. Bellefeuille (De) J. Le harcèlement sexuel : non, c'est non! Éditions du Remue-ménage, 1992.

51. Light KC, Bronley KA, Turner JR, Hinderliter AL, Girdler SS, Sherwood A, Anderson NB. Job Status and High-Effort Coping Influence Work Blood Pressure in Women and Blacks. *Hypertension* 1995; 25: 554-559.
52. Krieger N. Racial and Gender Discrimination: Risk Factors for High Blood Pressure. *Social Sciences and Medicine* 1990; 30 (12): 1273-1281.
53. Döös M, Laflamme L, Backström T. Immigrants and Occupational accidents: a comparative study of the frequency and types of accidents encountered by foreign and Swedish citizens at an engineering plant in Sweden. *Safety Science* 1994; 18: 15-32.
54. Baker CC. Ethnic Differences in Accident Rates at Work. *British Journal of Industrial Medicine* 1987; (44): 206-211.
55. Krahn H, Fernandes A, Adebayo A. English language ability and industrial safety among immigrants. *Sociology and social research* 1990; 75 (1):17-26.
56. Nash M. Language barriers and safety. Speaking in tongues. *Occupational Health and Safety Canada*, 1996, 6 (5), septembre-octobre.
57. White D. How to manage a Multilingual Work Force. *Safety and Health* 1999; 49 (1): 34-91.
58. Smith EA. Cultural and Linguistic Factors in Worker Notification to Blue Collar and No-Collar African-Americans. *American Journal of Industrial Medicine* 1993; 23: 37-42.
59. Henshaw JL. Testimony: Occupational Safety and Health Administration's Efforts to Protect Immigrant Workers. United States Senate Subcommittee on Employment Safety and Training, Washington DC, Occupational Health and Safety Administration (OSHA), 2002.
60. WISH, California Working Immigrant Safety and Health. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers: 13, 2002.

61. El Batawi MA. Factors influencing the health and safety of migrant workers. Safety and health of migrant workers international symposium, Bureau international du travail. *Occupational Safety and Health Series* 1997; (41): 105-113.
62. Greenwood J. Profile of Workers' Compensation Administration. Mayer TG, Gatched RJ, Polatin PB. *Occupational Musculoskeletal Disorders*, Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, chap. 44: 755-763, 2000.
63. CSST. Rapport annuel d'activités 2003; La prévention, j'y travaille, 2003; p. 5. www.csst.qc.ca.
64. Injured Worker Participatory Research Project. Making the system better, injured workers speak out on compensation and return to work issues in Ontario. Kirsh B. Department of Occupational Therapy, Faculty of Medicine, University of Ontario, project no. 980086, 2001.
65. Yassi A, Sprout J, Tate R. Upper Limb Repetitive Strain Injuries in Manitoba. *American Journal of Industrial Medicine* 1996; 30: 461-472.
66. Shannon H, Lowe G. How Many Injured Workers Do not File Claims for Workers' Compensation Benefits? *American Journal of Industrial Medicine* 2002; 42: 467-473.
67. Biddle J, Roberts K, Rosenman KD, Welch EM. What Percentage of Workers with Work-Related Illnesses Receive Workers' Compensation Benefits? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 1998; 40 (4): 325-331.
68. Rosenman, Garnier, Wang, Biddle, Hogan, Reilly, Roberts, Welch. Why Most Workers with Occupational Repetitive Trauma do not file for Workers' Compensation. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2000; 42 (1): 25-43.
69. Morse T, Dillon C, Levenstein C, Warren A. The Economic and Social Consequences of Work-Related Musculoskeletal Disorders: The Connecticut Upper-Extremity Surveillance Project. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 1998; 4 (4): 209-216.

70. Morse T, Dillon C, Warren N, Hall C, Hovey D. Capture-Recapture Estimation of Unreported Work-Related Musculoskeletal Disorders in Connecticut. *American Journal of Industrial Medicine* 2001; 39: 636-642.
71. Alcorso C. Migrant Workers and Workers' Compensation in New South Wales. Social Welfare Research Centre. University of New South Wales, Australia, 1988.
72. Lee PT, Krause N, Goetchius C, Participatory action research with hotel room cleaners: from collaboration study to the bargaining table. In Minkler M, Wallerstein N. eds. *Community Based Participatory Research for Health*. San Francisco, California, Jossey-Bass 2003; 390-404.
73. Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, Brand RJ. Working Conditions and health of San Francisco Hotel Room Cleaners. Report to the Hotel Employees and Restaurant Employees International Union from School of Public Health at the University of California, Berkley, 1999. Cité dans: *Working Immigrant Safety and Health*. 2002. *Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers*.
74. Lashuay N, Burgel BJ, Harrisson R, Israel L, Chan J, Cistic C, Pun JC, Fong K, Shin Y. *We spend Our Days Working in Pain: A Report on Workplace Injuries in the Garment Industry*, Asian Immigrant Women Advocates, 2002.
75. Webb GR, Redman S, Wilkinson C, Sanson-Fisher RW. Filtering effects in reporting work injuries. *Accidental Anal Prevention* 1989; 21: 115-123.
76. Patry, Gravel, Boucheron, Fournier, Vissandjée, Kane. Accès à l'indemnisation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Rapport de recherche. Direction de la santé publique de Montréal. Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) no. 94577 SR-4658, 2005.

77. Dembe AE, Sum J, Baker C, Stromberg K, Nemirovsky I. Workers' Compensation Medical care in California: Costs. Commission on Health and Safety and Workers Compensation 2003; (2): 1-4. www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc.
78. Dembe AE, Sum J, Baker C, Stromberg K, Nemirovsky I. Workers' Compensation Medical care in California: Quality of Care. Commission on Health and Safety and Workers Compensation 2003; (4): 1-4. www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc.
79. Rudolph L, Deitchman S. What Do Injured Workers Think About Their Medical Care and Outcomes after Work Injury? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2002; 44: 425-434.
80. Himmelstein J, Ptansky G. Measuring and Improving Quality of Workers' Compensation Medical Care. Eds Dembe AE, Fox SE, Himmelstein, JS. Improving Quality of Workers' Compensation Medical Care: A National Challenge, chap. 7. OEM Press, Beverly Farms MA, 2004.
81. Pransky, Benjamin, Hill-Fotouchi, Himmelstein, Fletcher, Katz, Johnson. Outcomes in Work-Related Upper Extremity and Low Back Injuries: results of retrospective Study. *American Journal of Industrial Medicine* 2000; 37: 400-409.
82. Helfenstein M, Feldman D. The Pervasiveness of the Illness Suffered by Workers Seeking Compensation Disabling Arm Pain. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2000; 42 (2): 171-175.
83. Helliwell PS, Mumford DB, Smeathers JF, Wright V. Work related limb disorder: the relationship between pain, cumulative load, disability, and psychological factors. *Annale Rheumatism Disorder* 1992; 51: 1325-1329.
84. Koegh JP, Nuwayhid I, Gordon JL, Gucer P. The impacts of Occupational Injury on Injured Worker and Family: Outcomes of Upper Extremity Cumulative Trauma Disorders in Maryland Workers. *American Journal of Industrial Medicine* 2000; 38: 498-506.

85. Sum J. Navigating the California Workers' Compensation System: The injured Worker's Experience. San Francisco: California Commission on Health and Safety and Workers' Compensation, 1996.
86. Villarejo D, et al. 2000. Suffering in Silence: A Report on the Health of California's Agricultural Workers. Sacramento, CA: California Institute for rural Studies.
87. Strunin L, Boden LI. The Workers' Compensation System: Worker Friend or Foe? *American Journal of Industrial Medicine* 2004; 45: 338-345.
88. Boden LI, Galizzi M. Economic Consequences of Workplace Injuries and Illnesses: Lost Earnings and Benefit Adequacy. *American Journal of Industrial medicine* 1999; 36:487-503.
89. Texas Workers' Compensation Research Center. Economic Outcomes of Injured Workers with Permanent Impairments. *The Research Review* 1995; 3 (27): 1-4.
90. Hyatt D, Kralj B. The Impact of Representation and other Factors on the Outcomes of Employee Initiated Workers' Compensation Appeals. *Industrial and Labor Relations Review* 2000, 53 (4): 665-683.
91. Thomason T. Correlates of Workers' Compensation Claims Adjustment. *Journal of Risk and Insurance* 1994; 6 (1): 59-77.
92. Roberts K, Young W. Procedural Fairness, Return to Work, and the Decision to Dispute in Workers' Compensation. *Employee Responsibilities and Rights Journal* 1997; 10 (3): 193-208.
93. Lippel K. Compensation for Musculoskeletal Disorders in Quebec: Systematic Discrimination against Women Workers? *International Journal of Health Services* 2003; 33 (2): 253-281.
94. Herbert R, Janeway K, Schechter C. Carpal Tunnel Syndrome and Workers' Compensation Among an Occupational Clinic Population in New York State. *American Journal of Industrial Medicine* 1999; 35: 335-342.

95. Lippel K. Therapeutic and Anti-Therapeutic Consequences of Workers' Compensation. *International Journal of Law and Psychiatry* 1999; 22 (5-6): 521-546.
96. Reid J, Ewan C, Lowy E. Pilgrimage of Pain : The Illness Experiences of Women With Repetition Strain Injury and the Search for Credibility. *Social Sciences and Medicine* 1991, 32 (5): 601-612.
97. Dawson SE. Workers' Compensation in Pennsylvania: The Effects of Delayed Contested Cases. *Journal of Health & Social Policy* 1994; 6 (1): 87-100.
98. Gravel S, Boucheron L, Kane M. 2003. La situation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s à Montréal. *Piste* 2003; 5(1). [http : //www.pistes.uquam.ca](http://www.pistes.uquam.ca)
99. Hernandez B. Employer Attitudes Toward Workers with Disabilities and their ADA Employment Rights: A literature Review. *Journal of Rehabilitation* 2000; 66 (4); 4-16.
100. Baril R, Berthelette D. 2000. Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi entreprises. Études et recherches, Rapport R-238. Institut de recherche en santé et sécurité au travail (IRSST).
101. Roberts K. Perceptions of Fairness and the Decision to Dispute in Workers' Compensation. *Workers' Compensation Monitor, John Burton's* 1995; 8 (2): 4-16.
102. Azaroff LS, Levenstein CL, Wegman DH. Occupational Injury and Illness Surveillance: Conceptual Filters Explain Underreporting. *American Journal of Public Health* 2002; 92(9): 1421-1429.
103. Dembe AE, Sum J, Baker C, Stromberg K, Nemirovsky I. Workers' Compensation Medical care in California: **Access to Care**. Commission on Health and Safety and Workers Compensation 2003; (3): 1-4. www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc.

