

Relations interculturelles
**Comprendre le processus de réadaptation
et de retour au travail**

Daniel Côté
Sylvie Gravel
Jessica Dubé
Danielle Gratton
Bob White

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-967

NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement :

- au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique [InfoIRSST](#)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2017
ISBN : 978-2-89631-935-0
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
avril 2017

Relations interculturelles

Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail

Daniel Côté¹, Sylvie Gravel², Jessica Dubé¹,
Danielle Gratton³, Bob White⁴

¹IRSST

²Université du Québec à Montréal

³Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

⁴Université de Montréal

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-967



Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document.

En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Cliquez recherche



Cette publication est disponible en version PDF sur le site Web de l'IRSST.



ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Ce projet de recherche a été rendu possible grâce à la participation des travailleurs, des cliniciens, des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation ainsi que des représentants du milieu de travail. Ils ont tous généreusement partagé leur point de vue en nous permettant ainsi d'étudier le processus de réadaptation sous un nouvel angle.

Soulignons la contribution remarquable de nos partenaires en réadaptation au travail au regard du recrutement des participants. Un merci particulier est adressé à la clinique Physio Extra, à la clinique Forcemedic, à la clinique Réadaptation Universelle, au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, à l'Union des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s de Montréal (UTTAM), au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et aux équipes de santé au travail ainsi qu'à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), qui ont toujours conservé leur enthousiasme et assuré leur disponibilité pour la réalisation de ce projet de recherche.

Les auteurs expriment aussi leur grande reconnaissance à madame Lucille Trudel, qui a grandement contribué à la retranscription de nos entrevues. Ils remercient également madame Manon Lévesque de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) pour son soutien sur le plan de la révision linguistique, de même que tous les membres du comité de suivi pour leur engagement, leur précieuse collaboration et leur confiance à l'égard de l'équipe de recherche.

Enfin, cette recherche n'aurait pas pu voir le jour sans la contribution financière de l'IRSST, l'appui de madame Martine Poulin, directrice du champ Prévention des problématiques de santé et de sécurité du travail et réadaptation et de monsieur Louis Lazure, directeur des communications et de la valorisation de la recherche. L'équipe manifeste sa gratitude pour la qualité de leurs conseils et leur soutien aux plans logistique et matériel.

SOMMAIRE

Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail (SST), les barrières linguistiques et culturelles sont souvent décrites comme des facteurs de vulnérabilité des travailleurs. Il est rapporté que de telles barrières ont déjà été ou sont encore à l'origine d'erreurs diagnostiques ou de mauvaises évaluations cliniques, compliquant ainsi le processus de réadaptation et de retour au travail. La problématique de la réadaptation et du retour au travail dans le contexte de la rencontre interculturelle est pourtant peu documentée à l'échelle internationale. Il devient impératif de connaître l'expérience et la perspective de chacun des acteurs et de cibler des besoins et des problèmes spécifiques sur lesquels il faudra concentrer les efforts de recherche et de développement. L'objectif général de cette étude vise à déterminer les stratégies mises de l'avant par les différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au travail des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle. Elle vise à décrire l'expérience et la perspective de chaque partie concernée (travailleurs, cliniciens, conseillers en réadaptation, milieux de travail) pour mieux faire ressortir les contraintes, les obstacles, les facilitateurs et les besoins spécifiques.

Un échantillon raisonné a été constitué. Il comportait quarante personnes (n=40) regroupant quatre catégories d'acteurs : des travailleurs (n=9), des cliniciens (n=15), des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation (n=14), ainsi que des représentants du milieu de travail (n=2). Au groupe des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation s'ajoutent deux groupes de discussion comportant un total de 7 participants. Les entretiens semi-dirigés, d'une durée moyenne de quatre-vingts minutes, ont été menés à l'aide d'un guide d'entrevue pour chaque groupe rencontré. Toutes les entrevues ont été enregistrées et retranscrites pour être codées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo, version 10. L'analyse du matériel s'est inspirée de la théorisation ancrée (*grounded theory*).

À partir du parcours de SST et de réadaptation/retour au travail des travailleurs concernés, des moments clés ont été mis en lumière ainsi que des formes d'interactions spécifiques et des difficultés qu'elles pouvaient engendrer. Pour chacun des intervenants, des éléments importants de la construction des stratégies d'intervention qui dépassent les barrières linguistiques, culturelles et qui maximisent le potentiel de retour au travail de leur clientèle ont été établis. Dans le contexte des problématiques associées à la rencontre interculturelle, cinq éléments ont été identifiés : a) la rupture du projet d'intégration professionnelle et le sentiment d'injustice; b) le cumul des stigmates auprès des travailleurs immigrants victimes d'une lésion professionnelle; c) la construction du lien de confiance, pièce maîtresse de la relation thérapeutique; d) l'augmentation de la durée et de la fréquence des interventions, et l'adaptation des stratégies d'intervention; e) les barrières linguistiques et les écarts culturels.

En mettant en lumière des moments clés, des formes d'interactions spécifiques au contexte interculturel, les divers partenaires de la réadaptation sont invités à revisiter leur approche clinique et de gestion de cas, en tenant compte de la rupture qui s'opère entre le projet migratoire et celui de l'insertion du travailleur victime d'une lésion professionnelle sur le marché du travail. Une rupture qui va bien au-delà des difficultés à surmonter les barrières linguistiques et culturelles. Ces éléments du contexte d'intégration devraient être pris en considération pour

maximiser le potentiel de retour au travail de leur clientèle, pour améliorer les contenus pédagogiques de formation des professionnels en matière de réadaptation.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES.....	IX
1. PROBLÉMATIQUE.....	1
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	7
3. CADRE CONCEPTUEL.....	9
4. MÉTHODOLOGIE.....	13
5. RÉSULTATS.....	17
5.1 Profil des participants à l'étude.....	17
5.2 Modèle du processus de réadaptation et de retour au travail	19
5.2.1 Survenue d'une lésion professionnelle	20
5.2.1.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs.....	20
5.2.1.2 Moments clés symboliques	22
5.2.1.3 Incidents critiques	23
5.2.2 Assistance médicale.....	23
5.2.2.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs.....	23
5.2.2.2 Moments clés symboliques	25
5.2.2.3 Incidents critiques	26
5.2.3 Réadaptation	26
5.2.3.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs.....	26
5.2.3.2 Moments clés symboliques	32
5.2.3.3 Incidents critiques	37
5.2.4 Retour au travail.....	39
5.2.4.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs.....	39
5.2.4.2 Moments clés symboliques	43
5.2.4.3 Incidents critiques	44
5.3 Synthèse des résultats	45
6. DISCUSSION.....	49
7. CONCLUSION.....	59

BIBLIOGRAPHIE.....	63
ANNEXE A : RECENSION DES ÉCRITS.....	71
ANNEXE B : GRILLES D'ENTREVUES DES CLINICIENS.....	73
ANNEXE C : GRILLE D'ENTREVUE CNESST.....	81
ANNEXE D : GRILLE D'ENTREVUE DES TRAVAILLEURS.....	87
ANNEXE E : GRILLE D'ENTREVUE EMPLOYEUR.....	97
ANNEXE F : ARBRE THÉMATIQUE.....	105
ANNEXE G : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES CLINICIENS.....	107
ANNEXE H : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CNESST.....	113
ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CNESST (GROUPE DE DISCUSSION).....	119
ANNEXE J : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EMPLOYEURS OU REPRÉSENTANTS DU MILIEU DE TRAVAIL.....	125
ANNEXE K : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT TRAVAILLEURS.....	131
ANNEXE L : FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ.....	139
ANNEXE M : CARACTÉRISTIQUES DES CLINICIENS ET DES INTERVENANTS DE LA CNESST.....	141

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des cliniciens et des intervenants de la CNESST	17
Tableau 2 : Caractéristiques des travailleurs	18
Tableau 3 : Caractéristiques des représentants des entreprises.....	18
Tableau 4 : Enjeux, stratégies, moments clés symboliques et incidents critiques	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Étapes du processus de réadaptation et de retour au travail	9
---	---

1. PROBLÉMATIQUE

De 2010 à 2012, au Québec, on comptait annuellement en moyenne près de 63 000 lésions professionnelles avec perte de temps indemnisée. Parmi ces lésions, 62 % étaient des accidents traumatiques et 37 % des troubles musculosquelettiques (TMS). Environ 9 % de l'ensemble de ces lésions ont nécessité des mesures de réadaptation. Ces lésions ayant nécessité des mesures de réadaptation représentent 56 % des coûts totaux liés aux lésions avec perte de temps indemnisée (762,2 M\$) et 55 % de l'ensemble des jours d'absence¹. D'après des estimations de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), presque 50 % des travailleurs touchés par une lésion professionnelle sur l'île de Montréal seraient issus de l'immigration [1] alors que les personnes immigrées représentent 30 % de la population montréalaise, dont une proportion importante s'identifie à une « communauté visible » (ex. : Chinois 23 %, Sud-Asiatiques 28 %, Noirs 38 %, Latino-Américains 22 %, Asiatiques du Sud-Est 29 %, Arabes 22 %) [2]. Il ne s'agit que d'une estimation, puisque les indicateurs ethnoculturels tels que le pays de naissance, la langue maternelle ou autres ne sont pas des données colligées par les services publics de santé au travail. La croissance de la population immigrante à Montréal a un impact sur la capacité d'accueil des nouveaux arrivants et sur l'adaptation des services publics de santé et de santé au travail (SST) [3]. Les barrières linguistiques ont été identifiées comme pouvant affecter l'accès initial aux services de santé (promotion, prévention, etc.) et la qualité de la communication interpersonnelle (maîtrise de la langue de travail, capacité de communiquer dans un idiome commun, etc.) [4]. Lors de la rencontre clinique, ces barrières peuvent altérer considérablement la qualité de la relation thérapeutique et influencer les résultats cliniques [5] mettant en jeu différentes visions du travail au regard des risques pour la santé, des rôles des intervenants et des modes de communication et d'expression (affects, expression verbale et non verbale, gestes, postures, distance corporelle, ton de la voix, contact visuel, etc.)². Ces différences peuvent créer une distance considérable et provoquer, dans un contexte clinique, des situations d'inconfort, d'incompréhension et de mésinterprétation. Si ces données ne sont pas disponibles au Québec, une étude néerlandaise révèle que les travailleurs immigrants seraient plus portés à abandonner les programmes multidisciplinaires de réadaptation que les travailleurs nés au pays (28,1 % contre 13,7 %) [6]. Il est rapporté que de telles barrières ont déjà été ou sont encore à l'origine d'erreurs diagnostiques ou de mauvaises évaluations cliniques, compliquant ainsi le processus de réadaptation et de retour au travail [7].

Les barrières linguistiques et culturelles qui font obstacle à la communication peuvent occasionner une augmentation significative du temps d'intervention [7]. À Montréal, une étude de la Direction de la santé publique a révélé en 2005 que des barrières linguistiques et culturelles peuvent contribuer à augmenter le temps d'intervention de 35 % à 45 % lors des consultations en

¹ CNESST – Dépôt de données central et régional. Traitement : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

² Les intervenants désignent l'ensemble des professionnels de la réadaptation qui ont été interrogés dans cette étude : cliniciens, agents d'indemnisation et conseillers en réadaptation. Ces titres spécifiques ne sont utilisés que lorsqu'une situation décrite ne s'applique qu'à l'un d'eux.

première ligne³ auprès des personnes immigrées, et que cette proportion peut être encore plus grande lorsqu'il s'agit d'interventions psychosociales [8]. Les difficultés de communication en seraient la principale cause, suivies par la méconnaissance des services [8]. De telles estimations n'existent pas en santé et sécurité du travail (SST). L'augmentation du temps d'intervention alourdit le temps d'exécution des tâches habituelles et peut aussi devenir une source de stress, d'anxiété et de frustration [9-11], situation qui, à son tour, contribue à l'alimentation de perceptions ou à l'expression de préjugés à l'égard des patients issus de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles. Chez ces travailleurs, cette expérience est tout aussi marquante puisqu'il devient difficile d'exprimer clairement une plainte douloureuse et d'entrer dans une véritable relation thérapeutique avec le clinicien, qui rapidement leur fait perdre confiance dans les possibilités thérapeutiques offertes [11]. Bien que les valeurs institutionnelles actuelles visent à établir des relations égalitaires avec la clientèle [12], il demeure important de cerner les nouveaux types de rapports engendrés par les différences culturelles.

L'expression d'une douleur peut varier culturellement : « plus qu'un ensemble de connaissances et de pratiques, les définitions plus contemporaines de la culture comprennent un processus d'échange et de socialisation par lequel chaque être humain apprend les codes qui lui servent à communiquer ses joies, ses peines, ses préoccupations, sa détresse, ses croyances relatives à la santé et à la maladie et ses préférences en matière thérapeutique et la manière de construire l'idée même de santé et de maladie » [13]. Le contexte culturel et celui de la rencontre clinique peuvent générer des difficultés supplémentaires lorsqu'il s'agit d'interpréter des signes extérieurs (verbaux, non verbaux, gestuels ou autres) de la douleur et leur légitimation [14]. La perte de confiance et la difficulté d'établir une relation thérapeutique ont un impact significatif sur la motivation à poursuivre et à adhérer à un programme de réadaptation [15]. Comme l'atteste l'étude de Sloots *et al.* (2009) menée auprès de 529 patients [16], les attentes relatives au processus réadaptation varient entre le patient et le clinicien, ces écarts peuvent mener à l'abandon du traitement par les patients. Il s'agirait même de la première cause d'abandon chez les immigrants comme chez les personnes nées au pays bien que cela s'exprime dans des proportions différentes (80,9 % contre 61,7 %, $P < 0,001$) [16]. Les différences au regard des attentes portent sur un diagnostic précis, des perceptions liées à la définition du problème et sur les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre [16]. Il est à noter que les abandons seraient également plus fréquents lors de la phase d'identification diagnostique qu'à la phase de traitement [6], cela étant dû, notamment au fait que c'est à cette phase que les différentes attentes de traitement se font sentir et deviennent ainsi une source de tension (ex. soulagement de la douleur par rapport à adaptation et contrôle des symptômes). En général, l'attribution d'un diagnostic précis peut favoriser la reconnaissance du problème auprès des instances médico-légales, comme en revanche son imprécision peut alimenter le discrédit et la non-reconnaissance [17]. Dans le contexte de la douleur chronique, Sloots et ses collègues rapportent la difficulté qu'ont les cliniciens à aborder les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux relatifs à la douleur [6] avec certains groupes ethnoculturels. Les difficultés sont associées à la possibilité que le patient soit inconfortable avec l'idée d'aborder ces aspects intimes qui demandent un

³ La notion de première ligne réfère à l'accès à un professionnel de la santé en vue d'obtenir un diagnostic et à ceux qui orientent le patient dans le processus thérapeutique et en assurent le suivi. Les soins de deuxième ligne réfère à des soins spécialisés lorsque les problématiques de santé deviennent complexes. Ils peuvent faire appel à des équipes interdisciplinaires comme c'est le cas en réadaptation au travail.

certain degré de confiance et de proximité avec l'intervenant et une certaine compétence linguistique pour s'exprimer clairement [7]. Aborder les aspects psychologiques ou émotionnels peut être perçu, dans ce cas, comme stigmatisant ou secondaire [18], et ce, même si la littérature traitant de la perception de la santé et de la maladie relate l'importance de bâtir la relation thérapeutique en contexte interculturel.

La réadaptation et le retour au travail sont des processus complexes qui englobent des interventions médicales, physiologiques, psychologiques, sociales et ergonomiques. Les enjeux de la guérison et du retour au travail du travailleur interpellent une pluralité d'acteurs, incluant la famille, les collègues, l'employeur, et tout un éventail de professionnels de la santé et de professionnels rattachés au tiers payeur, qui accompagnent le travailleur durant ce processus [19]. De plus, le contexte de la réadaptation nécessite de comprendre le processus de la guérison, mais également le vécu et les antécédents sociaux et culturels des clients [20]. Dans cette relation thérapeutique, le travailleur peut chercher à se familiariser avec une terminologie médicolégale complexe comme celle référant à la « consolidation », aux « limitations fonctionnelles » ou à l'« invalidité » et qui peuvent générer aussi des écarts de perception, si ce n'est pas de mésinterprétation [17]. Même si l'importance des facteurs culturels est reconnue par les cliniciens en réadaptation (ergothérapie) [21-23], la formation et la préparation de ces derniers sont souvent jugées insuffisantes [9, 11, 22, 23]. Par ailleurs, les institutions de santé et de services sociaux ne donnent pas toujours à leur personnel les moyens suffisants d'acquérir de nouvelles compétences interculturelles [7, 24]. Certains auteurs ont constaté que les valeurs d'autonomie, d'indépendance ou d'autogestion de la douleur mises de l'avant dans les programmes multidisciplinaires de réadaptation sont culturellement orientées et reflètent les valeurs de la classe moyenne nord-américaine ou européenne, plus distantes des valeurs de l'interdépendance familiale [25-30]. La définition même du principe d'autonomie peut reposer sur différentes dimensions affective, décisionnelle ou fonctionnelle comme le suggèrent Gravel *et al.* [27]. Ces dimensions ne sont pas nécessairement toutes retenues lors de la conception d'un programme comme elles peuvent ne pas susciter le même niveau d'adhésion auprès des populations immigrantes ou issues des groupes ethnoculturels. Il en va de même pour l'autogestion de la douleur dont l'efficacité avérée est susceptible de rencontrer plusieurs embûches en contextes de pluralité ethnoculturelle [31]. Comme cette modalité d'intervention fait appel à la participation active du patient dans le traitement, il est possible qu'elle génère de la résistance lorsque le patient est peu enclin à jouer un rôle actif ou qu'il n'en saisit pas les bienfaits; la « réactivation » du patient peut devenir un enjeu majeur pour les intervenants [32-35]. Des difficultés liées au lien de confiance ou à la perception du rôle et de l'expertise de l'intervenant peuvent être en cause, de même que la conception de l'autorité et du lien hiérarchique dans la relation thérapeutique [31]. Le lien de confiance peut référer ici au sentiment qui se développe dans la relation de service et qui a trait à la conviction de la capacité d'agir efficacement. Pour le patient, il s'agit du sentiment que l'intervenant possède toutes les compétences nécessaires et qu'il se préoccupe de lui [36]. Évidemment, l'intervenant en SST et en réadaptation au travail n'est qu'un rouage d'un système complexe, souvent inconnu des travailleurs immigrants, et qui peut susciter méfiance, incertitude et frustration [37].

La théorie de la rencontre interculturelle soutient que tous les êtres humains sont porteurs de culture [38]; que celle-ci évolue, notamment à cause du parcours migratoire des personnes [39]. Les identités culturelles sont sujettes à transformation au cours d'une vie (ex. : identité

religieuse, nationalité, ethnicité, profession, classe sociale, etc.) [38, 40] en raison des parcours migratoires, des parcours d'insertion professionnelle, etc. pouvant engendrer des situations de détresse [41, 42]. À ce sujet, une étude de Chen *et al.* [43] a montré, dans l'ensemble du Canada, le lien qui existe entre la surqualification des travailleurs et la détérioration (perçue) de l'état de santé mentale. Dans cette étude, ce lien est atténué par la satisfaction au travail et la perception positive de la situation en emploi. La surqualification est définie par Jacques Ledent et ses collègues comme « l'inadéquation entre le niveau de qualification (compétence) requis pour exercer l'emploi occupé et le niveau de qualification (éducation) de l'employé. Une personne est dite surqualifiée si son niveau de qualification est plus élevé que celui de son emploi » [44], alors que la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) prévoit que « le travailleur victime d'une lésion professionnelle et qui redevient capable d'exercer son emploi a droit de réintégrer « prioritairement son emploi dans l'établissement où il travaillait lorsque s'est manifestée sa lésion ou de réintégrer un emploi équivalent dans cet établissement ou dans un autre établissement de son employeur » (LATMP, article 236) [45]. La surqualification touche l'ensemble des travailleurs canadiens, mais elle frappe les travailleurs immigrants dans de plus larges proportions (43,0 % contre 29,7 %), et ces proportions sont encore un peu plus grandes si l'on compare les femmes immigrantes à l'ensemble de la population féminine (45,6 % contre 32,0 %). Ces écarts peuvent être encore plus grands lorsqu'il s'agit de « minorités visibles » [44]. Dans l'étude de Chen *et al.*, ces écarts varient en fonction du pays d'origine et du niveau de maîtrise de la langue de travail [43]. Conséquemment, la maîtrise de la langue de travail peut avoir un impact sur le processus de retour au travail et la détermination d'un emploi convenable, notamment lorsque le travailleur conserve des limitations fonctionnelles et que son lien d'emploi a été perdu [46].

Une approche interculturelle met aussi en lumière une asymétrie dans les rapports de pouvoir qui se dressent entre les individus selon qu'ils proviennent du groupe dit majoritaire ou des groupes minorisés [47, 48]. Ces rapports de pouvoir se jouent également au niveau du lien qui se tisse entre un individu et les institutions publiques ou parapubliques et leurs représentants qui défendent des pratiques, des valeurs et des manières de faire qui s'imposent comme une norme [49]. Le débat en santé publique autour de la valeur et de la définition de l'autonomie, et sa possible interprétation auprès des populations immigrantes illustre bien la teneur de cet enjeu [27, 50]. L'écart face à la norme en contextes de diversité ethnoculturelle peut devenir un facteur de différenciation et de renforcement des stigmates qui assignent aux immigrants ou aux personnes issues des minorités ethnoculturelles un attribut négatif comme, par exemple, celui d'augmenter la durée des interventions ou d'en appréhender la complication. La mécanique de cette attribution n'est pas facile à saisir et se met en place dans des contextes organisationnels spécifiques et possèdent une logique opérationnelle qui leur sont propres et qui n'ont pas nécessairement été conçus dans l'optique de la diversité ethnoculturelle. Cela signifie également que les cliniciens peuvent être confrontés à leur impuissance à corriger et à surmonter les obstacles à la réadaptation de leur client quand les institutions qu'ils représentent et dont ils sont chargés d'appliquer les règles n'ont pas la souplesse nécessaire à l'adaptation des services [51].

Au-delà de leur impuissance à contrer les conséquences liées à l'asymétrie dans les rapports de pouvoir susceptibles d'affecter les travailleurs immigrants victimes d'une lésion professionnelle, les cliniciens ne disposent pas de tous les savoirs [52]. La référence première du clinicien porte naturellement sur ses propres schémas culturels [51]. Or, une distanciation de ses propres

schémas culturels est souvent nécessaire pour mieux comprendre ceux qui n'ont pas les mêmes et prendre une distance critique suffisante pour arrimer l'intervention à la réalité et aux besoins du patient [53], sans enfermer ce dernier dans des étiquettes de profils cliniques prédéterminés comme cela a été rapporté par une équipe de chercheurs suédois à la fin des années 1990 [54]. Dans cette étude suédoise, la clientèle immigrante des services de réadaptation s'est retrouvée plus souvent « classée » dans la catégorie des clients « déviants » ou « difficiles à gérer ». Les intervenants interrogés dans cette étude faisaient intervenir un « filtre culturel » avant toute investigation sur le vécu, les valeurs, les attentes et la situation d'emploi du client [54], réduisant souvent ces incompréhensions culturelles aux catégories habituelles des travailleurs à risque d'incapacité prolongée. Ces « filtres » imprègnent la capacité d'écoute empathique et le développement d'une relation thérapeutique positive [38, 42, 55]. Dans ce genre de situation, où la communication est déficiente, les clients et les cliniciens vivent la déception et la frustration de ne pas être compris et, pour ces derniers, d'accumuler les échecs [10, 24, 56, 57].

En somme, la recherche en réadaptation au travail a connu des progrès très importants au cours des deux dernières décennies, en reconnaissant, notamment le caractère multifactoriel des déterminants de l'incapacité prolongée et du retour au travail [58-60]. Des facteurs individuels ont été documentés (ex. : états de santé physique et psychologique, réponse émotionnelle, représentations de la douleur et de l'incapacité, âge), des facteurs organisationnels (ex. : risques associés à un secteur et à un poste déterminé, cadre de travail et culture organisationnelle, climat de travail, lien d'emploi) et des facteurs sociétaux (ex. : cadre légal, caractéristiques des systèmes de santé et d'indemnisation, dynamique du marché de l'emploi) [61]. Même si la culture est reconnue dans ses dimensions individuelles (perceptions, manières de faire et d'interagir) et sociétales (normes en vigueur, valeurs dominantes, etc.), la thématique de la réadaptation et du retour au travail dans le contexte des relations interculturelles a été peu documentée jusqu'à maintenant à l'échelle internationale. Les relations interculturelles le sont encore moins lorsqu'il s'agit de décrire et d'analyser simultanément le point de vue des divers acteurs (travailleurs, agents du tiers payeur, cliniciens, milieux de travail). Bien que les relations interculturelles donnent des jalons intéressants pour identifier des déterminants du retour au travail, elles ne permettent pas d'aborder la problématique de la rencontre interculturelle et des vulnérabilités qui caractérisent souvent les populations immigrantes et/ou minoritaires. Devant cette multitude d'acteurs en présence et compte tenu de la complexité de la situation, il devient impératif de connaître l'expérience et la perspective de chacun et de cibler des besoins et des problèmes spécifiques [62]. À partir de leurs expériences respectives en réadaptation, les intervenants sont-ils suffisamment outillés pour agir de manière optimale dans des contextes de relations interculturelles? Quels sont leurs principaux défis? Quels en sont les principales barrières et les principaux facilitateurs? Quelles stratégies sont mises en place pour surmonter les défis rencontrés? Peut-on identifier dans le parcours de réadaptation et de retour au travail SST des personnes issues de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles des moments clés pouvant faire l'objet d'une attention particulière de la part des intervenants? Voilà une série de questions auxquelles cette étude tente de répondre.

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de cette étude vise à déterminer les stratégies mises de l'avant par les différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au travail des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle. Elle vise à décrire l'expérience et la perspective de chaque partie concernée (travailleurs, cliniciens, conseillers en réadaptation, milieux de travail) pour mieux faire ressortir les contraintes, les obstacles, les facilitateurs et les besoins spécifiques.

À partir de l'expérience et du point de vue des différentes parties concernées, cette étude permettra :

1. D'identifier et de décrire le parcours de réadaptation et de retour au travail des personnes issues de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles;
2. De dégager un « modèle logique » de la réadaptation et du retour au travail illustrant les différentes étapes du processus et les moments clés de ce dernier où les choses ont commencé à basculer positivement ou négativement (incidents critiques);
3. D'établir les principales barrières qui se présentent aux intervenants dans le contexte de la rencontre interculturelle et identifier les stratégies qui ont été mises de l'avant pour les surmonter.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel proposé s’appuie sur le paradigme de l’incapacité développé par Loisel et son équipe [63]. Ce paradigme, qui accorde une grande importance à l’environnement social des travailleurs, identifie quatre « systèmes sociaux » : système relatif à la personne, système de santé, système de compensation et système de l’entreprise. Ainsi, la méthodologie envisagée pour réaliser cette étude tiendra compte de l’environnement social du travailleur en intégrant plusieurs groupes d’acteurs sociaux, représentant ces différents « systèmes ». Cette démarche méthodologique est nécessaire pour situer le point de vue de chaque participant dans un cadre de travail et dans des contextes professionnels et institutionnels spécifiques qui peuvent dépasser le simple point de vue des acteurs. C’est ainsi qu’un schéma d’entrevue spécifique pour chaque catégorie d’acteurs a été conçu pour illustrer leur réalité propre, leurs contraintes et leurs manières respectives de développer des stratégies et des moyens d’action susceptibles de faciliter le processus de retour au travail.

Aussi, une étude de Gravel *et al.* [17] a tenté de reconstituer des parcours d’indemnisation chez les immigrants en identifiant des difficultés propres à ces populations bien qu’elle décrive surtout une situation médico-administrative et professionnelle qui se produit le plus souvent en amont de l’étape de la réadaptation [17]. L’étude qui est présentée dans ce rapport reprend à la fois le paradigme de l’incapacité de Loisel *et al.* et le modèle logique du parcours d’indemnisation développé par Gravel *et al.* en l’adaptant au processus de réadaptation et de retour au travail.

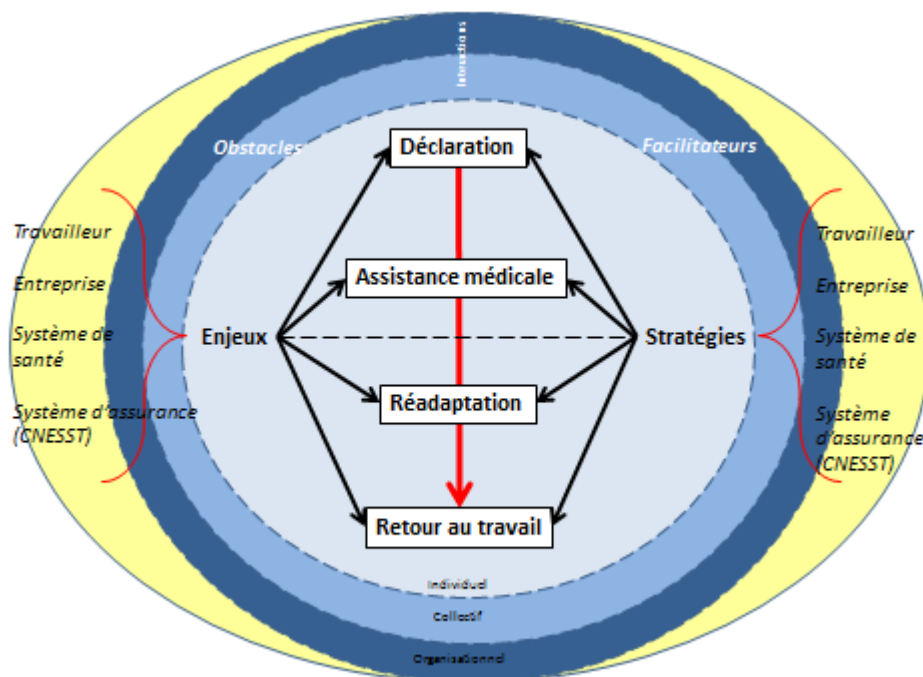


Figure 1. Étapes du processus de réadaptation et de retour au travail

Comme l’indique la Figure 1 ci-dessus, ce parcours définit quatre grandes étapes médico-administratives : a) la déclaration de la lésion et sa prise en charge; b) l’assistance médicale; c) la réadaptation; d) le retour au travail. Ainsi, pour chaque étape du processus, et pour chaque

catégorie d'acteurs, correspondent différents niveaux d'interactions : individuel, collectif et organisationnel qui doivent être considérés dans la manière de construire les schémas d'entrevues et le regard porté sur la thématique de recherche. À ces différents niveaux doivent correspondre des enjeux, des obstacles, des facilitateurs et des stratégies spécifiques qui sont introduites et testées par les intervenants pour obtenir des résultats (reliés aux objectifs des programmes de retour au travail).

Ces étapes du processus de réadaptation et de retour au travail décrivent une trajectoire médico-administrative qui demeure normée (et qui reflète une perspective technobureaucratique) [64]. Certains auteurs ont élaboré une typologie des trajectoires en employant certains critères. Ainsi, Bültmann *et al.* décrivent plusieurs trajectoires en fonction du fait d'être retourné au travail ou non, si ce retour au travail s'est effectué de manière durable (*sustainable*), s'il y a eu récurrence de l'absence du travail et une possible rechute ou récurrence [65]. Quinze ans plus tôt, Baril *et al.* décrivaient une typologie semblable, en précisant de nombreuses variantes fondées sur la nature du lien d'emploi, le poste occupé avant la lésion et après celle-ci, la modification des tâches, la présence ou non de démarches pour faciliter le retour au travail et faire face à une éventuelle inemployabilité [59]. Toute démarche méthodologique doit être attentive à ces divers scénarios et à leurs déterminants pour mettre en relief la complexité qui se joue à différents niveaux, dans des contextes où plusieurs acteurs (travailleurs, intervenants divers, employeurs, etc.) sont appelés à jouer un rôle et à interagir lors des différentes étapes du processus.

En Norvège, Øyeflaten *et al.* ont établi une typologie fondée sur les étapes médico-administratives qui décrit la structure du système d'indemnisation et de réadaptation norvégien, en introduisant l'idée de « transitions multiples » [66]. Cette idée signifie que la trajectoire médico-administrative comporte des moments clés dans le processus de réadaptation, des étapes que l'on peut qualifier de « transitionnelles ». Cet espace transitionnel décrit différentes facettes de l'identité personnelle du travailleur, concernant ses parcours médical, administratif et professionnel, et les dynamiques qui se construisent à travers le système en place [64]. Cet espace liminal déstructure le « système » du travailleur et son univers de sens et de représentations qui avaient cours avant la survenue de la lésion. L'accident marque le cheminement identitaire du travailleur et sa représentation de soi dans un contexte changeant, voire incertain, et fait appel à divers mécanismes de signification/interprétation pour, éventuellement, créer un sens nouveau et opérer un remaniement de l'identité personnelle [67, 68]. Cette transition se caractérise par une grande intensité sur le plan émotionnel ou affectif puisqu'elle nécessite une décomposition/recomposition de l'identité sociale du travailleur et de sa position dans une structure sociale donnée, traversée par l'idée d'une perte (*loss*) [69]. Dans ce contexte de vie (travail, famille), cela peut entraîner diverses réactions comme la crainte des préjugés, la peur et l'incertitude envers l'avenir, les espoirs et les illusions, les désespoirs et le désabusement, le sentiment d'injustice et des phénomènes comme la stigmatisation [70].

Pour les immigrants, l'accident enclenche une redéfinition identitaire qui s'ajoute à celle engendrée par l'immigration. C'est ce qu'on appelle une trajectoire symbolique [68, 71]. Elle comprend l'idée de « cheminement identitaire » proposée par Martin et Baril [64]. Elle est symbolique en ce qu'elle illustre l'évolution d'une maladie ou d'une situation de handicap à partir de l'expérience du sujet et de la dimension interprétative des événements rapportés. La trajectoire symbolique va donc au-delà d'une vision de la trajectoire qui se définirait

principalement à partir du statut d'emploi comme c'est le cas chez Bültmann *et al.* (2007), Baril *et al.* (1994) et Durand *et al.* (2008) [59, 65, 72]. Ces trajectoires sont très importantes pour notre étude, car elles permettent de constater que les parcours linéaires et sans obstacles sont plutôt rares. Toutefois, la notion de trajectoire est peu abordée dans la littérature en réadaptation au travail au regard du cheminement personnel contrairement aux études en anthropologie et en sociologie de la santé, dont les travaux pionniers de Glaser et Strauss [73] et ceux, plus récents, de Michael Bury, qui a introduit la notion de rupture biographique (*biographical disruption*) [74], et ceux de Kathy Charmaz, qui montrent le lien complexe entre l'effondrement de l'image de soi à travers l'expérience de la maladie et de sa nécessaire reconstruction [69], appelé ailleurs *post-illness self* [40]. Cette dimension peut ne pas être toujours visible pour les intervenants qui ne jouissent pas tous d'un haut degré de proximité ou de confiance avec le travailleur, mais qui est tout de même reconnue pour avoir un impact sur l'évolution de la thérapie. Par exemple, à quel événement correspond l'effondrement de l'image de soi? Quelle situation a pu propulser le travailleur dans une telle détresse personnelle? Et comment s'en sortir? Comment saisir cette détresse et aider le travailleur à mieux rebondir? Cette détresse est-elle un passage obligé du cheminement personnel qui doit conduire vers un meilleur équilibre et vers une image plus positive de soi? Quels autres acteurs doit-on mobiliser pour accompagner le travailleur dans cette voie, et à quel(s) moment(s)? On le voit, la notion de « trajectoire symbolique » dépasse largement les éléments plus « objectifs » et plus formels ou statutaires qui se rapportent au statut d'emploi et au parcours administratif, même si ces enjeux sont indissociables de la dimension plus subjective ou plus phénoménologique qui vient d'être évoquée. Ces événements (par ex. : la perte du lien d'emploi, l'acceptation des limitations fonctionnelles permanentes, etc.) comprennent des moments potentiellement perturbateurs et chargés de sens et d'affects qui deviennent des moments clés « symboliques » et prennent une nouvelle dimension en contexte migratoire.

4. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de cette étude recourt à un échantillon raisonné de quarante personnes (n=40) regroupant quatre catégories d'acteurs : des travailleurs (n=9), des cliniciens (n=15), des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation (n=14), ainsi que des représentants du milieu de travail (n=2). Au groupe des agents d'indemnisation et des conseillers en réadaptation s'ajoutent deux groupes de discussion comportant un total de 7 participants. Tous les travailleurs ont été recrutés dans la région métropolitaine (Montréal) parmi la clientèle des cliniques de réadaptation participantes et d'organismes communautaires qui viennent en aide aux personnes ayant subi un accident de travail ou une maladie professionnelle. Ils devaient avoir vécu dans la dernière année un épisode d'absence prolongée (≥ 90 jours suivant l'ouverture et l'acceptation du dossier d'indemnisation à la CNESST) pour faciliter la comparaison avec d'autres études semblables, avoir suivi un traitement de réadaptation lié à une lésion professionnelle avec douleur chronique, être en mesure de parler anglais ou français (ou toute autre langue si accès à un interprète), et se définir comme appartenant à une minorité visible ou ethnoculturelle. Comme le suggère l'Association internationale pour l'étude de la douleur, la douleur chronique se définit telle qu'une douleur qui persiste depuis au moins trois mois [75]. Plusieurs facteurs médicaux et non médicaux peuvent participer à la chronicisation. La perception de l'état de santé (et de la capacité fonctionnelle) constitue un facteur non négligeable dans la mise en place d'un schème de chronicité [18]; d'autres facteurs psychosociaux et relatifs à l'environnement de travail peuvent également être mis en cause (ex. : attentes de retour au travail, relations de travail et soutien du milieu de travail, litiges médico-légaux, stratégies dites passives de contrôle de la douleur et le recours à des modalités strictement biomédicales, évitement de l'activité physique et déconditionnement, etc.) [76-78]. Ces différents facteurs renforcent la situation d'absence prolongée.

Pour ce qui est des cliniciens, ils ont été recrutés à l'aide d'invitations lancées auprès des principaux centres de réadaptation de la région de Montréal. Les cliniciens sélectionnés devaient avoir des expériences auprès de la clientèle multiethnique. Les agents d'indemnisation et les conseillers en réadaptation ont eux aussi été recrutés par invitations lancées aux directions de l'indemnisation et de la réadaptation de la CNESST de l'Île de Montréal. Ils devaient travailler avec des cas à risque et en tandem (association d'un agent d'indemnisation et d'un conseiller en réadaptation liés dans un suivi de dossier) auprès d'une clientèle multiethnique. Puis, une démarche a été entreprise auprès de l'équipe de santé au travail du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS), des principaux centres de réadaptation de la région de Montréal, de la Direction des communications et de la valorisation de la recherche de l'IRSST ainsi qu'auprès des partenaires siégeant au comité de suivi rattaché à ce projet de recherche pour développer une stratégie de recrutement des représentants des différents milieux de travail. Les employeurs retenus pour la présente étude devaient avoir parmi son personnel des employés immigrants victimes d'une lésion professionnelle et qui ont été ou étaient en congé maladie de longue durée. Pour chacun de ces groupes, nous avons visé environ quinze participants en suivant le principe de la saturation des données.

Des entretiens individuels semi-dirigés, d'une durée moyenne de quatre-vingts minutes, ont été menés à l'aide d'un guide d'entrevue. Ces entretiens ont été basés sur l'approche des incidents

critiques dans la manière d'aborder les enjeux en SST, la réadaptation et le retour au travail [79, 80] et sur la technique de l'entretien d'explicitation [81]. Il s'agit d'une approche rétrospective. De plus, les entretiens semi-dirigés ont permis de centrer le discours sur des thèmes précis et de laisser la possibilité aux participants de développer et d'orienter leurs propos à partir des différents thèmes proposés par le chercheur [82]. Ces thèmes sont consignés dans un guide d'entrevue où des questions types peuvent être données en exemple [82]. L'échantillonnage visait une variation maximale, c'est-à-dire la recherche extensive de la variation des cas dans les parcours de réadaptation et de retour au travail pour attester des différents « parcours » ou des thèmes communs. Cette stratégie est recommandée lorsque l'échantillon est de petite taille et qu'il n'existe que très peu d'information sur la population ou le groupe à l'étude [83].

Une recension des écrits a été effectuée pour identifier les thèmes émergents et les principaux défis rencontrés par les différents acteurs durant le processus de réadaptation et de retour au travail (annexe A). La construction des outils de collecte de données s'est appuyée sur ces thèmes et ceux qui sont ressortis des entretiens exploratoires menés auprès de travailleurs, de cliniciens, de conseillers en réadaptation et de représentants des milieux de travail. Une grille d'entrevue a été construite pour chaque groupe, testée et utilisée de manière similaire auprès des différents acteurs pour faciliter le travail de comparaison et le croisement des perspectives (annexes B, C, D et E). Une approche interculturelle basée sur la centration et la décentration appliquée à la grille d'entrevue dans la formulation des questions et la recherche d'incidents critiques a permis de s'assurer de bien comprendre le fonctionnement habituel de chaque groupe, avant de préciser les caractéristiques propres de l'intervention en contexte pluriethnique [84].

L'approche des incidents critiques consiste à demander aux participants de raconter leurs expériences personnelles concernant la problématique qui est étudiée; elle vise à recueillir la perception des participants sur le processus de réadaptation et de retour au travail en faisant ressortir les moments clés, les échanges fructueux ou non, qui ont imprimé une tangente positive ou négative au processus thérapeutique [80]. Cette approche permet de faire ressortir des contextes d'interactions où la rencontre interculturelle peut avoir été un enjeu, d'identifier les acteurs en présence, les situations problématiques, la réaction affective du participant et les représentations (valeurs, normes, conceptions, etc.) [79, 80]. L'approche des incidents critiques a été développée en psychologie par John C. Flanagan pour analyser et classer des expériences racontées par les sujets interrogés [85]. Elle a été reprise au Québec dans les années 1980 par Margalit Cohen-Émerique dans le contexte de la rencontre interculturelle [80, 86], en tentant de mettre en évidence des situations récurrentes et contextuelles qui demandent une attention particulière afin de les résoudre [87].

L'approche retenue par la présente étude s'inspire également de la technique de l'entretien d'explicitation de Vermersch [81] qui consiste en une « pratique d'écoute basée sur des grilles de repérage [thématique] de ce qui est dit et de techniques de formulation de relances (questions, reformulations, silences) qui visent à aider, à accompagner la verbalisation dans un domaine particulier de l'expérience en relation avec des buts personnels et institutionnels divers » [81]. En ce sens, elle complète bien l'approche des incidents critiques.

Étant donnée la forte charge affective que pouvaient comporter ces entretiens de recherche pour les participants, et plus particulièrement les travailleurs indemnisés qui vivaient tous au moment des entrevues des épisodes d'incertitude relative au processus de guérison et de retour au travail,

la plupart ayant perdu leur lien d'emploi. À la charge affective s'ajoute une douleur physique palpable, ou dont les signes extérieurs étaient perceptibles pour les chercheurs lors de l'entrevue (ex. se tenir le bras, changer de position); nous avons prévu au préalable d'inviter les participants à prendre une pause durant l'entretien, à se lever, à reprendre l'entretien ultérieurement ou à l'interrompre. Malgré la douleur physique et morale éprouvée par les travailleurs, la plupart d'entre eux ont remercié les chercheurs de s'intéresser à leur condition et tenaient fermement à poursuivre l'entretien jusqu'au bout. L'entretien a pu avoir chez eux un certain effet libérateur, voir thérapeutique, comme cela a déjà été suggéré par Corbin et Morse [88] et Shamai [89]. Pour les chercheurs, cela comportait une autre charge émotionnelle qu'il n'était pas toujours facile de dissimuler durant l'entrevue et qui a pu nécessiter parfois, à la suite de l'entretien, un temps de ventilation.

L'analyse du matériel s'est inspirée de la théorisation ancrée (*grounded theory*) qui consiste à dégager le sens d'un événement, d'identifier et de lier ses différentes composantes en vue de construire un modèle (conceptuel ou théorique) qui peut faire ressortir la multidimensionnalité et la multicausalité du phénomène étudié [90]. La théorisation ancrée permet aux chercheurs de développer une compréhension des phénomènes observés à partir des données recueillies, plutôt que de recueillir des données pour évaluer un modèle théorique, un programme ou des hypothèses *a priori*. Elle prend en compte le sens que les acteurs donnent à un phénomène et comment ces derniers ressentent, vivent et réagissent en situation d'interaction concrète. La démarche analytique de la théorisation ancrée est donc inductive.

La théorisation ancrée procède en différentes étapes : codification, catégorisation, mise en relation, intégration, modélisation et théorisation [90, 91]. Ces étapes ne sont pas exclusives les unes des autres et la progression n'est pas linéaire [90]; elles s'inscrivent dans un processus itératif, c'est-à-dire un mouvement constant d'allers-retours entre la codification et la catégorisation [73]. Ainsi, les thèmes émergents qui proviennent d'un entretien sont intégrés ou testés lors des entretiens ultérieurs de manière à raffiner les questions de recherche et à analyser le plus rigoureusement possible le phénomène étudié [92]. La codification démarre le processus analytique en étiquetant le corpus de données recueillies. Il existe trois opérations distinctes de codification : une codification ouverte, une codification axiale et une codification sélective [73]. La codification ouverte consiste à lire les entrevues ligne par ligne et à « dégager, relever, nommer, résumer, thématiser » le propos recueilli [90] (p.154). La codification axiale consiste à établir des liens entre les phénomènes, regroupements de codes ou de concepts (ex. codes : moments clés, stratégies, obstacles). Cette étape découle de l'analyse de la deuxième entrevue permettant de rectifier les codes utilisés dans l'analyse de la première entrevue, et de comparer ces codes entre eux et le contenu auquel ils réfèrent en vue de développer et de vérifier de nouvelles hypothèses. À partir de tous les codes créés, un arbre thématique a été construit dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo 10 (annexe F). Puis, la catégorisation sélective consiste à sélectionner les codes centraux autour desquels s'organisent les relations avec les autres données.

Dans un devis interculturel comme celui réalisé dans le cadre de la présente étude, une attention doit être portée à la désignation et à l'appréciation des acteurs en présence comme à celle de la relation thérapeutique (ou relation entre les différentes catégories d'acteurs identifiées). Pour assurer une plus grande fiabilité et une plus grande transparence de la codification et des procédures subséquentes, le principe de la validation interjuge a été appliqué pour s'assurer que

tous les membres de l'équipe de recherche avaient une même compréhension du phénomène [93]. Les désaccords ont fait l'objet de discussion jusqu'à ce que l'équipe dégage un consensus. Les entretiens ont été enregistrés sur un support numérique et retranscrits dans un fichier de traitement de texte. L'analyse du matériel a été effectuée avec l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo, version 10.

Toutes les règles d'éthique préconisées par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne ont été appliquées (no d'approbation R-879) et par le Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR, n° 970-0514). Par souci de transparence et pour assurer la confidentialité, chaque participant a signé un formulaire de consentement l'informant de la nature du projet et de sa participation, du déroulement du projet, des avantages, des bénéfices, des risques et des inconvénients à y participer, de la confidentialité, de la liberté de participation et de retrait et des engagements du chercheur. Les formulaires de consentement peuvent être consultés en annexe (annexes G, H, I, J, K). De plus, un formulaire de confidentialité a été signé par l'assistante de recherche et la transcriptrice (annexe L).

La prochaine section présente les résultats de l'étude. Elle se divise en deux sous-sections : le profil des participants à l'étude et le processus de réadaptation et de retour au travail. Cette dernière sous-section est la plus volumineuse, car elle décrit les quatre grandes étapes de la trajectoire médico-administrative : survenue de la lésion et début de la prise en charge, assistance médicale, réadaptation, retour au travail.

5. RÉSULTATS

5.1 Profil des participants à l'étude

Le Tableau 1, le Tableau 2 et le Tableau 3 présentent les caractéristiques des quarante participants de notre étude. Ces tableaux incluent les différentes informations sur les cliniciens, les intervenants de la CNESST, les travailleurs indemnisés ainsi que les représentants des entreprises⁴.

Tableau 1 : Caractéristiques des cliniciens et des intervenants de la CNESST⁵

Type d'intervenant	Clinicien	CNESST	Total
Sexe			
Femme	9	11	20
Homme	6	3	9
Âge			
20-29	6	4	10
30-39	4	6	10
40-49	2	1	3
> 50	3	3	6
Pays d'origine			
Canada	10	12	22
Europe	4	0	4
Asie de l'Est	1	0	1
Amérique du Sud	0	2	2
% clientèle immigrante*	62	61	61,5

* Ce pourcentage n'est pas une donnée quantitative. Il provient de l'estimation moyenne effectuée selon l'expérience des intervenants rencontrés.

⁴ Cette section aborde la perspective des différents acteurs : cliniciens, intervenants de la CNESST, travailleurs et employeurs. Le lecteur pourra noter que la perspective des cliniciens et des intervenants de la CNESST est plus souvent rapportée que celle des travailleurs et des employeurs. Cela s'explique par des difficultés de recrutement. Il est évident que la facture actuelle de ce rapport reflète cette situation et qu'elle explique en grande partie ce déséquilibre apparent.

⁵ Il s'agit d'un tableau synthèse des caractéristiques provenant des cliniciens et des intervenants de la CNESST. À l'annexe M, vous retrouverez les caractéristiques complètes de chacun de ces groupes de participants ainsi que leurs pseudonymes.

Tableau 2 : Caractéristiques des travailleurs

Pseudonyme	Profession	Domaine d'étude	Sexe	Âge	Région d'origine
Amine	Journalier	Droit, criminologie (maîtrise)	H	36	Afrique du Nord
Carmen	Préposée à l'entretien	Orthophonie (baccalauréat)	F	n/d	Amérique du Sud
Umberto	Mécanicien automobile	Mécanique (formation suivie au Québec)	H	50	Europe méridionale
Belkacem	Préposé bénéficiaire	Soins infirmiers	H	n/d	Afrique du Nord
Valencia	Infirmière auxiliaire	Infirmière auxiliaire	F	49	Antilles
Harica	Cuisinière	Administration	F	50	Proche-Orient
Leticia	Cuisinière	Cuisine d'établissement	F	55	Amérique du Sud
Rocio	Concierge	Coupe et confection du cuir (formation suivie au Québec)	H	61	Amérique centrale
Dario	Rembourreur	Dessin industriel (formation suivie au Québec)	H	47	Amérique centrale

Tableau 3 : Caractéristiques des représentants des entreprises

Pseudonyme	Secteur d'activité	Taille	Présence syndicat	Main-d'œuvre immigrante*
Entreprise Gourmet ABC	Agroalimentaire	>300	Non	85 %
Entreprise Cap Gear	Divertissement	>3000	Non	15 %

*Ce pourcentage n'est pas une donnée quantitative. Il provient de l'estimation effectuée par le représentant du milieu de travail.

5.2 Modèle du processus de réadaptation et de retour au travail

Cette sous-section aborde la trajectoire médico-administrative dans laquelle sont présentés : a) des enjeux et des stratégies spécifiques aux travailleurs immigrants, les principaux obstacles rencontrés, ainsi que les facilitateurs; b) des moments clés symboliques identifiés par les intervenants (cliniciens et intervenants de la CNESST) (et qui peuvent représenter un moment de rupture dans le parcours de réadaptation et de retour au travail, et marquer le cheminement identitaire ou la trajectoire symbolique des travailleurs); c) des incidents critiques (tels que définis précédemment) qui se présentent sous la forme de situations types.

La trajectoire médico-administrative se compose des moments suivants :

1. **Survenue de la lésion** : déclaration, réclamation, admissibilité, rapport médical et diagnostic;
2. **Assistance médicale (suivant l'acceptation de la demande)** : traitements en physiothérapie, en ergothérapie, en kinésiologie, et suivis médicaux avec le médecin traitant; selon les dispositions prévues par la Loi (LATMP), les rapports médicaux peuvent être contestés par l'employeur ou par la CNESST;
3. **Réadaptation (avec/sans limitations fonctionnelles)** : reconditionnement, développement des capacités, réentraînement en vue d'un retour progressif au travail. Cette étape peut nécessiter une réorientation professionnelle;
4. **Retour au travail** : emploi antérieur, nouvel emploi auprès du même employeur (si le lien d'emploi a été conservé), nouvel emploi auprès d'un nouvel employeur;
5. **Non-retour au travail** : le travailleur est en recherche d'emploi ou la CNESST est en voie de lui déterminer un emploi convenable; il se peut qu'un travailleur se retrouve sur la voie de l'assistance sociale ou qu'il se retire volontairement du marché du travail pour se consacrer à d'autres occupations (p.ex. familiale) si sa situation financière le lui permet.

Ces moments correspondent à la fois aux étapes du processus de réadaptation et de retour au travail prévues par le régime québécois d'indemnisation. Certains de ces moments ont été identifiés par les intervenants interrogés comme des « moments clés », car ils constituent selon eux des moments déterminants, c'est-à-dire des moments qui marquent une transition ou qui demandent un effort considérable en matière de compréhension de la problématique vécue par les travailleurs blessés et de coordination des actions. De plus, ces moments exigent les habiletés relationnelles nécessaires pour gagner la confiance du travailleur et briser les barrières qui peuvent se présenter et qui contribuent à la complexité du problème : barrières linguistiques, barrières culturelles, barrières liées à la fragilité du lien d'emploi et au cumul de précarités [94]⁶.

⁶ Le concept de cumul de précarités utilisé dans ce rapport reprend quatre formes de précarité telles que définies par Gravel et Dubé [101] : 1) *la précarité du lien d'emploi* : des liens d'emploi incertains comme ceux des travailleurs d'agence ou des liens d'emploi à brève échéance comme ceux des travailleurs saisonniers ou des

5.2.1 Survenue d'une lésion professionnelle

Cette étape comprend la déclaration de la lésion, la formulation de la demande d'indemnisation et l'évaluation médicale. Il s'agit d'une étape cruciale lors de laquelle le travailleur reçoit un diagnostic qui lui permettra de recevoir les soins médicaux et paramédicaux appropriés. C'est à ce moment que le travailleur fait son entrée dans le régime d'indemnisation et de réadaptation.

5.2.1.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs

C'est une étape lors de laquelle le travailleur peut recevoir des avis d'experts différents (médicaux ou autres), voire parfois contradictoires. Ces différents avis peuvent provoquer, chez le travailleur qui ne connaît pas bien le régime de santé et d'indemnisation, un sentiment de méfiance et de suspicion envers l'expertise des professionnels et envers le régime en général. « C'est la partie médicale qui mène le bal [...] Surtout quand on a plusieurs avis médicaux différents, on va aller chercher des avis, mais il y en a qui sont souvent contradictoires [...] Là, ça rentre la méfiance, c'est sûr que le médical a un impact majeur sur l'évolution de la situation. » (Charles, CNESST)

Les cliniciens qui ont participé à cette étude ont peu de prise sur cette étape, car leur expertise est sollicitée uniquement après que le diagnostic soit reconnu et que le lien étiologique entre la lésion et le poste occupé ou les tâches exécutées est admis. Même si elle survient en dehors de leur cadre de travail, certains cliniciens et conseillers en réadaptation de la CNESST constatent néanmoins que cette étape peut être décisive et qu'un diagnostic imprécis, incomplet peut avoir des conséquences sur leur capacité à apporter les soins appropriés quand, par exemple, un clinicien voudrait ajouter une composante psychologique au traitement et que cela n'est pas prescrit par le médecin traitant. À cette étape, selon plusieurs participants interrogés, des barrières linguistiques et culturelles peuvent avoir une incidence sur la relation médecin-patient.

« C'est vraiment d'avoir un bon diagnostic [...] la question du diagnostic, c'est très important pour bien comprendre la situation. Comprendre ce qui se passe exactement [...] il faut faire un bon diagnostic sur l'ensemble des éléments et départir les aspects qui sont de nature culturelle. C'est très difficile de départir les facteurs qui sont spécifiques aux cultures. » (Charles, CNESST)⁷

« Mais il y a un système, la Loi fait en sorte que c'est le médecin qui est le seul autorisé à émettre un diagnostic [...] le physiothérapeute, l'ergothérapeute qui a un

sous-traitants; 2) *la précarité économique* découlant du type de rémunération (à la pièce, au volume ou à l'heure) et du non-respect des normes de rémunération (taux horaires payés, heures normales et supplémentaires payées); 3) *la précarité professionnelle* alors que les diplômes, les compétences, les expériences et l'ancienneté ne sont pas considérés dans l'entente de la rémunération; 4) *la précarité de statut migratoire* en tant que citoyen, immigrant, travailleur étranger temporaire (TÉT) ou personne en attente d'un statut de réfugié, qui craint d'être déporté s'il exerce ses droits. Le concept du cumul de précarités peut être repris pour mesurer l'écart de conditions de travail entre travailleurs réguliers et travailleurs intérimaires (ou travailleurs d'agence de location de personnel) dans une même entreprise.

⁷ À l'annexe M, vous retrouverez les caractéristiques complètes de chacun de ces groupes de participants ainsi que leurs pseudonymes.

doctorat, une maîtrise, il peut évaluer le patient et son travail, le médecin n'en sait pas plus qu'eux.» (Nathan, clinicien et responsable d'un programme de réadaptation interdisciplinaire)

« Il y a beaucoup trop de traitements, je pense, dans les dossiers, mais ce n'est pas vraiment la faute de la CNESST, on suit ce que le médecin dit [...] Sur le plan administratif, on ne veut pas aller chercher un nouveau diagnostic. Tu ne vas pas aller à la pêche au nouveau diagnostic quand le médecin n'en parle pas, mais en même temps, sur le plan éthique, tu sais que la personne ne va pas bien. » (Chloé, CNESST)

Une des stratégies évoquées par quelques intervenants de la CNESST consiste à interroger le travailleur accidenté sur son niveau de satisfaction des services médicaux obtenus, de l'écoute perçue, et ainsi inciter le travailleur à questionner son médecin sur sa condition médicale, sur le rétablissement de son état de santé. Des écarts culturels peuvent influencer la nature des interactions et des échanges entre médecin et travailleur accidenté, et cela peut avoir une incidence sur la capacité du médecin à obtenir toutes les informations nécessaires à l'émission d'un diagnostic complet. Bien que cette étude ne vise pas à documenter l'interaction avec les médecins traitants, ces quelques résultats indiquent qu'une étude approfondie de ce type d'interaction serait fort utile.

À cette étape de la trajectoire de réadaptation, la langue et la proximité thérapeute-patient apparaissent déjà comme un enjeu. Les cliniciens ayant établi une relation de proximité avec leurs patients ont un accès privilégié à des informations personnelles qui leur permettent de dresser un portrait des enjeux qui peuvent justifier ou non un retour au travail. Ainsi :

« Des fois on va suggérer « retour au travail » ou « arrêt de travail ». Selon nous, notre évaluation, c'est ce que l'on croit être le mieux pour le patient. Mais parfois, quand le patient voit le médecin, il peut lui dire différentes choses ou le médecin peut avoir une idée différente de la mienne (sur la capacité au travail), mais c'est le médecin qui décide du retour au travail. » (Mei, clinicienne)

L'évaluation de l'état de santé du travailleur et de ses capacités fonctionnelles est un enjeu qui se pose à toutes les étapes du processus de prise en charge, de l'évaluation initiale au retour au travail. Par ailleurs, certains travailleurs rapportent des situations où un médecin traitant est déterminé à offrir son aide, mais en dehors du régime d'indemnisation :

« Mon médecin de famille ne voulait rien savoir de la CNESST. Il dit : aucun papier pour la CNESST, moi je refuse, je ne veux rien savoir d'eux autres, c'est trop compliqué, oublie ça. » (Dario, design industriel, Amérique centrale)

« Mon médecin, il voulait pas se mêler à la CNESST. Il dit je vais te traiter et tu vas être correct. » (Umberto, mécanicien, Europe méridionale)

Certains travailleurs ne sont pas encouragés à déclarer leur lésion comme une lésion professionnelle, alors que d'autres, des immigrants méconnaissant le système d'indemnisation et

les différences en matière de droits et de couverture médicale, ne verront pas la pertinence de le préciser à leur médecin:

« J'avais de la difficulté [à saisir la différence] entre accident de travail et d'autres accidents. C'est quoi la différence? Pendant plus d'une année j'ai essayé de comprendre ce que ça veut dire accident de travail. Si ça m'arrive au travail ou dans rue, c'est quoi la différence? Pourquoi on ajoute du « travail »? Vous voyez? Pourquoi je dois dire accident de travail à la clinique médicale? Oui, j'ai une maladie, j'ai un problème dans mon bras, qu'est-ce que ça change [pour eux]? »
(Harica, cuisinière, Proche-Orient)

5.2.1.2 Moments clés symboliques

À cette étape les moments clés ou les grands tournants concernent la survenue de la lésion. Ils marquent un tournant sur le plan existentiel : perte possible du lien d'emploi, probabilités de limitations fonctionnelles, soucis financiers, réorientation professionnelle. Ce moment peut être une source d'angoisse pour l'ensemble des travailleurs qui vivent de l'incertitude et qui n'ont pas encore une bonne idée de la progression de leur lésion. Pour les travailleurs immigrants qui ont consenti de nombreux efforts personnels pour bâtir leur projet d'immigration et d'insertion professionnelle, ce parcours médical, administratif et professionnel peut devenir une trajectoire « déshonorante ». Ce parcours est vu comme déshonorant puisque les travailleurs immigrants sont nombreux à effectuer des emplois temporaires ou de passage qui devraient leur permettre d'acquérir de l'expérience de travail au Canada, de subvenir à leurs besoins matériels et de faire leur entrée dans le marché du travail et, ultimement, occuper un emploi à la hauteur de leurs attentes (et de leurs compétences). Or, la survenue d'une lésion professionnelle peut couper court à leur rêve d'intégration. Le fait de recevoir des indemnités de remplacement de revenu et de vivre avec un handicap peut, dans certains cas, devenir une source de honte et de disqualification sociale.

« [...] ils vont des fois aller un petit peu plus rapidement que ce qu'ils devraient faire, ils vont essayer d'avoir moins de traitements, de retourner plus vite au travail [...] au risque de se blesser à nouveau, parce que c'est une honte d'être en arrêt de travail. » (Charlie, CNESTT)

Ce déshonneur frappe particulièrement le travailleur qui a des responsabilités familiales, et, à plus forte raison, quand l'homme conserve le titre de pourvoyeur principal et dont l'épouse doit, pour combler les pertes financières, se trouver un emploi. En plus du stress éprouvé au moment d'aborder le retour au travail et de la possibilité de conserver des limitations fonctionnelles, il est possible que les travailleurs éprouvent un sentiment d'insécurité pouvant varier selon leur niveau de précarité. Plusieurs intervenants interrogés croient que le sentiment d'insécurité est plus fort chez les travailleurs immigrants. Le parcours migratoire et d'insertion difficile de ces personnes pourrait expliquer en partie ce phénomène comme le soutient cette intervenante de la CNESTT :

« Je pense que c'est assez difficile pour tout le monde, mais je pense que l'insécurité est peut-être plus grande encore chez les gens issus des communautés parce que justement ils ont tellement bûché pour trouver cet emploi-là déjà. [...] Alors

l'insécurité est très grande puis on sent parfois une détresse chez... bien chez tout le monde, mais peut-être plus chez les gens issus des communautés. » (Zoé, CNESST)

Ayant souvent obtenu leur emploi par l'intermédiaire d'un membre de leur communauté, il n'est pas rare que ces travailleurs se retrouvent à l'emploi d'une entreprise appartenant ou administrée par un membre issu aussi de leur communauté. Plusieurs travailleurs immigrants qui ont été victimes d'une lésion professionnelle seront profondément déçus que leurs patrons, solidaires au moment de leur insertion sociale sur le marché du travail, ne portent pas plus d'attention à leurs conditions de SST. Pire, ils seront profondément choqués, voire blessés, si l'employeur conteste le lien étiologique entre la lésion et les tâches exécutées dans l'entreprise. Alors que bien souvent :

« L'employeur conteste systématiquement tout, mais les travailleurs pensent que c'est contre eux, ils n'arrivent pas à comprendre qu'il y a des enjeux financiers dans la contestation [l'établissement du taux de cotisation à la CNESST selon l'expérience de lésions dans l'entreprise, selon la fréquence et la gravité des lésions au cours quatre dernières années]. » (Rosalie, CNESST)

5.2.1.3 Incidents critiques

Le deuxième objectif de cette étude visait à identifier ces situations récurrentes appelées des incidents critiques et d'en comprendre les composantes interculturelles. À cette étape du processus de prise en charge, les principaux incidents critiques que l'on peut répertorier, sur la base de leur récurrence ou de leur apparition fréquente d'après les témoignages recueillis, sont les barrières linguistiques et culturelles (qui peuvent influencer l'évaluation initiale du diagnostic), le fait de ne pas déclarer une lésion professionnelle par méconnaissance du régime ou du fait d'être découragé de le faire par le médecin qui veut éviter les difficultés administratives. La méconnaissance du régime et des droits et devoirs en matière d'indemnisation et de réadaptation constitue un élément important, tant pour les travailleurs que pour les employeurs qui ont une responsabilité à cet égard et les professionnels de la santé qui ne peuvent évoquer la lourdeur administrative pour se soustraire à leurs obligations. Ces incidents peuvent avoir comme conséquences de priver ainsi les travailleurs d'un plein accès au régime d'indemnisation et de réadaptation (et de tous les avantages qu'un tel droit comporte en matière de prise en charge, de protection du lien d'emploi et de droit à la réadaptation).

5.2.2 Assistance médicale

5.2.2.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs

Une fois la requête d'indemnisation acceptée et le processus de traitement bien amorcé, il est impératif d'identifier les risques de chronicité de la douleur et des limitations fonctionnelles du travailleur. L'identification des risques de chronicité requiert une compréhension du parcours migratoire du travailleur et des situations qui peuvent être une source de tensions et faire obstacle au processus de réadaptation. Bien que le mandat de l'assureur public ne soit pas de traiter ces « blessures » psychologiques antérieures, connaître le parcours migratoire peut aider à identifier des barrières pouvant compromettre l'élaboration d'un plan efficace de réadaptation. Accéder

aux évènements de la vie personnelle d'autrui demande au préalable la construction d'un lien de confiance élevée avec l'interlocuteur.

Le dialogue et l'écoute empathique sont essentiels pour construire ce lien de confiance, une construction qui ne peut se faire sans disposer de temps, d'un espace temporel reconnu par l'organisation et qui ne se traduit pas par une surcharge de travail, comme c'est souvent le cas avec la clientèle immigrante. Des ergothérapeutes et physiothérapeutes expriment cette réalité :

« [...] mes personnes québécoises [lire : groupe défini historiquement comme Canadien-français], souvent, elles vont me dire tout ça d'emblée. À l'entrevue initiale, ils vont le dire [...]. Ils vont tout dire dès le début. Mais c'est plus avec des gens immigrants que, pour eux, tout est beau. Au début, aucun problème. Tout va bien. » (Camille, clinicienne)

Poser des questions et construire la confiance prend du temps. Comme le suggère Louis, un physiothérapeute :

« Les premières journées sont : cruciales, déterminantes, ce sont les moments où on a besoin de mieux comprendre les problèmes familiaux, la réalité culturelle du client. Mais, j'ai rarement le temps de leur accorder une heure pour leur poser des questions pour mieux comprendre leur culture ». (Louis, clinicien)

Les organisations qui desservent des clientèles immigrantes ne peuvent pas ajuster à la hausse toutes leurs interventions sans compromettre le fonctionnement des cliniques et accuser un dépassement des coûts. En raison des écarts culturels et linguistiques, les intervenants rapportent :

« On doit souvent répéter les mêmes informations plusieurs fois pour s'assurer que les travailleurs blessés comprennent bien les étapes à venir et éviter que le temps d'intervention s'allonge. » (Susana, clinicienne)

Les mauvaises compréhensions des processus de réadaptation, avec ses diverses étapes de traitement, de consolidation de la lésion et de retour au travail, alimentent trop souvent un sentiment d'injustice qu'éprouve le travailleur immigrant accidenté. Les intervenants de la CNESST ont rapporté diverses formes d'injustice (réelles ou perçues comme telles) nommées par les travailleurs : a) la négligence de l'employeur en matière de prévention et de prise en charge de la SST; b) la contestation, par l'employeur, de la réclamation pour lésion professionnelle; c) le fait de se retrouver avec des limitations fonctionnelles.

Ce sentiment serait plus présent chez les travailleurs immigrants et, à plus forte raison, chez ceux qui ont vécu un litige médico-légal, ou qui se retrouvent dans une situation de surqualification par rapport aux aptitudes requises pour remplir leurs tâches. Au sens de la LATMP, le processus de réadaptation vise à aider le travailleur victime d'une lésion professionnelle à réintégrer l'emploi pré-lésionnel, un emploi équivalent ou un emploi convenable. De nombreux cliniciens ont rapporté devoir convaincre les travailleurs qu'ils « travaillent pour eux ». Un physiothérapeute illustre cette position :

« La majorité des travailleurs immigrants nous arrivent avec un sentiment d'injustice. S'ils nous classent ennemis, même si c'est bon ce qu'on fait, ils vont essayer de montrer que ça ne fonctionne pas et tout ça, ils vont arriver en pensant qu'on travaille pour l'assureur et non pas pour eux, donc il faut, à la première intervention, statuer qu'on est là pour les aider, on est des alliés avec eux. Malheureusement, ils vont souvent mettre l'assureur dans le rôle des ennemis parce qu'ils sentent la pression. » (Jacob, clinicien)

Pour les participants à cette étude, les principales stratégies seraient d'assurer une meilleure correspondance entre intervenants, y compris avec le médecin traitant. C'est au tout début de cette étape de la trajectoire médico-administrative que l'identification des facteurs de risque de chronicité devient cruciale pour les cliniciens et les intervenants de la CNESST qui ont participé à cette étude. Cette identification « précoce » est effectuée systématiquement à la CNESST à l'aide d'« outils de détection » des risques de chronicité. Les travailleurs présentant des risques plus élevés sont pris en charge par une équipe appelée « tandem » composée d'un agent d'indemnisation et d'un conseiller en réadaptation qui travaillent et qui gèrent ensemble les mêmes dossiers. Cette pratique organisationnelle semble appréciée par les intervenants rencontrés, qui peuvent échanger des idées et des pistes d'interprétation et d'intervention dans les dossiers plus complexes. Cette pratique peut donner lieu aussi à du pairage ethnolinguistique lorsque les intervenants sont eux-mêmes issus de l'immigration :

« Je travaille en tandem avec un conseiller en réadaptation donc tous nos dossiers sont en tandem. C'est sûr qu'on a chacun nos tâches plus spécifiques, mais en gros, on travaille vraiment ensemble. On rencontre les travailleurs ensemble. » (Florence, CNESST)

« En fait on travaille en équipe, en tandem, donc on travaille avec un agent d'indemnisation. On a chacun nos rôles, mais c'est un travail d'équipe. Alors on gère les mêmes dossiers ensemble puis toute la question des indemnités, c'est plus l'agent d'indemnisation. Donc c'est plus souvent l'agent, mais on peut en discuter ensemble aussi. » (Zoé, CNESST)

5.2.2.2 Moments clés symboliques

Cette étude portait surtout sur le processus de réadaptation et de retour au travail. Par conséquent, ce sont surtout des cliniciens en deuxième ligne et des intervenants de la CNESST qui travaillent plus directement auprès de la clientèle qui présente, selon eux, des risques de chronicité. Le parcours symbolique est donc plus difficile à cerner dans les données recueillies. L'ensemble des intervenants (clinique, CNESST) parlent davantage de leurs propres champs d'intervention en réadaptation même s'ils peuvent évoquer les étapes antérieures, reconnaissant que le lien de confiance doit être maintenu d'une étape à une autre. C'est lors de l'étape de l'assistance médicale, que le lien est davantage fragilisé, ce qui a pour conséquences de faire naître un sentiment d'injustice qui peut rendre les travailleurs méfiants :

« On a remarqué qu'avec le temps, ceux qui restent sur leur sentiment d'injustice ne mettent pas leur énergie à se réintégrer parce qu'ils sont trop *mindés* [focalisés] sur l'injustice et la reconnaissance de leurs droits. » (Alice, clinicienne)

« Le sentiment d'injustice est une autre des difficultés qu'on va retrouver beaucoup [...] pourquoi ils ont agi d'une certaine manière, ou par rapport au fait qu'ils se sentent pas soutenus ou compris par l'employeur, ça, c'est un autre des obstacles qu'on peut retrouver aussi là . » (Eva, clinicienne)

À cette étape du processus de prise en charge, les cliniciens et les intervenants de la CNESST font référence au phénomène de la multiplication des traitements qui peut nuire, selon eux, au rétablissement des travailleurs, surtout lorsque sa lésion a déjà été consolidée et que les traitements se poursuivent sans un véritable plan d'intervention.