104. Sen A. 2002. Quelle égalité? In Sen, A. *Éthique et économie; Autres essais* no 4: 189-213. Quadrige, PUF, Paris.
105. Sweetman A. Immigration and the "New Economy". *Canadian Issues, Thèmes canadiens, Metropolis* 2003; avril: 21-22.
106. Ruddick E. Immigrant Economic Performance, A New Paradigm in a Changing Labour Market. *Canadian Issues, Thèmes Canadiens, Metropolis* 2003; avril: 16-17.
107. Kazemipur A, Halli S. Poverty Experiences of Immigrants: Some Reflections. *Canadian Issues, Thèmes Canadiens, Metropolis* 2003; avril: 18-19.
108. Quinlan M, Mayhew C. Precarious employment and workers' compensation. *International Journal of Law and Psychiatry* 1999; 22: (5&6): 491-520.
109. Quinlan M. Workers' compensation and the challenges posed by changing patterns of work: evidence from Australia. *Policy and Practice in Health and Safety* 2004; 2 (1): 25-52.
110. Sen, A. 2005. La démocratie des autres; Pourquoi la liberté n'est pas une invention de l'Occident. Manuels Payot, Paris.
111. Sen A. 2002. Comportement économique et sentiments moraux. *Éthique et économie*; chap. 1: 5-29. Quadrige, PUF, Paris.
112. Sen A. 1993. Capability and well-being. In Nussbaum M, Sen A. *Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press. pp. 30-53.
113. Sen A. 2002. Quelle égalité? In Sen , A. *Éthique et économie; Autres essais* no 4: 189-213. Quadrige, PUF, Paris.
114. Cohen GL. 1993. Equality of what? On welfare, goods and capabilities. In Nussbaum M., Sen A. *Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press. pp. 9-29.
115. Sen A. 2003. Le développement comme liberté. In Sen A. *Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté*, chap. 1: 15-25. Paris, Odile Jacob, poches.

116. Sen A. 2003. Les fins et les moyens du développement. In Sen, A. Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté, chap. 8: 215-251. Paris, Odile Jacob, poches.
117. Sen A. 1981. Poverty and Entitlements. In Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and deprivation, chap. 1: 1-8, Oxford, Clarendon Press.
118. Sen A. 2003. Famines et autres crises. In Sen, A. Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté, chap. 2: 55-78. Paris, Odile Jacob, poches.
119. Drèze J, Sen A. 1989. Hunger and Public Action. chap. 7, Oxford, Clarendon Press.
120. Sen A. 2003. Marché, État et opportunités sociales. In Sen A. Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté, chap. 5: 153-195. Paris, Odile Jacob, poches.
121. McDonald H. 1992. India Silicon Valley. *Far Eastern Economic Review*, 10.
122. Bhagwati J, Rao M. 1996. The U.S. Brain Gain: At the expense of Black? *Challenge*, March.
123. Chen J, Ng E, Wilkins R. 1996. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. *Rapports sur la santé* 7 (4): 37-50.
124. Sen A. 2001. Why health equity? Third International Health Economics Association Conference.
<http://www.healtheconomics.org/cgi-bin/WebObjects/ihea.woa/6/wo/4Uw666K8zLmm020c4o674288XKdx/5.11>
125. Sen A. 2000. Justice et capabilité. *Repenser l'inégalité*, chap. 5: 111-130. Seuil, L'histoire immédiate, France.
126. Sen A. 2000. Social exclusion: concept, application and scrutiny. In *Social Development Papers*, no.1, Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank, June, pp. 7-23.

127. Sen A. 2000. Égalité de quoi? In Sen A. Repenser l'inégalité, chap. 1: 31- 54. Seuil, L'histoire immédiate, France.
128. Sen A. 2003. L'évaluation de la justice doit-elle se fonder sur les moyens ou sur les libertés? In Sen, A. Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté, Autres essais no. 5: 215-227. Paris, Odile Jacob, poches.

3. Références du premier article complémentaires à la recension des écrits

- Eccleston S. et al. The Anatomy of Workers' Compensation Medical Costs and Utilization: Trends and Interstate Comparison, 1996-1999. Cambridge, MA: Workers Compensation Research Institute, 2002.
- Imershein AW, Hill AS, Reynolds AM. The Workers' Compensation System as a Quality of Life Problem for Workers' Compensation Claimants. *Advances in Medical Sociology* 1994, 5: 181-200.
- Fortin B, Lanoie P. Substitution between unemployment insurance and workers' compensation. An Analysis applied to the risk of workplace. *Journal of public Economics* 1992; 49: 287-312.

4. Références du deuxième article complémentaires à la recension des écrits

- Clausen SE. Applied Correspondence Analysis, An Introduction. SAGE University Paper, Series: Quantitative Applications in the Social Sciences, 1998.
- Benzécri JP. Correspondence Analysis Handbook, New-York : Dekker P. L'analyse factorielle, Paris : PUF, 1994.
- Lebart L, Morineau A, Piron M. Statistiques exploratoires multidimensionnelles. 2^e édition, Dunod, Paris, 1997.
- Andrea H, Metsemakers JFM, Kant IJ, Beurskens AJHM, Swaen GMH, van Schayck CP. Seeking help in relation to work-visiting the occupational physician or the general practitioner. *Occupational Medicine* 2004, 54: 419-421.

- Gravel, Brodeur, Champagne, Lippel, Fournier, Boucheron, Patry. Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation pour les travailleurs victimes de lésions professionnelles. (article en préparation).

5. Références du troisième article complémentaires à la recension des écrits

- Nazroo J. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *American Journal of Public Health* 2003; 93 (2): 277-284.
- Piché V, Bélanger L. Une revue des études québécoises sur les facteurs d'intégration des immigrants. Direction des études et de la recherche du ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles. Collection Notes et documents no 5. Gouvernement du Québec, 1995.
- Sen A. Repenser l'inégalité. Seuil. L'histoire immédiate, Mayenne, 2000.
- Barth PS. The tragedy of Black Lung. W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 1987.
- Messing K, Seifert AM, Escalona E. The 120-second minute: Using analysis of Work activity to prevent psychological distress among elementary school teachers. *Journal of Occupational Health Psychology* 1997; 2 (1): 45-62.
- Guberman N, Côté D. Pourquoi la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec n'est pas le premier recours des enseignantes et des préposées à l'aide domestique ayant des lésions professionnelles. *PISTES* 2005; 7 (2). <http://www.pistes.uqam.ca/v7n2/articlesv7n2a3.htm>.
- Morse T, Punnette N, Warren N, Dillon C, Warren A. The Relationship of Unions to Prevalence and Claim Filing for Work-related Upper-extremity Musculoskeletal Disorders. *American Journal of Industrial Medicine* 2003; 44: 83-93.
- Eakin J, Weir N. Canadian approaches to promotion of Health in small workplaces. *Canadian Journal of Public Health* 1995; 86 (2): 109-113.

- Zegers de Beijl R. Documenting discrimination against migrant workers in the labour market; A comparative study of four European countries. International Labour Organization (ILO), Geneva, 2000.
- Miles MB, Huberman AM. 1994. *Qualitative Data Analysis, An expanded Sourcebook*. Sage Second Edition, Thousands Oaks.
- Yin RK. 1991. *Applications of case study research*. Washington, DC: Cosmos Corp.
- Wittemore R, Chase SK, Mandle CL. 2001. Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11: 522-537.
- Pelletier C, Pagé G. 2002. Les critères de rigueur scientifique en recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 68: 35-42.
- Bendick M. Adding Testing to the Nation's Portfolio of Information on Employment Discrimination. Editors Fix M. Turner M. A. National Report Card on Discrimination in America: The Role of Testing. Urban Institute 1999. http://www.urba.org/civil/report_card.html.
- Pourpart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer. *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 1997.
- Sandelowski M. Focus on Qualitative Methods, Qualitative Analysis: What It Is and How to Begin. *Research in Nursing and Health* 1995; 18: 371-375.
- Zegers de Beijl, R. Introduction. Documenting discrimination against migrant workers in the labour market; A comparative study of four European countries. International Labour Organization (ILO), Geneva, 2000.

6. Références de la discussion complémentaires à la recension des écrits

- Gravel S, Battaglini A. Culture et migration, vers une santé publique pluraliste. Régie régionale de la santé et des services sociaux et de santé de Montréal, Direction de santé publique, 2000.