À cette étape, les travailleurs indemnisés rencontrent des intervenants faisant partie de deux systèmes : le système de santé et de services sociaux (SSS) et le système relatif à la santé et à la sécurité du travail (SST) qui opèrent dans des cadres légaux distincts. Les travailleurs immigrants ne connaissent pas nécessairement la différence entre ces systèmes ni celle entre des soins de première et de deuxième lignes. La confusion dans la perception des rôles et des responsabilités de chacun peut fragiliser le lien de confiance avec les intervenants, surtout si, en raison d'un manque de coordination et de concertation entre acteurs, des avis différents ou divergents sont émis, fragilisant encore davantage la confiance du travailleur envers le système et ses représentants. Des doutes peuvent apparaître à cette étape chez les travailleurs, qui n'espèrent plus un rétablissement complet. Quant à la possibilité de conserver des limitations fonctionnelles, il s'agit potentiellement d'une autre source d'angoisse pour tous les travailleurs et elle peut être vécue plus intensément chez les immigrants qui voient ainsi leur parcours professionnel et leur projet migratoire compromis. Face à des parcours médical et administratif incertains, la méfiance peut se développer et évoluer ultimement vers une rupture de la confiance du travailleur immigrant envers le système dans son ensemble. Malgré la succession d'expériences thérapeutiques infructueuses ou aux résultats incertains, un climat de confiance devra être rétabli lors de la phase de réadaptation où viendra s'ajouter l'application de nouvelles modalités de traitements, plus actives et plus intenses.

5.2.2.3 Incidents critiques

Selon les données recueillies, le principal incident critique qui peut se produire à cette étape du processus de prise en charge, serait la genèse et le renforcement du sentiment d'injustice vécu par les travailleurs immigrants et pouvant nuire à l'intervention et à l'établissement du lien de confiance envers le personnel du centre de réadaptation tel que nous le verrons à l'étape suivante.

5.2.3 Réadaptation

5.2.3.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs

L'amorce du programme de réadaptation professionnelle vise le développement des capacités résiduelles en vue d'effectuer un retour au travail. À cette étape, les cliniciens doivent prendre le temps nécessaire pour bien expliquer les buts et les objectifs du programme de réadaptation interdisciplinaire ainsi que leurs rôles et responsabilités. Cette pratique organisationnelle augmente considérablement le temps d'intervention et alourdit les tâches physique et émotionnelle des cliniciens, particulièrement dans le cas des travailleurs immigrants qui doivent

s'adapter à de nouvelles dimensions. Par exemple, pour Nathan, clinicien et responsable d'un programme de réadaptation interdisciplinaire :

« [...] Comprendre la culture de l'autre demande du temps pour le dialogue et l'adaptation du plan de traitement. »

Le prochain extrait situe cette contrainte dans un cadre de travail qui n'a pas été nécessairement conçu et approprié pour une intervention en contexte pluriethnique :

« Ça demande du temps de relation. Ça demande beaucoup de temps pour parler avec la personne pour mieux comprendre sa culture, ce qu'on n'a pas ici. On ne prend pas le temps ici. » (Louis, clinicien)

Une intervenante de la CNESST abonde dans le même sens :

« La seule chose qu'il y a, c'est que les dossiers d'immigration, c'est toujours plus long. C'est 40 % du temps de plus à finaliser un dossier d'immigration à cause des embûches de la langue, à cause de toutes sortes de situations culturelles qui appartiennent à la nationalité en question dont tu traites. » (Clara, CNESST)

L'augmentation de la durée et de la fréquence des rencontres peut aussi traduire une préoccupation par rapport à la gestion de l'insécurité des travailleurs face à la trajectoire médico-administrative, comme le sous-entend cette autre intervenante :

« Je suis capable de comprendre la difficulté qu'ils ont, l'insécurité qu'ils ont et qui peut être plus grande que ceux qui sont nés ici, qui sont dans leur langue et qui connaissent les services. C'est peut-être plus insécurisant dans ce temps-là, alors on va les appeler plus souvent ou on va faire d'autres actions pour s'assurer qu'ils ont bien compris. » (Juliette, CNESST)

Quand le contexte de travail n'est pas adapté aux caractéristiques de la clientèle desservie, la charge de travail des cliniciens et des intervenants peut devenir un enjeu important pouvant mettre en question leur satisfaction et leur santé au travail, comme le suggère cette clinicienne :

« On a perdu 3 adjointes ici parce qu'elles n'étaient pas capables de faire [la gestion des absences et des retards], il y en a 2 qui sont parties en dépression, puis une autre qui a juste quitté pour un autre emploi parce qu'elles disent : c'est une clientèle trop difficile. Pourtant ils sont super fins [gentils]. C'est juste [que] c'est trop difficile à faire entrer dans un horaire. Elles disent que c'est une clientèle trop difficile. » (Emma, clinicienne)

Quand la charge de travail devient une « surcharge », elle peut avoir un impact sur la capacité d'intervention et l'offre de service : « C'est sûr que je sens que des fois, on est surchargé aussi, tu sais si t'as 45 dossiers, t'as pas le moyen non plus d'intervenir pour chacun comme t'aimerais [...]. » (Victoria, CNESST)

La perception de l'augmentation du temps de travail comporte une charge physique et émotionnelle qui est beaucoup plus complexe qu'elle n'y paraît, car elle peut générer ou

renforcer certains préjugés qui, à leur tour, peuvent influencer le degré d'empathie de l'intervenant envers le client :

« On ne veut pas partir avec un préjugé quand on rencontre quelqu'un. On ne veut pas [...] Mais on va se le dire, c'est ces dossiers-là qui étaient longs, qui durent puis qui durent puis qui durent. On dirait qu'eux-mêmes nous prouvent le contraire, tu sais. On dirait qu'ils confirment le stéréotype. » (Zoé, CNESST)

Pour ce clinicien, qui est aussi responsable d'un programme interdisciplinaire, une des stratégies employées pour alléger la charge de travail de son équipe de cliniciens consiste à « trier » les dossiers. Cela suppose une certaine anticipation des résultats et du profil des travailleurs en fonction de leur origine ethnique :

« C'est juste que moi je vais les trier. Puis l'ergo, disons, elle n'en prendra pas 3 [de la région A] en même temps. Tu sais, elle va en prendre un [de la région A], mais après elle va en prendre un autre [d'une autre région]. Mettons que s'il n'y avait que cette clientèle-là, moi je ne *tofferais* pas [je n'endurerais pas]. [...] » (Nathan, clinicien et responsable d'un programme de réadaptation interdisciplinaire)

Le thème de la durée et de la fréquence des interventions est important puisqu'il dépasse la simple question de la plage horaire consacrée à un client et met en relief, notamment, la lourdeur de la charge de travail lorsque les intervenants et les organisations n'ont pas toujours les outils en main en matière de communication interculturelle. Parmi les autres thèmes émergents relatifs à cette étape de la prise en charge, figurent aussi le style de communication et le langage non verbal, le stigmate relatif à l'état de santé mentale, la construction du lien de confiance et l'implication de la famille. Quelques cliniciens ont rapporté des enjeux relatifs aux modalités d'intervention mettant en cause des rapports de genre.

Le style de communication, directe ou indirecte, peut-être une barrière qui va bien au-delà des compétences linguistiques. Tous les non-dits (peur, malaise) peuvent retarder le choix des options de traitement :

« Le Québécois va te le dire : regarde, moi l'eau, je ne veux rien savoir, je ne sais pas nager puis... il va te le dire directement. Tandis que l'immigrant, il a plus de misère à te donner l'information, nuisant au processus. [...] tout ce qui est kiné dans l'eau, tout ce qui est physio dans l'eau, attention! Il faut vraiment aller fouiller si la personne veut aller se baigner parce que sinon, il ne faut pas prendre pour acquis que [parce qu'ils] viennent d'une île, ils savent tous nager. » (Clara, CNESST)

De plus, lors de la réadaptation au travail, les cliniciens doivent souvent déconstruire le schème de chronicité qui s'est installé en amont dans le processus. Selon les cliniciens, il est parfois « trop tard » pour aider les travailleurs immigrants lorsqu'ils souffrent d'un handicap ou de douleurs chroniques : condition qui perturbe leur image de soi, soit celle de l'immigrant ayant réussi à trouver un emploi, à subvenir à ses besoins. La prise en charge précoce est alors un enjeu déterminant auprès de la clientèle immigrante :

« Souvent, il est trop tard [...] ça aurait été mieux si le patient, si la personne avait été prise en charge plus tôt. [...] Puis, la personne a développé un *pattern* [modèle] de chronicité, dans le sens qu'elle se voit déjà comme quelqu'un de très handicapé, je ne peux plus rien faire [...] Mais si elle avait été prise en charge plus tôt et justement retournée dans le milieu de travail le plus tôt possible, avec des tâches modifiées, ça aurait été aidant. » (William, clinicien)

Le style de communication peut aussi faire référence au langage non verbal et à la gestuelle. En effet, une partie non négligeable de la communication passe par des expressions physiques, des gestes, des postures, des expressions du visage qui ne sont pas pleinement réfléchis et qui sont néanmoins culturellement codés. Il s'agit du langage non verbal. Décoder le non verbal est un défi important pour de nombreux intervenants interrogés. Le regard est un exemple type en matière d'interprétation ou, le plus souvent, de mésinterprétation. Le contact visuel ou son absence peut aussi générer une attribution d'intention (le plus souvent négative) qui va nuire à la perception de l'autre, intervenant ou travailleur. Cette attribution d'intention peut se traduire par le fait d'attribuer à une autre personne une pensée, un état d'esprit ou une intention, le plus souvent hostile, sur la base d'un comportement observable. Elle apparaît au cœur de la problématique des relations interculturelles, et plus spécialement dans sa dimension interpersonnelle, car elle peut mobiliser chez celui ou celle qui émet un tel jugement des repères symboliques et culturels qui ne sont pas nécessairement partagés ni compris par son interlocuteur et cela peut fausser l'interprétation de la signification des gestes, des postures corporelles et autres signaux non-verbaux [95, 96]. Cette difficulté semble particulièrement présente en situation de relations interculturelles :

« J'ai une cliente en ce moment qui [est issues du groupe A], quand elle me parle, elle ne me regarde jamais dans les yeux. Je ne comprends pas pourquoi, mais quand elle parle à une ergothérapeute, bien, ou une autre kinésologue qui est une fille, elle la regarde dans les yeux. Alors peut-être qu'elle se sent intimidée par moi [du fait d'être un homme], je ne sais pas. Est-ce qu'elle doit changer de thérapeute ou est-ce que je dois justement modifier mon approche envers elle et être un peu moins direct, être un peu plus gentil puis tout ça? » (Felix, clinicien)

Ce clinicien met en relief la question des rapports hommes-femmes et la possibilité que la patiente soit mal à l'aise à cause de cela. Il s'interroge même sur sa manière d'être et son style de communication « direct » qui, pense-t-il, peuvent être perçus négativement. L'extrait suivant porte quant à lui sur l'attribution d'intention avec le contact visuel (ou son absence).

« À propos du non verbal, il y a beaucoup de clients avec qui j'ai de la difficulté à avoir le contact visuel. Les yeux rabaissés, la tête tournée, les bras croisés. Donc on a vraiment l'impression qu'on parle à un mur puis ils disent « oui », mais tu sais que c'est juste pour être poli, on n'a pas l'impression que la matière rentre en tant que telle, en raison de leur non verbal, les bras croisés puis la tête tournée puis il n'y a vraiment pas de contact visuel. Est-ce que c'est de la timidité ou de la confrontation, je ne le sais pas. » (Louis, clinicien)

Le contact visuel peut mettre en évidence une certaine représentation du rapport à l'autorité comme la distance hiérarchique ou la dynamique des relations hommes-femmes qui peuvent

varier d'une société à l'autre. Il peut être une marque de respect, de modestie et de pudeur dans certains cas; à l'inverse, un contact visuel soutenu peut être un signe de défiance. Il ne s'agit en aucun cas d'un signal universel.

Lorsque le travailleur victime de lésion professionnelle est dirigé tardivement vers les services de réadaptation alors que son incapacité présente déjà des signes de chronicité, combinant divers facteurs : médicaux, psychologiques et administratifs, le processus de réadaptation est rapidement compromis. Néanmoins, il peut être difficile pour des personnes au sein de certaines communautés d'aborder la question de la santé psychologique. Dans certains groupes ethnoculturels, la consultation psychologique n'est pas bien perçue, elle peut parfois paraître intrusive auprès de certains travailleurs immigrants :

« Dans beaucoup de cultures, le psychologue est considéré comme quelqu'un qui soigne des fous et qu'il est lui-même un peu fou. » (Clara, CNESST)

Puis :

« Quand la honte, le malaise, ou l'incompréhension de ses proches [de] sa propre famille embarque, cela ralentit le processus parce que parfois, un mal de dos qui ne se voit pas va amener par la suite du psychologique. Parce qu'ils ont mal, le monde ne les prend pas au sérieux [...] C'est parce que dans certaines nationalités, certaines origines, c'est tabou. Ils ne peuvent pas avoir de douleur. » (Zoé, CNESST)

Cette citation fait ressortir aussi la réalité du stigmatisme social associé à la maladie mentale qui serait plus présente au sein de certaines communautés ethnoculturelles, rendant ainsi le soutien des proches plus difficile. Si certains acceptent la thérapie, des conflits de genre et de communication avec le psychologue peuvent facilement interférer lors de l'étape de la réadaptation. Dans certains pays, la profession de psychologue n'existe pas, il est donc difficile d'offrir les services d'un professionnel en relation d'aide pour soutenir certains travailleurs immigrants.

Les programmes interdisciplinaires de réadaptation au travail peuvent s'échelonner sur huit et douze semaines de manière intensive; cela favorise nécessairement les rapprochements et une certaine proximité. La relation de confiance mutuelle envers les travailleurs, leurs cliniciens et intervenants de la CNESST apparaît en filigrane tout au long des analyses. Il s'agit d'une dimension « cachée » qui est rapportée et identifiée comme un véritable catalyseur qui traverse l'ensemble du processus de réadaptation et de retour au travail. Cette dimension apparaît comme le facteur principal de l'adhésion au traitement par l'ensemble des intervenants interrogés, à la CNESST autant que dans les milieux cliniques. Pour bâtir cette relation de confiance (certains parlent aussi d'alliance thérapeutique/alliance de travail) [36, 97, 98], plusieurs intervenants proposent ou utilisent déjà la stratégie qui consiste à « poser des questions ». Cela sous-entend de formuler davantage de questions que ne le nécessite un travailleur « québécois » de souche, pour mieux connaître le travailleur et pour cibler des obstacles ou des facilitateurs potentiels.

Cependant, cette stratégie comporte une contrepartie qui mérite d'être discutée. En effet, soulever des questions sur la vie personnelle du travailleur peut apparaître comme une bonne pratique pour accéder au « système » de référence du travailleur, à ses représentations et à sa

vision du monde, à son univers relationnel, idéologique et matériel. Par contre, à défaut d'un niveau d'alliance suffisant, cette stratégie peut s'avérer néfaste en suscitant chez les travailleurs immigrants une méfiance et une incertitude sur l'intention de l'intervenant, un sentiment d'intrusion, voire d'ingérence ou d'agression. Dans les rencontres interculturelles, ces moments de dévoilement de soi sont émotionnellement chargés pour les deux interlocuteurs. Quand il y a un rapprochement entre le clinicien et le travailleur, la fin d'une intervention peut ainsi être vécue comme une autre rupture comme l'explique Emma :

« Je trouve qu'avec les personnes immigrantes, si tu établis vite le lien de confiance, si tu l'établis bien, il devient fort, ils te font confiance. Moi, c'est ce que j'ai vu. Les femmes [du groupe C], si tu crées un lien, tu deviens leur fille. C'est fort comme ça je dirais. Tu sais, quand elles s'en vont, elles pleurent. C'est tout le temps des grosses accolades, elles sont très démonstratives, mais après ça, quand tu deviens rigide, elles ne sont pas dans ce *mindung*-là nécessairement. Tu sais, elles sont plus, je ne sais pas comment l'expliquer. » (Emma, clinicienne)

Cette clinicienne soutient que si la construction du lien de confiance peut être plus laborieuse en situation de rencontres interculturelles, ce lien peut être très fort une fois qu'il est établi. Pour les cliniciens qui sont peu habitués à ce genre de relation, la notion de distance professionnelle peut être mise en cause comme dans les situations lors desquelles l'on se voit remettre un présent sous forme de plats cuisinés maison, par exemple des calamars farcis. Cela peut créer un sentiment de gêne chez les cliniciens qui y voient une possible brèche à l'éthique professionnelle alors qu'il s'agit, dans bien des groupes ethnoculturels, d'une manière de remercier le clinicien pour le travail et les résultats accomplis, ou pour la reconstruction de ses capacités professionnelles. Certains cliniciens rapportent aussi des situations où la construction du lien de confiance peut être fragilisée ou compromise par des questions relatives aux rapports de genre :

« Je pense que le point crucial, c'est d'établir le lien de confiance. Si on n'a pas le lien de confiance en partant, moi je préfère appeler la conseillère puis dire que ça ne fonctionne pas, qu'il n'y a pas de lien confiance, il faut qu'on se rassoit. Ça, je dirais que c'est un des obstacles. Mais c'est ça, la personne qui a de la difficulté à accepter d'être dirigée ou d'être évaluée par une femme, ça fait partie des obstacles culturels que l'on voit. » (Alice, clinicienne)

Pour certains travailleurs rencontrés, la confiance semble reposer en partie sur le statut professionnel de l'intervenant, et peut-être en partie sur la méconnaissance du rôle et de l'expertise des professionnels de la réadaptation qui ne sont pas des médecins. Les extraits suivants relatent une situation où un ergothérapeute l'a recommandé à un psychiatre :

Intervieweur : « Puis là, est-ce que ç'a changé votre relation avec le médecin? Est-ce que ç'a changé votre relation avec l'équipe? »

Travailleur : « Mais oui parce que psychiatre, c'est quand on est plus spécialiste. C'est son domaine donc j'avais confiance en lui. J'avais confiance en ce qu'il dit parce que c'est son domaine. En plus maintenant que je suis avec la clinique de la douleur, j'ai plus confiance parce que

là je suis avec de vrais spécialistes maintenant. » (Amine, journalier
agence, Afrique du Nord)

Les intervenants rencontrés évoquent également des stratégies qui consistent à demander conseil auprès de collègues qui sont eux-mêmes issus de l'immigration ou qui proviennent de la même région ou du même pays que le travailleur concerné afin de mieux comprendre des aspects culturels qui leur échappent. Ainsi, pour cette intervenante :

« Je travaille en tandem avec [prénom d'une collègue], elle est immigrante aussi. Donc quand on rencontre [des travailleurs qui viennent du même pays ou qui parlent la même langue], c'est sûr que ça va avoir un impact. Ils ne le disent pas, là, mais ça paraît. Parce qu'elle est immigrante et eux aussi. [...] Il y a une complicité qui s'installe, [...] on voit que c'est plus souple parce qu'elle peut parler leur langue. Déjà c'est sécurisant pour eux. » (Juliette, CNESST)

Certains intervenants mentionnent qu'ils font appel à des organismes communautaires ou à des organismes sans but lucratif (OSBL) offrant des services aux immigrants en général ou à des minorités ethniques spécifiques. Ainsi :

« On va faire appel à des ressources spécialisées avec la clientèle immigrante autant qu'on va choisir des ressources spécialisées avec les gens de plus de 40 ans par exemple aussi ou des choses comme ça. » (Zoé, CNESST)

« Ils [organisme communautaire] nous ont formés, bien formés, ils nous ont donné des outils pour faire un bilan de compétences qui tient compte de toute la trajectoire du travailleur, en fait, de ses expériences passées, antérieures. » (Laurence, CNESST)

5.2.3.2 Moments clés symboliques

À cette étape du processus, comme à la précédente, plusieurs cliniciens interrogés mentionnent comme principal enjeu l'augmentation de la durée et de la fréquence des rencontres avec les travailleurs immigrants. Cela s'explique aussi en grande partie par la présence de barrières linguistiques et culturelles. Pour arriver aux mêmes résultats auprès de la clientèle immigrante, les cliniciens doivent prendre le temps nécessaire pour bien expliquer les buts et les objectifs du programme de réadaptation interdisciplinaire ainsi que leurs rôles et responsabilités. Par exemple :

« Lorsque nous avons un travailleur immigrant, on anticipe déjà qu'il va avoir des interventions supplémentaires et que le délai va être plus long. Alors, les 4 semaines peuvent se transformer en 6 à 8 semaines. Souvent, cette augmentation du temps s'explique par la composante culturelle qu'on n'identifie pas très clairement parce que ça peut provenir soit de la pensée, de la culture, des habitudes, des coutumes, le rôle de la famille du client [...]. » (Nathan, clinicien et responsable d'un programme de réadaptation interdisciplinaire)

De plus, plusieurs participants à cette étude, essentiellement les cliniciens et les intervenants de la CNESST, ont rapporté, à cette étape, des enjeux relatifs à l'implication de la famille dans le processus de réadaptation et de retour au travail. Cette implication comporte plusieurs enjeux spécifiques, relatifs à la valeur de l'autonomie (par rapport à l'interdépendance qui structure le réseau familial de beaucoup d'immigrants), aux réactions à la douleur d'un des membres de la famille et de son influence sur le travailleur, à la nécessité d'obtenir le soutien de la famille, aux stigmates associés au handicap et à l'incapacité de travailler. La plupart des intervenants ne reconnaissent pas que l'autonomie, et ses multiples dimensions (ex. : indépendance, autonomie fonctionnelle), peut être une valeur culturelle locale qui n'est pas nécessairement partagée partout dans le monde ou à laquelle on n'accorde pas la même importance. Inscrite dans les plans d'intervention, l'autonomie est au cœur des programmes de réadaptation et des modèles d'intervention en réadaptation :

« Je veux que mon monsieur retrouve une autonomie, que ça soit chez cet employeur-là ou ailleurs, je m'en fous moi. Je veux qu'il redevienne autonome ce monsieur-là, qu'il ait une joie de vivre puis qu'il ait le goût, ou cette dame-là de retourner au travail. Qu'il redevienne en possession de sa vie. » (Juliette, CNESST)

Cet autre intervenant reconnaît le caractère culturel de la valeur de l'autonomie; elle est ancrée dans les modèles institutionnels de la société d'accueil et, par conséquent, il peut être difficile d'y déroger :

« La question de l'autonomie, c'est un élément qui est important. On est dans notre contexte culturel. Je peux tenir compte du contexte des autres, mais la question de l'autonomie est importante. » (Charles, CNESST)

Pour cette clinicienne, l'autonomie apparaît au cœur des enjeux relatifs à l'implication de la famille. Elle reconnaît son caractère culturellement construit sans avoir toutes les réponses relatives à la manière d'intervenir lorsque les valeurs d'une autre société sont différentes :

« L'autonomie n'est pas une valeur qui est culturellement acceptable pour tout le monde. Dans certaines cultures, c'est la famille, puis c'est plus l'interdépendance et non l'autonomie qui est importante [...] l'autonomie pour eux, ce n'était pas du tout une valeur. Dans ce temps-là, faut prendre le problème d'un autre côté, mais comment? Là ça devient [...] ». (Lea, clinicienne)

Pour cet autre clinicien :

« Ici, on prône beaucoup d'autonomie. Là-bas c'est le contraire, c'est la famille [...] puis ils vont tout faire pour elle. Elle ne fait pratiquement rien parce qu'elle est considérée très malade. Ici au contraire au Québec, on prône l'autonomie [...] c'est "arrange-toi puis on va favoriser l'autonomie". Fait que là on est comme dans deux cultures différentes. C'est un gros problème qu'on doit traiter. » (Nathan, responsable d'un programme de réadaptation interdisciplinaire)

Et pour cette intervenante de la CNESST :

« Dans certaines cultures, dès que t'as un petit bobo, c'est toute la famille qui se met après toi puis c'est toute la famille qui te soigne, puis c'est toute la famille qui fait les affaires à ta place. Alors là c'est difficile à sortir de ça parce que la personne s'habitue à ça, elle aime ça, elle trouve ça le fun. » (Béatrice)

Le rôle joué par la famille met aussi en lumière l'enjeu de la perception de la douleur et de son importance sur l'adoption ou non des stratégies proposées dans les modèles de gestion de la douleur. Ainsi, aux perceptions individuelles s'ajoute une dimension collective et familiale où certains modèles de comportements relatifs à la douleur peuvent avoir préséance :

« C'est juste de comprendre, culturellement, comment la famille autour d'eux va interpréter la douleur et quels sont les facteurs culturels qui peuvent influencer la perception de la douleur et de la thérapie » (Susana, clinicienne)

Obtenir le soutien de la famille apparaît donc comme un enjeu crucial, surtout en contexte d'immigration où le rôle de la famille semble plus actif. Pour les cliniciens et intervenants de la CNESSST, il convient d'être attentif aux perceptions des autres membres influents de la famille pour cibler les pistes prioritaires d'intervention et pour que toutes les personnes concernées parlent le même langage, partagent une compréhension commune de l'intervention et s'entendent sur les étapes à suivre en vue du retour au travail :

« Donc quand ils me disent qu'ils en ont parlé à la maison avec leur famille, il faut que je sois très attentive à comment ils ont pris ça. Comment votre mari ou votre femme a compris ça? Si la famille dit le contraire de moi, je suis mieux de m'atteler et de commencer à expliquer les affaires. Mais si la famille pense la même façon que moi, là on va travailler dans le même sens, ça va être aidant. » (Camille, clinicienne)

L'importance de la famille peut aussi générer chez certains travailleurs immigrants un besoin de retourner au pays pour prendre des vacances et se rapprocher de leur famille ou y recevoir aussi des traitements « traditionnels » :

« Pendant le traitement, il a pris des vacances, il m'a dit il va au Mexique pour recevoir un traitement traditionnel. Je n'ai pas vraiment compris ce qu'il va faire, mais il a dit qu'il va faire un traitement magique et quand il est revenu, il n'avait plus de douleur. » (Mei, clinicienne)

L'implication de la famille ou du milieu d'origine est soulignée par de nombreux participants et se rapporte surtout aux questions relatives à la polarité autonomie-interdépendance (généralement associée à de la surprotection), aux perceptions de la douleur, etc. Dans certains cas, elle peut, au contraire, soulever un problème de stigmatisation quand certaines représentations de la situation de handicap ou d'incapacité suscitent la honte de l'entourage. Quand cette forme de stigmatisme est présente, elle peut alors encourager l'utilisation de stratégies de dissimulation (faire comme si de rien n'était), envers les membres de la famille, qui peuvent devenir un facteur de risque de récurrence, de rechute ou d'aggravation.

« Bien, il y a certaines coutumes où le travail est très, très, très important. Puis pour eux, d'être blessé, c'est la honte à travers leur famille. Donc pour eux, ils vont des fois aller un petit peu plus rapidement que ce qu'ils devraient faire. Ils vont essayer d'avoir moins de traitements, de retourner plus vite au travail, ce qui fait que, parfois, ils vont avoir plus mal. » (Charlie, CNESST)

Quelques intervenants ont fait aussi ressortir un enjeu relatif aux modalités d'intervention dans un contexte interactionnel lors duquel les relations hommes femmes sont en cause. La piscine devient ainsi un lieu d'incidents critiques. L'extrait suivant illustre l'exemple d'une clinicienne qui prévoit des traitements d'hydrothérapie dans ses plans d'intervention :

« Mais c'était compréhensible parce que je fais des traitements d'hydrothérapie aussi en piscine. L'homme était moins à l'aise d'être dans la piscine avec une thérapeute fille, puis il nous l'a dit : tu sais, l'hydrothérapie c'est une modalité, ce n'est pas la finalité d'un traitement. Il dit moi je ne suis vraiment pas à l'aise puis tu sais, quelqu'un d'autre m'aurait dit, un Québécois m'aurait dit moi je ne sais pas nager puis je ne veux vraiment pas être dans l'eau, ça aurait été la même chose. Il était très ouvert à modifier son plan de traitement. Ça n'a pas été un problème pour moi, je ne l'ai pas relevé comme étant une problématique, sauf si l'ensemble de ma clientèle refusait d'aller en piscine, là, ça serait un problème. » (Emma, clinicienne)

À défaut d'explicitation de ce type de malaise, qui constitue une difficulté dans certaines sociétés, il se peut que ces situations entraînent des comportements propices à générer des attributions d'intention :

« Quelque chose d'aussi simple que la piscine. Les dames [groupe A] de 40-50 ans, on va dire il y a de la piscine tel jour dans votre horaire. Elles disent oui, oui, oui, mais elles oublient leur maillot de bain puis elles arrivent en retard. » (Camille, clinicienne)

« Faut que t'aïlles à la piscine, que tu fasses des étirements, faut que tu... Ils ne comprennent pas, ils disent eh bien non j'ai de la douleur, je ne peux pas, donc c'est tout l'enseignement à faire. Puis par rapport aux nationalités, il y a une énorme différence là. » (Nathan, clinicien et responsable d'un programme de réadaptation interdisciplinaire)

Cette travailleuse a été invitée à donner une évaluation chiffrée de son niveau de douleur :

« Bien cette semaine, c'est seulement 2 [sur une échelle de 0 à 10], mais parce que j'ai commencé à faire de la thérapie dans la piscine, ça fait mal beaucoup dans les jambes, là je suis dans un 7, 8. » (Carmen, préposée bénéficiaire, Colombie)

L'entrée des travailleurs à l'étape de la réadaptation signifie, dans la majorité des cas, que leur état de santé ou que leur niveau de capacité fonctionnelle doit être amélioré. À cette étape, l'état

de santé est généralement consolidé⁸, c'est-à-dire que l'état s'est stabilisé et qu'aucune amélioration n'est prévisible, avec ou sans limitations fonctionnelles. Les travailleurs qui ont participé à la présente étude avaient tous des limitations fonctionnelles; les deux tiers d'entre eux avaient aussi perdu leur lien d'emploi. Certains tentent alors de protéger leur image de soi :

« Parfois, ils vont hésiter à dire certaines choses parce qu'ils veulent paraître [...] [dégager] une image forte. Donc la facette identitaire, c'est quelque chose qui va affecter la relation. » (Éva, clinicienne)

« C'est de savoir un peu leur fonctionnement dans une vie normale pour savoir c'est quoi l'impact de la blessure. Face à leur image aussi. Par rapport à leurs proches. Juste en sachant ça, peut-être qu'on pourrait intervenir un peu différemment ou mettre nos énergies aux bonnes places. » (Olivia, clinicienne)

Le rôle que peut jouer l'image du corps est rapporté à quelques reprises par les cliniciens interrogés. Cette image peut mettre en relief le rapport que le travailleur entretient avec sa propre personne. Le corps devient langage et expression d'un certain rapport au monde extérieur ou comme un élément de sa relation avec autrui. Et le travail peut apparaître comme une composante fondamentale de ce rapport à autrui. Par conséquent, l'incapacité au travail ou le fait de travailler avec des limitations fonctionnelles peut entraîner un ternissement de l'image de soi. Cette clinicienne illustre bien cette situation en faisant un parallèle avec la transformation du monde du travail :

« Tu sais, ils sont très durs avec leur corps [les personnes du groupe C]. Puis là, à un moment donné, ils sont plus capables, leur rythme de travail a changé et beaucoup d'usines ont fermé. Tu sais, il y a plusieurs choses qui leur sont arrivées dans leur parcours de vie depuis qu'ils sont arrivés au pays, leur parcours professionnel et c'est à ce moment-là qu'ils arrivent [dans la clinique]. Parce que je pense que sinon, ils ne seraient pas allés en clinique. Ils auraient continué leur *job* jusqu'à leur retraite ou jusqu'à ce qu'ils n'en peuvent plus, ce sont des gens très, très, très travaillants. Ce n'est pas que nous on l'est pas, mais je pense qu'eux sont plus durs avec leur corps, je pense. Leur contexte de travail change beaucoup en ce moment, ce qui fait que là ils peuvent plus [travailler]. » (Emma, clinicienne)

À l'arrêt de travail s'ajoute une limitation des activités familiales ce qui a un impact non négligeable sur l'identité et la représentation de soi, et toute la charge affective que cela comporte. C'est ce qu'exprime un immigrant, arrivé au Canada depuis plus de vingt-cinq ans et qui était en arrêt de travail :

« Ma fille aînée s'aperçoit que [sa] maman travaille [...] pourquoi grand-mère doit être 2 jours par semaine chez nous [...] pourquoi papa ne peut pas me promener en vélo, c'est frustrant. Moi je me dis qu'est-ce que je vais faire de ma vie, aucun futur,

⁸ La LATMP interprète la consolidation de la façon suivante : « la guérison ou la stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur victime de cette lésion n'est prévisible ».

aucun. Moi si mon espoir c'est la CSST, je vais rester comme on dit dans ma merde. » (Dario, design industriel, Amérique centrale)

Pour cet autre travailleur, arrivé plus récemment au Québec :

« Ç'a changé toute ma vie, je ne suis pas moi-même, toute ma vie là a changé. »
(Amine, journalier agence, Maroc)

5.2.3.3 Incidents critiques

Dans cette sous-section, les incidents critiques sont nombreux, non pas qu'ils soient plus fréquents à l'étape de la réadaptation, mais parce qu'ils concernent directement le vécu des cliniciens et des intervenants de la CNESST interrogés.

Les intervenants qui travaillent dans un contexte pluriethnique rapportent depuis longtemps des situations récurrentes qui demandent un autre type d'analyse, une analyse interculturelle qui met en évidence des écarts entre des façons de penser, de dire et de faire locales et celles venues d'ailleurs. En plus de leur caractère récurrent, ces situations sont jugées suffisamment significatives et déterminantes dans le processus de réadaptation. Elles montrent, en effet, les limites des moyens habituellement reconnus pour les comprendre et les résoudre et induisent de nouvelles stratégies pour leur résolution.

Augmentation de la durée et de la fréquence des interventions

L'augmentation de la durée et de la fréquence des interventions dans le contexte des relations interculturelles apparaît comme un thème récurrent qui peut occasionner une augmentation de la charge de travail chez les intervenants. Si les exigences de l'intervention dans un contexte pluriethnique ne sont pas prises en compte par l'organisation, cette surcharge de travail peut être assez importante pour représenter un facteur de risque pour la santé des intervenants (fatigue, stress, sentiment d'échec, intention de changer d'emploi, etc.). Cette situation met en relief l'écart entre la tâche réelle et la tâche prescrite, et la question des standards opérationnels et organisationnels.

Alliance thérapeutique

Plusieurs situations ont été rapportées à cette étape relativement à l'alliance thérapeutique (ou alliance de travail entre le travailleur, le clinicien, l'agent ou le conseiller de la CNESST et le travailleur).

Modalités de traitement offert en réadaptation physique

L'hydrothérapie ou aquathérapie, bien connue pour ses effets importants peut poser des problèmes particuliers aux travailleurs immigrants. Cet incident critique fait apparaître quatre enjeux importants : 1) la peur de l'eau ou le fait de ne pas savoir nager; 2) le malaise du travailleur à exprimer ouvertement sa situation par respect de l'autorité; 3) des rapports hommes femmes où certains travailleurs, de sexe masculin, se sentent mal à l'aise de se retrouver seuls avec une thérapeute de sexe féminin, ou l'inverse quand il s'agit de femmes immigrantes et d'hommes intervenants, ou encore, quand des hommes et des femmes ne peuvent se mettre en maillots de bain même lorsqu'ils sont en groupe; 4) l'exposition du corps.

Représentations, lien de confiance et accès à la vie privée

L'importance de connaître les représentations des travailleurs a été confirmée à nouveau dans cette étude puisqu'il est impossible de faire un plan d'intervention adapté sans disposer de ce type de données. Peu importe l'objet de la représentation (ex. : douleur, incapacité, attente de retour au travail, sens du travail), ces données sont essentielles à l'intervention, car elles aident les intervenants à mieux comprendre la situation de vie et le cheminement des travailleurs. Pour y parvenir, les intervenants doivent poser une série de questions aux travailleurs. Or, tant qu'un lien de confiance n'est pas établi ou suffisamment solide, les travailleurs immigrants peuvent percevoir ces questions comme de l'ingérence et de l'intrusion dans leur vie privée, ce qui peut générer un sentiment d'agression. L'expérience prémigratoire peut déterminer, en partie, ces réactions quand, par exemple, les travailleurs sont issus d'un pays soumis à une dictature ou lorsque l'État joue un rôle coercitif, voire répressif. Dans ce cas, le rapport à l'État, ou à un tiers payeur peut susciter une certaine méfiance. Ou encore quand ils viennent d'un pays où les professionnels ne posent jamais de questions à leurs clients et que les clients n'en formulent pas non plus. Par conséquent, l'intervenant, qui est lié à ses règles de pratique, se retrouve dans une situation paradoxale : il reste sans données essentielles ou encore, il les reçoit au compte-gouttes et de façon partielle, d'autant plus quand un client n'en comprend pas la pertinence. Il s'agit donc d'un type d'incident critique qui met en jeu la qualité de l'alliance thérapeutique (ou

alliance de travail) et la possibilité d'obtenir des informations adéquates aux fins de l'intervention.

Rôle et implication de la famille

Les représentations de la douleur et de l'incapacité, ainsi que celles portant sur les stratégies à adopter et les attentes de traitement, etc. doivent sérieusement être prises en considération dans le processus de réadaptation. Elles le sont généralement chez le travailleur accidenté dont c'est la dimension la plus souvent documentée, et elles le sont également chez les familles des travailleurs, et plus particulièrement chez les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels où la famille joue un rôle actif dans ce processus, y compris dans celui de la prise de décision. Pour les intervenants interrogés, il est important de connaître le rôle joué par la famille et sa vision du problème afin d'intervenir auprès d'elle également s'il y a lieu, d'obtenir son engagement et d'en faire un levier thérapeutique.