ANNEXE 1 ÉQUIPE DE RECHERCHE DE L'ÉTUDE

Accès à l'indemnisation des travailleuses et travailleurs immigrant(e)s
victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle

Financement:

Conseil québécois de recherche la sociale (CQRS)
no. 945775R-4658

Cochercheurs:

Louis Patry, MD, FRCP(c), DEA	Professeur adjoint, Département d'épidémiologie et de biostatistique de l'Université McGill et médecin-conseil en santé et sécurité au travail, Direction de la santé publique de Montréal.
-------------------------------	---

Sylvie Gravel, Msc	Candidate au doctorat au programme de santé publique de l'Université de Montréal et agente de planification et de recherche, Direction de la santé publique de Montréal
--------------------	---

Bilkis Vissandjée, Msc, PhD	Professeur agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
-----------------------------	--

Michel Kane, Msc	Agent de recherche en santé et sécurité au travail, Direction de la santé publique de Montréal
------------------	--

Coordonnatrice de projet:

Laurence Boucheron, Msc	Agente de recherche pour l'équipe culture et migration, Direction de la santé publique de Montréal
-------------------------	--

Conseiller en analyse statistique:

Michel Fournier, Msc	Agent de recherche pour l'équipe écologie humaine et sociale, Direction de la santé publique de Montréal
----------------------	--

ANNEXE 1 (suite)

Équipe de recherche de l'étude
Accès à l'indemnisation des travailleuses et travailleurs immigrant(e)s
victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelles

Partenaires:

Denis Lévesque	Directeur, Fondation d'aide aux travailleuses et travailleurs accidentés (FATA)
Simone Bonenfant	Avocate associée, Études légales Desroches, Mongeon, Bonenfant
Benoît Deshaies	Directeur médical, Polyclinique populaire de Montréal
Rolland Mercier	Infirmier, Polyclinique populaire de Montréal

Comité d'experts:

Raymond Baril	Chercheur, Institut de recherche en santé et sécurité au travail (IRST)
Carmen Sabag-Vaillancourt	Responsable de la clientèle féminine et des travailleurs immigrants, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)
Martine Baillargeon	Médecin-conseil en santé et sécurité au travail à la Direction de la santé publique de Montréal et conseiller médical à la Commission des lésions professionnelles (CLP)
Christopher McAll	Professeur titulaire, Département de sociologie de l'Université de Montréal
Chantal Schimid	Conseillère juridique, Union des travailleuses et des travailleurs accidentés de Montréal (UTTAM)

Stagiaire:

Julie Beauvais	Étudiante au programme de maîtrise en médecine sociale et préventive, Université de Montréal
----------------	--

ANNEXE 2

INSTRUMENTS DE CUEILLETTE DES DONNÉES

Première source de données, étude initiale
Grille d'entrevue sur les faits entourant le fait accidentel
ou l'apparition des symptômes et les décisions rendues⁵

⁵ Les espaces prévus pour consigner les réponses des questions ouvertes ont été réduits afin d'écourter la longueur des instruments.

Université 
de Montréal

Accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de LMS

1^{ER} QUESTIONNAIRE :
DEMANDE D'INDEMNISATION ET DÉCISION
RENDUE

Accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de LMS

1^{ER} QUESTIONNAIRE : DEMANDE D'INDEMNISATION ET DÉCISION RENDUE

Questionnaire no. : I- -

Consignes pour l'intervieweur :

- ✓ Rappel des objectifs
- ✓ Droits du répondant
- ✓ Lecture et signature du formulaire de consentement

Lieu de l'entrevue : _____

Date et heure de l'entrevue : _____

Durée de l'entrevue : _____

Intervieweur : _____

Interprète culturel : _____

Langue maternelle : _____

Langue de préférence pour l'entrevue : _____

Organisme de référence : _____

Nom du conseiller : _____

Motifs de consultation de cet organisme : _____

I PREMIÈRE PARTIE : déclaration de l'événement et réclamation du travailleur

LES ÉVÉNEMENTS

2. Pouvez-vous nous décrire les circonstances qui ont entraîné la demande d'indemnisation ?

3. Quelle est la date de l'événement, telle qu'inscrite sur le formulaire de réclamation ?

--	--

JOUR

--	--

MOIS

--	--	--	--

ANNEE

4. Quelle est l'origine de la lésion pour laquelle vous faites cette réclamation ?

1. Origine accidentelle *→ passez à la question 4.A*
2. Maladie professionnelle *→ passez à la question 5.A*

4. a) S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, y avait-il des témoins ou des personnes présentes ?

1. Oui
2. Non

Précisez :

4. b) À quel moment avez-vous rapporté l'événement à votre employeur ?

1. Le jour même
2. Dans les jours qui ont suivi
3. Dans les semaines qui ont suivi
4. Six mois ou plus après l'accident
8. Ne s'applique pas (travailleurs autonomes)
9. Refuse de répondre

4. c) À qui avez-vous rapporté l'événement la première fois ?

1. Collègues
2. Contremaître
3. Bureau de santé de mon employeur
4. Délégué syndical
5. Personne
6. Autre : _____
7. Ne sait pas
10. Refuse de répondre

4. d) Savez-vous si des collègues ont subi des lésions à un poste similaire ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

4. e) Si oui, ont-ils déclaré la lésion ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

θ *Passez à la question 6*

5. a) S'il S'AGIT D'UNE MALADIE, combien de temps avant/après la consultation médicale avez-vous mentionné les premiers symptômes à votre employeur ?

1. Le jour même
2. Dans les jours qui ont suivi
3. Dans les semaines qui ont suivi
4. Six mois ou plus après les premiers symptômes
8. Ne s'applique pas (travailleurs autonomes)

Précisez la date :

5. b) À qui avez-vous rapporté la première fois les symptômes ?

1. Collègues
2. Contremaître
3. Bureau de santé de mon employeur
4. Personne
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

5. c) Avez-vous des collègues qui ont des lésions à un poste similaire ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

5. d) Si oui, ont-ils déclaré la lésion ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

LE PARCOURS MÉDICAL

6. La lésion touche quelle(s) partie(s) de votre corps ?

(Plusieurs choix de réponses sont possibles)

1. Membres supérieurs (bras, épaule, main)
2. Cage thoracique
3. Membres inférieurs (bassin, jambe, pied)
4. Tête, cou
5. Dos

7. Où avez-vous consulté pour la lésion actuelle la première fois ?

(demande d'indemnisation)

1. Urgence d'hôpital
2. Clinique ou cabinet médical(e)
3. Service médical de l'employeur
4. CLSC
5. Autres, précisez : _____
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

8. Quel diagnostic a été fait à ce moment-là ?*Précisez :*

7. Ne sait pas

9. a) S'il s'agit d'une lésion due à UN ACCIDENT, combien de temps après la blessure avez-vous pris pour aller consulter ?

_____ heures _____ jours _____ semaines

_____ mois

θ *Passez à la question 10*

9. b) S'il s'agit d'une lésion due à UNE MALADIE, combien de temps après les premiers symptômes avez-vous consulté ?

_____ heures _____ jours _____ semaines

_____ mois

10. Consultez-vous encore le médecin vu la première fois ?

1. Oui, combien de fois l'avez-vous consulté :

2. Non, pourquoi :

11. Avez-vous vu d'autres médecins ?

1. Oui
Pourquoi :

Combien de fois :

Si oui, quel(s) diagnostic(s) pose-t-il ? _____

2. Non

12. Avez-vous passé des examens spécialisés ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

Si oui, lesquels :

13. Avez-vous payé, vous-même, les coûts de ces examens ?

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 15

Si non, précisez :

14. Combien avez-vous payé pour l'ensemble des examens que vous avez passés ?

1. Moins de 200 \$
2. Entre 200 et 399 \$
3. Entre 400 et 599 \$
4. Plus de 600 \$
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

14. b. Avez-vous bénéficié d'un remboursement ?

1. Oui
2. Non

Précisez :

15. Depuis votre demande d'indemnisation, avez-vous été référé à d'autres professionnels ?

(autres que les médecins, exemple : psychologue, travailleur social, etc.)

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 18
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

Si oui, à qui avez-vous été référé et par qui ?

16. Avez-vous payé pour ces consultations professionnelles ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

17. a) Si oui, combien avez-vous payé pour l'ensemble des consultations ?

1. Moins de 200 \$
2. Entre 200 et 399 \$
3. Entre 400 et 599 \$
4. Plus de 600 \$
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

17. b) Avez-vous bénéficié d'un remboursement ?

1. Oui
2. Non

Précisez :

18. Comment qualifiez-vous votre incapacité liée à votre lésion ?

	Mineure	Modérée	Sévère
Vie professionnelle	1	2	3
Activités de la vie quotidienne	1	2	3
Activités de loisirs	1	2	3

Commentaires :

LA RÉCLAMATION À LA CSST**19. QUI a complété votre réclamation à la CSST ?**

1. Moi-même
2. Mon employeur
3. Un collègue
4. Un représentant syndical
5. Un membre de ma famille
6. Mon conseiller à _____ (*ici nommez le partenaire de référence*)
7. Mon médecin
8. Autres, précisez : _____
97. Ne sait pas
98. Ne s'applique pas
99. Refuse de répondre

Si les choix sont 2 à 99, Θ passez à la question 21

20. Est-ce que quelqu'un vous A AIDÉ à compléter votre réclamation ?

1. Mon employeur
2. Un collègue
3. Un représentant syndical
4. Un membre de ma famille
5. Mon conseiller à _____ (*ici nommez le partenaire de référence*)
6. Mon médecin
7. Mon avocat
8. Un organisme communautaire
9. La CSST
10. Autres, *précisez* : _____
97. Ne sait pas
98. Ne s'applique pas
99. Refuse de répondre

21. a) Est-ce que la RÉCLAMATION INITIALE était conforme à l'événement concerné ?

1. Oui, tout à fait
2. Il manquait des éléments mineurs
3. Des choses importantes ont été oubliées
4. Non, pas du tout

Précisez :

21. b) Avez-vous décrit, dans votre déclaration, tous les mouvements et gestes que vous avez fait au moment de la lésion ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

Précisez :

21. c) Est-ce que l'agent d'indemnisation vous a interrogé sur les détails entourant l'apparition de la lésion ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

Précisez :

22. Avez-vous une copie de votre formulaire de réclamation ?

1. Oui
2. Non

23. Avez-vous une copie de la demande de remboursement faite par l'employeur ?

1. Oui
2. Non

Si oui, le verso a-t-il été complété par l'employeur ?

1. Oui
2. Non

24. Nous autorisez-vous à retranscrire les informations décrivant les événements qui sont contenus dans votre formulaire de réclamation ainsi que celles contenues dans la demande de remboursement de votre employeur? Cette retranscription exclut tous les noms de personnes, d'entreprises ou d'associations qui peuvent être nommés ainsi que toute information permettant de les contacter (adresse ou numéro de téléphone ou d'assurance-maladie ou sociale).