5.2.4 Retour au travail

Avec les premières rencontres de prise en charge et d'évaluation diagnostique (voir 4.2.1), l'étape du retour au travail est considérée comme le principal moment clé dans le processus de réadaptation et de retour au travail.

5.2.4.1 Enjeux et stratégies, obstacles et facilitateurs

À ce propos, les intervenants interrogés décrivent trois principaux enjeux à gérer à cette étape : 1) amplification et résurgence de la douleur, 2) surqualification professionnelle, 3) compétences linguistiques.

Dans un premier temps, c'est à cette étape que les intervenants observent chez certains immigrants, des phénomènes comme ceux de l'amplification et de la résurgence des symptômes douloureux. Ces phénomènes peuvent provoquer des réactions diverses chez les membres de la famille, dont de la « protection », généralement assimilée à de la « surprotection » par les intervenants interrogés. Selon ces derniers, la « surprotection » devient « complaisance » lorsqu'ils donnent en exemple la possible réaction du médecin traitant qui répond positivement à une demande du travailleur visant à repousser la date du retour au travail (alors que, selon certains intervenants interrogés, le travailleur pourrait dans certains cas effectuer un retour au travail). À cette étape, le rôle du médecin traitant et celui de la famille sont déterminants. Il arrive parfois que les membres de la famille découragent le travailleur immigrant blessé de retourner au travail. Pour éviter cette situation, les intervenants vont impliquer la famille dès le début de cette étape pour :

« S'assurer que la famille ne dit pas le contraire de moi, travailler dans le même sens, ça va être aidant. Donc ça, c'est un autre moment clé. » (Camille, clinicienne)

D'autre part, le travailleur immigrant à qui l'on propose d'effectuer un retour progressif en emploi peut avoir une vision pessimiste de son état de santé et entretenir des peurs et des inquiétudes à ce sujet. Il se peut également que le but de la réadaptation au travail n'ait pas été validé ou précisé auprès du travailleur par les cliniciens ou par les intervenants de la CNESTT.

Les travailleurs peuvent alors vivre des moments de tensions importants, ressentir de la crainte et éprouver le sentiment qu'ils ne sont pas prêts à retourner au travail. Ces tensions masquent souvent une autre réalité : relations de travail tendues, faible soutien du supérieur immédiat, impossibilité d'accommoder. De plus, la persistance de symptômes douloureux peut être interprétée comme de l'incapacité. Outre les collègues, les membres de la famille contribuent également au processus de retour au travail en accompagnant le travailleur dans ses démarches administratives, en lui apportant soutien et réconfort pour l'aider à surmonter ses propres inquiétudes.

Plusieurs intervenants rapportent qu'une incompréhension du but de la réadaptation peut générer des attentes irréalistes au regard du retour au travail. C'est le cas, notamment lorsque des travailleurs surqualifiés espèrent trouver un emploi dans leur champ de compétence prémigratoire (expérience acquise et diplôme obtenu à l'extérieur du Canada). Cet écart entre l'espoir de pouvoir à nouveau mettre à profit ses compétences et ses formations antérieures et la réalité du marché de l'emploi peut être une autre source de malentendu et de désaccord pouvant altérer le lien de confiance avec les intervenants et compromettre l'alliance thérapeutique. Des conseillers en réadaptation de la CNESST rapportent aussi ce genre de situations malencontreuses où des travailleurs immigrants ont constaté, à leur grand désarroi, que la Commission ne pouvait pas leur fournir de soutien pour trouver un emploi dans leur domaine de formation. La reconnaissance des compétences et des diplômes acquis à l'étranger constitue un enjeu important au Canada, comme dans le monde. Cet enjeu va au-delà du mandat initial des commissions provinciales d'indemnisation des lésions professionnelles et de leur domaine de compétences. Les intervenants de la CNESST interrogés croient pourtant qu'il serait nécessaire d'aborder cet enjeu plus tôt dans le processus de prise en charge pour éviter les mauvaises surprises, l'« état de choc » et la frustration du client.

« L'un des travailleurs immigrants que j'accompagne était ingénieur dans son pays puis il s'est ramassé technicien télécom. Tu sais, installer les fils de téléphonie, d'Internet là. Puis lui en plus c'est un P7⁹ alors c'est un gros accident c'est donc pour ça qu'il se fiait sur nous pour une formation puis tout ça, puis il aimerait revenir dans son domaine d'avant puis tout ça. » (Zoé, CNESST)

La question des compétences linguistiques se pose également en matière de retour au travail du travailleur immigrant. Celle-ci peut d'ailleurs représenter un frein à la perspective du retour au travail. Les barrières linguistiques apparaissent et constituent un enjeu à toutes les étapes du

⁹ La CNESST procède à la spécialisation des interventions en fonction du profil du travailleur. Il existe sept types de profils qui décrivent le niveau de risque de chronicité. Par exemple, les quatre premiers montrent que 1) le lien d'emploi du travailleur est assuré; 2) le lien d'emploi est à surveiller, 3) le travailleur est en en assignation temporaire; 4) malgré le lien d'emploi, la possibilité du retour au travail est considérée comme fragile et des limitations fonctionnelles pourraient empêcher le travailleur de refaire le même emploi. Dans les autres profils, le travailleur n'a pas pu conserver son lien d'emploi et des séquelles importantes sont à prévoir (par ex. : amputation paraplégie, quadriplégie, grands brûlés, etc.). Dans ce cas-ci, un accompagnement spécialisé est offert au travailleur.

(voir : <http://www.csst.qc.ca/ASP/ACATC/PDF/8.Gestion%20et%20pr%C3%A9vention%20de%20la%20chronicit%C3%A9.pdf> consulté le 28 mars 2016.

processus de réadaptation et de retour au travail. Elles peuvent nuire, freiner ou empêcher la communication aux premiers instants du processus de prise en charge, lors des consultations médicales et de la réadaptation; mais à l'étape du retour au travail, lorsque le travailleur doit se chercher un nouvel emploi, ces barrières linguistiques soulèvent des enjeux au regard de la compétence linguistique qui peuvent nuire à l'obtention même d'un emploi et à sa possibilité d'occuper un emploi convenable.

Lorsqu'un travailleur conserve des limitations fonctionnelles qui ne lui permettent pas de réintégrer son emploi antérieur (ou un autre poste chez le même employeur ou le même poste chez un autre employeur), l'intervenant de la CNESST, de concert avec le travailleur, doit déterminer un « emploi convenable », c'est-à-dire un emploi qui tient compte des limitations prescrites par le médecin traitant, et d'une série d'autres critères prévus par la LATMP [45]. Souvent, les barrières linguistiques deviennent une limitation en elles-mêmes dans la définition de l'emploi convenable¹⁰. Plusieurs travailleurs immigrants ont pu occuper un emploi pendant de longues années dans un milieu où la connaissance de la langue de travail n'était pas requise par l'employeur. Une lacune dans la compétence linguistique peut limiter la perspective d'emploi d'un travailleur puisqu'il ne répondrait pas, notamment, aux exigences de la Charte de la langue française, qui fait du français la langue « normale et habituelle » du travail au Québec et à celles du marché de l'emploi. Les barrières linguistiques peuvent alors pousser ces travailleurs sur la voie de la marginalisation et de l'exclusion sociale, ou encore faire en sorte qu'ils soient stigmatisés socialement par leurs propres communautés culturelles en raison de leurs handicaps. Elles peuvent donc être une source de tension chez les travailleurs allophones. Les conseillers en réadaptation interrogés dressent un état des lieux qui laisse supposer qu'il y a encore beaucoup de choses à améliorer, notamment au regard de l'aide en matière de recherche d'emploi. Selon eux, les travailleurs sont trop souvent laissés à eux-mêmes durant l'année de recherche d'emploi, sans suivi véritable, et cette situation serait plus critique pour les travailleurs immigrants qui n'ont pas toujours l'expérience nécessaire pour maîtriser les modes locaux de recherche d'emploi. La pression peut être aussi énorme chez ces travailleurs pour qui les habiletés sur le plan de la recherche d'emploi peuvent être lacunaires à l'égard entre autres de la présentation de soi et de la connaissance des ressources disponibles. Pour plusieurs d'entre eux, c'est un nouvel apprentissage du marché du travail local dont les difficultés et les obstacles sont souvent sous-estimés :

« Étant né ici, on sait comment ça marche pour se retrouver un emploi. Tu dois faire un CV, rédiger une lettre de présentation, te présenter chez les employeurs, tu dois chercher sur Internet les offres d'emplois, tu dois faire des suivis téléphoniques. [...]

¹⁰ Au Québec, selon les dispositions de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), la réadaptation prévoit un volet réadaptation professionnelle qui « a pour but de faciliter la réintégration du travailleur dans son emploi ou dans un emploi équivalent ou, si ce but ne peut être atteint, l'accès à un emploi convenable » (art. 166). Un programme de réadaptation professionnelle peut comprendre différentes modalités, dont l'accès à un programme de recyclage, à un programme de formation professionnelle, à des services de support en recherche d'emploi, etc. (art. 167) sans que l'accès à de la formation linguistique ne soit explicitement indiqué. La francisation n'est pas un mandat de la CNESST, chargée d'appliquer la LATMP, à moins que la compétence linguistique ne soit évoquée à titre de compétence professionnelle dont les lacunes pourraient être vues comme un facteur d'incapacité prolongée.

pour nous, c'est une évidence, mais pour eux, c'est un processus difficile à saisir. »
(Charlotte, CNESST)

Pour les intervenants de la CNESST, le temps alloué à un client devient un facteur de réussite ou un obstacle à l'atteinte des objectifs. « Prendre le temps » apparaît chez les intervenants rencontrés comme une bonne pratique, mais qui demeure plus souvent un idéal à atteindre. Les conditions actuelles ne permettent pas une pratique attentive au cheminement des travailleurs en processus de retour au travail :

« Ça prend, beaucoup d'investissements pour bien comprendre [...] pour avoir un service personnalisé, mais on n'a pas la possibilité nécessairement de pouvoir investir autant de temps et d'énergie qu'on voudrait. Parfois, on se rend compte qu'on a échappé un endroit, on dit merde là. » (Groupe de discussion, intervenants CNESST)

« Quand je suis retournée au travail il y a deux semaines, à deux jours par semaine, c'était catastrophique parce que j'avais tout le temps un sac de glace sur le genou pour marcher et je prenais beaucoup de médicaments pour soulager la douleur dans la journée. Après ça, le nouveau chef m'a appelé et m'a demandé de démissionner. J'ai dit : non, je ne veux pas démissionner. » (Carmen, préposée à l'entretien, Amérique du Sud)

« Bien, j'avais commencé mon retour à l'emploi, mon employeur m'a dit, à la fin de la deuxième journée, de ne pas revenir travailler tant que la CNESST ou mon médecin me dise qu'il n'y a plus rien. Quand tu auras terminé avec eux, tu pourras recommencer à travailler. Ça m'a dérangé parce que je commençais à me remettre au même niveau que j'étais avant et là, tout à coup, quelqu'un dit non, non. C'est un petit peu frustrant. » (Umberto, mécanicien automobile, Europe de l'Ouest)

La stratégie consistant à faire appel aux organismes communautaires ou OSBL apparaît également à cette étape.

« On les réfère souvent à des conseillers en emploi qui les aident dans leur recherche d'emploi. Ils font des simulations d'entrevue. Ils mettent vraiment toutes les choses en place pour que la personne, de façon la plus autonome possible, se cherche un emploi. » (Charlotte, CNESST)

Toutefois, cette stratégie et les possibles ententes entre les intervenants de la CNESST et les organismes communautaires ou OSBL comportent des enjeux en matière de connaissance des problématiques de réadaptation et de retour au travail.

« Il y a des ententes, mais en même temps, quand on fait affaire avec un organisme communautaire, il faut faire leur éducation par rapport à notre clientèle [travailleurs en situation d'incapacité prolongée] parce que ces organismes ne sont pas habitués à placer des gens blessés, là. Eux-mêmes, ils s'occupent du monde ordinaire [lire : sans limitations fonctionnelles]. Alors, quand c'est des gens qui se plaignent puis qui se lamentent, bien là ils ne savent plus quoi faire avec ça, là. Alors ils ont pitié

et ils se disent qu'ils ne pourront jamais faire ce job-là, alors ils défont tout le travail que nous avons essayé de faire, de les encourager à retourner au travail. Eux, ils ne voient que la personne qui se plaint et qui se lamente. Parfois, ils montent même des dossiers pour montrer que la personne ne peut pas retourner travailler. » (Béatrice, CNESST)

Assurer une meilleure correspondance entre les acteurs est un enjeu qui apparaît dès les premières étapes de la prise en charge. Il fait généralement référence à la relation entre le médecin traitant, le travailleur concerné, les autres cliniciens qui sont des professionnels de la réadaptation et les intervenants de la CNESST. Or, Béatrice rappelle dans cet extrait que cette correspondance est tout aussi nécessaire avec les autres acteurs qui ne sont pas définis d'emblée comme des partenaires habituels dans le processus de réadaptation et de retour au travail. Si la stratégie s'avère efficace, voire incontournable, elle nécessite néanmoins certaines mises au point.

5.2.4.2 Moments clés symboliques

L'incertitude relative au retour au travail peut être une source de démotivation ou, à l'inverse, un facteur qui incite le travailleur à se concentrer sur d'autres aspects de sa vie qui sont plus significatifs pour lui ou qui représentent une plus grande stabilité :

« La première génération, elle est bien inquiète. Sors-les de leur milieu où ils parlent leur langue et qu'ils sont capables de travailler, ils ne sont pas prêts là, c'est la jungle pour eux autres là. Tu t'en vas, je ne parle pas la langue, j'ai tel âge, je serais beaucoup mieux à la maison, je suis beaucoup plus utile à ma famille. Donc tu sais, non je ne veux pas me faire réadapter. Ils ne te le diront pas là, mais ils vont retomber malades. Il va y avoir une rechute, ils vont trouver quelque chose. » (Clara, CNESST)

« Quand on aborde le sujet que le travailleur ne pourra peut-être pas reprendre son emploi pré-lésionnel, ou que le lien d'emploi chez l'employeur va peut-être se rompre en fait, ça en insécurise beaucoup. Beaucoup, beaucoup face à l'avenir (...) imaginez quelqu'un que ça fait quinze ans qu'il travaille comme gars d'entrepôt, qui parle juste le hindi, un peu l'anglais, mais difficilement compréhensible puis qu'il n'a plus de lien d'emploi. On veut le supporter, mais un moment donné quand l'emploi va être déterminé, quand l'année de recherche d'emploi va être passée, mais c'est le bien-être social s'il n'a pas réussi à trouver un emploi. » (Zoé, CNESST)

Le processus de réintégration en emploi n'est pas un long fleuve tranquille. Pour plusieurs, les difficultés commencent souvent dans leur pays d'origine où il existe un chômage endémique, parfois la guerre ou de nombreux conflits sociaux et où il peut régner des régimes autoritaires et dictatoriaux. Le projet d'immigration d'une personne marque le point culminant vers la réalisation d'un rêve d'une vie meilleure. La survenue d'une lésion professionnelle et tous les obstacles et imprévus qui se dressent devant une victime viennent compromettre ce rêve et ce projet de vie nouvelle. Pour plusieurs personnes immigrées, le parcours peut être semé d'embûches dès les premières recherches d'emploi.

La nécessité de trouver un nouvel emploi et la crainte d'être laissé seul dans un univers inconnu et imprévisible peuvent soulever des préoccupations et renforcer le sentiment d'insécurité. Cette période « chaotique » sur le plan de la représentation de soi, peut amener le travailleur à repenser son itinéraire personnel et à s'orienter vers un rôle familial et un engagement communautaire, abandonnant ainsi sa condition de travailleur. L'âge et le genre du travailleur ne sont sans doute pas des facteurs étrangers à ce repositionnement, mais cela nécessiterait des investigations plus poussées qu'il n'est pas possible de réaliser avec les données recueillies lors de la présente étude.

Bref, la démotivation à retourner au travail peut prendre sa source dans des conditions de travail difficiles. L'enjeu est d'ordre systémique puisque la non-reconnaissance des compétences et des diplômes obtenus à l'étranger ne crée pas des conditions propices à motiver quelqu'un à vouloir réintégrer un emploi qui, à la base, était vu comme transitoire, temporaire ou « alimentaire ». Pour un intervenant, il est important « d'être présent » au tout début de la prise en charge puisqu'il constitue un « moment charnière », mais aussi lors des moments « chaotiques » où il peut être utile de déceler ces occasions de rupture chez les travailleurs :

« Je pense qu'au départ, quand l'événement arrive là puis là t'es plus capable d'être qui tu étais. Tu te réorganises de façon chaotique. Je pense que c'est un moment charnière important dès le départ. Tant que nous on prend en charge puis qu'on s'en occupe, on les réorganise, ça va bien, mais si on les laisse s'organiser, après c'est difficile de défaire ça, c'est autre chose. Je pense que c'est important d'être là, d'être présent. » (Clara, CNESST)

5.2.4.3 Incidents critiques

Les mésententes relatives au retour au travail constituent les principaux incidents critiques que l'on peut répertorier dans cette étude. Elles mettent en relief les attentes de retour au travail en lien avec le domaine de qualification et de compétences des travailleurs et démontrent certaines incompréhensions du contexte légal. Ces incompréhensions peuvent mettre en cause une perception d'incapacité liée à la présence d'une douleur.

Attentes relatives au retour travail et surqualification

Les attentes de retour au travail constituent un domaine particulier des représentations du travailleur. Les participants à cette étude (principalement les conseillers en réadaptation de la CNESST) rapportent généralement que les travailleurs immigrants, souvent surqualifiés, s'attendent ou espèrent que la Commission les aide à réintégrer le marché de l'emploi dans leur domaine de formation initiale, le plus souvent celle qu'ils ont reçue dans leur pays d'origine. Cette situation peut fragiliser l'alliance de travail lorsque ce point n'est pas clarifié dès le départ et qu'elle crée de fausses attentes, car la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) n'assure pas entre autres un droit au retour au travail inconditionnel et illimité dans le temps. Ce droit est d'une durée d'un an pour les travailleurs à l'emploi d'un établissement comptant 20 travailleurs ou moins et de deux ans dans le cas d'un établissement comptant plus de 20 travailleurs. Il apparaît comme très important de clarifier cette situation le plus vite possible dans le processus de prise en charge quand les travailleurs méconnaissent le régime d'indemnisation et de réadaptation. Lorsqu'ils sont surqualifiés par rapport à l'emploi qu'ils occupaient lors de la survenue de la lésion, ces travailleurs peuvent ne pas trouver la

motivation nécessaire pour suivre le programme de réadaptation qui vise à réintégrer l'emploi prélésionnel ou tout autre emploi jugé équivalent ou convenable.

L'attente de retour au travail peut être liée également à la perception que le travailleur a de son propre état de santé, car, pour lui, la persistance de la douleur peut signifier une incapacité à retourner travailler (comme il peut s'agir d'une exigence de l'employeur de réintégrer son employé qu'au moment où la douleur est complètement disparue). Les intervenants ont insisté sur la nécessité d'aborder rapidement, dans le processus, la question du retour au travail et des conditions dans lesquelles ce retour peut être effectué pour être considéré comme sain et sécuritaire. Ce sujet serait abordé trop tardivement dans le processus de prise en charge et pourrait avoir un effet de surprise pour les travailleurs. C'est à ce moment que les intervenants, en milieux cliniques comme à la CNESST, observeraient une amplification de la douleur ou une résurgence des symptômes qui y sont associés. L'enjeu principal devient celui de la coordination des acteurs concernés dans le processus thérapeutique en vue de s'assurer qu'ils partagent tous une même vision de la situation et plus spécialement de l'état de santé du travailleur et de ses capacités à reprendre ses activités professionnelles. L'attitude du médecin traitant peut alors être déterminante, car c'est le seul professionnel de la santé qui possède l'habileté à juger de la limitation fonctionnelle.

5.3 Synthèse des résultats

Chaque étape du processus de réadaptation et de retour au travail comporte des enjeux spécifiques. Ces enjeux nécessitent la mise en place de stratégies d'intervention, elles aussi, spécifiques. Il peut survenir, à chacune de ces étapes des moments clés qualifiés de « symboliques » et qui ont été définis ci-dessus. Chaque étape peut mettre en relief des incidents critiques (ou situation-type et récurrente) qui peuvent apparaître durant le processus de réadaptation. En somme, le Tableau 4 ci-dessous résume les principaux enjeux, stratégies, moments clés symboliques et les incidents critiques pour chacune des étapes du processus de réadaptation et de retour au travail.

Tableau 4 : Enjeux, stratégies, moments clés symboliques et incidents critiques

Étape processus de réadaptation et de retour au travail	Enjeu	Stratégie	Moment clé symbolique	Incident critique
1. Survenue de la lésion	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostics imprécis ou contradictoires • Barrières linguistiques et culturelles • Identification des risques de chronicité 	<ul style="list-style-type: none"> • Interroger le travailleur sur son niveau de satisfaction du service reçu de son médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte possible du lien d'emploi (angoisse et incertitude vécues par le travailleur) • Parcours « déshonorant » du travailleur immigrant • Sentiment d'insécurité lié à la conservation de limitations fonctionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas déclarer une lésion professionnelle par méconnaissance du système
2. Assistance médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Méfiance et sentiment d'injustice • Méconnaissance du système 	<ul style="list-style-type: none"> • Construire le lien de confiance par le dialogue • Assurer meilleure correspondance entre les différents acteurs • Intervention précoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion dans la perception des rôles et des responsabilités de chacun fragilisant le lien de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'injustice nuisant à l'intervention et au développement du lien de confiance
3. Réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la durée et de la fréquence des rencontres • Contexte de travail non adapté à la clientèle • Style de communication et langage non verbal • Profil de chronicité à déconstruire et transition d'une modalité passive de traitements vers une modalité active 	<ul style="list-style-type: none"> • Triage des dossiers • Rencontres en personne pour faciliter le dialogue et miser sur la communication non verbale • Construire et maintenir le lien de confiance (alliance) pour : <ul style="list-style-type: none"> a) faciliter le dialogue et l'obtention de renseignements sur la vie privée du travailleur permettant d'identifier des barrières potentielles et des facilitateurs; b) affirmer son expertise et son rôle 	<ul style="list-style-type: none"> • L'augmentation du temps d'intervention alourdit la tâche physique et émotionnelle des cliniciens et intervenants • La valeur de l'autonomie (par rapport à l'interdépendance) dans un traitement • Perception de la douleur • L'image du corps 	<ul style="list-style-type: none"> • Alliance thérapeutique : représentations, lien de confiance et accès à la vie privée • Rôle et implication de la famille

Étape processus de réadaptation et de retour au travail	Enjeu	Stratégie	Moment clé symbolique	Incident critique
		dans le processus de retour au travail <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer la famille • Faire appel à des collègues provenant de la même origine que le travailleur afin de mieux comprendre des aspects culturels • Faire appel à des OSBL offrant des services aux immigrants ou à des groupes ethniques spécifiques 		
4. Retour au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Amplification et résurgence de la douleur • Surqualification professionnelle • Compétences linguistiques • Déterminer un emploi convenable après la consolidation avec limitations fonctionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le lien de confiance • Parler plus tôt du processus de retour au travail • Mobiliser le milieu de travail • Faire appel à des OSBL offrant des services aux immigrants ou à des groupes ethniques spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Incertitude relative au retour au travail peut être une source de démotivation 	Mécontentes relatives au retour travail et surqualification

6. DISCUSSION

Rappelons que l'objectif général de cette étude vise à identifier les enjeux, les stratégies et les besoins spécifiques à partir de l'expérience des différentes parties concernées (cliniciens, intervenants de la CNESST, travailleurs et les milieux de travail) pour faciliter le processus de réadaptation des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle.

Cinq éléments, qui composent la problématique de la rencontre interculturelle dans les milieux cliniques en réadaptation et dans le contexte spécifique où des travailleurs présentant des risques de chronicité sont pris en charge par la CNESST, ont été identifiés :

- La rupture dans le projet d'intégration professionnelle et le sentiment d'injustice;
- Le cumul des stigmates auprès de travailleurs immigrants victimes d'une lésion professionnelle;
- La construction du lien de confiance, la pièce maîtresse de la relation thérapeutique;
- L'augmentation de la durée et de la fréquence des interventions, et l'adaptation des stratégies d'intervention;
- Les barrières linguistiques et les écarts culturels.

La rupture dans le projet d'intégration professionnelle et le sentiment d'injustice

Le cheminement personnel des travailleurs immigrants présentant un risque de chronicité, qui ont été victimes d'une lésion professionnelle, est marqué par des moments de rupture. Les travaux pionniers du sociologue Michael Bury avaient abordé la thématique de la rupture biographique (*biographical disruption*) à partir de la collecte de récits d'expérience de la douleur chronique [74]. Dans un contexte social d'immigration massive et dans un contexte politique de reconnaissance et de valorisation de la diversité ethnoculturelle (ex. *Loi sur le multiculturalisme canadien*), les nouveaux arrivants au Canada espèrent trouver dans leur pays d'accueil tous les leviers favorisant leur pleine intégration. L'insertion professionnelle constitue souvent le premier jalon vers cette pleine intégration [99, 100]. La difficulté d'obtenir un emploi à la hauteur de leurs compétences professionnelles et de leurs expériences acquises dans leur pays d'origine peut constituer pour les personnes immigrantes un premier point de rupture qui, selon l'importance de l'écart entre le travail occupé et le domaine de formation initiale, peut avoir un impact considérable sur la représentation de soi et le projet migratoire dans son ensemble. La survenue d'une lésion professionnelle vient bouleverser le parcours personnel en augmentant d'un cran le seuil de l'incertitude chez ces personnes [101]. L'obtention d'un premier emploi permet d'acquérir une première expérience de travail au Canada, passage obligé vers l'acquisition d'un emploi qui correspond davantage à leurs attentes, à leurs habiletés, à leur formation et leur scolarité [102].

La possibilité de conserver des limitations fonctionnelles ainsi que celles de perdre son emploi, de devoir assumer des pertes financières importantes, de ne plus pouvoir subvenir aux besoins de sa famille, etc. vont devenir une source d'inquiétude importante. Il s'agit aussi d'une source de

frustration par rapport à l'événement proprement dit, à la complexité de la trajectoire normée (perspective technobureaucratique), à la prise en charge de l'incident par l'employeur et à la possibilité de retour au travail (adaptation de poste, accommodement, etc.). La trajectoire normée décrite par la loi est un parcours qui prévoit un retour au travail à l'emploi prélesionnel ou dans un poste jugé équivalent; cette perspective, souvent méconnue au départ par les immigrants, devient une autre source de frustration, car elle exige un engagement dans un long processus de réadaptation et de retour au travail dans un emploi jugé insatisfaisant et qui était, au départ, prévu comme un emploi temporaire [103, 104]. Ce mécontentement peut générer un sentiment d'injustice et de méfiance envers les différents intervenants. La charge affective et émotionnelle d'une telle situation n'est pas négligeable. En effet, des écrits scientifiques en réadaptation ont souligné l'impact déterminant de la satisfaction au travail prélesionnel sur le retour au travail [104-106]. Plus précisément, ces études montrent comment la satisfaction au travail peut influencer la motivation à adhérer au plan de traitement [107] et comment l'ensemble de ces facteurs jouent un rôle de premier plan dans la construction de l'alliance de travail (thérapeute-patient, intervenant en SST-client), et plus spécialement son impact sur le développement du lien de confiance (l'une des trois composantes de l'alliance). Comme souligné dans la section portant sur le retour au travail, le lien de confiance est affecté par de nombreux facteurs qui peuvent être attribuables à des éléments extérieurs à la relation thérapeute-patient en elle-même. Ces facteurs mettent en cause la représentation d'une association liant le thérapeute aux intervenants de la CNESST, elle-même perçue négativement lorsque le travailleur lui attribue un lien présumé ou une connivence avec l'employeur. Les intervenants de la CNESST doivent également construire un lien de confiance avec le travailleur et, pour y parvenir, ils doivent s'atteler à la tâche complexe de déconstruire l'image négative de la CNESST et de convaincre le travailleur que le personnel de la Commission veille à lui assurer de meilleures conditions du retour au travail, dans le cadre prévu par la loi. Le cheminement personnel des travailleurs immigrants à travers l'espace normé de la réadaptation et du retour au travail est un parcours parsemé de points de rupture et d'embûches qui peuvent fragiliser les personnes par rapport à leur image de soi et à leur confiance dans le système et dans sa capacité à comprendre et à répondre aux attentes de retour au travail et de réinsertion socioprofessionnelle et à la constitution de leurs liens sociaux (communautaires, familiaux, etc.). À ce chapitre, des intervenants ont nommé l'importance d'accéder aux détails de la vie privée des travailleurs pour mieux comprendre l'ensemble des facteurs qui peuvent les fragiliser ou qui peuvent offrir un levier intéressant (personnel, organisationnel, etc.). L'accès aux détails de la vie privée des travailleurs avait été rapporté comme un enjeu plus délicat auprès de la clientèle immigrante avec les risques que cela comporte en matière d'attribution d'intention (connaissance du travailleur par rapport à intrusion, contrôle), mais qui demeure néanmoins corrélé à la construction du lien de confiance d'après Kissinger [105]. Comprendre ces parcours de vie avec toute la dimension affective qu'ils comportent devient un enjeu majeur pour les différents intervenants afin de cibler des pistes d'action mieux adaptées. Toutefois, le rôle qui incombe à chaque intervenant de participer à la construction du lien de confiance (et de son maintien) ne semble pas relever seulement de ses propres compétences et habiletés relationnelles, mais aussi de la complexité des liens interprofessionnels et interorganisationnels. Ce qui plaide encore une fois pour le développement d'approches d'interventions concertées.

Cumul des stigmates auprès de travailleurs immigrants victimes d'une lésion professionnelle

Bien que le phénomène de la stigmatisation ne soit pas explicitement nommé dans les entrevues, il apparaît implicitement à travers les témoignages des intervenants (clinique, CNESST) rencontrés. La stigmatisation renvoie au stigmaté, c'est-à-dire, pour reprendre la définition de Goffman [108], « tout attribut qui jette un discrédit profond sur celui qui le possède » (p.13). Goffman désigne trois types de stigmates, soit les stigmates relatifs au handicap et à l'apparence physique, les stigmates relatifs à la maladie mentale (souvent associés à une faiblesse du caractère, à la volonté, etc.) et les stigmates dits « tribaux » qui sont relatifs à l'ethnicité, la « race », la nationalité, la religion, la classe sociale. C'est dans les interactions quotidiennes que les stigmates se matérialisent : regard de l'autre (ou tel qu'il est perçu) et regard sur soi-même (autoattribution), etc. Comme ce rapport le montre, le stigmate relatif à l'appartenance à un groupe ethnoculturel, linguistique ou religieux est présent. On pourrait sans doute y ajouter le stigmate relatif au lieu de naissance (né au Canada, né à l'étranger). Le stigmate peut entraîner une série de conséquences : tabous, convictions erronées, préjugés qui se traduisent par un changement d'attitudes des professionnels de la santé et de la SST lorsque, par exemple, un clinicien anticipe un comportement jugé négatif ou inapproprié chez un client, sur la base de son identité ethnoculturelle, ou par le fait d'attribuer à tout un groupe des caractéristiques négatives sur la base d'expériences antérieures difficiles ou d'échecs répétés. C'est ce qui a été identifié plus tôt comme une « attribution d'intention » [95]. C'est ce que l'étude de Jonson en Suède entendait par la notion de « filtres culturels » [54]. Le filtrage culturel signifie que, dès le début de la prise en charge, les intervenants procèdent à une classification des immigrants dans la catégorie des « clients potentiellement difficiles », et ce, sans valider la présence ou non des risques de chronicité comme cela est mis en pratique à la CNESST à travers divers outils de dépistage précoce. Ce changement d'attitude des professionnels peut se traduire, comme l'illustre ce rapport, par un phénomène de triage des dossiers de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels ou par de l'évitement des travailleurs ainsi stigmatisés, qui peut générer une forme de traitement ou mode relationnel inapproprié [54, 109, 110]. Si le triage vise principalement l'allègement de la charge de travail des cliniciens, il procède manifestement d'une forme de stigmatisation (attribution de comportement relatif à un groupe ethnique).

Le stigmate peut générer une discrimination, qui marginalise et exclut ceux et celles qui le portent, et les priver de l'exercice de leurs droits [109]. Cette étude met en relief plusieurs autres stigmates qui peuvent être portés par les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels : les stigmates relatifs à l'âge ou au genre (qui ne figurent pas dans les catégories goffmaniennes d'origine et qui se rapportent à l'autoattribution d'être « fini » et d'être plus utile dans d'autres rôles sociaux), les stigmates socioéconomiques (ex. précarité du lien d'emploi et des conditions de travail qui recourent l'idée de gains secondaires et tirer profit du système), les stigmates relatifs au handicap et au caractère « professionnel » de la lésion (ex. : cas compliqués, paperasse et litiges en ce qui concerne les lésions professionnelles en général; tabou, honte et discrédit en ce qui concerne les aspects psychologiques de l'incapacité de longue durée). Les stigmates relatifs au handicap ou à l'incapacité au travail ont été documentés par Kirsh, Slack et King (2012) dans une étude montrant les impacts négatifs de la stigmatisation des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle. Dans cette étude, la stigmatisation se traduit par des traitements inadaptés, et par un impact sur la santé psychologique des travailleurs qui perçoivent

des changements dans le mode relationnel des intervenants et qui se sentent comme si on leur jetait le discrédit ou qu'on les disqualifiait socialement [111]. Des phénomènes semblables sont observés chez les personnes souffrant de douleurs chroniques [112], et rapportés dans une autre étude portant sur des travailleurs ayant soufferts d'un trouble mental et qui tentent d'effectuer un retour au travail [113]. La stigmatisation est reconnue pour avoir un impact considérable sur la santé des travailleurs, et cela est d'autant plus préoccupant chez les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels chez qui l'on peut constater un effet cumulatif des différents types de stigmates. S'il y a un risque de discrimination apparent lorsqu'un phénomène de stigmatisation est observé, les données de la présente étude ne permettent pas de conclure à l'évolution systématique de la stigmatisation vers la discrimination. En effet, l'étude a pu observer que les intervenants interrogés qui sont souvent, bien involontairement, à l'origine d'une telle stigmatisation, peuvent aussi se montrer bienveillants et rechercher, à travers une volonté de compréhension des différences et des dynamiques interculturelles, les meilleures stratégies pour soutenir une intervention culturellement adaptée. Si le préjugé est inéluctable dans la société comme le soutiennent certains courants philosophiques herméneutiques [114], c'est plutôt la manière de traiter et de dépasser le préjugé qui devient objet de préoccupation et de développement. Autrement dit, s'il est difficile d'abolir les préjugés, une nuance s'impose donc, d'un point de vue analytique, entre une stigmatisation, qui serait doublée d'une intention bienveillante, et une stigmatisation, qui concourt au développement et au renforcement des préjugés existants, et qui pourrait participer à un processus de discrimination et de marginalisation des travailleurs, dont les manières de dire, de penser et de faire seraient jugées contraires aux normes environnantes. Le stigmate est aussi étroitement lié à un écart par rapport à l'idée de conformité sociale [115].

Il convient de préciser que cette discussion et les pistes de réflexion qu'elle suggère ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble des travailleurs immigrants qui ont été victimes d'une lésion professionnelle, pas plus qu'à l'ensemble des professionnels de la santé et des entreprises qui embauchent des travailleurs immigrants. Le caractère exploratoire de cette étude visait principalement à comprendre des processus de prise en charge et à identifier des dynamiques d'interactions susceptibles de générer de nouvelles hypothèses de recherche et de nouvelles pistes plus approfondies.

Le lien de confiance, pièce maîtresse de la relation thérapeutique

Établir le lien de confiance est un thème transversal qui apparaît à toutes les étapes du processus de réadaptation et de retour au travail. Davantage qu'un simple atout, il apparaît comme la pièce maîtresse de la relation thérapeutique ou de la relation de service lorsqu'il s'agit du lien entre les travailleurs, les cliniciens et les intervenants de la CNESST. Le lien de confiance constitue, avec la compréhension commune des objectifs et du rôle et des responsabilités de chacun, l'une des trois composantes du concept de l'« alliance de travail » ou AT [98, 116], un concept apparenté, sinon synonyme de l'alliance thérapeutique [117-119]. Certains intervenants réfèrent d'ailleurs à l'alliance pour parler du lien de confiance. La construction du lien de confiance demande du temps et une relative proximité entre intervenant et travailleur; en contexte interculturel, elle peut prendre plusieurs semaines à s'ériger comme l'on suggéré certain participants, ce qui représente un défi certain lorsque la durée des traitements est limitée (et liée à la somme des frais d'assistance médicale et de réadaptation que l'assureur est disposé à déboursier). L'AT comporte

des éléments techniques et relationnels, et revêt une charge affective qui peut être importante; elle renvoie à l'acceptation du thérapeute et à son influence positive sur un client. Le segment « engagement » du concept se rapproche de la notion d'adhésion et de « compliance », mais il apparaît très clairement que sans lien de confiance, il est peu probable d'obtenir l'adhésion au traitement.

L'alliance est un phénomène dynamique et non linéaire qui évolue dans le temps [36]. En réadaptation au travail, Glenn Pransky et son équipe ont rapporté d'autres résultats qui témoignent de l'impact positif de l'AT sur l'amélioration des capacités fonctionnelles et plus spécialement lorsque les plans de traitements nécessitent une composante psychosociale [120]. À cet égard, Sloots et ses collègues montrent la difficulté d'aborder les aspects psychologiques et sociaux de la douleur [6]. Cette difficulté semble liée au malaise ressenti par les patients lorsque des aspects intimes ou privés de leur vie personnelle sont traités. Elle met en évidence des représentations différentes du corps et de la douleur, et un certain niveau de confiance mutuelle en plus des compétences linguistiques minimales requises pour exprimer et nommer l'univers des affects quand ils ont du sens dans les représentations d'origine [121]. Aborder les aspects psychologiques ou émotionnels de la douleur peut être perçu par le travailleur comme stigmatisant ou non pertinent [18]. Établir un lien de confiance dans un contexte de réadaptation et de retour au travail apparaît comme un enjeu important pour les intervenants rencontrés. Il s'agit d'un enjeu qui se réactualise à toutes les étapes du processus puisque chacune d'elle peut être marquée par une transition qui exige un changement d'intervenants, un changement de clinique, sans compter que parfois les travailleurs eux-mêmes peuvent choisir un nouveau médecin traitant qui devra établir un pont avec le milieu de la réadaptation et la CNESST. Le passage d'une étape à une autre recoupe l'idée de « transitions multiples » suggérée par Øyeflaten et son équipe [66] qui exposent les travailleurs à des ruptures diverses, dont la rupture affective suggérée par quelques cliniciens interrogés dans cette étude. Certaines de nos données suggèrent que la mixité (ou la diversité au sein même des équipes cliniques ou d'intervention à la CNESST) soit associée positivement au sentiment de confiance que le travailleur peut éprouver à l'égard du service, bien que cela doive être documenté davantage. À la connaissance des auteurs, peu d'études se sont penchées sur la question du lien de confiance en réadaptation, et plus particulièrement dans les contextes où le travailleur consulte simultanément plusieurs intervenants qui sont appelés à des degrés divers à jouer un rôle significatif dans son parcours médical, administratif et professionnel. Cette dimension de la problématique de l'alliance signifie que des logiques institutionnelles et opérationnelles dépassent le simple lien thérapeute-patient; que certains schèmes d'action sont directement déterminés par des prescriptions légales et institutionnelles qui échappent au contrôle individuel ou interpersonnel [122]. La construction du lien de confiance et de l'alliance de travail de manière plus générale ne peut faire abstraction des contraintes inter-organisationnelles et institutionnelles qui peuvent influencer la nature du lien interpersonnel, indépendamment de toute affinité ou proximité affective. Et cela peut représenter un défi important pour les intervenants.

Le temps est un enjeu important

Le temps est apparu comme un facteur important à toutes les étapes du processus. Il a été rapporté par la plupart des cliniciens et des intervenants de la CNESST que des écarts linguistiques et culturels engendraient souvent une augmentation de la durée et de la fréquence

des interventions. Ce phénomène a été documenté à Montréal dans le contexte des services de première ligne offerts aux clientèles ethniques [8]; il a été documenté en réadaptation par Dressler et Pils en Autriche [7], et par Sloots *et al.* aux Pays-Bas [6]. En plus de l'augmentation de la durée des interventions, la présente étude fait apparaître également l'augmentation de la fréquence des suivis et du nombre des visites dans les milieux de travail et les milieux familiaux. Contourner les barrières linguistiques; établir le lien de confiance; fournir des informations et des explications sur ce qui est habituellement su et compris par la population locale (établie depuis longtemps); s'assurer d'une compréhension commune; investiguer l'univers des représentations et des parcours de vie, tout cela demande du temps si l'on veut intervenir de manière efficace et offrir un soutien personnalisé aux travailleurs. Le facteur temporel semble présent à toutes les étapes du processus de réadaptation et de retour au travail en contexte de relations pluriethniques. Cependant, la présente étude montre qu'il peut être présent et déterminant à certains moments clés où il est question de bâtir le lien de confiance et d'identifier les éléments qui caractérisent le cheminement du travailleur et qui posent un défi en matière de stratégies d'intervention. Ces éléments problématiques peuvent être liés au parcours médico-administratif (ex. : délais de prise en charge, litige médico-légal), professionnel (ex. : lien d'emploi, précarité, contexte de travail) et à ce que Martin et Baril (1996) ont défini comme l'itinéraire personnel des travailleurs (ex. représentation de soi) et « les différentes facettes de l'identité de travailleur » [64]. À l'étape de la réadaptation, lorsque le travailleur bénéficie d'un plan individualisé de réadaptation et marque aussi une transition vers de nouvelles modalités d'intervention (ex. d'un mode dit « passif » vers un mode « actif »), l'augmentation de la durée des interventions peut se caractériser par un effort accru de mobilisation de la famille, ce qui peut comprendre des visites en milieu familial. Cette pratique, selon les participants à cette étude, s'applique rarement aux travailleurs « québécois »¹¹. À l'étape du retour au travail (ou lorsque cette étape est abordée avec le travailleur), l'augmentation de la durée et de la fréquence des interventions se matérialise souvent par 1) des visites plus systématiques sur le lieu de travail pour identifier des obstacles supplémentaires (auxquels les immigrants seraient plus souvent exposés) , 2) un effort de mobilisation accru du milieu de travail afin d'obtenir son engagement et sa participation [37, 123]. Ces actions, qui sont entreprises ou envisagées par les différents intervenants (clinique, CNESTT), demandent une stratégie relationnelle qui peut exiger un investissement en temps plus important avec les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels. Il s'agit d'un défi important pour les intervenants qui se heurtent à des pratiques institutionnelles qui ne prennent pas nécessairement en compte la complexité de l'intervention en contexte pluriethnique. En effet, à défaut d'une pleine reconnaissance des exigences pratiques de l'intervention en contexte pluriethnique, un écart est constaté entre les efforts exigés pour effectuer la charge de travail prescrite (contraintes et normes opérationnelles), la charge réelle (les tâches qui s'effectuent au quotidien) et la charge vécue (ressentie par l'intervenant, sentiment de débordement); il en découle une surcharge de travail potentielle [124-126]. L'ensemble des participants interrogés, et plus particulièrement les cliniciens, ont exprimé le sentiment de ne pas être suffisamment outillés pour intervenir en contexte pluriethnique. Cette situation entraîne dans son sillage des échecs répétés pouvant générer ou renforcer les préjugés à l'égard de certains groupes ethnoculturels

¹¹ L'épithète « québécois » réfère au groupe ethnoculturel et historique des Canadiens français qui peuplent majoritairement la province de Québec et qui constituent historiquement les descendants de la première vague de colons européens, principalement français, qui ont peuplé l'Amérique du Nord à partir du début du 17^e siècle.

comme l'ont exprimé des intervenants. Il en résulte un impact psychologique et une charge émotionnelle non négligeables qui peuvent engendrer de l'insatisfaction au travail. Quelques cliniciens ont même suggéré que cette situation peut avoir un impact sur le roulement de personnel. Les données exploratoires de cette étude ne permettent pas de tirer de grandes conclusions tant que l'étendue du problème ne sera pas mieux comprise. Néanmoins, il s'en dégage un consensus suffisamment large à l'égard des exigences de l'intervention en contexte pluriethnique pour se préoccuper de la santé au travail de ces intervenants et, ultimement, de la capacité des organisations à remplir leur mission ou de répondre à leur offre de service. Pour les organisations, le défi est important, car il faut joindre l'efficacité clinique (éthique des soins) à l'efficacité opérationnelle (éthos managérial), dans un contexte où les ressources matérielles et financières ne sont pas illimitées. Le développement de la compétence interculturelle se situe donc dans une vision intégrée et systémique, combinant le savoir-faire et le savoir-être des intervenants et le principe de l'organisation apprenante. Dans les organisations « monoculturelles », le développement de la compétence en matière interculturelle repose principalement sur l'initiative personnelle des intervenants alors que ce type de compétence devrait être soutenu, encouragé et faire partie de la stratégie organisationnelle (par le soutien et l'engagement de la direction) [22, 55]. Il est important pour la recherche de documenter les contraintes et les facilitateurs à l'implantation des nouvelles conditions exigées par l'intervention dans un contexte pluriethnique, conditions qui passent par l'amélioration des compétences interculturelles individuelles et organisationnelles et, idéalement, par la mesure des impacts (financiers, cliniques, humains) d'une non-implantation. L'adaptation des services aux particularités et aux caractéristiques socioculturelles de la clientèle doit apparaître comme une valeur ajoutée [7][24]. Cette perspective se pose également comme un enjeu de société et une question d'équité.

Les barrières linguistiques et les écarts culturels

Les barrières linguistiques apparaissent comme un des enjeux principaux de la rencontre interculturelle, car elles posent les conditions de la communication et la nature des échanges. Comme expliqué précédemment, ces barrières peuvent représenter des enjeux différents aux diverses étapes du processus de prise en charge. En effet, si les barrières linguistiques peuvent représenter un obstacle à la communication et à l'établissement de la relation thérapeutique (dans le cas des milieux cliniques) et de la relation de service (dans le cas de la CNESST) [7], elles deviennent, à l'étape du retour au travail, un obstacle à la détermination de l'emploi convenable [46]. C'est au moment d'envisager le retour au travail, et à plus forte raison lorsque le lien d'emploi prélésionnel a été perdu, que cette barrière linguistique se pose de manière plus concrète en touchant plus directement le parcours professionnel des travailleurs. Les habiletés linguistiques (une connaissance fonctionnelle de la langue française) deviennent une compétence professionnelle exigée sur le marché de l'emploi au Québec. Si le recours aux interprètes a pu faciliter les échanges dans le cadre des rencontres cliniques et des rencontres avec la CNESST, il ne peut être d'aucune aide au moment d'envisager un retour au travail. Le manque de compétence linguistique limite dès lors l'employabilité au même titre que les autres facteurs médicaux ou psychosociaux. Dans la société civile, des organismes de défense des droits des personnes accidentées du travail observent même que les travailleurs immigrants, principalement les allophones, seraient dans une plus grande proportion déclarés inemployables [127]. Une maîtrise insuffisante des langues française et anglaise peut donc représenter un indice de

précarisation non négligeable chez ces personnes. Ce n'est plus les limitations fonctionnelles qui les empêchent d'occuper un emploi convenable ou équivalent, mais bien des facteurs linguistiques. Si cette barrière prend de l'ampleur à l'étape finale du retour au travail, il devient d'une première importance de pouvoir déterminer dès le départ qu'il s'agit d'une limitation, et plus spécialement lorsque la possibilité de retour au travail chez le même employeur est vue comme étant compromise ou peu probable.

Les barrières linguistiques sont souvent mises côte à côte avec celles dites culturelles. Ces dernières constituent toutefois une autre classe de phénomènes, qui se situe dans le domaine des manières d'être, de dire ou de faire, le domaine des représentations proprement dites, qui peuvent nuire à l'alliance de travail (entre le travailleur victime d'une lésion, le milieu clinique et le milieu assurantiel). L'étude des représentations dans le domaine de la santé permet généralement aux personnes concernées d'identifier le problème et le comprendre, de percevoir les causes et les facteurs aggravants, de reconnaître la manière par laquelle un signal corporel devient symptôme, de mesurer la durée du problème et son impact dans la vie quotidienne, et de trouver les moyens d'y remédier ou d'en atténuer les impacts [70, 128-132]. Mesurer l'écart de perceptions dans le contexte de la réadaptation et du retour au travail permet de déterminer avec plus de précisions et les moyens à mettre en œuvre pour réduire ces écarts et susciter l'adhésion des travailleurs au plan de traitement et, de manière plus générale, de bâtir l'alliance de travail [98, 118, 133]. L'adhésion au traitement de réadaptation chez les personnes immigrantes a été abordée lors des travaux de Maurits Sloots et ses collègues aux Pays-Bas. Ces chercheurs ont observé un taux d'abandon des traitements plus élevé chez les immigrants (80,9 % contre 61,7 %) [16], et ont établi que les attentes de traitement (80,9 %), plus que les difficultés de communication (3,8 %), étaient la principale cause d'abandon [6]. S'entendre sur les objectifs du programme de réadaptation et les moyens à mettre en œuvre pour le réaliser est primordial; aborder le plus tôt possible la perspective et les attentes de retour au travail semble, à la lumière des données recueillies, une bonne manière d'éviter les incompréhensions et les craintes qui peuvent surgir à l'étape de la réadaptation où le retour au travail est abordé, par l'assureur ou par le milieu clinique.

C'est la raison pour laquelle les écarts culturels peuvent aussi mettre en lumière une certaine méconnaissance du système, un phénomène que les participants perçoivent comme étant plus marqué auprès des immigrants. Cette étude retrace des exemples où un travailleur ne comprend pas l'importance de préciser à son médecin que sa blessure est consécutive à un accident de travail, ce qui engendre un délai de prise en charge, lequel représente à lui seul un facteur de risque de chronicité [78]. Au Québec, comme ailleurs au Canada, il y a un croisement entre le système de santé et de services sociaux et le régime d'indemnisation et de réadaptation; pour une même lésion prise au sens strictement médical, le processus de prise en charge, l'indemnisation et la législation en matière de réadaptation et de retour au travail ne sont pas du tout les mêmes. Cette méconnaissance du système peut donc produire des conséquences fâcheuses pour les travailleurs qui se trouvent indirectement privés de l'exercice de leurs droits. Elle peut aussi s'expliquer par des lacunes en matière de formation en SST et de mise en place de mesures de prévention et de retour au travail dans les entreprises, chose qui peut être négligée dans certains milieux de travail, là où il n'y a pas de véritable culture SST (et de gestion de l'incapacité) [37, 134-137]. C'est la raison pour laquelle plusieurs participants (milieux cliniques, CNESST) tentent de s'assurer le plus tôt possible auprès des travailleurs que les étapes du processus de

prise en charge sont bien comprises; mais compte tenu des enjeux spécifiques qui apparaissent à l'étape du retour au travail (mettant en cause à cette étape tardive la méconnaissance du système), cette étude exploratoire suggère qu'il y a encore beaucoup à faire pour comprendre la dynamique des échanges entre les parties prenantes et pour dissiper les écarts de perception, ne serait-ce qu'au niveau des attentes de retour au travail. À ce chapitre, deux profils de travailleurs immigrants qui peuvent entretenir des attentes différentielles liées à leur condition sont identifiés : les travailleurs surqualifiés, qui espèrent retourner au travail dans leur domaine de compétence ou dans le domaine dans lequel ils ont obtenu une formation (acquise dans le pays d'origine ou dans le pays d'accueil), et les travailleurs peu qualifiés, peu scolarisés et dont les perspectives de retour au travail sont plutôt faibles.

La perspective du retour au travail prélésionnel peut représenter un véritable repoussoir dans les deux cas et pour des raisons différentes : pénibilité du travail, insatisfaction, sens du travail (ex. emploi passager) qui peut se manifester par une résurgence de la douleur et une amplification des symptômes. Plusieurs intervenants interrogés attribuent ce phénomène au stress, à la peur de se blesser à nouveau (ou d'aggraver son état de santé) et au fait que les travailleurs ne se sentent pas prêts à retourner au travail lorsque la douleur demeure associée à l'incapacité, et lorsque la perspective de retourner dans les mêmes conditions que celles qui prévalaient avant la survenue de la lésion peut difficilement apparaître comme une source de motivation. La résurgence de la douleur et l'amplification des symptômes sont rapportées par certains intervenants comme des phénomènes qui surviendraient surtout lors des phases tardives du processus de prise en charge, notamment lorsque le retour au travail est abordé avec le travailleur.

Certains écarts culturels liés à la problématique de la santé psychologique sont rapportés dans cette étude. Cette problématique serait plus importante à l'étape de la réadaptation lorsque des éléments relatifs à la santé mentale peuvent surgir et que des pistes d'action peuvent être entrevues en ce sens par les intervenants (clinique, CNESST). Les troubles psychologiques demeurent une source de malaise pour les travailleurs immigrants, voire une source de honte pour leur famille et leur communauté de référence. Selon les informations recueillies, le niveau d'acceptabilité sociale et d'ouverture par rapport aux problématiques de santé mentale peut varier énormément selon les groupes ethnoculturels. Cette observation semble corroborer une étude de Hansson *et al.* (2010) réalisée pour la Commission de la santé mentale du Canada dans laquelle il est rapporté que les préjugés négatifs relatifs à la maladie mentale soient présents au sein de nombreuses familles issues de l'immigration et des groupes ethnoculturels [138]. D'après les auteurs de ce rapport, cette stigmatisation, à l'intérieur même de ces groupes, peut constituer un facteur d'isolement des personnes qui se retrouvent ainsi privées d'un soutien psychosocial. Il est démontré que l'aide destinée aux familles, notamment en matière de compréhension des problématiques de santé mentale leur permet de réajuster leurs attentes envers leurs proches et de leur apporter un meilleur soutien [139]. En matière de réadaptation et de retour au travail, la composante psychosociale liée aux troubles musculosquelettiques est connue depuis longtemps [30] et cela peut représenter un enjeu particulier pour l'intervention dans un contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle.

Forces et limites

Cette étude comporte des forces et des limites. Les forces sont : a) d'avoir pu collecter des données auprès de plusieurs sources (catégories d'acteurs) pour faciliter leur triangulation (validation, contre validation); b) d'avoir construit un cadre méthodologique inspiré de la théorisation ancrée et de certaines techniques d'enquête (entretien d'explication, méthode des incidents critiques)¹²; c) d'avoir dressé, par théorisation ancrée, un portrait réaliste de la situation vécue par les personnes interrogées, en identifiant parallèlement à toute analyse factorielle, des dynamiques interactionnelles, des contraintes diverses qui se jouent à divers niveaux organisationnels, collectifs et personnels susceptibles de mieux faire ressortir le caractère systémique de la problématique de la réadaptation et du retour au travail chez les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels.

Cette étude comporte aussi des limites. Tout d'abord : a) la collecte des données, bien qu'elle ait visé les catégories de participants représentant les principaux partenaires du processus de réadaptation au travail, ne permettait pas de croiser les informations¹³ obtenues auprès d'un intervenant, d'une entreprise et d'un travailleur réunis autour d'un même dossier d'absence prolongée; b) cette étude ne comporte pas le point de vue des conjoints des travailleurs et d'autres membres de leur famille dont le rôle a bien été souligné par les intervenants rencontrés; c) cette étude n'est pas parvenue, malgré de nombreux efforts déployés, à recruter un nombre suffisant d'entreprises qui aurait permis de mieux comprendre les multiples enjeux liés au retour au travail et de dresser un inventaire plus complet, du moins plus détaillé, des stratégies qui ont été mises en place dans les milieux de travail; d) cette étude ne prend pas en considération le point de vue des travailleurs qui ont été complètement exclus du système d'indemnisation et du marché de l'emploi; e) cette étude rapporte davantage la perspective des cliniciens et des intervenants de la CNESST qui s'explique par des difficultés de recrutement des travailleurs; f) cette étude ne documente pas le point de vue des médecins traitants; enfin, g) cette étude ne prend pas en compte les contraintes relatives au marché du travail et à l'accueil des immigrants dans un contexte où les phénomènes d'inégalités sociale et de discriminations relatives à l'origine ethnoculturelle, au pays d'origine, à la religion, au genre, à l'âge, au handicap sont persistants.

¹² La construction du cadre et des techniques d'enquête a permis d'appliquer le principe de l'itération pour ajuster les schémas d'entrevue en tenant compte de la contribution et de la compréhension progressive des phénomènes étudiés.

¹³ Le croisement des données auraient, selon les auteurs, permis une analyse situationnelle encore plus fouillée. En effet, une analyse croisée des différentes catégories d'acteurs à partir de dossiers communs d'indemnisation aurait pu faciliter l'identification des dynamiques qui influencent les stratégies d'intervention et de les situer dans des étapes précises du parcours médico-administratif et dans des moments clés spécifiques à teneur symbolique.

7. CONCLUSION

Cette étude visait à déterminer les stratégies mises de l'avant par les différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au travail des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle. Elle visait à décrire l'expérience et la perspective de chaque partie concernée (travailleurs, cliniciens, conseillers en réadaptation, milieux de travail) pour mieux faire ressortir les contraintes, les obstacles, les facilitateurs et les besoins spécifiques. Ainsi, à partir de l'expérience et du point de vue des différentes parties concernées, cette étude a permis de : a) décrire le processus de réadaptation et de retour au travail des personnes issues de l'immigration ou des minorités ethnoculturelles; b) dégager un « modèle logique » de la réadaptation et du retour au travail qui illustre les différentes étapes du processus et les moments clés de ce dernier lors duquel les choses peuvent basculer (incidents critiques). L'étude apprécie les principales barrières qui se présentent aux intervenants dans le contexte de la rencontre interculturelle et détermine les stratégies qu'ils peuvent mettre de l'avant pour les surmonter. De plus, elle témoigne des préoccupations et des inquiétudes des personnes interrogées et des différents obstacles qu'ils doivent rencontrer durant leur réadaptation et leur processus de retour au travail.

En conclusion, les résultats de cette étude montrent, qu'à travers les étapes du processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles, il existe plusieurs enjeux et moments clés symboliques qui peuvent soit fragiliser soit renforcer l'alliance de travail. De plus, ces enjeux et ces moments clés symboliques posent des défis immenses en matière d'intervention. À partir des analyses, les auteurs de cette étude ont retenu cinq thèmes : a) la rupture du projet d'intégration professionnelle et le sentiment d'injustice; b) le cumul des stigmates auprès des travailleurs immigrants victimes d'une lésion professionnelle (sociolinguistique, genre, incapacité/handicap, type de lésion, ethnoculturel et âge); c) la construction du lien de confiance peut constituer la pièce maîtresse de l'alliance de travail (objectifs à atteindre, engagement et responsabilité de chacun); d) l'augmentation de la durée et de la fréquence des interventions peut constituer un facteur important lorsque l'on ne dispose pas de tous les outils, les compétences ou le soutien organisationnel pour faciliter les rencontres interculturelles; e) les barrières linguistiques et les écarts culturels entre le travailleur immigrant et les intervenants complexifient l'atteinte des objectifs (traitements, retour au travail). De ce point de vue, cette étude montre qu'il est essentiel de trouver des solutions et des paramètres opérationnels qui permettent d'utiliser ces défis comme une valeur ajoutée pour maximiser l'offre de service et l'atteinte des résultats fixés par les différents intervenants et, ultimement, pour améliorer le rendement des organisations. Ces défis en contexte interculturel se posent à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et collectif.

Pour ce faire, quelques recommandations sont proposées pour favoriser et optimiser les interventions offertes en réadaptation au travail auprès des travailleurs immigrants :

- Initier, au sein des différentes instances concernées par la problématique de la réadaptation et du retour au travail, y compris les organismes publics et parapublics qui œuvrent en employabilité et en insertion socioprofessionnelle, une démarche réflexive permettant de mieux cerner les enjeux relatifs aux parcours difficiles des travailleurs surqualifiés et des allophones, et ce, dans le but de développer des efforts concertés;

- Maintenir et renforcer la stratégie de l'intervention précoce en réadaptation dans les cas où le travailleur a un lien d'emploi précaire et que le potentiel de réinsertion semble limité à cause de facteurs tels que la maîtrise de la langue de travail;
- Favoriser la formation des différents paliers organisationnels sur la rencontre interculturelle en réadaptation au travail¹⁴.

Finalement, cette étude exploratoire suggère plusieurs pistes de recherche qui s'étalent sur deux axes :

Axe relation intervenants-travailleurs

- Étudier le processus et les mécanismes de construction et de maintien de l'alliance de travail dans le processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles;
- Décrire et analyser le point de vue et le parcours des acteurs (médecins traitants, spécialistes, agent d'indemnisation) et les défis particuliers qu'ils doivent relever en matière d'évaluation, de diagnostic et de suivi de dossiers lors de la rencontre interculturelle;
- Décrire et analyser l'importance de l'alliance de travail pour faciliter et optimiser le retour au travail et son maintien.
- Déterminer les stratégies mises de l'avant par les différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au travail des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels qui ne présentent pas de risques de chronicité.

Axe : développement organisationnel et implantation de la compétence interculturelle

- Analyse des besoins et des mécanismes de mise à niveau des compétences interculturelles et linguistiques des travailleurs immigrants (p.ex. : méconnaissance du régime d'indemnisation et de réadaptation, méconnaissance des lois en vigueur, méconnaissance des codes et des manières de faire qui peuvent traduire une certaine « culture » locale);
- Analyse des contraintes et des facilitateurs à l'implantation des nouvelles conditions exigées par l'intervention dans un contexte pluriethnique, conditions qui passent par l'amélioration des compétences interculturelles individuelles et organisationnelles et, idéalement, par la mesure des impacts (financiers, cliniques, humains) d'une non-implantation;

¹⁴ Cela va dans le sens des recommandations de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), notamment celle de « favoriser l'accès à une formation interculturelle adaptée aux besoins et à l'expérience professionnelle des intervenants » et d' « accroître la compétence interculturelle en tant que dimension de la qualité des services à l'échelle du système de santé et de services sociaux ». Voir : Pouliot et coll. (2015). La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Constats et pistes d'action. Québec (Québec) : INSPQ.

- Analyse des contraintes organisationnelles liées à l'implantation de la compétence interculturelle et des manières de résoudre les écarts entre le travail prescrit et le travail réel en situation de rencontres interculturelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. CNESST, *Plan stratégique 2010-2014*. 2010, Québec, QC: Commission des normes, de l'équité en emploi et de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST).
2. Statistique, C., *Recensement de la population de 2006, Ville de Montréal*. 2006, Statistique Canada: Ottawa.
3. White, B., *Élément de réflexion vers une politique interculturelle pour la ville de Montréal. Document de travail, Comité de travail sur l'interculturel, Conseil interculturel de Montréal*. 2011.
4. Bowen, S., *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. 2001, Ottawa, ON: Santé Canada.
5. Beck, R.S., R. Daughtridge, and P.D. Sloane, *Physician-Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review*. Journal of the American Board of Family Medicine, 2002. **15**(1): p. 25-38.
6. Sloots, M., et al., *Reasons of drop-out from rehabilitation in patients of Turkish and Moroccan origin with chronic low back pain in The Netherlands: A qualitative study*. Journal of Rehabilitation Medicine, 2010. **42**(6): p. 566-573.
7. Dressler, D. and P. Pils, *A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in-patient rehabilitation of migrant and ethnic minority patients in Austria*. Disability and Rehabilitation, 2009. **31**(14): p. 1181-1190.
8. Battaglini, A., *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes: estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. 2005: Direction de la Santé Publique, Montréal.
9. Cortis, J.D., *Meeting the needs of minority ethnic patients*. Journal of Advanced Nursing, 2004. **48**(1): p. 51-58.
10. Pieper, H.O. and A. MacFarlane, *"I'm worried about what I missed": GP registrars' views on learning needs to deliver effective healthcare to ethnically and culturally diverse patient populations*. Education for Health (Abingdon, England), 2011. **24**(1): p. 494.
11. Pooremamali, P., D. Persson, and M. Eklund, *Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2011. **18**(2): p. 109-121.
12. Joyce, T., M. Hazelton, and M. McMillan, *Nurses with mental illness: Their workplace experiences: Feature Article*. International Journal of Mental Health Nursing, 2007. **16**(6): p. 373-380.
13. Côté, D., *La notion d'appartenance ethnoculturelle dans la recherche et l'intervention en réadaptation: un bilan des connaissances. Rapport B-080*. 2012, Montréal (Québec): Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
14. Côté, D., *Penser la douleur à la rencontre du culturel et du biologique : repères anthropologiques*. Altérités, 2009. **6**(2): p. 26-47.
15. Smith, P., Kosny, and C. Mustard, *Differences in access to wage replacement benefits for absences due to work-related injury or illness in Canada*. American Journal of Industrial Medicine, 2009. **52**(4): p. 341-349.
16. Sloots, M., et al., *Higher dropout rate in non-native patients than in native patients in rehabilitation in The Netherlands*. International Journal of Rehabilitation Medicine, 2009. **32**(3): p. 232-237.

17. Gravel, S., *Analyse du parcours d'indemnisation de travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles. Thèse de Ph.D., santé publique.* 2006, Montréal: Université de Montréal.
18. Coutu, M.F., et al., *Transforming the meaning of pain: An important step for the return to work.* *Work : a Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 2010. **35**: p. 209-219.
19. Nastasia, I., R. Tcaciuc, and M.F. Coutu, *Strategies for Preventing Prolonged Disability in Workers Compensated for Work Related Musculoskeletal Disorders. A Systematic and Comprehensive Literature Review. Rapport R-719.* 2011, Montréal (Québec): Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
20. van Wieringen, J.C., J.A. Harmsen, and M.A. Bruijnzeels, *Intercultural communication in general practice.* *European Journal of Public Health*, 2002. **12**: p. 63-68.
21. Kogevinas, M., *The importance of cultural factors in the recognition of occupational disease.* *Occupational and Environmental Medicine*, 2005. **62**(5): p. 286.
22. Muñoz, J.P., *Culturally responsive caring in occupational therapy.* *Occupational Therapy International*, 2007. **14**(4): p. 256-280.
23. Murden, R., et al., *Occupational therapy students' perceptions of their cultural awareness and competency.* 2008. **15**(3): p. 191-203.
24. Sloots, M., et al., *Adaptations to pain rehabilitation programmes for non-native patients with chronic pain.* *Disability and Rehabilitation*, 2011. **33**(15-16): p. 1324-1329.
25. Beagan, B.L. and A. Chacala, *Culture and diversity among occupational therapists in Ireland: when the therapist is the 'diverse' one.* *British Journal of Occupational Therapy*, 2012. **75**(3): p. 144-151.
26. Ferreira, P.H., et al., *Attitudes and beliefs of Brazilian and Australian physiotherapy students towards chronic back pain: a cross-cultural comparison.* *Physiotherapy Research International*, 2004. **9**(1): p. 13-23.
27. Gravel, S., et al., *L'adhésion des populations immigrantes à la valeur de l'autonomie véhiculée en santé publique.* *International Migration and Integration*, 2009. **10**: p. 31-47.
28. Iwama, M.K., N.A. Thomson, and R.M. Macdonald, *The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy.* *Disability and Rehabilitation*, 2009. **31**(14): p. 1125-1135.
29. Pooremamali, P., et al., *Muslim Middle Eastern clients' reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care.* *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2012. **19**(4): p. 328-340.
30. Rogers, A. and T. Allison, *What if my back breaks? Making sense of musculoskeletal pain among South Asian and African-Caribbean people in the North West of England.* *Journal of Psychosomatic Research*, 2004. **57**(1): p. 79-87.
31. Sadler, E., C.D.A. Wolfe, and C. McKevitt, *Lay and health care professional understanding of self-management: A systematic review and narrative synthesis.* Sage Open Medicine, 2014.
32. G., F., et al., *Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions.* *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2007. **17**(4): p. CD005108.
33. Hunt, L.M. and N.H. Arar, *An analytical framework for contrasting patient and provider views of the process of chronic disease management.* *Medical Anthropology Quarterly*, 2001. **15**(3): p. 347-367.

34. Jerrant, A.F., M.M. von Friederichs-Fitzwater, and M. Moore, *Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions*. Patient Education and Counseling, 2005. **57**: p. 300-307.
35. Walker, C., et al., *Exploring the role of self-management programmes in caring for people from culturally and linguistically diverse backgrounds in Melbourne, Australia*. Health Expectations, 2005. **8**: p. 315-323.
36. Baillargeon, P., W.M. Pinsof, and A. Leduc, *L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien*. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 2005. **55**(4): p. 225-234.
37. Gravel, S., J. Rhéaume, and G. Legendre, *Les inégalités sociales des travailleurs immigrants au Québec victimes de lésions professionnelles*. Revue européenne des Migrations Internationales, 2012. **28**(2): p. 57-78.
38. Cohen-Émerique, M., *L'approche interculturelle dans le processus d'aide*. Santé mentale au Québec, 1993. **18**(1): p. 71-92.
39. Cuche, D., *La notion de culture dans les sciences sociales*. 2001, Paris: La Découverte.
40. Coutu, M.F., D. Côté, and R. Baril, *The Work-Disabled Patient*, in *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, P. Loisel and J.R. Anema, Editors. 2013, Sage: London. p. 15-29.
41. Chiasson-Lavoie, M., et al., *L'approche interculturelle auprès de réfugiés et de nouveaux immigrants*. 1992, Montréal: Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.
42. Sheridan, V. and K. Storch, *Linking the Intercultural and Grounded Theory: Methodological Issues in Migration Research*. Forum: Qualitative Social Research / Sozialforschung, 2009. **10**(1): p. Art. 36.
43. Chen, C., P. Smith, and C. Mustard, *The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada*. Ethnicity and Health, 2010. **15**(6): p. 601-619.
44. Ledent, J., A. Bélanger, and G. Marois, *Chapitre 4. La surqualification des travailleurs salariés d'origine immigrée résidant sur l'île de Montréal*, in *La surqualification au Québec et au Canada*, M. Vultur, Editor. 2014, Presses de l'Université Laval: Québec. p. 97-127.
45. Québec, *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001*. 2009, Québec: Éditeur officiel du Québec.
46. Premji, S., *Barriers to Return-to-Work for Linguistic Minorities in Ontario: An Analysis of Narratives from Appeal Decisions*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2015. **25**(2): p. 357-367.
47. Jounin, N., É. Palomares, and A. Rabaud, *Ethnicisations ordinaires, voix minoritaires*. Sociétés contemporaines, 2008. **2**(70): p. 7-23.
48. Martiniello, M. and P. Simon, *Les enjeux de la catégorisation. Rapports de domination et luttes autour de la représentation dans les sociétés post-migratoires*. Revue européenne des migrations internationales, 2005. **21**(2): p. 7-18.
49. Bourdieu, P., *Habitus, code et codification*. Actes de la recherche en sciences sociales, 1986. **64**: p. 40-44.
50. Tamaru, A., M.A. McNicoll, and S. Yamasaki, *Understanding 'Independence': Perspectives of occupational therapists*. Disability and Rehabilitation, 2007. **29**(13): p. 1021-1033.

51. Massé, R., *Le risque en santé publique: pistes pour un élargissement de la théorie sociale*. Anthropologie et sociétés, 2007. **39**(1): p. 13-27.
52. Fortin, S., *Urban diversity and the space of the clinic. Or when medicine looks at culture*. Medische Antropologie, 2006. **18**(2): p. 365-385.
53. Fortin, S., *Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique. Les pratiques cliniques en contexte pluraliste*. Anthropologie et sociétés, 2013. **37**(3): p. 179-200.
54. Jonsson, T.B., *Institutionalized strategies in face-to-face encounters: focus on immigrant clients*. Scandinavian Journal of Social Welfare, 1998. **7**(1): p. 27-33.
55. Bartel-Radic, A., *La compétence interculturelle: état de l'art et perspectives*. Management international / International Management / Gestion Internacional, 2009. **13**(4): p. 11-26.
56. Høye, S. and E. Severinsson, *Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: an exploratory study*. Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses, 2008. **24**(6): p. 338-348.
57. Pooremamali, P., et al., *An occupational therapy approach to the support of a young immigrant female's mental health: A story of bicultural personal growth*. 2011. **6**(3): p. 10.
58. Baril, R., D. Berthelette, and P. Massicotte, *Early return to work of injured workers: multidimensional patterns of individual and organizational factors*. Safety Science, 2003. **41**(4): p. 277-300.
59. Baril, R., et al., *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. Rapport R-082*. 1994, Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
60. Dekkers-Sánchez, P.M., et al., *Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review*. Occupational and Environmental Medicine, 2008. **65**: p. 153-157.
61. Lederer, V., et al., *Exploring the Diversity of Conceptualizations of Work (Dis)ability: A Scoping Review of Published Definitions*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2014. **24**: p. 242-267.
62. White, B. and L. Emongo, *Vers un courant interculturel*. 2013, Montréal: Laboratoire de recherche sur les relations interculturelles (LABRRI).
63. Loisel, P., et al., *Disability prevention. New paradigm for the management of occupational back pain*. Disease Management and Health Outcomes, 2001. **9**(7): p. 351-360.
64. Martin, J.-C. and R. Baril, *Le cheminement identitaire des travailleurs accidentés au Québec. Temps bureaucratique et temps vécu*, in *Construction sociale du temps*, F. Piron and D. Arsenault, Editors. 1996, Septentrion: Sillery, Qué. p. 157-170.
65. Bültmann, U., et al., *Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders*. Quality of Life Research, 2007. **16**(7): p. 1167-1178.
66. Øyeflaten, I., et al., *Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program*. BMC Public Health [Electronic Resource], 2012. **12**: p. 748.
67. Charmaz, K., *The Self as Habit: The Reconstruction of Self in Chronic Illness*. The Occupational Therapy Journal of Research : Occupation, Participation, and Health, 2002. **22**(1): p. 31S-41S.