1. Oui
2. Non

Note à l'intervieweur :

Veillez retranscrire la déclaration en prenant garde de ne recopier aucune information nominative. Veuillez relire la déclaration au travailleur pour qu'il confirme son exactitude et qu'il s'assure qu'aucune information confidentielle n'aura été retranscrite.

Faire de même avec la déclaration de l'employeur. Merci !

25. Description de l'événement dans la réclamation du travailleur :

(À l'intervieweur : si le travailleur n'a pas en sa possession tous les documents relatifs à sa déclaration, veuillez les réclamer pour la deuxième entrevue)

Référence du formulaire : 1939 (99-10)

26. Demande de remboursement de l'employeur :

(Ne s'applique pas, s'il s'agit d'un travailleur autonome)

Référence du formulaire : 1940 (98-11)

LE TRAITEMENT DE LA RÉCLAMATION

27. Combien de temps après que vous ayez fait votre demande, la CSST a-t-elle mis pour vous contacter ?

_____ jours *ou* _____ semaines

28. Avez-vous été contacté par votre agent d'indemnisation ?

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 31
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

29. a) Jusqu'à aujourd'hui, combien de contacts avez-vous eu avec l'agent d'indemnisation ?

_____ contacts téléphoniques

_____ contacts en personne

_____ contacts par courrier

Si la personne a reçu des documents par courrier ou des formulaires à compléter par écrit passez à la question 29B; sinon passez à la question 30.

29. b) Avez-vous eu des difficultés à comprendre la correspondance écrite qui vous était adressée :

1. Oui
2. Un peu
3. Non *⊖* passez à la question 30
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

29. c) Avez-vous demandé de l'aide pour comprendre la correspondance écrite ?

1. Oui
2. Non
9. Refuse de répondre

Si oui, précisez qui :

30. Êtes-vous satisfait des contacts que vous avez eus avec votre agent d'indemnisation ?

1. Très satisfait
2. Assez satisfait
3. Peu satisfait
4. Pas du tout satisfait
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

Commentaires :

LE PARCOURS JURIDIQUE

31. Avez-vous consulté un avocat ou un conseiller juridique ?

1. Oui
2. Non *⊖* passez à la question 34.A
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

32. Qui a payé les frais de ces consultations juridiques ?

1. Moi-même
2. L'aide juridique
3. Les deux
4. Autres, précisez : _____

33. À combien s'élevaient les frais juridiques ?

1. Moins de 200 \$
2. Entre 200 et 399 \$
3. Entre 400 et 599 \$
4. Plus de 600 \$
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

LE POSTE ET L'ENTREPRISE**34. a) Quel poste occupiez-vous au moment où vous avez eu votre lésion ?**

Nommez ici le poste (titre d'emploi, classe) et le type d'entreprise (pas le nom) :

34. b) Quelle(s) tâche(s) effectuiez-vous au moment où vous avez fait votre réclamation ?

34. c) S'agissait-il du travail que vous occupiez habituellement ?

1. Oui
2. Non

Commentaires :

35. Depuis combien de temps étiez-vous à l'emploi de cette entreprise ou étiez-vous travailleur autonome lorsque vous avez fait votre réclamation ?

1. Moins d'un an
2. 1-3 ans
3. 4-6 ans
4. 7-10 ans
5. 10 ans et plus
7. Ne sait pas

36. a) Avez-vous eu un entraînement ou une formation pour occuper ce poste ?

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 37
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

36. b) Si oui, qui vous a donné cette formation ou cet entraînement ?
(Fonction de la personne)

36. c) Dans quelle langue la tâche vous a-t-elle été expliquée ?

1. Français
2. Anglais
3. Langue maternelle
4. Autre : _____

37. Depuis combien de temps occupiez-vous ce poste au moment où vous avez été blessé/ où les symptômes ressentis ont été portés à votre attention comme étant en lien avec votre travail ?

1. Moins d'un an
2. 1-3 ans
3. 4-6 ans
4. 7-10 ans
5. 10 ans et plus
7. Ne sait pas

38. Combien d'employés compte l'entreprise ? (établissement où la personne travaille)

(À l'intervieweur : s'il s'agit d'une entreprise ayant des activités saisonnières, précisez le nombre d'employés au plus fort de ses activités)

1. < 20 employés
2. 20-49 employés
3. 50-99 employés
4. 100 employés et +
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

39. Étiez-vous syndiqué ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas (travailleur autonome)

40. Disposiez-vous d'une assurance collective à votre emploi ?

1. Oui
2. Non

II DEUXIÈME PARTIE : dernière décision rendue

VÉRIFIER SI LE SUJET A BEL ET BIEN OBTENU UNE DÉCISION QUANT À SA SITUATION

41. À quel niveau administratif, la dernière décision a-t-elle été prise ?

(Indiquez tous les paliers, selon le cas)

1. À la CSST
2. À la Direction de la révision administrative (DRA)
3. À la Commission des lésions professionnelles (CLP)
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas, la décision est reportée ou non rendue *⊙* passez à la question 50
9. Refuse de répondre

42. À quelle date cette décision vous a-t-elle été communiquée ?

Jour	Mois	Année			

7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

Commentaires :

43. Quelle était la décision rendue ?

Précisez :

44. Est-ce que la décision rendue a reconnu :

	Oui, totalement	Oui, partiellement	Non	Ne sait pas	Refuse de répondre
1. Faits rapportés sur la déclaration	1	2	3	7	9
2. Diagnostic posé	1	2	3	7	9
3. Lien entre la lésion et le travail	1	2	3	7	9
4. Limitations fonctionnelles	1	2	3	7	9
5. Date de consolidation (arrêt des traitements)	1	2	3	7	9
6. Réintégration au travail (date de retour)	1	2	3	7	9

Précisez :

45. Est-ce que les termes de la décision sont clairs pour vous ?

1. Oui, totalement *0* passez à la question 50
2. Oui, partiellement
3. Non

46. Quels sont les points que vous n'avez pas compris ?

Précisez :

47. a) Avez-vous demandé qu'on vous explique les termes de la décision ?

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 48
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

47. b) Si oui, à qui avez-vous demandé des explications ?

(Encerclez plus d'une réponse si nécessaire)

1. Mon employeur
2. Mon avocat
3. Mon médecin
4. L'avocat de mon employeur
5. Les représentants de la CSST, de la CLP ou de la DRA
6. Mon syndicat ou ses représentants
7. Le représentant de l'organisme conseil (Fata, clinique, bureau d'avocat, autres)
8. Un interprète ou une personne agissant comme interprète
9. Un membre de ma famille
10. Un membre de ma communauté
11. Mon agent d'indemnisation

48. Avez-vous eu de la difficulté à vous faire comprendre en raison de votre langue ?

1. Pas du tout *⊖ passez à la question 50*
2. Un peu
3. Beaucoup
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

49. a) Avez-vous bénéficié de la présence d'un interprète ?

1. Oui
2. Non *⊖ passez à la question 50*

49. b) Si oui, qui était-ce ?

1. Un interprète désigné par la cour
2. Un interprète désigné par l'aide sociale
3. Un interprète désigné par mon syndicat
4. Un membre de ma famille
5. Un représentant de ma communauté
6. Mon employeur
7. Autre, précisez : _____
8. Non

49. c) À quelles étapes du processus ?

50. a) Si votre réclamation a été acheminée à la CLP, y-a-t-il eu conciliation ?

1. Oui
2. Non *θ* passer à question 51.A
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

50. b) Qui étaient présents ?

θ Passez à la question 52.A

51. a) Y a-t-il eu audience à la CLP ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

51. b) Qui étaient présents ?

PERCEPTION DE LA SITUATION

52. a) Lors des PROCÉDURES ADMINISTRATIVES de la réclamation, y a-t-il eu des incompréhensions ?

(Avez-vous été cru, écouté, respecté)

1. Oui, à plusieurs occasions
2. Oui, une seule fois
3. Non *θ* passez à la question 53
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

52. b) Si oui, précisez dans quelles circonstances et avec qui :

53. a) Lors des différentes CONSULTATIONS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS (médecins, avocats, physiothérapeute, etc.), y a-t-il eu des incompréhensions ?

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 54
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

53. b) Si oui, précisez dans quelles circonstances et avec qui ?

54. a) Y a-t-il eu des conflits ?

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 55
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

54. b) Si oui, précisez la nature des conflits et avec qui ils ont eu lieu :

55. a) Au cours du processus, avez-vous l'impression d'avoir été traité correctement (non lésé, avec politesse) ?

1. Oui, toujours
2. Oui, la plupart du temps
3. Non
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

55. b) Précisez :

56. a) Depuis que la décision a été rendue, quelles sont vos intentions ?

1. Me conformer à la décision
2. Contester la décision (en partie ou en totalité)
3. Je suis ambivalent(e)
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

56. b) Pourquoi ?

57. Quelle est la dernière instance à qui vous avez adressé ou comptez-vous adresser votre contestation ?

1. La Direction de la révision administrative (DRA)
2. La Commission des lésions professionnelles (CLP)
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

RETOUR AU TRAVAIL

58. Êtes-vous retourné au travail ?

1. Oui
2. Non *Opassez à la question 59.B*
8. Ne s'applique pas

59. a) Si vous êtes RETOURNÉ AU TRAVAIL depuis que la décision a été rendue, quel poste occupez-vous ?

1. Je suis déjà retourné à mon poste
2. Je suis retourné chez mon employeur/ dans mon entreprise mais affecté **temporairement** à un autre poste
3. Je suis retourné chez mon employeur/ dans mon entreprise mais affecté de **façon permanente** à un autre poste
4. Je travaille chez un autre employeur *Opassez à la question 61*
5. Je suis retourné chez mon employeur mais j'ai été congédié depuis
6. Je suis retourné chez mon employeur mais j'ai dû quitter depuis (douleurs, rechute...)