68. Williams, S.J., *The vicissitudes of embodiment across the chronic illness trajectory*. *Body & Society*, 1996. **2**(2): p. 175-200.
69. Charmaz, K., *Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill*. *Sociology of Health and Illness*, 1983. **5**(2): p. 168-195.
70. Garro, L.C., *Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ)*. *Social Science and Medicine*, 1994. **38**(6): p. 775-788.
71. Corbin, J., *The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory model: an update*. *Scholarly Inquiry in Nursing Practices*, 1998. **12**(1): p. 33-41.
72. Durand, M.J., et al., *Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail: étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire*. *Pistes*, 2008. **10**(2).
73. Strauss, A. and J. Corbin, *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Vol. 2e. 1998, Thousand Oaks, CA: Sage.
74. Bury, M., *Chronic Illness as Biographical Disruption*. *Sociology of Health and Illness*, 1982. **4**(2): p. 167-182.
75. Merskey, H. and N. Bogduk, *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definition for terms. Second edition*. prepared by the Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain ed. 1994, Seattle: IASP PRESS.
76. Fransen, M., et al., *Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain*. *Spine*, 2002. **27**(1): p. 92-98.
77. Schultz, I.Z., et al., *Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: towards development of a return-to-work model*. *Pain*, 2004. **107**(1-2): p. 77-85.
78. Shaw, W.S., et al., *Early disability risk factors for low back pain assessed at outpatient occupational health clinics*. *Spine*, 2005. **30**(5): p. 572-580.
79. Chell, E., *Critical incident techniques*, in *Qualitative Methods and Analysis in Organizational Research: A Practical Guide*, G. Symon and C. Cassell, Editors. 1998, Sage: Thousand Oaks (CA). p. 51-72.
80. Cohen-Émerique, M., *L'interculturel dans les interactions des professionnels avec les usagers migrants*. *Alterstice*, 2011. **1**(1).
81. Vermersch, P., *L'entretien d'explicitation en formation initiale et en formation continue*. 1994, Paris: ESF.
82. Bowling, A., *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Service*. 2005, Open University Press: Berkshire, UK.
83. Huberman, A.M. and M.B. Miles, *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. 2003, Bruxelles: De Boeck.
84. Das, K., *Ethnies et santé mentale. Enjeux et approches: quelques éléments*. 1993, Montréal, QC: Institut interculturel de Montréal (IIM), document manuscrit. 26-35.
85. Flanagan, J.C., *The critical incident technique*. *Psychological Bulletin*, 1954. **51**: p. 327-358.
86. Cohen-Émerique, M., *Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux*. *Ethno-psychologie*, 1984. **2**: p. 183-218.
87. Roy, G., *Complexité et interculturel*. *Service Social*, 1993. **42**(1): p. 145-152.
88. Corbin, J. and J.M. Morse, *The Unstructured Interactive Interview: Issues of Reciprocity and Risks when Dealing with Sensitive Topics*. *Qualitative Inquiry*, 2003. **9**: p. 335-354.

89. Shamai, M., *Therapeutic Effect of Qualitative Research: Reconstructing the Experience of Treatment as a By-Product of Qualitative Evaluation*. Social Service Review, 2003. **77**(3): p. 455-467.
90. Paillé, P., *L'analyse par théorisation ancrée*. Cahiers de recherche sociologique, 1994(23): p. 147-181.
91. Walker, D. and F. Myrick, *Grounded Theory: An Exploration of Process and Procedure*. Qualitative Health Research, 2006. **16**(4): p. 547-559.
92. Guillemette, F. and J. Luckerhoff, *L'induction en méthodologie de la théorisation enracinée (MTE)*. Recherche Qualitative, 2009. **28**(2): p. 4-21.
93. Mukamurera, J., F. Lacourse, and Y. Couturier, *Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques*. Recherches Qualitatives, 2006. **26**(1): p. 110-138.
94. Gravel, S. and J. Dubé, *Occupational health and safety for workers in precarious job situations: combating inequalities in the workplace*. E-Journal of international and Comparative Labour studies, 2016. **sous presse**.
95. Doise, W., *Attitudes et représentations sociales*, in *Les représentations sociales*, D. Jodelet, Editor. 1989, PUF: Paris. p. 220-238.
96. Moscovici, S., *L'homme en interaction: machine à répondre ou machine à inférer*, in *Introduction à la psychologie sociale. Tome I. Les phénomènes de base*, S. Moscovici, Editor. 1972, Librairie Larousse: Paris. p. 59-81.
97. Collot, É., ed. *L'alliance thérapeutique. Fondements, Mise en oeuvre*. 2011, Dunot: Paris. 242.
98. Lecomte, C., R. Savard, and V. Guillon, *Alliance de travail: élément pivot de la réintégration au travail*, in *Du trouble mental à l'incapacité au travail : Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, M. Corbière and M.J. Durand, Editors. 2011, Presses de l'Université du Québec (PUQ): Québec. p. 279-314.
99. Boudarbat, B., *Les défis de l'intégration des immigrants dans le marché du travail au Québec : enseignements tirés d'une comparaison avec l'Ontario et la Colombie-Britannique*. 2011, Montréal: CIRANO, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.
100. OCDE and U. européenne, *Les indicateurs de l'intégration des immigrés 2015: Trouver ses marques*. 2015, Paris: Éditions OCDE.
101. Castel, R., *La montée des incertitudes*. 2009, Paris: Editions du Seuil.
102. Gravel, S., et al., *Le retour au travail des immigrants victimes de lésions professionnelles: les embûches de la rencontre interculturelle et la précarité du lien d'emploi*. Alterstice, (soumis).
103. Burns, J.W., et al., *Relationships among patient hostility, anger expression, depression, and the working alliance in a work hardening program*. Ann Behav Med, 1999. **21**(1): p. 77-82.
104. Hall, A.M., et al., *The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical Rehabilitation: A Systematic Review*. Physical Therapy, 2010. **90**(8): p. 1099-1110.
105. Kissinger, D.B., *Traumatic brain injury and employment outcomes: integration of the working alliance model*. Work, 2008. **31**(3): p. 309-17.

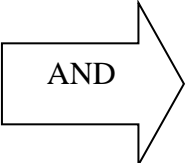
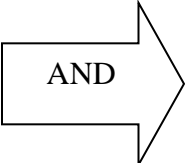
106. Lustig, D.C., et al., *The Relationship between Working Alliance and Rehabilitation Outcomes*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 2002. **46**(1): p. 25-33.
107. Klonoff, P.S., et al., *Outcome assessment after milieu-oriented rehabilitation: new considerations*. Arch Phys Med Rehabil, 1998. **79**(6): p. 684-90.
108. Goffman, E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Orig. 1973, Prentice-Hall ed. 1975, Paris: Les éditions de minuit.
109. OMS. *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Un protocole technique d'accord*. 2002
110. Meershoek, A., A. Krumeich, and R. Vos, *The construction of ethnic differences in work incapacity risks: Analysing ordering practices of physicians in the Netherlands*. Social Science and Medicine, 2011. **72**: p. 15-22.
111. Kirsh, B., T. Slack, and A. King, *The Nature and Impact of Stigma Towards Injured Workers*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2012. **22**(2): p. 143-154.
112. Holloway, I., B. Sofaer-Bennett, and J. Walker, *The stigmatisation of people with chronic back pain*. Disability and Rehabilitation, 2007. **29**(18): p. 1456-1464.
113. Stuart, H., *Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail*, in *Du trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, M. Corbière and M.-J. Durand, Editors. 2011, Presses de l'Université du Québec: Québec. p. 339-361.
114. Roy, A. and W.J. Starosta, *Hans-George Gadamer, Language, and Intercultural Communication*. Language and Intercultural Communication, 2013. **1**(1): p. 6-20.
115. Dorvil, H., L. Kirouac, and G. Dupuis, *Les troubles mentaux en milieu de travail et dans les médias de masse*. 2015, Québec: Presses de l'Université du Québec.
116. Shonfeld-Ringel, S., *A re-conceptualization of the working alliance in cross-cultural practice with Non-Western clients: Integrating relational perspectives and multicultural theories*. Clinical Social Work Journal, 2001. **29**(1): p. 53-63.
117. Bordin, E.S., *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1979. **16**(3): p. 252-260.
118. Ferreira, P.H., et al., *The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain*. Physical Therapy, 2013. **93**(4): p. 470-8.
119. Baillargeon, P. and D. Puskas, *L'alliance thérapeutique: conception, pratique*. Défi jeunesse, 2013. **19**(3): p. 4-9.
120. Pransky, G., et al., *Are we making progress?: the tenth international forum for primary care research on low back pain*. Spine, 2011. **36**(19): p. 1608-14.
121. Sloots, M., et al., *First rehabilitation consultation in patients of non-native origin: Factors that lead to pension in the patient-physician interaction*. Disability and Rehabilitation, 2009. **31**(22): p. 1853-1861.
122. Bourdieu, P., *Espace social et pouvoir symbolique*, in *Choses dites*. 1987, Minuit: Paris.
123. Gravel, S., et al., *Santé et sécurité des travailleurs qui cumulent des précarités: la lutte aux inégalités de santé attribuables au travail*. 2016, Montréal: UQAM - Institut Santé et société / Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal.
124. De Gaulejac, V. and F. Hanique, *Le capitalisme paradoxant. Un système qui rend fou*. 2015, Paris: Seuil.
125. Dejours, C., *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Sciences en question. 2003, Paris: Institut National de la Recherche Agronomique (INRA). 82.

126. Fournier, P.-S., et al., *Étude exploratoire des facteurs de la charge de travail ayant un impact sur la santé et la sécurité Étude de cas dans le secteur des services. Rapport R-668*. 2010, Montréal: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).
127. Gadoury, C. and R. Lafrance, *Quand la réadaptation professionnelle mène à l'appauvrissement et à la précarité d'emploi*. 2016, Montréal: Union des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s de Montréal (UTTAM). 79 pages.
128. Coutu, M.F., et al., *Representations: an important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2007. **17**(3): p. 522-544.
129. Laplantine, F., *Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie: de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne*, in *Les représentations sociales*, D. Jodelet, Editor. 1989, Presses universitaires de France: Paris. p. 277-298.
130. Lofvander, M., *Attitudes towards pain and return to work in young immigrants on long-term sick leave*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1999. **17**(3): p. 164-169.
131. Schouten, B.C. and L. Meeuwesen, *Cultural differences in medical communication: A review of the literature*. Patient Education and Counseling, 2005. **64**: p. 21-34.
132. Kleinman, A., L. Eisenberg, and B. Good, *Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*. Annals of Internal Medicine, 1978. **88**(2): p. 251-258.
133. Coutu, M.F., et al., *Clinician-Patient Agreement About the Work Disability Problem of Patients Having Persistent Pain: Why it Matters*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2012. **23**(1): p. 82-92.
134. Gensby, U., et al., *Workplace Disability Management Programs Promoting Return-to-Work: A Systematic Review*. Campbell Systematic Reviews, 2012. **8**(17).
135. Reijenga, F.A., *The Role of Organisational Culture in Sickness Absence*. International Journal of Disability Management, 2014. **1**(1): p. 97-106.
136. Shrey, D.E., et al., *Disability Management Best Practices and Joint Labour-Management Collaboration*. International Journal of Disability Management, 2006. **1**(1): p. 52-63.
137. Williams, R.M., et al., *A Systematic Review of Workplace Rehabilitation Interventions for Work-Related Low Back Pain*. International Journal of Disability Management, 2006. **1**(1): p. 21-30.
138. Hansson, E., et al., *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*. 2010, Ottawa, ON: Commission de la santé mentale du Canada.
139. Chow, W., S. Law, and L. Anderman, *Multi-Family Psycho-Education Group for Assertive Community Treatment clients and families of culturally diverse background: A pilot study*. Community Mental Health Journal, 2010. **46**: p. 364-371.

ANNEXE A : RECENSION DES ÉCRITS

À partir des bases de données documentaires utilisées en SST, une recherche documentaire a été effectuée en utilisant certains mots-clés. Une recherche de « littérature grise » a été également réalisée à partir des sites Internet d’instituts de recherche en SST reconnus pour avoir étudié la question de la réadaptation au travail dans le contexte de la rencontre interculturelle.

Les mots-clés utilisés ont été les suivants :

GROUPE	RÉADAPTATION / RAT	MÉTHODOLOGIE
<ul style="list-style-type: none"> • Immigrants • Immigrant workers • Minorities • Minority • Minority workers • Migrants • Migrant workers 	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • Occupational therapy • Return to work • Back to work • Work reintegration • Workplace integration • Vocational rehabilitation • Vocational recovery • Long-term sick leave • Sickness absence • Readiness to work • Employability • Functional status • Patient drop-outs • Attitudes to work • Diversity management • Therapist-patient relationship • Doctor-patient interaction • Patient-provider interaction • Therapeutic alliance • Cross-cultural communication • Intercultural communication • Disability management 	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • Narrative approach* • Narrative analysis • Case stud* • Semi-structured interview* • Interpretative • Phenomenological analysis • Interviews • Focus group • Discourse analysis • Grounded theory • Qualitative method* • Qualitative study / studies • Content analysis • Ethnography

Les index bibliographiques consultés sont : PubMed/MEDLINE, SocINDEX, Ergonomics abstracts, Scholar Google, Francis, PsychINFO, Francis et les bases SST de l’IRSST, NIOSHTIC, NIOSHTIC-2. Les principaux critères d’inclusion ont été : a) traiter la question de la relation thérapeutique et de la rencontre interculturelle dans l’une des principales disciplines de la santé liées à la réadaptation au travail (médecine, soins infirmiers, ergothérapie, physiothérapie, psychologie du travail); b) traiter les problématiques liées au contexte de travail et de la gestion de l’incapacité ou du retour au travail. La synthèse de ces articles permettra d’identifier les questions/objectifs de recherche, la population à l’étude et le diagnostic, le lien avec la SST, le type de devis, le pays où s’est déroulée l’étude, le type d’institution où les patients ont été recrutés et les principaux résultats.

ANNEXE B : GRILLES D'ENTREVUES DES CLINICIENS

Consignes pour l'interviewer

Voici cinq séries de questions qui servent à guider l'entrevue auprès des intervenants du milieu de la réadaptation physique. Il se peut que ces questions ne soient pas formulées intégralement et que les éléments de réponses attendues dans une section soient fournis dans une autre section. Le présent guide a pour but d'orienter la démarche de l'enquête.

Une première série de questions est consacrée au rôle auprès de la clientèle en réadaptation. Elles portent sur les caractéristiques sociodémographiques des intervenants, de leur expérience en réadaptation physique et des difficultés rencontrées auprès de la clientèle (immigrante ou non), ainsi que sur les stratégies mises en œuvre pour faciliter l'alliance thérapeutique.

Ex. : Parlez-moi de votre rôle en tant que ____ (titre, fonction ou profession).

Une deuxième série de questions porte sur les moments déterminants depuis la prise en charge par la CSST¹⁵ et plus particulièrement durant le processus de réadaptation et de retour au travail.

Ex. : Pouvez-vous identifier des moments déterminants ou plus sensibles durant le processus de réadaptation?

Une troisième série de questions porte sur le cadre de travail ou contexte d'intervention.

Ex. : Selon votre expérience, notez-vous chez les différents professionnels de la santé avec lesquels vous collaborez ou encore chez les tiers payeurs des façons particulières d'aborder les enjeux interculturels?

Une quatrième série de questions porte sur l'utilisation d'autres ressources par les clients issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels.

Ex. : Est-ce que vos clients immigrants ou issus des groupes ethnoculturels vont chercher de l'aide externe lorsqu'ils font affaire avec la CSST ou pendant qu'ils sont en réadaptation physique, dans leur groupe d'origine? Dans leur pays d'origine?

Une cinquième série de questions portent sur les formations en relations interculturelles

Ex. : Avez-vous déjà reçu des formations en relations interculturelles? Dans quel contexte?

Enfin, vous devez indiquer aux participants de ne pas nommer de tierces personnes. Vous devez également rappeler aux participants qu'ils ne sont pas tenus de répondre à toutes les questions.

¹⁵ Lors de la réalisation de cette étude, cette organisation portait le nom de Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Elle est devenue la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESTT à la suite de sa fusion avec la Commission des normes du travail (CNT) et la Commission de l'équité salariale (CES).

Introduction

Nous allons nous intéresser à l'expérience que vous avez en réadaptation physique avec les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels. La première série de questions sera dédiée à votre rôle auprès de la clientèle en réadaptation, immigrante ou non. Elles portent sur les caractéristiques sociodémographiques des intervenants, leur expérience en réadaptation physique et les difficultés rencontrées auprès de la clientèle (immigrante ou non), ainsi que sur les stratégies mises en œuvre pour faciliter l'alliance thérapeutique. Une deuxième série de questions concerne les moments déterminants depuis la prise en charge par la CSST et plus particulièrement durant le processus de réadaptation et de retour au travail. Une troisième série de questions a pour objet le cadre de travail ou contexte d'intervention. Une quatrième série de questions porte sur l'utilisation d'autres ressources par les clients issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels. Enfin, une cinquième série de questions a trait aux formations en relations interculturelles.

I. RÔLE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION

Caractéristiques sociodémographiques

Âge, sexe, pays d'origine, enfant d'immigrant, scolarité, domaine d'études, profession, expériences en matière d'intervention auprès des personnes immigrantes ou issues des groupes ethnoculturels, raisons qui ont poussé à postuler un emploi d'intervenant en réadaptation physique.

Expérience en réadaptation physique

Nombre d'années d'expérience en tant que (nommer la profession), années d'expérience en réadaptation physique.

Rôle en tant que (nommer la profession) en réadaptation auprès des travailleurs qui nécessitent de la réadaptation

(Ex. : principales tâches, objectifs, résultats attendus)

La clientèle immigrante ou issue des groupes ethnoculturels représente quelle proportion de votre temps de travail ou du nombre de vos dossiers?

Clientèle

Quelles difficultés rencontrez-vous auprès de vos clients par rapport au rôle que vous exercez en tant que (profession)?

(Ex. : Connaissent-ils les services et les objectifs de la CSST? Comprennent-ils les objectifs de la réadaptation physique? Comprennent-ils votre rôle comme intervenant?)

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? O/N Pouvez-vous préciser?

Qu'est-ce que vous faites quand ce n'est pas compris?

(Ex. : stratégies mises en place pour faire comprendre le rôle, stratégies quand les clients n'acceptent pas des éléments du plan d'intervention que vous proposez?)

Les stratégies sont-elles les mêmes lorsqu'il s'agit de travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels? O/N Pouvez-vous préciser ou donner des exemples?

Les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels devraient-ils faire l'objet d'une expertise particulière? O/N Demander des précisions.

II. MOMENTS DÉTERMINANTS DEPUIS LA PRISE EN CHARGE PAR LA CSST ET LA RÉADAPTATION PHYSIQUE

Note à l'interviewer : pour bien situer les réponses par rapport à la trajectoire des travailleurs, toujours situer l'information recueillie en fonction de l'étape du processus à laquelle il fait allusion (prise en charge CSST, étapes de la réadaptation physique (début, déroulement, retour au travail, etc.)

Le programme de réadaptation physique dans lequel vous intervenez est-il suffisant pour répondre aux besoins des travailleurs ayant subi des lésions professionnelles?

Diriez-vous la même chose en ce qui concerne les travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? Pouvez-vous préciser?

Avez-vous l'impression de toujours comprendre les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels?

Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous?

Comment vous sentez-vous quand vous ne les comprenez pas?

Est-ce qu'ils vous font part du fait que vous ne les comprenez pas? Comment le manifestent-ils?

Pouvez-vous identifier des moments déterminants ou plus sensibles dans l'ensemble de la démarche depuis la prise en charge par la CSST, en passant par la réadaptation (début de l'intervention, déroulement, fin de l'intervention) jusqu'au retour au travail?

Pourquoi c'est comme ça selon vous?

Quelles sont les difficultés rencontrées par vos clients à chacune de ces étapes? (ou vous font-ils part de difficultés particulières en regard de leur situation à la CSST?)

Pour chacune de ces étapes, pouvez-vous nous donner des exemples?

Quand ça se passe bien...

Quand c'est plus difficile...

Qu'est-ce que cela nécessite dans votre travail?

(Ex. : stratégies ou moyens pour faire face à la situation ou surmonter les obstacles, adaptations des pratiques, etc.)

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? Qu'est-ce qui pourrait expliquer ces différences selon vous?

Est-ce qu'il arrive que des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels fassent des comparaisons avec leur pays d'origine?

(Ex. : du travail qu'ils font, des conditions de SST, de la prise en charge médicale qu'ils ont eue à la suite de leur lésion professionnelle, de la réadaptation, du retour au travail)

Avez-vous l'impression d'arriver aux mêmes résultats avec les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels qu'avec des clients nés ici (ou qui sont ici depuis longtemps)? O/N Pouvez-vous nous donner plus de détails?

Quels changements apporteriez-vous pour adapter vos services à la réalité interculturelle?

Autre chose à ajouter sur les moments déterminants du processus de la réadaptation?

III. CADRE DE TRAVAIL OU CONTEXTE D'INTERVENTION

Loi et règles administratives

Dans le cadre de votre travail actuel (loi, règles administratives, caractéristiques du système de santé et du régime d'indemnisation et de réadaptation de la CSST), qu'est-ce qui facilite vos interventions? Qu'est-ce qui représente un obstacle?

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Notez-vous une différence entre ces clientèles selon les types de lésions ou la nature du problème?

Existe-t-il des programmes ou des interventions de réadaptation qui sont plus facilement acceptés par vos clients que d'autres? Si oui, lesquels et pourquoi?

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Contexte de travail et d'intervention

Que fait votre organisation pour vous soutenir dans votre travail lorsque vous rencontrez des difficultés associées aux barrières culturelles?

Vos gestionnaires comprennent les réalités auxquelles vous faites face dans les contextes pluriethniques?

Certains gestionnaires sont peut-être immigrants eux-mêmes ou issus de groupes ethnoculturels, percevez-vous des différences dans leur façon de faire?

Est-ce que ça facilite certaines choses? Si oui, pourquoi?

Collaboration avec d'autres intervenants

Comment se déroule votre collaboration avec d'autres collègues en réadaptation physique ou de la CSST?

(Ex. : rôles de chacun, prises de décision, suivi de dossier, etc.)

Comment se passe votre collaboration avec les médecins traitants et les spécialistes responsables du dossier de vos clients?

Est-ce que vous notez que les médecins, les autres professionnels ou encore les agents tiers ont des façons particulières d'aborder les enjeux interculturels de vos clients?

Certains intervenants sont eux-mêmes issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels, notez-vous des façons de faire différentes?

Cette différence est-elle remarquée par les travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? Expliquer.

Ces intervenants sont-ils plus sensibles selon vous à la réalité ou au vécu de cette clientèle? Si oui, cette sensibilité favorise-t-elle la mise en place de stratégies d'intervention mieux adaptées?

Selon vous, à quel(s) moment(s) de la démarche de réadaptation jugez-vous qu'il serait nécessaire de documenter un aspect ou une caractéristique ethnoculturelle de votre client?

(Ex. : rôle de la famille, attentes de traitement, croyances médicales et religieuses, rapports femmes hommes, représentations de la douleur, parcours migratoire, etc.)

Vous sentez-vous à l'aise de le faire?

Solutions

Quelles solutions sont à votre disposition pour faire face aux différentes difficultés que vous venez d'énumérer?

Quels changements avez-vous faits dans votre pratique pour répondre à ces difficultés?

Quels autres changements souhaiteriez-vous pour améliorer vos interventions?

Quels types d'aménagement seraient pertinents pour adapter vos services à la réalité interculturelle?

Y aurait-il d'autres moyens qui pourraient vous aider et aider les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels dans leur parcours?

(Ex. : à la CSST, en réadaptation physique, en réinsertion professionnelle)

Avez-vous autre chose à ajouter sur ce point?

IV. UTILISATION D'AUTRES RESSOURCES PAR LES CLIENTS ISSUS DE L'IMMIGRATION OU DES GROUPES ETHNOCULTURELS (EXPERTS – RÉSEAU FAMILIAL)

(Récapitulatif sur les thèmes abordés jusqu'à présent) Dans la prochaine partie, nous explorerons l'utilisation des ressources locales et celles pouvant être utilisées dans le pays d'origine des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels.

Nous savons que lorsqu'ils sont blessés, les travailleurs peuvent avoir recours à leur syndicat. Est-ce que les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels le font aussi (lorsqu'ils en ont un)?

Est-ce que vos clients immigrants ou issus des groupes ethnoculturels consultent des experts pour les aider dans leur situation? (ont-ils cherché de l'aide externe lorsqu'ils font affaire avec la CSST ou pendant qu'ils sont en réadaptation physique?)

(Ex. : aide venant du réseau ethnoculturel, aide apportée par des membres du réseau familial ici et à l'étranger, thérapeutes traditionnels, spécialistes religieux, etc.)

Si oui, pouvez-vous nous en parler davantage? Que vous disent-ils? Quel impact sur votre propre intervention?

V. FORMATIONS EN RELATIONS INTERCULTURELLES

Avez-vous déjà eu des formations en relations interculturelles?

Si c'est le cas :

Dans quel contexte?

(Ex. : formation universitaire, séminaires, formation continue, formation en milieu de travail, etc.)

Qu'est-ce que vous en reprenez?

Qu'est-ce qui est le plus utile ou aidant dans ces formations? Qu'est-ce qui l'est moins ou que vous jugez inutile?

Y aurait-il autre chose que vous aimeriez appliquer, mais qu'il vous est impossible de faire? Si oui, expliquez?

Pour faciliter votre travail, qui devrait bénéficier d'une formation en relations interculturelles? O/N Pourquoi selon vous?

Nous avons presque terminé, avant de nous quitter y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler par rapport à votre travail et qui concerne les relations interculturelles et que vous considérez importants pour notre compréhension de la problématique?

Merci pour votre aide précieuse.

ANNEXE C : GRILLE D'ENTREVUE CNESST

Consignes pour l'interviewer

Voici cinq séries de questions qui servent à guider l'entrevue auprès des intervenants de la CSST¹⁶. Il se peut que ces questions ne soient pas formulées intégralement et que les éléments de réponses attendues dans une section soient fournis dans une autre section. Le présent guide a pour but d'orienter la démarche de l'enquête.

Une première série de questions est consacrée au rôle joué auprès de la clientèle en réadaptation. Elles portent sur les caractéristiques sociodémographiques des intervenants, leur expérience à la CSST et les difficultés rencontrées auprès de la clientèle (immigrante ou non), ainsi que sur les stratégies mises en œuvre pour faciliter l'alliance thérapeutique.
Ex. : Parlez-moi de votre rôle en tant que ____ (titre, fonction ou profession).

Une deuxième série de questions porte sur les moments déterminants depuis la prise en charge par la CSST et plus particulièrement durant le processus de réadaptation et de retour au travail.
Ex. : Pouvez-vous identifier des moments déterminants ou plus sensibles durant le processus de réadaptation?

Une troisième série de questions concerne le cadre de travail ou contexte d'intervention.
Ex. : Selon votre expérience, notez-vous des façons particulières d'aborder les enjeux interculturels chez les différents professionnels de la santé avec lesquels vous collaborez?

Une quatrième série de questions a trait à l'utilisation d'autres ressources par les clients issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels.
Ex. : Est-ce que vos clients immigrants ou issus des groupes ethnoculturels vont chercher de l'aide externe lorsqu'ils font affaire avec la CSST, dans leur groupe d'origine? Dans leur pays d'origine?

Une cinquième série de questions a pour objet les formations en relations interculturelles
Ex. : Avez-vous déjà reçu des formations en relations interculturelles? Dans quel contexte?

Enfin, vous devez indiquer aux participants de ne pas nommer de tierces personnes. Vous devez également rappeler aux participants qu'ils ne sont pas tenus de répondre à toutes les questions.

¹⁶ Lors de la réalisation, cette étude, cette organisation portait le nom de Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Elle est devenue la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) à la suite de sa fusion avec la Commission des normes du travail (CNT) et la Commission de l'équité salariale (CES).

Introduction

Nous allons nous intéresser à l'expérience que vous avez à la CSST avec les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels. La première série de questions sera dédiée à votre rôle auprès de la clientèle en réadaptation, immigrante ou non. Elles portent sur les caractéristiques sociodémographiques des intervenants, leur expérience à la CSST et les difficultés rencontrées auprès de la clientèle (immigrante ou non), ainsi que sur les stratégies mises en œuvre pour faciliter l'alliance thérapeutique. Une deuxième série de questions traite des moments déterminants depuis la prise en charge par la CSST et plus particulièrement durant le processus de réadaptation et de retour au travail. Une troisième série de questions explore le cadre de travail ou contexte d'intervention. Une quatrième série de questions a pour objet l'utilisation d'autres ressources par les clients issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels. Enfin, une cinquième série de questions abordent les formations en relations interculturelles.

I. RÔLE AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE EN RÉADAPTATION

Caractéristiques sociodémographiques

Âge, sexe, pays d'origine, enfant d'immigrant, scolarité, domaine d'études, expériences en matière d'intervention auprès des personnes immigrantes ou issues des groupes ethnoculturels, raisons qui ont poussé à postuler un emploi de conseiller ou d'agent d'indemnisation à la CSST

Expérience à la CSST

Nombre d'années d'expérience à la CSST, années d'expérience comme conseiller en réadaptation ou agent d'indemnisation

Rôle en tant que conseiller en réadaptation ou agent d'indemnisation auprès des travailleurs qui présentent des risques de chronicité, qui nécessitent de l'assistance médicale ou de l'intervention en réadaptation

(Ex. : principales tâches, objectifs, résultats attendus)

Quels secteurs d'activités desservez-vous?

La clientèle immigrante ou issue des groupes ethnoculturels représente quelle proportion de votre temps de travail ou du nombre de vos dossiers?

Clientèle

Quelles difficultés rencontrez-vous auprès de vos clients par rapport au rôle que vous exercez à la CSST?

(Ex. : Connaissent-ils les services de la CSST? Comprennent-ils les objectifs de la CSST? Comprennent-ils les objectifs de la réadaptation physique? Comprennent-ils votre rôle comme intervenant?)

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? O/N Pouvez-vous préciser?

Qu'est-ce que vous faites quand ce n'est pas compris?

(Ex. : stratégies mises en place pour faire comprendre le rôle, stratégies quand les clients n'acceptent pas des éléments du plan d'intervention que vous proposez?)

Les stratégies sont-elles les mêmes lorsqu'il s'agit de travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels? O/N Pouvez-vous préciser ou donner des exemples?

Les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels devraient-ils faire l'objet d'une expertise particulière? O/N Demander des précisions.

II. MOMENTS DÉTERMINANTS DEPUIS LA PRISE EN CHARGE PAR LA CSST CHEZ LES CAS À RISQUE DE CHRONICITÉ

Note à l'interviewer : pour bien situer les réponses par rapport à la trajectoire des travailleurs, toujours situer l'information recueillie en fonction de l'étape du processus à laquelle il fait allusion (prise en charge CSST, assistance médicale, référence en réadaptation, retour au travail, etc.)

La CSST a développé une approche continue de prévention de la chronicité, ce qui fait que vous avez les dossiers plus tôt, comment cette approche vous aide-t-elle auprès de l'ensemble de la clientèle visée?

Diriez-vous la même chose en ce qui concerne les travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? Pouvez-vous préciser?

Avez-vous l'impression de toujours comprendre les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels?

Si ce n'est pas le cas, qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous?

Comment vous sentez-vous quand vous ne les comprenez pas?

Est-ce qu'ils vous font part du fait que vous ne les comprenez pas? Comment le manifestent-ils?

Pouvez-vous identifier des moments déterminants ou plus sensibles dans l'ensemble de la démarche de retour au travail?

(Ex. : prise en charge par la CSST, assistance médicale, réadaptation, retour au travail.

Pourquoi est-ce comme ça selon vous?

Quelles sont les difficultés rencontrées par vos clients à chacune de ces étapes? (ou vous font-ils part de difficultés particulières en regard de leur situation en réadaptation?)

(Ex. : prise en charge CSST, assistance médicale, référence en réadaptation, programme de réadaptation, retour au travail)

Pour chacune de ces étapes, pouvez-vous nous donner des exemples?

Qu'est-ce que cela exige dans votre travail?

(Ex. stratégies ou moyens pour faire face à la situation ou surmonter les obstacles, adaptations des pratiques, etc.)

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? Qu'est-ce qui pourrait expliquer ces différences selon vous?

Est-ce qu'il arrive que des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels fassent des comparaisons avec leur pays d'origine?

(Ex. : du travail qu'ils font, des conditions de SST, de la prise en charge médicale qu'ils ont eue à la suite de leur lésion professionnelle, de la réadaptation, du retour au travail)

Avez-vous l'impression d'arriver aux mêmes résultats avec les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels qu'avec des clients nés ici (ou qui sont ici depuis longtemps)? O/N Pouvez-vous nous donner plus de détails?

Quels changements apporteriez-vous pour adapter vos services à la réalité interculturelle?

Autre chose à ajouter sur les moments déterminants du processus de la réadaptation?

III. CADRE DE TRAVAIL OU CONTEXTE D'INTERVENTION

Loi et règles administratives

Dans le cadre de votre travail actuel (loi, règles administratives, caractéristiques du système de santé et de compensation), qu'est-ce qui facilite vos interventions? Qu'est-ce qui représente un obstacle?

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Notez-vous une différence entre ces clientèles selon les types de lésions ou la nature du problème?

Existe-t-il des programmes ou des interventions de réadaptation qui sont plus facilement acceptés par vos clients que d'autres? Si oui, lesquels et pourquoi?

Notez-vous une différence lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Est-ce que vous vous sentez soutenus par la CSST lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Est-ce que vous avez l'impression que vos gestionnaires comprennent les enjeux que soulèvent les travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Collaboration avec d'autres intervenants

Comment se déroule votre collaboration avec d'autres collègues de la CSST quand vous traitez des dossiers à risque de chronicité?

(Ex. : rôles de chacun, prises de décision, suivi de dossier, etc.)

Comment se passe votre collaboration avec les professionnels de la santé autres que ceux de la CSST (à toutes les étapes de la démarche de retour au travail)?

(Ex. : médecin traitant, ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue, etc.)

Ex. façons particulières d'aborder les enjeux interculturels chez les différents professionnels de la santé

Certains intervenants sont eux-mêmes issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels, notez-vous des façons de faire différentes?

Ces intervenants sont-ils plus sensibles selon vous à la réalité ou au vécu de cette clientèle? Si oui, cette sensibilité favorise-t-elle la mise en place de stratégies d'intervention mieux adaptées?

Cette différence est-elle remarquée par les travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? Expliquer.

Selon vous, à quel(s) moment(s) de la démarche de retour au travail jugez-vous qu'il serait nécessaire de documenter un aspect ou une caractéristique ethnoculturelle du travailleur?

(Ex. : rôle de la famille, attentes de traitement, croyances médicales et religieuses, rapports femmes hommes, représentations de la douleur, parcours migratoire, etc.)

Solutions

Quelles solutions sont à votre disposition pour faire face aux différentes difficultés que vous venez d'énumérer?

Quels changements avez-vous faits dans votre pratique pour répondre à ces difficultés?

Quels autres changements souhaiteriez-vous pour améliorer vos interventions?

Y aurait-il d'autres moyens qui pourraient vous aider et aider les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels dans leur parcours? (Ex. : à la CSST, en réadaptation physique, en réinsertion professionnelle)

Avez-vous autre chose à ajouter sur ce point?

IV. UTILISATION D'AUTRES RESSOURCES PAR LES CLIENTS ISSUS DE L'IMMIGRATION OU DES GROUPES ETHNOCULTURELS (EXPERTS – RÉSEAU FAMILIAL)

(Récapitulatif sur les thèmes abordés jusqu'à présent) Dans la prochaine partie, nous explorerons l'utilisation des ressources locales et celles pouvant être utilisées dans le pays d'origine des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels.

Nous savons que lorsqu'ils sont blessés, les travailleurs peuvent avoir recours à leur syndicat. Est-ce que les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels le font aussi (lorsqu'ils en ont un)?