62. Dans combien de temps prévoyez-vous retourner au travail ou sur le marché du travail ?

1. Dans quelques semaines
2. Dans quelques mois
3. Dans 6 à 12 mois
4. Après la prochaine année
5. Dans deux ans
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

III TROISIÈME PARTIE : profil personnel

MAINTENANT NOUS AIMERIONS TERMINER L'ENTREVUE EN VOUS POSANT QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE PROFIL PERSONNEL :

63. Sexe :

1. Féminin
2. Masculin

64. Quel âge aviez-vous au moment de la demande d'indemnisation ?

1. Moins de 20 ans
2. Entre 20 et 29 ans
3. Entre 30 et 39 ans
4. Entre 40 et 49 ans
5. Plus de 50 ans

65. Au moment de la demande d'indemnisation aviez-vous un(e) conjoint(e) ?

(Marié ou union de fait)

1. Oui
2. Non

66. Combien de personnes à charge aviez-vous au moment de la demande d'indemnisation ?

1. Aucune *0* *passez à la question 68.A*
2. 1 à 4 personnes
3. Plus de 4 personnes

67. Quelles étaient ces personnes ?

(Plusieurs choix de réponses sont possibles)

1. Ma, mon conjoint(e) et mes enfants
2. Mes parents ou mes petits-enfants
3. Des membres de ma famille élargie (oncle, tante, neveu, nièce, etc.)

68. a) Au moment de la demande d'indemnisation, quel était votre statut ?

1. Canadien de naissance *⊗* passez à la question 69
2. Citoyen canadien
3. Immigrant reçu
4. Parrainé
5. En attente de statut ou réfugié

68. b) Si vous êtes immigrant, quelle est votre date d'arrivée au Canada ?

JOUR		MOIS		ANNEE	

69. Combien d'années d'étude avez-vous complétées ?

Nombre absolu : _____

9. Refuse de répondre *⊗* passez à la question 73

70. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu, ou l'équivalent ?

1. Aucun *⊗* passez à la question 73
2. Secondaire
3. Post-secondaire, formation technique, collégiale, etc.
4. Universitaire (baccalauréat)
5. Post-universitaire (maîtrise, doctorat)
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

71. Où avez-vous obtenu ce diplôme ?

1. Au Canada *⊗* passez à la question 73
2. En Europe ou aux États-Unis
3. Dans mon pays, précisez : _____
4. Dans un des pays où j'ai transité, précisez : _____

72. Avez-vous obtenu des équivalences pour vos diplômes et vos expériences professionnelles ?

1. Oui, pour la totalité
2. Oui, partiellement
3. Non

Précisez : _____

73. Depuis combien d'années étiez-vous au Canada au moment où vous avez commencé à travailler pour cet employeur / ou avez-vous démarré votre entreprise ?

1. Moins d'un an
2. 1-3 ans
3. 4-6 ans
4. 7-10 ans
5. 10 ans et plus
7. Ne sait pas
8. Ne s'applique pas

74. Le poste que vous occupiez au moment de votre demande d'indemnisation correspondait-il à votre formation ?

1. Oui, totalement
2. Oui, partiellement
3. Non, pas du tout

75. Quelle est votre langue maternelle ?

76. a) Au moment de la demande d'indemnisation, quelles étaient vos capacités de communiquer dans la langue :

	Très bonnes	Bonnes	Faibles	Nulles
a. de votre contremaître / de vos clients ?	1	2	3	4
b. de vos collègues ?	1	2	3	4
c. des agents d'indemnisation ?	1	2	3	4

76. b) Quelle est la langue d'usage au travail ?

L'équipe de recherche ainsi que moi-même, nous vous remercions de votre grande collaboration.

Pourrions-nous vous revoir pour une deuxième entrevue lorsque que vous serez retourné au travail pour voir comment le retour s'effectue ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas, précisez : _____

Si vous êtes DÉJÀ RETOURNÉ au travail, peut-on se revoir dans 3 semaines ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sait pas
précisez : _____

Dans combien de temps et à quel moment croyez-vous que nous pourrions vous contacter ?

**Auriez-vous des questions ou des commentaires sur l'entrevue ?
Y aurait-il des questions importantes selon vous qu'on aurait oublié de vous demander ?**

Commentaires :

À l'intervieweur, vérifier que :

- ✓ Toutes les questions ont été posées
- ✓ Toutes les informations sur le profil du travailleur ont été complétées
- ✓ Les déclarations du travailleur et de l'employeur ont été recopiées à l'endroit prévu à cet effet en omettant toute information nominative
- ✓ La fiche de renseignements généraux au tout début du questionnaire a été remplie

Commentaires de l'intervieweur :

MERCI !

ANNEXE 2 (suite)
Instruments de cueillette des données

Première source de données, étude initiale
Grille d'entrevue sur le retour au travail ⁶

⁶ Les espaces prévus pour consigner les réponses des questions ouvertes ont été réduits afin d'écourter la longueur des instruments.



Accès à l'indemnisation des travailleurs victimes de LMS

2^E QUESTIONNAIRE : RÉINSERTION AU TRAVAIL

3. a) Êtes-vous retourné chez le même employeur / dans votre entreprise ?

1. Oui
2. Non
9. Refuse de répondre

3. b) Êtes-vous toujours chez cet employeur ?

1. Oui
2. Non
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

4. Avez-vous eu des recommandations (suggestions, conseils) concernant votre retour au travail ?

De la part :

	Oui	Non	NSP	Refuse de répondre
Du médecin	1	2	3	9
De la CSST	1	2	3	9
De l'employeur	1	2	3	9

Précisez :

5. Avez-vous bénéficié d'un retour progressif au travail ?

1. Oui
2. Pas vraiment
3. Non
9. Refuse de répondre

Précisez :

6. Êtes-vous retourné au même poste ?

1. Oui
2. Non
9. Refuse de répondre

7. Avez-vous bénéficié d'un allègement de la tâche ?

1. Oui
2. Non
9. Refuse de répondre

Précisez :

8. Êtes-vous retourné au travail...

1. À temps plein permanent
2. À temps plein contractuel
3. À temps partiel permanent
4. À temps partiel contractuel

Commentaires :

9. Quelles en sont les raisons ? (Note à l'intervieweur : trois choix de réponses possibles)

1. J'occupais ce poste avant l'événement
2. C'est la recommandation de la CSST
3. C'est la recommandation du médecin de la CSST
4. C'est la recommandation du médecin de mon employeur
5. C'est la recommandation de mon médecin
6. Je reçois encore des traitements
7. C'est un choix personnel
8. Il y a eu réorganisation du travail
9. Autres
97. Ne sais pas
99. Refuse de répondre

Précisez et hiérarchisez les choix :

10. a) Avez-vous encore des DOULEURS ?

1. Beaucoup
2. Quelques
3. Très peu
4. Pas du tout
9. Refuse de répondre

Précisez :

10. b) Avez-vous encore des LIMITATIONS ?

1. Beaucoup
2. Peu
3. Très peu
4. Pas du tout
9. Refuse de répondre

Précisez :

11. Lorsque vous êtes retourné au travail aviez-vous encore :

	Oui	Non	Refuse de répondre
1. Des traitements de physiothérapie	1	2	9
2. De la médication	1	2	9
3. De la psychothérapie	1	2	9
4. Autres traitements (chirurgie, infiltration)	1	2	9

Autres traitements, précisez :

θ passez à la question 14

12. Si vous n'êtes PAS RETOURNÉ au travail, quelles en sont les raisons ?

1. J'ai été remercié de mes services peu de temps après l'événement
θ passez à la question 14
2. Mon employeur refuse d'aménager mon poste ou de me l'assigner
θ passez à la question 14
3. Je n'ai pas pu réintégrer mon emploi dans mon entreprise
4. C'est la recommandation de la CSST, *θ* passez à la question 14
5. C'est la recommandation de mon médecin, *θ* passez à la question 14
6. Je reçois encore des traitements, *θ* passez à la question 19
7. C'est un choix personnel, *θ* passez à la question 13
8. Il y a eu réorganisation du travail
9. Autres raisons, précisez : _____
97. Ne sais pas
99. Refuse de répondre

Commentaires :

13. Si vous n'êtes pas retourné au travail et qu'il s'agit d'un choix personnel, peut-on en connaître les raisons ?

1. Réorientation professionnelle
2. Recherche d'un nouvel emploi
3. Retour aux études
4. Incapacité physique non reconnue
5. Incapacité psychologique non reconnue
6. Raison familiale (maternité, enfant, parents malades, etc.)
7. Autres, précisez : _____
97. Ne sais pas
99. Refuse de répondre

Précisez votre motivation :

14. Avez-vous bénéficié de programme de réadaptation ou de réinsertion en emploi ?

1. Oui
2. Non *0* passez à la question 16
3. Autres :

15. Si oui, quels programmes de réadaptation ou de réinsertion à l'emploi avez-vous suivi ? (Faites tous les choix appropriés)

1. Études pour autre métier
2. Perfectionnement dans mon domaine
3. Stage dans une nouvelle entreprise
4. Autre, précisez :

0 passez à la question 17

16. Pour quelles raisons vous n'avez pas bénéficié de programme de réinsertion en emploi ?

1. Ne connaît pas l'existence de ces programmes
2. Ce n'est pas nécessaire, je retourne chez mon employeur / dans mon entreprise
3. Je n'étais pas éligible
4. Ça ne m'intéressait pas
5. Le programme que je souhaitais n'était pas disponible
6. Autre, précisez :

7. Ne sais pas
9. Refuse de répondre

Commentaires :

17. Depuis l'événement ou la maladie, comment est votre état de santé :

	Aucune	Oui, une petite	Oui, une grave	Refuse de répondre
a. Des douleurs persistantes	1	2	3	9
b. Fait une rechute, récurrence, aggravation	1	2	3	9
c. Développé d'autres problèmes de santé physique	1	2	3	9
d. Eu une détérioration de la santé psychologique	1	2	3	9
e. Autre, précisez :	1	2	3	9

Commentaires :

18. a) Recevez-vous toujours des traitements ?

1. Oui
2. Non

18. b) Si oui, y a-t-il eu des changements aux traitements prévus initialement ?

1. Oui, prolongation
2. Oui, complication
3. Non, les traitements sont terminés tels que prévus
4. Non, il s'agit d'un retour progressif au travail combiné aux traitements
5. Abandon des traitements
7. Ne sais pas
8. Ne s'applique pas
9. Refuse de répondre

19. Si vous avez suivi ou suivez encore des traitements, avez-vous eu des contraintes d'ordre :

	Aucune	Oui, un peu	Oui, beaucoup	Ne s'applique pas	Refuse de répondre
d. Financières	1	2	3	8	9
e. De transport	1	2	3	8	9
f. De communication	1	2	3	8	9
g. Délai pour obtenir un rendez-vous	1	2	3	8	9

Précisez :

20. Lorsque vous êtes retourné au travail, avez-vous bénéficié de soutien ? (Si travailleur autonome θ passez à la question 23)

	Beaucoup	Assez	Peu	Pas du tout
a. Employeur	1	2	3	4
b. Contremaître supérieur immédiat	1	2	3	4
c. Collègues	1	2	3	4
d. Syndicat	1	2	3	4

Si les choix sont tous 1 ou 2, passez à la question 23

21. Parmi les choix ci-dessus, lequel vous a manifesté le moins de SOUTIEN ?

(Ne nommez qu'un seul choix)

Pourquoi :

22. Pour quelles raisons croyez-vous qu'on a agi ainsi ?

(Plusieurs choix de réponses sont possibles)

1. On souhaitait mon départ
 2. On croyait que j'aurais une mauvaise influence sur mes collègues
 3. En m'affectant à un nouveau poste, je désorganise les équipes
 4. En m'affectant à un nouveau poste, je nuis à l'affectation par ancienneté
 5. Autres, précisez : _____
- _____

7. Ne sais pas
9. Refuse de répondre

Commentaires :

23. Depuis votre accident ou votre maladie, comment qualifiez-vous vos RELATIONS avec ?

	Identiques	Modifiées	Détériorées	NSP	RDP
a. Votre conjoint(e)	1	2	3	8	9
b. Vos enfants	1	2	3	8	9
c. Vos amis	1	2	3	8	9
d. Vos collègues	1	2	3	8	9
e. Votre employeur/vos clients	1	2	3	8	9

Précisez :

24. a) Comment entrevoyez-vous votre avenir ?

1. Amélioré
2. La même chose
3. Dégradé
7. Ne sais pas
9. Refuse de répondre

24. b) Précisez en quoi cela modifie votre avenir :

25. a) Depuis que vous avez fait votre demande d'indemnisation, avez-vous eu des difficultés financières ?

1. Oui
2. Non (passez à la question 27)
7. Ne sait pas
9. Refuse de répondre

25. b) Si oui, quelle était la cause ?

1. Je n'ai pas été indemnisé
2. Le montant était insuffisant
3. La période d'indemnisation était trop courte (arrêt ou diminution de certains paiements)
4. Autres, précisez : _____

26. Est-ce que ces difficultés ont entraîné des répercussions dans votre vie ?

1. Oui
2. Non

Si oui précisez :

27. Y a-t-il des thèmes importants concernant votre cas que nous n'avons pas abordés ?

Commentaires :

28. Lorsque les premiers résultats seront produits, accepteriez-vous d'assister à une rencontre d'échange pour nous transmettre vos réflexions sur les résultats de cette recherche ?

1. Oui
2. Non
7. Ne sais pas
9. Refuse de répondre

29. Connaissez-vous quelqu'un de votre entourage ou de votre milieu de travail qui se trouve dans une situation similaire à la vôtre et qui accepterait de participer à cette recherche ?

Nous vous remercions grandement d'avoir participé à cette enquête.

ANNEXE 2 (suite)
Instruments de cueillette des données

Troisième source de données, étude de cas
Grille d'entrevue sur les causes expliquant les parcours d'indemnisation⁷ difficiles

⁷ Les thèmes mentionnés dans cette grille sont des éléments ayant servi à guider l'entrevue. Ils n'ont pas été abordés systématiquement et n'ont pas été suggérés aux travailleurs dans leurs réponses. Les espaces prévus pour consigner l'information ont été supprimés afin d'écourter la longueur de l'instrument de cueillette des données.

Parcours d'indemnisation difficiles Grille d'entrevue

Des 100 travailleurs qui ont fait les deux entrevues, plusieurs présentent des parcours difficiles et mentionnent avoir été traités incorrectement à un moment ou l'autre du processus d'indemnisation.

1. Comment avez-vous vécu les difficultés éprouvées au cours des démarches d'indemnisation?
 - A. Quelles sont les difficultés les plus importantes que vous ayez éprouvées? (Par ordre d'importance)
 - Quels sont les faits, les gestes ou les propos tenus qui illustrent vos difficultés?

2. D'après vous, quelles sont les causes de ces difficultés?
 - A. Attribuez-vous cela à des conditions personnelles?
 1. Le fait d'être immigrant :
 - de ne pas connaître mes droits (immigrant récent, non syndiqué)
 - d'avoir peur de perdre mon travail
 - cela nuit à mes démarches d'immigration
 - cela nuit à ma demande d'équivalence professionnelle ou à me trouver un travail selon mes qualifications
 2. Le fait d'être femme :
 - de ne pas connaître mes droits (récemment retourné sur le marché du travail, non syndiquée)
 - d'avoir peur de perdre mon travail (monoparentale)
 - menacée ou intimidée par le patron
 3. D'être peu scolarisé :
 - ne sais pas lire
 - ne pas avoir de métier
 4. D'être récemment à l'emploi de cette entreprise :
 - être en insertion en emploi (sécurité du revenu, congé parental)
 - jeune
 - d'avoir été embauché par l'intermédiaire d'une connaissance
 - ne pas comprendre les procédures, peur qu'elles soient compliquées
 5. De faire un métier particulier :
 - avec des mouvements répétitifs
 - plus de risques de tomber, glisser, soulever des poids lourds
 - avoir peu d'opportunités de changer d'emploi

- Attribuez-vous cela aux conditions du milieu de travail?
 - entreprise avec peu d'employés
 - entreprise non syndiquée
 - entreprise qui embauche surtout des immigrants
 - milieu de travail où il y a souvent des blessures (cadence de production, instrument de travail non adéquat ou non ajusté, etc.)
 - relations de travail tendues ou conflictuelles

- Attribuez-vous cela aux procédures administratives?
 - conditions de déclaration (soi-même, aidé)
 - conditions de réclamation (contesté, mis en doute)
 - interaction avec la CSST (fréquence et type des contacts, délais, incompréhensions, etc.)
 - attitude de l'employeur lors du processus.

3. Justification du traitement différentiel :

- A. Les choses auraient-elles été différentes si vous étiez une autre personne, veniez d'une autre entreprise ou occupiez un autre poste? Pourquoi?
- B. Qu'est-ce qui aurait pu changer le processus d'indemnisation ou la décision de la CSST?
- C. Qu'est-ce qui vous aurait facilité l'accès d'indemnisation?
- D. Qu'est-ce qui vous aurait permis de gagner (ou de gagner plus facilement) votre cause?

ANNEXE 3

LISTE DES CRITÈRES POUR DÉTERMINER DES PARCOURS D'INDEMNISATION DIFFICILES

CRITÈRES DE L'ÉVALUATION FAITE SOUS L'ANGLE MÉDICAL

- ◆ Avoir passé des examens spécialisés.
- ◆ Avoir été référé à d'autres professionnels de la santé.
- ◆ Réclamation initiale conforme ou non à l'événement.
- ◆ Réclamation décrivant ou non tous les mouvements et gestes liés aux événements entourant l'accident ou l'apparition des symptômes.
- ◆ Avoir été ou non interrogé par un agent d'indemnisation sur les détails entourant l'accident ou l'apparition des symptômes.
- ◆ Avoir été ou non contacté par l'agent d'indemnisation (fréquence).
- ◆ Avoir ou non de la difficulté à comprendre la correspondance écrite.
- ◆ Demander ou non de l'aide pour comprendre la correspondance écrite.
- ◆ Consulter ou non un avocat ou un conseiller juridique.
- ◆ Décision rendue par la deuxième instance administrative du système d'indemnisation, la Direction de la révision administrative (DRA).
- ◆ Décision rendue par la troisième instance administrative du système d'indemnisation, la Commission des lésions professionnelles (CLP).
- ◆ Connaître ou non la dernière instance décisionnelle ayant rendu la décision finale.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non les faits entourant l'accident ou l'apparition des symptômes.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non le diagnostic posé.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non les limitations fonctionnelles.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non la date de consolidation.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non la réintégration au travail.
- ◆ Clarté des décisions rendues.
- ◆ Difficultés à se faire comprendre.
- ◆ Avoir été convoqué à une audience à la CLP.
- ◆ Incompréhension lors des procédures.
- ◆ Incompréhension lors des consultations.
- ◆ Conflits.
- ◆ Avoir été traité incorrectement.
- ◆ Pressions de la part de l'employeur pour retourner au travail.
- ◆ Pressions de la part de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et de la CLP pour retourner au travail.
- ◆ Incapacité physique ou psychologique non reconnue.
- ◆ Douleur persistante lors du retour au travail.
- ◆ Rechute, récurrence, aggravation.

- ◆ Soutien ou non de l'employeur.
- ◆ Soutien ou non du contremaître ou supérieur immédiat.
- ◆ Soutien ou non du syndicat.
- ◆ Difficultés financières ou non.

ANNEXE 3 (suite)

**LISTE DES CRITÈRES POUR DÉTERMINER DES
PARCOURS D'INDEMNISATION DIFFICILES****CRITÈRES DE L'ÉVALUATION FAITE SOUS L'ANGLE
JURIDIQUE**

- ◆ Lésion liée au mouvement répétitif.
- ◆ Plusieurs sites affectés par la lésion mais non diagnostiqués.
- ◆ Recours au médecin de l'employeur.
- ◆ Non référé à d'autres médecins.
- ◆ Réclamation incomplète (absence de description du site de la lésion, du mouvement ou de témoin).
- ◆ Incompréhension des termes et de la décision rendue.
- ◆ Poste avec risque de lésion dû aux mouvements répétitifs.
- ◆ Méconnaissance des mécanismes de révision des décisions.
- ◆ Controverse médicale.
- ◆ Conflit avec le médecin de la révision administrative (DRA).
- ◆ Être non syndiqué.
- ◆ Avoir des collègues qui ont les mêmes lésions mais qui n'ont pas réclamé.
- ◆ Complications psychologiques.
- ◆ Peu de contacts avec l'agent d'indemnisation.
- ◆ Problèmes de langue.
- ◆ Événement rapporté tardivement.
- ◆ Incompréhension des termes médicaux.
- ◆ Réclamation complétée par l'employeur.
- ◆ Conflit avec l'avocat.
- ◆ Aucun soutien pour compléter la réclamation.
- ◆ Interprète présent seulement à la dernière instance décisionnelle (CLP).
- ◆ Retour au travail forcé par le médecin ou l'employeur.
- ◆ Long délai avant que le travailleur soit contacté par la CSST.
- ◆ Pouvoir de contestation du médecin de l'employeur.
- ◆ Abandon des demandes de révision de la décision faute d'argent.
- ◆ Pas d'assurance-emploi.
- ◆ Changement fréquent d'agent d'indemnisation.
- ◆ Méconnaissance des droits à la réadaptation.
- ◆ Méconnaissance des règles administratives.
- ◆ Travailleur peu scolarisé.
- ◆ Incompréhension des litiges.
- ◆ Congédiement.
- ◆ Échec du retour au travail.
- ◆ Délai pour se prévaloir de son droit de retour au travail selon la taille de l'entreprise.

ANNEXE 3 (suite)

**LISTE DES CRITÈRES POUR DÉTERMINER DES
PARCOURS D'INDEMNISATION DIFFICILES****CRITÈRES DE L'ÉVALUATION FAITE SOUS L'ANGLE
ADMINISTRATIF****Parcours médical :**

- ◆ Diagnostic (imprécis, changeant ou nouveau, diagnostic précis).
- ◆ Complications médicales (physique ou psychologique ou les deux, aucune).
- ◆ Non-investigation du lien entre la lésion et l'occupation (le médecin n'interroge pas le travailleur sur son occupation, le médecin refuse de faire la déclaration à la CSST ou de faire des suivis de cas de CSST, l'investigation conforme).

Parcours juridique :

- ◆ Plusieurs instances décisionnelles (DRA, BEM, CLP, accepté en première instance).
- ◆ Contestation de l'employeur, refus de la CSST (accepté sans contestation, accepté et contesté par l'employeur, refusé sans recours, refusé et contesté par l'employeur, refus non contesté).

Parcours administratif :

- ◆ Peu ou pas de contacts avec les agents d'indemnisation (le travailleur n'a jamais ou rarement vu l'agent d'indemnisation, plusieurs changements d'agent d'indemnisation, information reçue que par courrier, informé correctement).
- ◆ Absence d'offre pour un retour progressif ou de programmes de réadaptation (pas de retour progressif ou d'allègement de la tâche, assignation temporaire à une tâche qui rappelle les mêmes mouvements répétitifs, pas de programme de réadaptation, toujours employé par le même employeur).

Parcours de réintégration au travail :

- ◆ Pas de retour chez l'employeur (est retourné mais a été congédié, a été licencié ou abolition du poste, invalide, a réintégré son poste).
- ◆ Conflits lors de la réintégration (pas de soutien de l'employeur, pas de soutien des collègues ou du syndicat, aucun soutien, a été accueilli normalement).

Facteurs humains :

- ◆ Soutien manquant ou inadéquat (réclamation complétée par l'employeur ou une tierce personne, besoin d'aide pour comprendre les décisions, pas de soutien juridique, travailleur ayant la maîtrise de sa réclamation).

- ◆ Problème de traduction (difficulté à se faire comprendre au travail, chez le médecin, à la CSST ou la CLP).
- ◆ Problème de compréhension (ne connaît pas les décisions rendues, termes et décisions pas clairs, décisions comprises).
- ◆ Traitements injustes (sentiment de ne pas avoir été cru, traité en fraudeur, traité correctement).

ANNEXE 4
DISTRIBUTION DES SUJETS DE L'ÉCHANTILLON
SELON LES SOURCES DE RECRUTEMENT

Caractéristiques	ONG Défense des travailleurs	Bureau d'études légalés	Clinique spécialisée	Autres (journaux, médecins, avocats)	Total
Type de lésion : Accident Maladie	17% (19) 13% (13)	13% (13) 3% (3)	32 % (34) 8 % (8)	9 % (9) 5 % (5)	72 % (75) 28 % (29)
Statut : Immigrants Non- immigrants	22% (23) 9 % (9)	3 % (3) 13 % (13)	19 % (20) 21 % (22)	7 % (7) 7 % (7)	51 % (53) 49 % (51)
Total recrutement	31 % (32)	15 % (16)	40 % (42)	14 % (14)	100% (104)

ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE N° 1

RÉSULTATS PRÉSENTÉS DANS LE PREMIER ARTICLE CRITÈRES PERMETTANT DE JUGER DES DIFFICULTÉS DE PARCOURS DES TRAVAILLEURS IMMIGRANTS

1.1 Liste complète des critères retenus par chacune des opérations d'évaluation

A. Critères de l'évaluation faite sous l'angle médical

- ◆ Avoir passé des examens spécialisés.
- ◆ Avoir été référé à d'autres professionnels de la santé.
- ◆ Réclamation initiale conforme ou non à l'événement.
- ◆ Réclamation décrivant ou non tous les mouvements et gestes liés aux événements entourant l'accident ou l'apparition des symptômes.
- ◆ Avoir été ou non interrogé par un agent d'indemnisation sur les détails entourant l'accident ou l'apparition des symptômes.
- ◆ Avoir été ou non contacté par l'agent d'indemnisation (fréquence).
- ◆ Avoir ou non de la difficulté à comprendre la correspondance écrite.
- ◆ Demander ou non de l'aide pour comprendre la correspondance écrite.
- ◆ Consulter ou non un avocat ou un conseiller juridique.
- ◆ Décision rendue par la deuxième instance administrative du système d'indemnisation, la Direction de la révision administrative (DRA).
- ◆ Décision rendue par la troisième instance administrative du système d'indemnisation, la Commission des lésions professionnelles (CLP).
- ◆ Connaître ou non la dernière instance décisionnelle ayant rendu la décision finale.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non les faits entourant l'accident ou l'apparition des symptômes.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non le diagnostic posé.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non les limitations fonctionnelles.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non la date de consolidation.
- ◆ Décision ayant reconnu ou non la réintégration au travail.
- ◆ Clarté des décisions rendues.
- ◆ Difficultés à se faire comprendre.
- ◆ Avoir été convoqué à une audience à la Commission des lésions professionnelles (CLP).
- ◆ Incompréhension lors des procédures.
- ◆ Incompréhension lors des consultations.
- ◆ Conflits.
- ◆ Avoir été traité incorrectement.
- ◆ Pressions de la part de l'employeur pour retourner au travail.
- ◆ Pressions de la part de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et de la CLP pour retourner au travail.
- ◆ Incapacité physique ou psychologique non reconnue.
- ◆ Douleur persistante lors du retour au travail.
- ◆ Rechute, récurrence, aggravation.
- ◆ Soutien ou non de l'employeur.

- ◆ Soutien ou non du contremaître ou supérieur immédiat.
- ◆ Soutien ou non du syndicat.
- ◆ Difficultés financières ou non.

B. Critères de l'évaluation faite sous l'angle juridique

- ◆ Lésion liée au mouvement répétitif.
- ◆ Plusieurs sites affectés par la lésion mais non diagnostiqués.
- ◆ Recours au médecin de l'employeur.
- ◆ Pas de référence à d'autres médecins.
- ◆ Réclamation incomplète (absence de description du site de la lésion, du mouvement ou de témoin).
- ◆ Incompréhension des termes et de la décision rendue.
- ◆ Poste avec risque de lésion dû aux mouvements répétitifs.
- ◆ Méconnaissance des mécanismes de révision des décisions.
- ◆ Controverse médicale.
- ◆ Conflit avec le médecin de la révision administrative (DRA).
- ◆ Être non syndiqué.
- ◆ Avoir des collègues qui ont les mêmes lésions mais qui n'ont pas réclamé.
- ◆ Complications psychologiques.
- ◆ Peu de contacts avec l'agent d'indemnisation.
- ◆ Problèmes de langue.
- ◆ Événement rapporté tardivement.
- ◆ Incompréhension des termes médicaux.
- ◆ Réclamation complétée par l'employeur.
- ◆ Conflit avec l'avocat.
- ◆ Aucun soutien pour compléter la réclamation.
- ◆ Interprète présent seulement à la dernière instance décisionnelle (CLP).
- ◆ Retour au travail forcé par le médecin ou l'employeur.
- ◆ Long délai avant que le travailleur soit contacté par la CSST.
- ◆ Pouvoir de contestation du médecin de l'employeur.
- ◆ Abandon des demandes de révision de la décision faute d'argent.
- ◆ Pas d'assurance-emploi.
- ◆ Changement fréquent d'agent d'indemnisation.
- ◆ Méconnaissance des droits à la réadaptation.
- ◆ Méconnaissance des règles administratives.
- ◆ Travailleur peu scolarisé.
- ◆ Incompréhension des litiges.
- ◆ Congédiement.
- ◆ Échec du retour au travail.
- ◆ Délai pour se prévaloir de son droit de retour au travail selon la taille de l'entreprise.

C. Critères de l'évaluation faite sous l'angle administratif

Parcours médical :

- ◆ Diagnostic (imprécis, changeant ou nouveau, diagnostic précis).
- ◆ Complications médicales (physique ou psychologique ou les deux, aucune).
- ◆ Non-investigation du lien entre la lésion et l'occupation (le médecin n'interroge pas le travailleur sur son occupation, le médecin refuse de faire la déclaration à la CSST ou de faire des suivis de cas de CSST, l'investigation conforme).

Parcours juridique :

- ◆ Plusieurs instances décisionnelles (DRA, BEM, CLP, accepté en première instance).
- ◆ Contestation de l'employeur, refus de la CSST (accepté sans contestation, accepté et contesté par l'employeur, refusé sans recours, refusé et contesté par l'employeur, refus non contesté).

Parcours administratif :

- ◆ Peu ou pas de contacts avec les agents d'indemnisation (le travailleur n'a jamais ou rarement vu l'agent d'indemnisation, plusieurs changements d'agent d'indemnisation, information reçue que par courrier, informé correctement).
- ◆ Absence d'offre pour un retour progressif ou de programmes de réadaptation (pas de retour progressif ou d'allègement de la tâche, assignation temporaire à une tâche qui rappelle les mêmes mouvements répétitifs, pas de programme de réadaptation, toujours employé par le même employeur).

Parcours de réintégration au travail :

- ◆ Non retourné chez l'employeur (est retourné mais a été congédié, a été licencié ou abolition du poste, invalide, a réintégré son poste).
- ◆ Conflits lors de la réintégration (pas de soutien de l'employeur, pas de soutien des collègues ou du syndicat, aucun soutien, a été accueilli normalement).

Facteurs humains :

- ◆ Soutien manquant ou inadéquat (réclamation complétée par l'employeur ou une tierce personne, besoin d'aide pour comprendre les décisions, pas de soutien juridique, travailleur ayant la maîtrise de sa réclamation).
- ◆ Problème de traduction (difficulté à se faire comprendre au travail, chez le médecin, à la CSST ou la CLP).
- ◆ Problème de compréhension (ne connaît pas les décisions rendues, termes et décisions pas clairs, décisions comprises).
- ◆ Traitements injustes (sentiment de ne pas avoir été cru, traité en fraudeur, traité correctement).

1.2 Tests d'égalité de moyennes sur les variables associées aux difficultés de parcours d'indemnisation

Dans le modèle d'analyse statistique, des tests de « t » de Student, des tests d'association avec les variables de statut, de sexe, scolarité, de type de lésion et de reconnaissance des faits entourant l'accident ou l'apparition des symptômes de la maladie ont été appliqués au score final. Avant de procéder à ces analyses, les

variables indépendantes ont été dichotomisées (immigrant et non-immigrant, homme et femme, moins de 12 ans de scolarité et 12 ans et plus, accident et maladie professionnelle). Ce sont des données catégorielles dont la source de détermination varie selon la nature de la variable :

- Le type de lésion est déterminé par le travailleur lui-même. Toutefois, un travailleur dont la lésion initiale, apparue lors d'un accident, s'est révélée à la suite d'examens médicaux plus approfondis être une maladie professionnelle, a été catégorisé comme ayant une maladie professionnelle.
- Le niveau de scolarité est déterminé par l'équipe de recherche selon le nombre d'années d'études complétées déclaré par le travailleur, sans égard au fait qu'elles aient été complétées dans le pays d'origine ou non, ou que des équivalences aient été obtenues ou non.
- La variable statut, immigrant et non-immigrant, est déterminée par l'équipe de recherche selon le lieu de naissance déclaré et la date d'arrivée au Canada. Le statut d'immigrant est attribué à toute personne née à l'extérieur et résidant au Canada depuis moins de vingt ans.

Les tests de « t » d'égalité des moyennes appliqués à ces variables, scolarité, type de lésion et statut, selon les opérations d'évaluation des parcours difficiles, démontrent que certaines variables sont associées de façon significative dans le modèle des parcours d'indemnisation (tableaux 3b à 3d). Toutefois, la variable sexe n'explique aucunement la détermination des parcours difficiles et ce, peu importe l'angle d'évaluation adopté (voir le tableau 3a).

Tableau 3a
Tests d'égalité des moyennes des scores de difficultés
selon le SEXE

Opération d'évaluation	Variable sexe	Moyenne	Écart-type	t	P
Angle médical	masculin	19,0	6,4	0,4	0,7
	féminin	19,5	6,3		
Angle juridique	masculin	37,6	11,3	0,1	0,9
	féminin	37,7	11,1		
Angle administratif	masculin	21,8	4,7	0,8	0,5
	féminin	22,4	3,9		
Synthèse des évaluations	masculin	79,0	20,1	0,3	0,8
	féminin	78,5	18,3		

dl : 102

Tableau 3b
Tests d'égalité des moyennes des scores de difficultés
selon le TYPE DE LÉSION

Opération d'évaluation	Variable lésion	Moyenne	Écart-type	t	P
Angle médical	accident	19,1	6,5	-0,3	0,8
	maladie	19,5	5,8		
Angle juridique	accident	36,2	11,4	-2,2	0,03
	maladie	41,4	9,5		
Angle administratif	accident	21,8	4,6	-1,0	0,3
	maladie	22,8	3,5		
Synthèse des évaluations	accident	77,2	19,9	-1,6	0,1
	maladie	83,7	15,9		

dl : 102

Tableau 3c
Tests d'égalité des moyennes des scores de difficultés
selon la SCOLARITÉ

Opération d'évaluation	Variable scolarité	Moyenne	Écart-type	T	P
Angle médical	< 12 ans	21,1	6,2	2,4	0,02
	12 ans et +	18,1	6,2		
Angle juridique	< 12 ans	38,1	10,9	0,4	0,7
	12 ans et +	37,1	11,5		
Angle administratif	< 12 ans	23,2	4,3	2,3	0,02
	12 ans et +	21,3	4,3		
Synthèse des évaluations	< 12 ans	82,4	18,8	1,5	0,1
	12 ans et +	76,5	19,3		

dl : 100

Tableau 3d
Tests d'égalité des moyennes des scores de difficultés
selon le STATUT

Opération d'évaluation	Variable Statut	Moyenne	Écart-type	T	p
Angle médical	Non-immigrant	18,7	6,2	-0,9	0,4
	immigrant	19,8	6,4		
Angle juridique	Non-immigrant	34,5	10,7	-2,9	0,004
	immigrant	40,7	10,8		
Angle administratif	Non-immigrant	20,9	3,4	-2,8	0,007
	immigrant	23,2	4,8		
Synthèse des évaluations	Non-immigrant	74,1	17,6	-2,7	0,009
	immigrant	83,7	19,4		

dl : 102

ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE N° 2

RÉSULTATS PRÉSENTÉS DANS LE DEUXIÈME ARTICLE LES ÉTAPES DIFFICILES DES PARCOURS D'INDEMNISATION POUR LES TRAVAILLEURS IMMIGRANTS ET NON IMMIGRANTS VICTIMES DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES

2.1 Test de l'éboulis

Test de l'éboulis qui a permis de définir les quatre axes d'interprétation des résultats à l'analyse de correspondances.

HISTOGRAMME DES 53 PREMIERES VALEURS PROPRES

NUMÉRO	VALEUR	POURCENTAGE	POURCENTAGE
	PROPRE	CUMULÉ	
1	0.2 121	11.61	11.61 *****
2	0.1582	8.65	20.26 *****
3	0.1154	6.32	26.58 *****
4	0.1101	6.02	32.60 *****
5	0.0867	4.75	37.34 *****
6	0.0837	4.58	41.92 *****
7	0.0705	3.86	45.78 *****
8	0.0689	3.77	49.55 *****
9	0.0638	3.49	53.04 *****
10	0.0592	3.24	6.28 *****

2.2 Valeur test des variables significatives pour chacune des catégories de la taxonomie

Tableau 1
Travailleurs n'ayant pas su exercer leur droit de recours
Selon leur valeur statistique

Caractéristiques (n=31)	Valeur test
Faits NON reconnus	9,4
Lien travail-lésion NON reconnu	7,8
Diagnostic NON reconnu	7,0
Limitations NON reconnues	5,0
Refusé et contesté par employeur	3,8
Refusé sans appel de la décision	3,6
Refusé par la CSST	3,0
Immigrant	2,9
Difficultés financières	2,4

Tableau 2
Travailleurs dépassés par la situation
Selon leur valeur statistique

Caractéristiques (n=5)	Valeur test
Ne sais Pas décision /diagnostic	4,7
Ne sais Pas décision / fait	4,4
Ne sais Pas décision / lien travail-lésion	3,5
Ne sais Pas décision /limitation	2,8
Réclamation initiale NON-conforme	2,4

Tableau 3
Travailleurs indemnisés mais congédiés par la suite
Selon leur valeur statistique

Caractéristiques (n=45)	Valeur test
Faits RECONNUS	6,5
Diagnostic RECONNU	3,5
Lien travail-lésion RECONNU	3,4
Plusieurs instances décisionnelles	3,0
Délai décision: 121 jours +	3,4
Réclamation employeur complète	2,7
Réclamation employeur – travailleur NON identique	2,9
Travailleur pas cru	2,9
Complications médicales	3,2
Pas assurances collectives	2,7
Retourné au travail sans travail depuis	2,4

Tableau 4
Travailleurs indemnisés sans embûche
Selon leur valeur statistique

Caractéristiques (n=23)	Valeur test
Faits RECONNUS	3,6
Diagnostic RECONNU	3,6
Lien travail-lésion RECONNU	5,1
Décision favorable dès la première instance	5,4
Accepté NON contesté par employeur	4,4
Délai décision: 91 à 102 jours	2,3
Réclamation employeur incomplète	3,2
Déclaration même jour	2,6
SANS complication	3,5
SANS difficulté financière	3,5
Aucune personne à charge	2,4
Traité correctement	4,5
Relation de travail identique avec collègue	2,3