Est-ce que vos clients immigrants ou issus des groupes ethnoculturels consultent des experts dans le domaine (vont chercher de l'aide externe lorsqu'ils font affaire avec la CSST?)(Ex. : aide venant du réseau ethnoculturel, aide apportée par des membres du réseau familial ici et à l'étranger, thérapeutes traditionnels, spécialistes religieux, etc.)

Si oui, pouvez-vous nous en parler davantage? Que vous disent-ils? Quel est l'impact sur votre propre intervention?

V. FORMATIONS EN RELATIONS INTERCULTURELLES

Avez-vous déjà eu des formations en relations interculturelles?

Si c'est le cas :

Dans quel contexte?

(Ex. : formation universitaire, séminaires, formation continue, formation en milieu de travail, etc.)

Qu'est-ce que vous en reprenez?

Qu'est-ce qui est le plus utile ou aidant dans ces formations?

Y aurait-il autre chose que vous aimeriez appliquer, mais qu'il est impossible de faire? Si oui, expliquez?

Pour faciliter votre travail, qui devrait bénéficier d'une formation en relations interculturelles? O/N Pourquoi selon vous?

Nous avons presque terminé, avant de nous quitter y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler par rapport à votre travail et qui concerne les relations interculturelles et que vous considérez importants pour notre compréhension de la problématique?

Merci pour votre aide précieuse.

ANNEXE D : GRILLE D'ENTREVUE DES TRAVAILLEURS

Consignes pour l'interviewer

Une première série de questions est liée aux représentations du problème et à la réaction à la situation décrite ainsi qu'au parcours médical et administratif du client depuis son arrêt de travail ou l'ouverture de son dossier à la CSST¹⁷.

Par exemple : Comment décrivez-vous votre problème actuel?

Une deuxième série de questions s'intéresse aux ressources dans l'environnement social des personnes rencontrées;

Par exemple : Est-ce que les membres de votre famille vous aident à résoudre votre problème actuel?

Une attention particulière est accordée à l'identification d'incidents critiques, c'est-à-dire des situations marquantes perçues comme positives ou négatives par le client.

Comme il se peut que le client ressente de la douleur ou si vous constatez qu'il est inconfortable, lui proposer de prendre une pause ou de se lever à la fin de chaque section. Si vous soupçonnez un malaise sur le plan émotionnel, suggérez-lui de prendre une pause ou d'interrompre l'entrevue ou de la reprendre plus tard s'il le souhaite. Lui rappeler qu'il peut mettre fin à sa participation en tout temps même si cela a déjà été évoqué en préambule.

Enfin, vous devez indiquer aux participants de ne pas nommer de tierces personnes. Vous devez également rappeler aux participants qu'ils ne sont pas tenus de répondre à toutes les questions.

Préambule et explications données au client

Vous avez un dossier ouvert à la CSST depuis au moins 3 mois et vous suivez en ce moment des traitements en réadaptation physique. Vous avez accepté de nous rencontrer pour nous parler, dans vos propres mots, de votre expérience depuis votre accident (ou depuis que vous êtes en arrêt de travail).

Est-ce que cela vous convient toujours?

¹⁷ Lors de la réalisation, cette étude, cette organisation portait le nom de Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Elle est devenue la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) à la suite de sa fusion avec la Commission des normes du travail (CNT) et la Commission de l'équité salariale (CES).

Si vous en ressentez le besoin – à cause de douleur ou de quoi que ce soit d'autre, - vous pouvez sans problème, vous lever ou bouger. Nous pouvons aussi arrêter l'entrevue, si cela est nécessaire.

Serez-vous à l'aise de m'indiquer ce besoin si cela est nécessaire?

Pendant cette entrevue, nous allons partir de votre expérience actuelle en réadaptation physique et, ensuite, nous reviendrons sur votre trajectoire depuis votre accident. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Et si une question vous met mal à l'aise, vous n'avez pas à y répondre, nous passerons à la question suivante.

Je vous précise, encore une fois, que tout ce que vous direz restera confidentiel – c'est-à-dire qu'aucune des personnes de la CSST, de la clinique de réadaptation physique ou de votre milieu de travail ne peuvent y avoir accès.

I. ÉTAT ACTUEL (LIMITATION ET DOULEUR)

Pour commencer, j'aimerais savoir comment vous allez aujourd'hui?

Est-ce que vous avez une bonne ou mauvaise journée?

Avez-vous eu des difficultés à vous déplacer pour (venir) me rencontrer?

Note pour l'interviewer : La question est importante même si la rencontre se fait à domicile, car les douleurs ou des malaises peuvent rendre cette rencontre difficile, voire impossible, cette journée-là.

Vous sentez-vous capable de faire cette entrevue? Si ce n'est pas le cas, nous pouvons facilement la reporter.

Note pour l'interviewer après vérification de l'état de la personne, le questionnaire peut être utilisé.

Données générales sur la situation de la personne

Caractéristiques sociodémographiques

Âge, sexe, pays d'origine, enfants, domaine d'études dans leur pays d'origine, équivalence (o/n), profession au Québec.

De façon générale, comment décrivez-vous votre état actuel?

Qu'est-ce qui vous dérange le plus, aujourd'hui, en rapport avec votre état de santé?

Croyez-vous que ce problème est grave?

Croyez-vous que ce problème va durer longtemps?

Quelles sont les conséquences les plus dérangeantes à la suite de votre accident?

Quel était votre état de santé avant l'accident (ou circonstances qui ont mené à l'arrêt de travail)?
(Ex. : premier épisode, rechute, récurrence, etc.)

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus dans votre condition actuelle ?

Qu'est-ce que vous ne pouvez plus faire comme avant?

En quoi ces limites vous dérangent-elles?

Est-ce que cela touche seulement votre vie professionnelle ou votre vie sociale et familiale aussi?

Questions spécifiques à la douleur si nécessaire :

Pouvez-vous me décrire la douleur que vous ressentez?

À quel(s) endroit(s) se situe-t-elle?

Quelle est son intensité?

À quel(s) moment(s) apparaît-elle?

(Ex. ce qui la provoque dans des circonstances particulières)

Est-elle associée à des mouvements ou à des positions spécifiques?

Qu'est-ce que vous ne pouvez plus faire comme avant?

Est-ce que cela touche seulement votre vie professionnelle ou votre vie sociale et familiale aussi?

Qu'est-ce qui cause toute cette douleur selon vous?

(Ex. la cause première, à la base de toutes les circonstances, c'est ici que peut entrer en scène la dimension cosmologique)

Selon vous, comment votre problème pourrait-il se résoudre?

Avez-vous bon espoir de retrouver votre condition antérieure?

Comment est-ce que voyez votre état de santé dans 1 mois, 6 mois, 1 an, 2 ans?

Avez-vous quelque chose à ajouter sur ce point?

Note pour l'interviewer : la question de l'accident et des premiers contacts avec la CSST sera abordée à la fin du questionnaire. Il se peut que le client en parle spontanément. Dans ce cas, lui indiquer que vous y reviendrez.

II. RELATIONS AVEC LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS LIÉS À LA RÉADAPTATION PHYSIQUE

Nous allons maintenant nous intéresser particulièrement à la façon dont vous avez vécu votre parcours en réadaptation physique à partir de vos relations avec les différents professionnels que vous avez rencontrés depuis votre accident.

Médecin traitant et parcours médical

Nous allons commencer par vos contacts avec votre médecin traitant.

Pouvez-vous me raconter comment se passent vos rencontres avec votre médecin traitant?

Est-ce le même que celui qui a fait le diagnostic ayant amené votre prise en charge par la CSST?

Voyez-vous des spécialistes en plus de votre médecin traitant?

Si c'est le cas, nous y reviendrons plus loin.

Dans vos mots à vous, comment votre médecin traitant explique-t-il votre problème actuel?

Votre médecin vous a-t-il donné un diagnostic médical? Lequel?

Que pensez-vous des conclusions de votre médecin au sujet de votre état de santé?

Avez-vous l'impression d'être compris par votre médecin traitant?

Avez-vous l'impression de toujours comprendre votre médecin traitant?

Si vous en aviez la possibilité, qu'est-ce que vous aimeriez changer dans votre relation avec votre médecin traitant?

Est-ce que vous rencontrez d'autres médecins que votre médecin traitant, comme des spécialistes? (Ex. : chirurgien, orthopédiste, etc.)

Qu'auriez-vous à dire sur le travail et vos relations avec chacun de ces spécialistes?

Avez-vous autre chose à ajouter sur vos relations avec votre (vos) médecin(s)?

Intervenants et parcours en réadaptation

Passons maintenant à votre expérience en réadaptation physique.

Qui a décidé que vous deviez subir des traitements en réadaptation physique?

Qui vous a parlé de la réadaptation pour la première fois?

Comment cela vous a-t-il été présenté?

Pourquoi vous fait-on faire cela? Est-ce que vous saviez ce que c'était?

Étiez-vous d'accord avec ce traitement? Êtes-vous d'accord maintenant? O/N Précisions.

Avez-vous eu le choix des thérapies?

Quelles sont vos attentes par rapport à ces traitements?

Où est-ce que vous vous rendez pour vos traitements? (Ex. : clinique externe, centre de réadaptation, hôpital de réadaptation)

Comment êtes-vous entré en contact avec cet endroit?

Prenons une de vos journées de thérapie de la semaine dernière, pouvez-vous me décrire ce que vous avez fait pendant cette journée, du moment de votre arrivée dans le centre de réadaptation jusqu'à votre départ.

Qu'est-ce qui vous plaît ou vous déplaît le plus en réadaptation physique?

Qu'est-ce qui est le plus facile, difficile? Efficace, inutile ou sans effet? Possiblement aggravant?

Quels sont les intervenants (ergo, kiné, physio, etc.) que vous rencontrez présentement?

Connaissez-vous le rôle de chaque intervenant?

(Ex. décrire une rencontre avec chaque type d'intervenant, ce qui est apprécié ou non, ce qui est aidant ou non, ce qu'il aimerait changer)

Si vous avez rencontré différents intervenants, était-ce à des étapes différentes? Pouvez-vous nous préciser cela plus en détail? (Ex. idée de reconstituer la trajectoire médicale et administrative)

En général, quand vous allez en réadaptation physique, vous sentez-vous compris / écouté / en confiance? Qu'est-ce qui vous fait penser cela?

Note à l'interviewer : inviter le participant à décrire une situation vécue

Si vous en aviez la possibilité, qu'est-ce que vous aimeriez changer en réadaptation physique?

Avez-vous autre chose à ajouter sur vos différentes thérapies?

Autres thérapies et soutien du milieu familial ou de la communauté

Avez-vous un suivi un autre type de thérapies dont nous n'aurions pas parlé?

Utilisez-vous des ressources dans votre communauté, pays ou culture d'origine?

(Ex. : aide venant du réseau ethnoculturel, aide apportée par des membres du réseau familial ici et à l'étranger, thérapeutes traditionnels, spécialistes religieux, etc.)

En s'inspirant des sous-questions du bloc 2.3, décrire l'aide reçue et son appréciation, comment le problème est défini par ces gens, s'ils sont aidants ou non, si certains peuvent nuire au processus de guérison, etc.

Note à l'interviewer : Avant de passer à l'autre étape de ce questionnaire, demander au participant s'il éprouve le besoin de prendre une pause pour se dégourdir les membres ou bouger un peu. Ne pas perdre de vue que la plupart des participants de cette catégorie ont un problème de douleur chronique.

Avez-vous autre chose à ajouter sur ce point?

III. MILIEU DU TRAVAIL

Vous sentez-vous assez à l'aise pour me décrire comment étaient vos relations avec votre employeur et vos collègues de travail avant votre accident?

Durant votre arrêt de travail, comment votre employeur ou vos collègues ont-ils réagi à votre égard?

Est-ce que ces relations sont restées les mêmes depuis votre accident?

Pensez-vous que vous serez capable de retourner au travail à la fin de votre réadaptation physique?

Si oui, dans quelles conditions? En faisant les mêmes tâches? Au même poste? Dans la même entreprise?

Selon vous, est-ce que votre employeur pourrait vous donner des tâches différentes ou plus faciles lors de votre retour au travail?

Qu'est-ce qui vous permet de penser cela?

Si non, qu'est-ce qui pourrait nuire à votre retour au travail ?

Note à l'interviewer : le travailleur pourrait faire référence à ses limitations, à la douleur, ou encore à ses relations avec l'employeur ou avec ses collègues ou à des barrières linguistiques s'il ne peut retourner chez le même employeur.

Qu'est-ce qui faciliterait votre retour au travail (ou le rendrait possible, envisageable, dans le cas où le participant émet des doutes à ce sujet)?

Si vous pensez retourner (ou non) au travail, qu'en pense : votre médecin? Vos intervenants en réadaptation? Votre conseiller de la CSST?

Avez-vous quelque chose à ajouter sur ce point?

IV. CONTACTS AVEC LES AGENTS TIERS PAYEURS ET PARCOURS ADMINISTRATIF

Regardons maintenant vos relations avec les personnes de la CSST

Note pour l'interviewer : Inviter le participant à décrire cette histoire dans ses propres mots. Ne pas oublier que dans le cas des TMS, il n'y a pas nécessairement un événement associé, mais un ensemble de conditions de travail qui favorisent l'émergence du problème.

Premiers contacts

Si nous revenons sur les circonstances de votre accident ou de la survenue du problème et de vos premiers contacts avec la CSST;

Comment êtes-vous entré en contact avec la CSST?

Connaissiez-vous ce système? O/N Si oui, qu'en saviez-vous? Qu'en pensez-vous?

Avez-vous reçu de l'aide pour vous inscrire à la CSST?

Qui vous a dirigé vers la CSST ou vous a aidé à remplir le questionnaire d'inscription? Quelle est la fonction de cette personne?

Comment avez-vous été reçu lors de votre premier contact à la CSST ?

Note pour l'interviewer : Aller chercher les premières impressions, le niveau de satisfaction ou d'insatisfaction.

Déroulement actuel

Maintenant, êtes-vous à l'aise avec le fait d'être pris en charge par la CSST?

Vous êtes maintenant en contact avec quelle(s) personne(s) de la CSST (titre et fonction seulement)?

Comment définiriez-vous vos relations avec cette (ces) personne(s)?

À quelle fréquence êtes-vous en contact avec elles ?

En quoi cette personne vous aide-t-elle (ou non) par rapport à votre problème de santé?

Avez-vous l'impression d'être compris par votre conseiller/agent de la CSST?

Avez-vous l'impression de toujours comprendre votre conseiller/agent de la CSST?

Si vous en aviez la possibilité, qu'est-ce que vous aimeriez changer dans votre relation avec les intervenants de la CSST ou dans le fonctionnement général de cette dernière?

Pouvez-vous me donner un exemple de ce que fait votre conseiller ou votre agent d'indemnisation et que vous aimez et que vous ne voudriez pas changer?

Pouvez-vous me donner un exemple de ce que fait votre conseiller ou votre agent d'indemnisation et que vous n'aimez pas et que, si vous le pouviez, vous aimeriez changer?

Avez-vous autre chose à ajouter sur vos relations avec votre conseiller ou votre agent d'indemnisation?

V. DONNÉES ADMINISTRATIVES

Nous avons presque terminé, il ne restera qu'à regarder quelques questions plus en rapport avec des données administratives depuis votre accident :

Au moment de votre accident, vous étiez chez votre employeur depuis combien d'années/mois?

Temps plein ou temps partiel?

Connaissiez-vous les risques liés à l'emploi que vous occupiez?

Si oui, lesquels?

Qui vous avait parlé des risques du métier?

Avez-vous eu une formation ou des consignes pour vous protéger?

Étiez-vous bien préparé pour éviter ces risques?

Y avait-il des mesures de prévention et de protection reconnues?

Si oui, lesquelles? Étaient-elles appliquées?

Si non, qu'est-ce qui empêchait leur mise en application?

Est-ce que vous croyez que les conditions qui ont entraîné votre accident (ou arrêt de travail) vont changer?

Si vous les avez :

Date de l'accident : _____

Date de la première rencontre avec le médecin : _____

(En lien avec l'accident)

Date de la demande à la CSST : _____

Qui a rempli le formulaire de la CSST? _____

(Si ceci n'a pas été abordé ailleurs) Avez-vous eu de la difficulté à faire reconnaître votre problème?

Par la CSST? Précisions.

Par votre employeur? Précisions.

À quelle date s'est fait votre premier contact avec la CSST? _____

À quelle fréquence depuis? _____

Date du premier traitement en réadaptation? _____

Cela faisait-il partie d'un programme complet? _____

Ou seulement : physiothérapie___; ergothérapie___; kinésiologie___?

Quand devrait se terminer votre réadaptation physique?

Maintenant nous avons terminé :

J'espère que cette rencontre ne vous a pas trop fatigué?

Merci pour cette aide précieuse et bonne chance dans vos démarches futures.

Aimeriez-vous être informé lorsque les résultats de cette étude seront disponibles?

ANNEXE E : GRILLE D'ENTREVUE EMPLOYEUR

Consignes pour l'interviewer

Ce schéma d'entrevue est divisé en cinq sections. Chaque section et chaque série de questions visent à comprendre la situation en général et à dégager, s'il y a lieu, des différences lorsqu'il s'agit des travailleurs immigrants ou issus de groupes ethnoculturels. Pour chaque question, il faut toujours s'assurer d'obtenir une réponse complète, précise et de demander au besoin de fournir des exemples concrets ou de raconter une situation vécue.

La première section porte sur le rôle du gestionnaire, notamment la gestion de la SST.

La deuxième section concerne sur la survenue d'une lésion professionnelle et l'ouverture d'un dossier à la CSST.

La troisième section a trait à l'assistance médicale et aux services de réadaptation (ergo, physio).

La quatrième section a pour objet le retour au travail et les conditions du maintien en emploi.

La cinquième section a comme thématique les préoccupations de l'employeur ou du gestionnaire par rapport aux besoins particuliers de la main-d'œuvre immigrante ou issus des groupes ethnoculturels.

Enfin, vous devez indiquer aux participants de ne pas nommer de tierces personnes. Vous devez également leur rappeler qu'ils ne sont pas tenus de répondre à toutes les questions.

Introduction

Nous nous intéressons à votre expérience comme (employeur, superviseur ou gestionnaire) en lien avec la SST et vos employés immigrants ou issus des groupes ethnoculturels, et plus spécialement la situation d'absences prolongées (ou de longue durée) à la suite d'un accident de travail. L'entrevue est divisée en cinq sections.

Pour commencer, nous aimerions mieux cerner votre expérience de gestionnaire et mieux comprendre votre réalité de travail, en général. Voici donc quelques questions dans ce sens :

I RÔLE EN GESTION ET EN SANTÉ ET EN SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Caractéristiques de l'entreprise

Secteur d'activité économique?

Présence d'un syndicat?

Taille de l'entreprise?

Nombre de travailleurs immigrants **sous votre direction?**

Caractéristiques sociodémographiques

Âge, sexe, pays d'origine, enfant d'immigrant, scolarité, domaine d'études, expérience de gestion en contexte pluriethnique?

Expérience en gestion

Nombre d'années d'expérience dans l'entreprise, années d'expérience dans le poste actuel ou comme chef d'entreprise, taille de l'entreprise, secteur d'activité?

Parlez-nous plus en détail de votre rôle en tant que gestionnaire ou chef d'entreprise?

(Ex. principales tâches)

Votre main-d'œuvre immigrante ou issue des groupes ethnoculturels représente quelle proportion de votre temps de travail ou du nombre de vos dossiers?

(Note : il s'agit d'avoir une idée approximative de la composition de la main d'œuvre)

Se retrouvent-ils à des postes particuliers ou sont-ils distribués également dans l'entreprise?

Connaissez-vous toujours l'origine de vos employés?

Note à l'interviewer : Le cas échéant, s'intéresser à la manière dont cette information circule, est obtenue ou transmise et comment évalue-t-on la pertinence de ce type d'information ou voir ce que cela change/peut changer dans les rapports de travail.

Que fait votre entreprise ou vous-même pour favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux employés?

Avez-vous une approche différente pour intégrer les employés issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Est-ce que cette intégration représente des enjeux particuliers? O/N Préciser à quel(s) niveau(x) et donner des exemples ou des situations concrètes qui ont été vécues.

Savez-vous quels types de formations les travailleurs immigrants que vous avez engagés ont reçus dans leur pays d'origine et si le travail qu'ils occupent ici correspond à leurs compétences de base?

Quel est votre rôle en prévention d'accidents et sécurité?

Quelles sont les situations les plus courantes liées à des problèmes de santé au travail?

(Ex. : problèmes les plus souvent rencontrés, gravité)

Dans votre entreprise, quels genres de situations vous demandent plus de mesures de prévention en santé et en sécurité au travail que d'autres?

Comment les employés réagissent-ils à ces mesures?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Est-ce que vos employés sont formés pour répondre à ces situations particulières?

Dans ce cas, est-ce que les employés suivent bien les mesures exigées? O/N Précisions.

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Dans les situations qui touchent la SST, en général, quelles sont les attentes des travailleurs à votre égard? Précisions.

Auriez-vous quelque chose à ajouter sur ce sujet?

II OUVERTURE D'UN DOSSIER À LA CSST

Déclaration d'une lésion

Quelles sont les situations pour lesquelles les travailleurs immigrants ou non font des demandes à la CSST?

Est-ce que la plupart des travailleurs connaissent les procédures en cas d'accidents? (Ex. : évaluation par un médecin, formulaire de déclaration pour la CSST, rôle de la CSST)

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Quand un employé s'absente du travail pour des raisons de SST, est-ce possible de faire personnellement un suivi auprès de cet employé?

Quelles sont les attentes des employés immigrants à cet égard?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Vous avez quelque chose à ajouter sur ce sujet?

III. SITUATION DES TRAVAILLEURS AYANT SUBI DES LÉSIONS NÉCESSITANT UNE INTERVENTION EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Chez les travailleurs en général comment qualifiez-vous l'accès des travailleurs aux services de réadaptation offerts par la CSST? Précisions.

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Chez les travailleurs en général quand le retrait du travail dure un certain temps et que l'employé doit faire de la réadaptation physique, gardez-vous un contact avec lui?

Dans ce cas, quels commentaires vous font les travailleurs sur les traitements qu'ils reçoivent en réadaptation physique? Et vous, qu'en pensez-vous?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Vous avez quelque chose à ajouter sur ce sujet?

IV. RETOUR AU TRAVAIL DES TRAVAILLEURS

Est-ce qu'il arrive (est arrivé) que certains travailleurs aient des limitations assez graves pour ne pas pouvoir effectuer un retour au travail?

Pouvez-vous nous en parler?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Avez-vous déjà eu l'impression que certains travailleurs sont revenus de façon prématurée au travail? Précisions. Comment expliquez-vous cela? Que faites-vous dans ce cas?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Dans votre entreprise, est-il possible pour les travailleurs en général de revenir au travail avec des limitations physiques qui demandent un changement de tâche ou une adaptation de leur poste de travail?

Est-ce toujours possible d'effectuer ces changements de tâches et/ou adaptation de poste?

Comme employeur (ou gestionnaire) comment réagissez-vous à ces situations?

Comment les travailleurs en général réagissent-ils à cela?

Comment réagit le travailleur lorsqu'il est possible de changer ses tâches ou d'adapter son poste de travail?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Pouvez-vous dire si ces travailleurs se réintègrent bien lorsque leur état nécessite une adaptation des tâches ou du poste de travail?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Comment voyez-vous votre rôle au moment d'un retour au travail? (Ex. : auprès de ces travailleurs, auprès de leurs superviseurs)

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Est-ce qu'il arrive (est arrivé) que certains travailleurs aient des limitations assez graves pour ne pas pouvoir effectuer un retour au travail?

Pouvez-vous nous en parler?

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Quand des travailleurs, qui ont des limitations fonctionnelles ou qui ressentent encore de la douleur, se réinsèrent au travail, vous arrive-t-il de travailler en collaboration avec des professionnels de la santé qui les ont vus en réadaptation physique pour faciliter des adaptations nécessaires au retour au travail?

Pensez-vous que cela est utile ou même essentiel? Précisions.

Agissez-vous différemment lorsqu'il s'agit de travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels? Précisions.

Selon vous, les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels devraient-ils faire l'objet d'une expertise particulière? O/N Demander des précisions.

La CSST a développé une approche continue de prévention de la chronicité, connaissez-vous cette approche?

Sinon, pensez-vous que cela serait utile de travailler en relation plus étroite avec la CSST en vue de favoriser le retour des travailleurs, immigrants ou non?

Si oui, cette approche fonctionne-t-elle aussi bien auprès de l'ensemble de la clientèle visée, travailleurs immigrants ou non?

De la survenue d'une lésion professionnelle au retour au travail, qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous en tant que gestionnaire? (Ex. : étapes déterminantes, moments clés, enjeux spécifiques, obstacles)

Observez-vous des réactions différentes auprès des travailleurs issus de l'immigration ou des groupes ethnoculturels?

Vous avez quelque chose à ajouter sur ce sujet?

V. PRÉOCCUPATIONS ET RESSOURCES EN RAPPORT AVEC LES TRAVAILLEURS IMMIGRANTS OU ISSUS DES GROUPES ETHNOCULTURELS

Note à l'interviewer : les questions suivantes sont posées en vue de répondre aux besoins particuliers des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels.

Avez-vous d'autres préoccupations que celles dont nous avons parlé quant à la rencontre interculturelle avec les travailleurs issus de l'immigration?

Pensez-vous que les travailleurs immigrants sont assez bien préparés pour répondre aux exigences locales du travail?

Si ce n'est pas le cas, de quoi auraient-ils besoin?

Est-ce que vous sentez que vous pouvez établir les mêmes relations de travail avec les travailleurs immigrants ? O/N Précisions.

Pensez-vous qu'il serait nécessaire de développer de nouvelles compétences de gestion lorsqu'on embauche des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels? O/N Précisions.

Avez-vous le sentiment d'avoir développé au fil des années certaines compétences en matière de relations interculturelles? O/N Précisions.

Si superviseur/cadre :

Pensez-vous que vos supérieurs comprennent les réalités auxquelles vous faites face dans les contextes pluriethniques? O/N Précisions.

Pensez-vous que vous auriez besoin d'un soutien ou d'un encadrement particuliers de la part de vos supérieurs quand vous gérez des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels? O/N Précisions.

Pensez-vous que les modèles de gestion actuels sont suffisants pour répondre aux besoins de ces travailleurs et à la réalité de la diversité ethnoculturelle d'aujourd'hui?

Les plans d'affaires tiennent-ils suffisamment compte des problématiques en regard de l'insertion de travailleurs immigrants en entreprise?

Quelles solutions sont à votre disposition pour faire face aux différentes difficultés que vous venez d'énumérer?

Quels changements avez-vous faits dans votre travail pour répondre à ces difficultés?

Quels changements souhaiteriez-vous mettre en place pour améliorer votre modèle de gestion des travailleurs immigrants?

Quels changements organisationnels pourraient améliorer votre modèle de santé et de sécurité?

Y aurait-il d'autres moyens qui pourraient vous aider et aider les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels dans leur parcours :

En prévention des accidents de travail? À la CSST? En réadaptation physique? En réinsertion professionnelle?

Quand le questionnaire est issu de l'immigration :

Êtes-vous issu de l'immigration ou d'un groupe ethnoculturel particulier?

Croyez-vous que le fait d'être un vous-même un immigrant ou d'être issu de la deuxième génération d'immigrants est un avantage ou un inconvénient lors de rencontre avec les travailleurs en général et avec les travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels en particulier? Demander des précisions.

Est-ce que cette situation change vos rapports avec les travailleurs? Vos collègues? Vos cadres supérieurs? Si oui, comment?

VI. FORMATIONS EN RELATIONS INTERCULTURELLES

Avez-vous déjà eu des formations en gestion interculturelle ou en relations interculturelles? Si c'est le cas, qu'est-ce que vous en reprenez?

Est-ce que vous pouvez appliquer ce que vous avez appris?

Qu'est-ce qui est le plus aidant?

Y aurait-il autre chose que vous aimeriez appliquer, mais qu'il vous est impossible de faire? Si oui, expliquez?

Pensez-vous que vos gestionnaires et les décideurs devraient être formés pour adapter :

Leurs encadrements?

La circulation des informations relatives aux interventions auprès des clients immigrants?

L'encadrement de vos pratiques auprès des travailleurs immigrants ou issus des groupes ethnoculturels?

Nous avons terminé, y aurait-il quelque chose d'important qui n'a pas été abordé et qui fait partie de vos préoccupations dans votre travail en contexte pluriethnique?

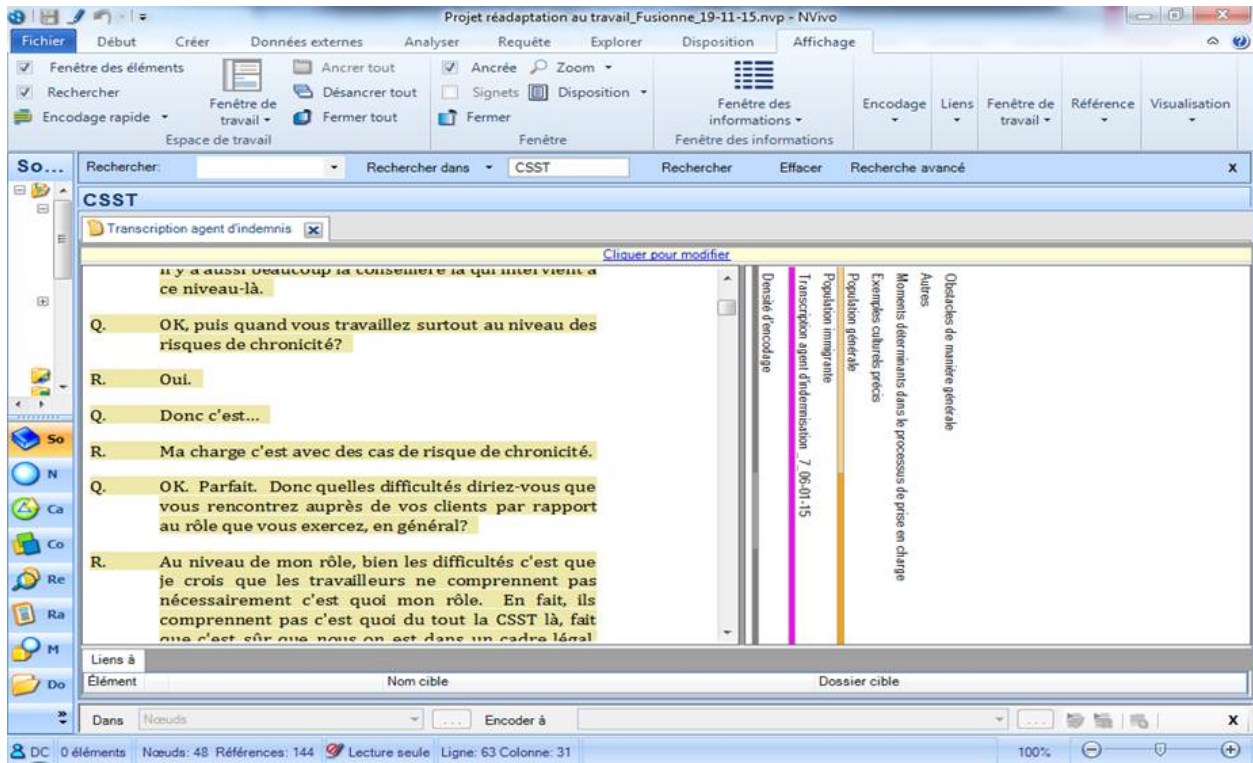
Merci pour votre aide précieuse.

ANNEXE F : ARBRE THÉMATIQUE

Premier niveau de codage : population générale, population immigrante ou population québécoise

Deuxième niveau de codage : répartition des comptes rendus intégraux selon notre arbre thématique :

- Acceptation des programmes ou des interventions
- Arriver aux mêmes résultats avec les travailleurs immigrants
- Cadre de travail et d'intervention
- Caractéristiques sociodémographiques
- Collaboration avec les autres professionnels
- Comparaison avec pays d'origine
- Compréhension mutuelle
- Consultation d'experts variés de la part des travailleurs
- Difficultés rencontrées auprès des clients
- Exemples culturels précis
- Documenter éléments culturels
- Extraits pertinents
- Formation interculturelle
- Incidents critiques
- Milieu de travail des clients
- Moments déterminants dans le processus de prise en charge
- Programme de réadaptation répond aux besoins des travailleurs
- Relation thérapeutique
- Rôle
- Soutien de l'organisation
- Stratégies adoptées avec la clientèle et barrières
- Travailleurs
- Autres



Ci-dessus, saisi d'écran du logiciel NVivo avec le texte original à gauche et l'encodage à droite (tiré de l'arbre thématique)

ANNEXE G : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES CLINIENS

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous choisissez de participer au projet, nous vous demanderons de signer ce formulaire d'information et de consentement.

RENSEIGNEMENTS AU PARTICIPANT

Titre de la recherche

Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles

Noms des chercheurs et fonctions

Daniel CÔTÉ, Ph. D., chercheur, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

Sylvie GRAVEL, Ph. D., professeure, Département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion, UQAM

Bob White, Ph. D., professeur, Département d'anthropologie, Université de Montréal et Laboratoire de recherche sur les relations interculturelles (LABRRI)

Danielle GRATTON, Ph. D., M.Ps., psychologue et chercheuse, Hôpital Juif de réadaptation (HJR) de Laval

Ce projet de recherche est financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Il n'a aucun lien avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La Commission n'aura pas accès aux données de cette recherche.

Description du projet

La réadaptation et le retour au travail sont des processus complexes qui mettent en scène plusieurs acteurs (travailleurs, employeur, CSST, cliniques). La recherche dans ce domaine contribue à prévenir ou à réduire les risques de chronicité et à soutenir le retour au travail durable et sécuritaire des travailleurs. Plusieurs facteurs individuels, organisationnels, administratifs ou liés au système de santé sont connus par les chercheurs pour faciliter ou pour faire obstacle à la réadaptation. La communication entre les différents acteurs est d'une importance déterminante. Dans le contexte de l'immigration et de la diversité croissante de la population, il est important de comprendre tous les enjeux relatifs à la communication interculturelle.

Objectifs poursuivis

Cette étude vise notamment, au moyen d'entrevues individuelles, à mieux connaître l'expérience et le point de vue des différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au

travail des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle. Elle a pour objet d'identifier les éléments qui peuvent faire ombre ou, au contraire, faciliter la guérison et le retour au travail. Cette étude permettra ainsi de déterminer des besoins spécifiques et de nouvelles pistes de recherche et d'intervention. C'est la raison pour laquelle la méthodologie de cette étude repose sur des entrevues individuelles pour mieux comprendre l'expérience et le point de vue de chacun. Ces différents acteurs constituent quatre groupes distincts : travailleurs accidentés, agents et conseillers de la CSST, cliniciens ou professionnels de la santé et entreprises.

Lieu du déroulement de la recherche

La collecte des données se déroulera durant les heures de travail ou selon l'entente avec la clinique et la personne qui participe (par ex. : lieu de résidence, clinique, centre de recherche).

Processus

Des entrevues d'une durée variant entre 30 et 90 minutes sont menées auprès de plusieurs intervenants en réadaptation, dont des physiothérapeutes et des ergothérapeutes. Ces entrevues aborderont leur expérience personnelle en lien avec la communication et la rencontre interculturelle. Vous pourrez ainsi partager avec les chercheurs ce qui caractérise votre pratique au quotidien et leur décrire les différents obstacles ou facilitateurs spécifiques aux rencontres interculturelles, ainsi que les stratégies que vous avez pu adopter pour intervenir de manière optimale. L'entrevue permettra de déterminer et de nommer explicitement les différentes situations vécues. Les entrevues sont enregistrées pour faciliter l'écoute et les échanges avec les chercheurs et pour s'assurer de la fidélité des récits et expériences rapportés par les participants. Le contenu de chaque entrevue est ensuite retranscrit *in extenso* sur un logiciel de traitement de texte en vue de l'analyse du contenu. Veuillez noter qu'il ne s'agit pas d'une évaluation de votre travail.

Avantages et bénéfices

Les chercheurs ont constaté que d'autres études, qui se basent sur le récit et l'expérience des participants, amènent souvent ces derniers à réfléchir davantage à leur situation et peuvent susciter une certaine prise de conscience. D'autres chercheurs ont remarqué que le fait de raconter une expérience personnelle, sans qu'un jugement soit porté par de quiconque, peut produire des effets bénéfiques. Le simple fait pour des travailleurs de raconter leur vécu alors qu'ils ont rarement l'opportunité de le faire sans être jugés ou évalués peut comporter une valeur thérapeutique même si cet effet n'est pas recherché par l'activité de recherche.

Inconvénients et risques

Sur le plan médical, cette étude ne comporte pas de risque connu ni d'inconvénients qui pourraient nuire à la santé ou à la sécurité des participants. Le principal désagrément que l'on puisse envisager serait lié au temps demandé aux participants pour leur participation et à la résurgence d'éventuels souvenirs désagréables.

Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez constitueront une banque de données qui servira à des fins de recherche et d'analyse. Ces données demeureront confidentielles et seuls les membres de l'équipe de recherche pourront y avoir accès. Ni la CNESST ni les employeurs ne pourront les consulter. Ainsi, un numéro de code sera attribué à chaque participant et remplacera son nom dans la banque de données. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée ou conservée. Au moment de transcrire les entrevues sur un logiciel de traitement de texte, les évocations de noms de personnes, d'adresses personnelles ou professionnelles seront retirées et consignées de manière à garantir l'anonymat des personnes. Les enregistrements audio seront détruits aussitôt que les comptes rendus intégraux seront validés. Les données de l'étude recueillies par entrevues seront conservées pendant cinq ans. Ces données seront sauvegardées sur un ordinateur à accès restreint, à l'IRSST. Seules les personnes mentionnées plus haut seront autorisées à y accéder. À des fins de vérification, il se peut que le Comité d'éthique de la recherche et le bailleur de fonds aient accès aux données. Les entrevues seront réalisées par l'un ou l'autre des chercheurs mentionnés, accompagné parfois par l'un de leurs collègues déjà cités. L'assistant de recherche qui se joindra à l'équipe devra signer un formulaire d'engagement à la confidentialité et sera lié aux mêmes conditions éthiques que les chercheurs.

À des fins de protection, et notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms, prénoms et coordonnées ainsi que la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable du projet. Ces renseignements seront détruits un an après la fin du projet.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet de la publication d'un rapport édité par l'IRSST et d'une série de publications dans des revues scientifiques; ils seront aussi présentés dans différents colloques, conférences et animations scientifiques. Les données seront diffusées en tant que groupe; aucun nom, date ou lieu de travail ni aucun élément distinctif n'y seront mentionnés. Une copie du rapport final, des actes de colloques ou des articles pourra être obtenue gratuitement sur demande.

Responsabilité des chercheurs

Les chercheurs qui travaillent sur ce projet de recherche s'engagent à répondre à toutes vos questions, et ce, dans les meilleurs délais possibles. En outre, chaque chercheur s'engage à connaître et à respecter l'ensemble des principes éthiques et règles déontologiques qui s'appliquent à cette étude.

Participation et retrait

La participation à cette étude est libre et volontaire, ce qui inclut le fait d'accepter ou de refuser de répondre à certaines questions. Vous êtes également libre d'interrompre à tout moment votre participation. Ce retrait n'entraîne aucune forme de pression de la part des chercheurs, ni aucun préjudice, ni aucun impact sur votre travail.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucun risque de conflits d'intérêts de la part des chercheurs, des commanditaires ou de toute autre personne concernée par cette l'étude.

Contacts

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'entrevue) avec les personnes suivantes :

Chercheur principal
Daniel CÔTÉ, Ph. D.
anthropologue, chercheur à
l'IRSST
Bureau : 514-288-1551 poste
229
Courriel :
cote.daniel@irsst.qc.ca

COCHERCHEUR
Danielle GRATTON, Ph. D.
psychologue et anthropologue,
Hôpital juif de réadaptation de
Laval
Bureau : (514) 419-3537
Courriel :
danielle.gratton@umontreal.ca

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Montagne a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le Comité, par téléphone au 514-934-0505, poste 7630 ou par courriel à l'adresse suivante : ethique.recherche.dlm@ssss.gouv.qc.ca. Pour toute information concernant vos droits en tant que participant à cette recherche, veuillez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Montagne : 514-934-0505, poste 7505.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

DÉCLARATION DU PARTICIPANT À L'ÉTUDE

Je soussigné _____ (nom du participant)
certifie que

- a) Je comprends les objectifs généraux de cette étude;
- b) Je comprends les risques et inconvénients potentiels que ma participation pourrait entraîner, de même que les avantages et bénéfices que je peux en retirer;
- c) Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps, sans justification, sur simple avis verbal, et que je ne subirai aucune pression ni aucun préjudice si je décidais de le faire.

Signature du participant

Date

FORMULE D'ENGAGEMENT DU CHERCHEUR PRÉSENT LORS DE L'ENTREVUE

Je certifie :

- a) Avoir expliqué dans un langage accessible au participant et dans une langue qu'il comprend et avec laquelle il peut s'exprimer avec aisance les termes du présent consentement;
- b) Avoir répondu à la satisfaction de participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) Avoir indiqué au participant, et ce, de manière explicite, qu'il demeurerait libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation au projet;
- d) Avoir informé le participant à cette étude que je lui remettrais une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur

Signature

Date

ANNEXE H : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CNESST

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous choisissez de participer au projet, nous vous demanderons de signer ce formulaire d'information et de consentement.

Renseignements au participant

Titre de la recherche

Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles

Noms des chercheurs et fonctions

Daniel CÔTÉ, Ph. D., chercheur, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

Sylvie GRAVEL, Ph. D., professeure, Département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion, UQAM

Bob White, Ph. D., professeur, Département d'anthropologie, Université de Montréal et Laboratoire de recherche sur les relations interculturelles (LABRRI)

Danielle GRATTON, Ph. D., M.Ps., psychologue et chercheure, Hôpital Juif de réadaptation (HJR) de Laval

Assistant(e) de recherche

Ce projet de recherche est financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Il n'a aucun lien avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La Commission n'aura pas accès aux données de cette recherche.

Description du projet

La réadaptation et le retour au travail sont des processus complexes qui mettent en scène plusieurs acteurs (travailleurs, employeur, CSST, cliniques). La recherche dans ce domaine contribue à prévenir ou à réduire les risques de chronicité et à soutenir le retour au travail durable et sécuritaire des travailleurs. Plusieurs facteurs individuels, organisationnels, administratifs ou liés au système de santé sont connus par les chercheurs pour faciliter ou pour faire obstacle à la réadaptation. La communication entre les différents acteurs est d'une importance déterminante. Dans le contexte de l'immigration et de la diversité croissante de la population, il est important de comprendre tous les enjeux relatifs à la communication interculturelle.

Objectifs poursuivis

Cette étude vise notamment, au moyen d'entrevues individuelles, à mieux connaître l'expérience et le point de vue des différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au travail des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle. Elle a pour objet d'identifier les éléments qui peuvent faire ombre ou, au contraire, faciliter la guérison et le retour au travail. Cette étude permettra ainsi de déterminer des besoins spécifiques et de nouvelles pistes de recherche et d'intervention. C'est la raison pour laquelle la méthodologie de cette étude repose sur des entrevues individuelles pour mieux comprendre l'expérience et le point de vue de chacun. Ces différents acteurs constituent quatre groupes distincts : travailleurs accidentés, agents et conseillers de la CSST, cliniciens ou professionnels de la santé et entreprises.

Lieu du déroulement de la recherche

La collecte des données se déroulera à la CNESST, durant les heures de travail, au bureau régional auquel est rattaché le participant et où il y exerce ses fonctions.

Processus

Des entrevues d'une durée variant entre 60 et 90 minutes sont menées auprès d'intervenants de la CNESST. Parmi ceux-ci, des agents d'indemnisation, des conseillers en réadaptation ou des chefs d'équipe. Ces entrevues aborderont l'expérience des intervenants en lien avec la communication et la rencontre interculturelle. Vous pourrez ainsi partager avec les chercheurs ce qui caractérise votre pratique au quotidien et leur décrire les différents obstacles ou facilitateurs spécifiques aux rencontres interculturelles, ainsi que les stratégies que vous avez pu adopter pour intervenir de manière optimale. L'entrevue permettra de déterminer et de nommer explicitement les différentes situations vécues. Les entrevues sont enregistrées pour faciliter l'écoute et les échanges avec les chercheurs et pour s'assurer de la fidélité des récits et expériences rapportés par les participants. Le contenu de chaque entrevue est ensuite retranscrit *in extenso* sur un logiciel de traitement de texte en vue de l'analyse du contenu. Veuillez noter qu'il ne s'agit pas d'une évaluation de votre travail.

Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage direct à participer à ce projet si ce n'est de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé et de la réadaptation au travail. D'autres chercheurs ont constaté que le fait de raconter une expérience personnelle, sans qu'un jugement soit porté par quiconque, peut produire des effets bénéfiques. Le simple fait pour des travailleurs de raconter leur vécu alors qu'ils ont rarement l'opportunité de le faire sans être jugés ou évalués peut comporter une valeur thérapeutique même si cet effet n'est pas recherché par l'activité de recherche.

Inconvénients et risques

Il n'y a pas de risque connu pouvant mettre en péril la santé physique et psychologique des participants. Cependant, en abordant votre expérience et par la nature sensible et personnelle que cette expérience peut revêtir, il se peut que vous ayez à revivre des moments difficiles. Cela peut être une source d'inconfort. Dans ce cas, vous pourrez le signaler aux chercheurs et interrompre en tout temps votre participation.

Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez constitueront une banque de données qui servira à des fins de recherche et d'analyse. Ces données demeureront confidentielles et seuls les membres de l'équipe de recherche pourront y avoir accès. Ni la CSST ni les employeurs ne pourront les consulter. Ainsi, un numéro de code sera attribué à chaque participant et remplacera son nom dans la banque de données. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée ou conservée. Au moment de transcrire les entrevues sur un logiciel de traitement de texte, les évocations de noms de personnes, d'adresses ou de lieu de travail personnels seront retirées et consignées de manière à garantir l'anonymat des personnes. Les enregistrements audio seront détruits aussitôt que les comptes rendus intégraux seront validés. Les données de l'étude recueillies par entrevues seront conservées pendant cinq ans. Ces données seront sauvegardées sur un ordinateur à accès restreint, à l'IRSST. Seules les personnes mentionnées plus haut seront autorisées à y avoir accès. À des fins de vérification, il se peut que le Comité d'éthique de la recherche et le bailleur de fonds aient accès aux données. Les entrevues seront réalisées par l'un ou l'autre des chercheurs mentionnés, accompagné parfois par l'un de leurs collègues déjà cités. L'assistant de recherche qui se joindra à l'équipe devra signer un formulaire d'engagement à la confidentialité et sera lié aux mêmes conditions éthiques que les chercheurs.

À des fins de protection, et notamment afin de communiquer rapidement avec vous, vos noms prénoms et coordonnées ainsi que la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable du projet. Ces renseignements seront détruits un an après la fin du projet.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet de la publication d'un rapport édité par l'IRSST et d'une série de publications dans des revues scientifiques. Ils seront aussi présentés dans différents colloques, conférences et animations scientifiques. Les données seront diffusées en tant que groupe; aucun nom, date ou lieu de travail ni aucun élément distinctif n'y seront mentionnés. Une copie du rapport final, des actes de colloques ou des articles pourra être obtenue gratuitement sur demande.

Responsabilité des chercheurs

Les chercheurs qui travaillent sur ce projet de recherche s'engagent à répondre à toutes vos questions, et ce, dans les meilleurs délais possibles. En outre, chaque chercheur s'engage à

connaître et à respecter l'ensemble des principes éthiques et règles déontologiques qui s'appliquent à cette étude.

Participation et retrait

Votre participation à cette étude est libre et volontaire, ce qui inclut le fait d'accepter ou de refuser de répondre à certaines questions. Vous êtes également libre d'interrompre à tout moment votre participation. Ce retrait n'entraîne aucune forme de pression de la part des chercheurs, ni aucun préjudice, ni aucun impact sur votre travail.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucun risque de conflits d'intérêts de la part des chercheurs, des commanditaires ou de toute autre personne concernée par cette étude.

Contacts

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'entrevue) avec la personne suivante :

Chercheur principal
Daniel CÔTÉ, Ph. D.
anthropologue, chercheur à
l'IRSST
Bureau : 514-288-1551 poste 229
Courriel : cote.daniel@irsst.qc.ca

CO-CHEERCHEUR
Danielle GRATTON, Ph. D.
psychologue et anthropologue,
Hôpital juif de réadaptation de Laval
Bureau : (514) 419-3537
Courriel :
danielle.gratton@umontreal.ca

Le comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Montagne a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le comité, par téléphone au 514-934-0505, poste 7630 ou par courriel à l'adresse suivante : ethique.recherche.dlm@ssss.gouv.qc.ca. Pour toute information concernant vos droits en tant que participant à cette recherche, veuillez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Montagne : 514-934-0505, poste 7505.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Déclaration du participant à l'étude

Je soussigné _____ (nom du participant)
certifie que

- a) Je comprends les objectifs généraux de cette étude;
- b) Je comprends les risques et inconvénients potentiels que ma participation pourrait entraîner, de même que les avantages et bénéfices que je peux en retirer;

-
- c) Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps et sans justification sur simple avis verbal, et que je ne subirai aucune pression ni aucun préjudice si je décidais de le faire.

Signature du participant

Date

FORMULE D'ENGAGEMENT DES CHERCHEURS PRÉSENTS LORS DE L'ENTREVUE

Je certifie :

- a) Avoir expliqué dans un langage accessible au participant et dans une langue qu'il comprend et avec laquelle il peut s'exprimer avec aisance les termes du présent consentement;
- b) Avoir répondu à la satisfaction de participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) Avoir indiqué au participant, et ce, de manière explicite, qu'il demeurerait libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation au projet;
- d) Avoir informé le participant à cette étude que je lui remettrais une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur

Signature

Date

ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT CNESST (GROUPE DE DISCUSSION)

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous choisissez d'y participer, nous vous demanderons de signer ce formulaire d'information et de consentement.

RENSEIGNEMENTS AU PARTICIPANT

Titre de la recherche

Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles

Noms des chercheurs et fonctions

Daniel CÔTÉ, Ph. D., chercheur, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

Sylvie GRAVEL, Ph. D., professeure, Département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion, UQAM

Bob White, Ph. D., professeur, Département d'anthropologie, Université de Montréal et Laboratoire de recherche sur les relations interculturelles (LABRRI)

Danielle GRATTON, Ph. D., M.Ps., psychologue et chercheure, Hôpital Juif de réadaptation (HJR) de Laval

Assistant(e) de recherche

Ce projet de recherche est financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Il n'a aucun lien avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CSST). La Commission n'aura pas accès aux données de cette recherche.

Description du projet

La réadaptation et le retour au travail sont des processus complexes qui mettent en scène plusieurs acteurs (travailleurs, employeur, CSST, cliniques). La recherche dans ce domaine contribue à prévenir ou à réduire les risques de chronicité et à soutenir le retour au travail durable et sécuritaire des travailleurs. Plusieurs facteurs individuels, organisationnels, administratifs ou liés au système de santé sont connus par les chercheurs pour faciliter ou pour faire obstacle à la réadaptation. La communication entre les différents acteurs est d'une importance déterminante. Dans le contexte de l'immigration et de la diversité croissante de la population, il est important de comprendre tous les enjeux relatifs à la communication interculturelle.

Objectifs poursuivis

Cette étude vise notamment, au moyen d'entrevues individuelles, à mieux connaître l'expérience et le point de vue des différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au travail des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle. Elle a pour objet d'identifier les éléments qui peuvent faire ombre ou, au contraire, faciliter la guérison et le retour au travail. Cette étude permettra ainsi de déterminer des besoins spécifiques et de nouvelles pistes de recherche et d'intervention. C'est la raison pour laquelle la méthodologie de cette étude repose sur des entrevues individuelles pour mieux comprendre l'expérience et le point de vue de chacun. Ces différents acteurs constituent quatre groupes distincts : travailleurs accidentés, agents et conseillers de la CNESST, cliniciens ou professionnels de la santé et entreprises.

Lieu du déroulement de la recherche

La collecte des données se déroulera à la CNESST, durant les heures de travail, au bureau régional auquel est rattaché le participant et où il y exerce ses fonctions.

Processus

Deux groupes de discussion d'une durée variant entre 60 et 90 minutes sont menés auprès d'intervenants de la CNESST, dont des agents d'indemnisation, des conseillers en réadaptation et des chefs d'équipe. Ces entrevues aborderont l'expérience des intervenants en lien avec la communication et la rencontre interculturelles. Vous pourrez ainsi partager avec les chercheurs ce qui caractérise votre pratique au quotidien et leur décrire les différents obstacles ou facilitateurs spécifiques aux rencontres interculturelles, ainsi que les stratégies que vous avez pu adopter pour intervenir de manière optimale. Les groupes de discussion permettront de déterminer et de nommer explicitement les différentes situations vécues. Les groupes de discussion sont enregistrés pour faciliter l'écoute et les échanges avec les chercheurs et pour s'assurer de la fidélité des récits et expériences qui sont rapportés par les participants. Le contenu de chaque groupe de discussion est ensuite retranscrit sur un logiciel de traitement de texte en vue de l'analyse du contenu. Veillez noter qu'il ne s'agit pas d'une évaluation de votre travail.

Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage direct à participer à ce projet si ce n'est de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé et de la réadaptation au travail.

D'autres chercheurs ont constaté que le fait de raconter une expérience, sans qu'un jugement soit porté par quiconque, peut produire des effets bénéfiques. Le simple fait pour des travailleurs de raconter leur vécu alors qu'ils ont rarement l'opportunité de le faire sans être jugés ou évalués peut comporter un aspect bénéfique même si cet effet n'est pas recherché par l'activité de recherche.

Inconvénients et risques

Il n'y a pas de risque connu pouvant mettre en péril la santé physique et psychologie des participants. Cependant, en abordant votre expérience et par la nature sensible et personnelle que cette expérience peut revêtir, il se peut que vous ayez à revivre des moments difficiles. Cela peut être une source d'inconfort. Dans ce cas, vous pourrez le signaler aux chercheurs et interrompre en tout temps votre participation.

Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez constitueront une banque de données qui servira à des fins de recherche et d'analyse. Ces données demeureront confidentielles et seuls les membres de l'équipe de recherche pourront y avoir accès. Ni la CSST ni les employeurs n'y auront accès. Ainsi, un numéro de code sera attribué à chaque groupe de discussion dans la banque de données. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée ou conservée. Au moment de transcrire les groupes de discussion sur un logiciel de traitement de texte, les évocations de noms de personnes, d'adresses ou de lieu de travail personnels seront retirées et consignées de manière à garantir l'anonymat de la personne. Les enregistrements audio seront détruits aussitôt que les verbatim seront validés. Les données de l'étude recueillies par les deux groupes de discussion seront conservées pendant cinq ans. Ces données seront conservées sur un poste d'ordinateur à accès restreint, à l'IRSST. Seules les personnes mentionnées plus haut seront autorisées à avoir accès au contenu des enregistrements. À des fins de vérification, il se peut que le Comité d'éthique de la recherche et le bailleur de fonds aient accès aux données. Les groupes de discussion seront réalisés par l'un ou l'autre des chercheurs mentionnés, accompagné parfois par l'un des chercheurs déjà cités. L'assistant de recherche qui se joindra à l'équipe devra signer un formulaire d'engagement à la confidentialité et sera lié aux mêmes conditions éthiques que les chercheurs mentionnés plus haut.

À des fins de protection, et notamment afin de communiquer rapidement avec vous, vos noms, prénoms et coordonnées ainsi que la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable du projet. Ces renseignements seront détruits un an après la fin du projet.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet de la publication d'un rapport édité par l'IRSST et d'une série de publications dans des revues scientifiques. Ils seront aussi présentés dans différents colloques, conférences et animations scientifiques. Les données seront diffusées en tant que groupe; aucun nom, date ou lieu de travail ni aucun élément distinctif n'y seront mentionnés. Une copie du rapport final, des actes de colloques ou des articles pourra être obtenue gratuitement sur demande.

Responsabilité des chercheurs

Les chercheurs qui travaillent sur ce projet de recherche s'engagent à répondre à toutes vos questions, et ce, dans les meilleurs délais possibles. En outre, chaque chercheur s'engage à

connaître et à respecter l'ensemble des principes éthiques et règles déontologiques qui s'appliquent à cette étude.

Participation et retrait

Votre participation à cette étude est libre et volontaire, ce qui inclut le fait d'accepter ou de refuser de répondre à certaines questions. Vous êtes également libre d'interrompre à tout moment votre participation. Ce retrait n'entraîne aucune forme de pression de la part des chercheurs, ni aucun préjudice, ni aucun impact sur votre travail.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucun risque de conflits d'intérêts de la part des chercheurs, des commanditaires ou de toute autre personne impliquée dans l'étude.

Contacts

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'entrevue) avec la personne suivante :

Chercheur principal
Daniel CÔTÉ, Ph. D.,
anthropologue, chercheur à
l'IRSST
Bureau : 514-288-1551 poste 229
Courriel : cote.daniel@irsst.qc.ca

CO-CHEERCHEUR
Danielle GRATTON, Ph. D.,
psychologue et anthropologue,
Hôpital juif de réadaptation de Laval
Bureau : (514) 419-3537
Courriel :
danielle.gratton@umontreal.ca

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Montagne a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le Comité, par téléphone au 514-934-0505, poste 7630 ou par courriel à l'adresse suivante : ethique.recherche.dlm@ssss.gouv.qc.ca. Pour toute information concernant vos droits en tant que participant à cette recherche, veuillez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Montagne : 514-934-0505, poste 7505.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Déclaration du participant à l'étude

Je soussigné _____ (nom du participant)
certifie que

- a) Je comprends les objectifs généraux de cette étude;
- b) Je comprends les risques et inconvénients potentiels que ma participation pourrait entraîner, de même que les avantages et bénéfices que je peux en retirer;
- c) Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps et sans justification sur simple avis verbal, et que je ne subirai aucune pression ni aucun préjudice si je décidais de le faire.

Signature du participant

Date

FORMULE D'ENGAGEMENT DES CHERCHEURS PRÉSENTS LORS DE L'ENTREVUE

Je certifie :

- a) Avoir expliqué dans un langage accessible au participant et dans une langue qu'il comprend et avec laquelle il peut s'exprimer avec aisance les termes du présent consentement;
- b) Avoir répondu à la satisfaction de participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) Avoir indiqué au participant, et ce, de manière explicite, qu'il demeurerait libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation au projet;
- d) Avoir informé le participant à cette étude que je lui remettrais une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur

Signature

Date

ANNEXE J : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EMPLOYEURS OU REPRÉSENTANTS DU MILIEU DE TRAVAIL

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous choisissez de participer au projet, nous vous demanderons de signer ce formulaire d'information et de consentement.

RENSEIGNEMENTS AU PARTICIPANT

Titre de la recherche

Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles

Noms des chercheurs et fonctions

Daniel CÔTÉ, Ph. D., chercheur, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

Sylvie GRAVEL, Ph. D., professeure, Département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion, UQAM

Bob White, Ph. D., professeur, Département d'anthropologie, Université de Montréal et Laboratoire de recherche sur les relations interculturelles (LABRRI)

Danielle GRATTON, Ph. D., M.Ps., psychologue et chercheure, Hôpital Juif de réadaptation (HJR) de Laval

Assistant(e) de recherche

Ce projet de recherche est financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Il n'a aucun lien avec la Commission des normes, de l'équité de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La Commission n'aura pas accès aux données de cette recherche.

Description du projet

La réadaptation et le retour au travail sont des processus complexes qui mettent en scène plusieurs acteurs (travailleurs, employeur, CSST, cliniques). La recherche dans ce domaine contribue à prévenir ou à réduire les risques de chronicité et à soutenir le retour au travail durable et sécuritaire des travailleurs. Plusieurs facteurs individuels, organisationnels, administratifs ou liés au système de santé sont connus par les chercheurs pour faciliter ou pour faire obstacle à la réadaptation. La communication entre les différents acteurs est d'une importance déterminante. Dans le contexte de l'immigration et de la diversité croissante de la population, il est important de comprendre tous les enjeux relatifs à la communication interculturelle et plus spécialement en ce qui a trait au processus complexe du retour au travail à la suite d'une lésion professionnelle.

Objectifs poursuivis

Cette étude vise notamment, au moyen d'entrevues individuelles, à mieux connaître l'expérience et le point de vue des différents acteurs pour faciliter le processus de réadaptation et de retour au travail des travailleurs dans le contexte de la rencontre interculturelle. Elle a pour objet d'identifier les éléments qui peuvent faire ombre ou, au contraire, faciliter la guérison et le retour au travail. Cette étude permettra ainsi de déterminer des besoins spécifiques et de nouvelles pistes de recherche et d'intervention. C'est la raison pour laquelle cette étude opte pour des entrevues individuelles pour mieux comprendre l'expérience et le point de vue de chacun. Ces différents acteurs constituent quatre groupes distincts : travailleurs accidentés, agents et conseillers de la CSST, cliniciens ou professionnels de la santé et entreprises.

Lieu du déroulement de la recherche

La collecte des données se déroulera durant les heures de travail ou selon l'entente avec l'entreprise et la personne qui participe (par ex. : lieu de résidence, entreprise, centre de recherche).

Processus

Des entrevues d'une durée variant entre 60 et 90 minutes sont menées auprès de représentants du milieu de travail, dont des employeurs, des représentants syndicaux, des superviseurs ou coordonnateurs de retour au travail. Ces entrevues aborderont à la fois l'expérience de l'entreprise en lien avec ses pratiques de SST et de retour au travail, et plus spécialement la gestion des absences de longue durée. Nous aborderons plus spécifiquement les situations de rencontres interculturelles qui ont pu complexifier le processus. Vous pourrez ainsi décrire aux chercheurs ce qui, selon vous, constitue les différents obstacles ou facilitateurs de la rencontre interculturelle, ainsi que les stratégies que vous avez pu déployer pour agir de manière optimale. L'entrevue permettra de déterminer et de nommer explicitement les différentes situations vécues dans l'entreprise et celles qui vous touchent directement comme gestionnaire ou représentant syndical. Les entrevues sont enregistrées pour faciliter l'écoute et les échanges avec les chercheurs et pour s'assurer de la fidélité des récits et expériences qui sont rapportés par les participants. Le contenu de chaque entrevue est ensuite retranscrit *in extenso* sur un logiciel de traitement de texte en vue de l'analyse du contenu.

Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage direct à participer à ce projet si ce n'est de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé au travail et de la réadaptation au travail. D'autres chercheurs ont constaté que le fait de raconter une expérience personnelle, sans qu'un jugement soit porté par quiconque, peut produire des effets bénéfiques. Le simple fait pour les travailleurs de raconter son vécu alors qu'ils ont rarement l'opportunité de le faire sans être jugés ou évalués peut comporter un aspect bénéfique même si cet effet n'est pas recherché par l'activité de recherche.

Inconvénients et risques

Il n'y a pas de risque connu pouvant mettre en péril la santé physique et psychologique des participants. Cependant, en abordant votre expérience personnelle et par la nature sensible et personnelle que cette expérience peut revêtir, il se peut que vous ayez à revivre des moments difficiles. Cela peut être une source d'inconfort. Dans ce cas, vous pourrez le signaler aux chercheurs et interrompre en tout temps votre participation, et ce, sans aucune pénalité. Il vous sera alors proposé de faire le point sur cette situation. Autrement, le principal désagrément que l'on puisse envisager serait lié au fait de devoir consacrer du temps à ce projet et de devoir vous déplacer et interrompre vos activités habituelles.

Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez constitueront une banque de données qui servira à des fins de recherche et d'analyse. Ces données demeureront confidentielles et seuls les membres de l'équipe de recherche pourront y avoir accès. Ni la CSST, ni les employeurs ne pourront les consulter. Ainsi, un numéro de code sera attribué à chaque participant et remplacera son nom dans la banque de données. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée ou conservée. Au moment de transcrire les entrevues sur un logiciel de traitement de texte, les évocations de noms de personnes, d'adresses ou de lieu de travail personnels seront retirées et consignées de manière à garantir l'anonymat de la personne. Les enregistrements audio seront détruits aussitôt que les comptes rendus intégraux seront validés. Les données de l'étude recueillies par entrevues seront conservées pendant cinq ans. Elles seront sauvegardées sur un ordinateur à accès restreint, à l'IRSST. Seules les personnes mentionnées plus haut seront autorisées à y avoir accès. À des fins de vérification, il se peut que le Comité d'éthique de la recherche et le bailleur de fonds aient accès aux données. Les entrevues seront réalisées par l'un ou l'autre des chercheurs mentionnés, accompagné parfois par l'un de leurs collègues. L'assistant de recherche qui se joindra à l'équipe devra signer un formulaire d'engagement à la confidentialité et sera lié aux mêmes conditions éthiques que les chercheurs.

À des fins de protection, et notamment pour communiquer rapidement avec vous, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable du projet.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude feront l'objet de la publication d'un rapport édité par l'IRSST et d'une série de publications dans des revues scientifiques. Ils seront aussi présentés dans différents colloques, conférences et animations scientifiques. Les données seront diffusées en tant que groupe; aucun nom, date ou lieu de travail ni aucun élément distinctif n'y seront mentionnés. Une copie du rapport final, des actes de colloques ou des articles pourra être obtenue gratuitement sur demande.

Responsabilité des chercheurs

Les chercheurs qui travaillent sur ce projet de recherche s'engagent à répondre à toutes vos questions, et ce, dans les meilleurs délais possibles. En outre, chaque chercheur s'engage à connaître et à respecter l'ensemble des principes éthiques et règles déontologiques qui s'appliquent à cette étude.

Participation et retrait

La participation à cette étude est libre et volontaire. Le participant est libre d'accepter ou de refuser de répondre à certaines questions. Le participant est également libre d'interrompre à tout moment sa participation. Son retrait n'entraîne aucune forme de pression de la part des chercheurs, ni aucun préjudice, ni aucune perte des avantages et des services auxquels il a normalement droit.

Conflits d'intérêts

Ce projet ne représente aucun risque de conflits d'intérêts de la part des chercheurs, des commanditaires ou de toute autre personne concernée par cette l'étude.

Contacts

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après l'entrevue) avec les personnes suivantes :

CHERCHEUR PRINCIPAL

Daniel CÔTÉ, Ph. D.,
anthropologue, chercheur à
l'IRSST

Bureau : 514-288-1551 poste 229

Courriel : cote.daniel@irsst.qc.ca

COCHERCHEUR

Danielle GRATTON, Ph. D.,
psychologue et anthropologue,
Hôpital juif de réadaptation de Laval

Bureau : (514) 419-3537

Courriel :

danielle.gratton@umontreal.ca

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Montagne a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le Comité, par téléphone au 514-934-0505, poste 7630 ou par courriel à l'adresse suivante : ethique.recherche.dlm@ssss.gouv.qc.ca. Pour toute information concernant vos droits en tant que participant à cette recherche, veuillez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de la Montagne : 514-934-0505, poste 7505.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Déclaration du participant à l'étude

Je soussigné _____ (nom du participant)
certifie que

je comprends les objectifs généraux de cette étude;

- a) Je comprends les objectifs généraux de cette étude;
- b) Je comprends les risques et inconvénients potentiels que ma participation pourrait entraîner, de même que les avantages et bénéfices que je peux en retirer;
- c) Je comprends que je peux mettre fin à ma participation en tout temps et sans justification sur simple avis verbal, et que je ne subirai aucune pression ni aucun préjudice si je décidais de le faire.

Signature du participant

Date

FORMULE D'ENGAGEMENT DES CHERCHEURS PRÉSENTS LORS DE L'ENTREVUE

Je certifie :

- a) Avoir expliqué dans un langage accessible au participant et dans une langue qu'il comprend et avec laquelle il peut s'exprimer avec aisance les termes du présent consentement;
- b) Avoir répondu à la satisfaction de participant, à toutes les questions qui m'ont été posées par celui-ci;
- c) Avoir indiqué au participant, et ce, de manière explicite, qu'il demeurerait libre, à tout moment, de mettre fin à sa participation au projet;
- d) Avoir informé le participant à cette étude que je lui remettrais une copie dûment signée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur

Signature

Date

ANNEXE K : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT TRAVAILLEURS

Ce formulaire peut contenir des mots et des concepts difficiles à comprendre. Nous vous encourageons à poser toutes les questions que vous pourriez avoir et à demander une explication pour tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Il est important que vous compreniez bien les informations avant de prendre une décision.

Titre de la recherche :

Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles

Chercheur principal :

Daniel CÔTÉ, Ph. D., chercheur, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

Autres membres de l'équipe de recherche :

Sylvie GRAVEL, Ph. D., professeure, Département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion, UQAM

Bob White, Ph. D., professeur, Département d'anthropologie, Université de Montréal et Laboratoire de recherche sur les relations interculturelles (LABRRI)

Danielle GRATTON, Ph. D., M.Ps., psychologue et chercheure, Hôpital Juif de réadaptation (HJR) de Laval

Assistant de recherche

Ce projet de recherche est financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST, projet #2010-0037). Il n'a aucun lien avec la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La Commission n'aura pas accès aux données de cette recherche.

Chercheurs présents durant l'entrevue :

Mon nom est : _____

et je travaille à : _____

Préambule

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous choisissez de participer au projet, nous vous demanderons de signer ce formulaire d'information et de consentement. Si vous le préférez, vous pouvez donner votre consentement verbal.

NATURE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Quelle est la nature et les buts de cette recherche?

À chaque année au Québec, des milliers de personnes se blessent au travail ou doivent s'absenter à cause de la douleur. Certains travailleurs doivent suivre des traitements médicaux comme la réadaptation physique pour les aider à retourner au travail. Quand ils font de la réadaptation physique, ces travailleurs accidentés doivent aussi s'habituer aux façons de faire du milieu médical – un monde qu'ils ne connaissent pas – et rencontrer différents professionnels dont ils ignoraient souvent l'existence avant leur accident. Les recherches à travers le monde nous montrent que la perception de la douleur varie énormément d'un pays à l'autre, selon les cultures, et que la préférence de traitement varie énormément aussi.

Au Québec, et plus particulièrement dans la grande région de Montréal, les travailleurs proviennent de différents milieux; la diversité sociale et culturelle est très grande. La recherche actuelle manque de données pour déterminer si les services médicaux sont bien adaptés à la diversité culturelle de la population et si ces services facilitent ou non son retour au travail. Pour le savoir, nous avons besoin de connaître l'expérience de plusieurs personnes immigrantes, comme vous, qui ont été en réadaptation physique et tenter de mieux comprendre comment s'est déroulée leur réadaptation physique et leur retour au travail.

Aucune de ces personnes ne se connaît. Toutefois, en mettant ensemble tout ce que chacun a à dire et à raconter, nous pensons que nous comprendrons mieux ce qui facilite ou nuit au retour au travail des travailleurs immigrants qui ont subi des lésions. Nous espérons ainsi trouver des moyens pour mieux les protéger et mieux soutenir leurs démarches.

Qui sont les participants à cette recherche?

Nous allons recruter environ 60 personnes avec lesquelles nous ferons des entrevues individuelles. Ces personnes seront réparties de manière à peu près égale en quatre groupes : travailleurs accidentés, agents de la CSST, milieux cliniques (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) et entreprises. Les travailleurs comme vous doivent avoir un dossier ouvert à la CNESST et être absents du travail depuis plus de 3 mois.

Tout ce qui sera dit durant cette entrevue demeurera confidentiel et ne sera connu que par moi et les autres chercheurs que j'ai nommés au début. Ni la CNESST, ni votre employeur n'aura accès à ce contenu.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Qu'est-ce que je dois faire si je veux participer?

Si vous acceptez de participer à cette recherche, un membre de notre équipe vous contactera pour prendre un rendez-vous. Vous répondrez à un questionnaire sur votre expérience à la CNESST et en réadaptation physique depuis votre accident. Nous ne voulons pas connaître les noms des personnes que vous avez rencontrées. Nous voulons seulement que vous nous décriviez, dans vos propres mots, ce qui vous a aidé ou ce qui ne vous a pas aidé à vous en sortir. Nous vous questionnerons sur les incidents qui ont mené à votre arrêt de travail ainsi que sur vos démarches auprès des médecins et de la CSST. Nous voulons savoir ce que vous avez fait pour obtenir de l'aide, quelles sont vos expériences avec les divers milieux médicaux et quel type de relation établissez-vous avec les intervenants, etc.

S'il vous est plus facile de parler dans votre langue d'origine, nous pourrions vous fournir un interprète. Il n'aura pas le droit de dire qu'il vous a vu ni de répéter ce qui aura été dit dans cette rencontre et devra signer un formulaire d'engagement à la confidentialité.

Pour le traitement des informations et leur analyse, il y aura un enregistrement audio de chaque entrevue pour faciliter l'écoute et les échanges avec les chercheurs et pour s'assurer que les informations sauvegardées dans notre base de données demeurent le plus fidèles possible aux propos d'origine que vous avez tenus. Le contenu de chaque entrevue sera ensuite retranscrit *in extenso* sur un logiciel de traitement de texte en vue de l'analyse du contenu.

Où se déroulent les entrevues?

Les entrevues individuelles se dérouleront dans un lieu que chaque personne participante aura choisi (par ex. : lieu de résidence du participant (accompagné ou non des membres de sa famille), lieu de travail, lieu de culte, clinique, restaurant, centre communautaire, centre de recherche). Un ou deux membres de l'équipe de recherche se présenteront à l'endroit de votre choix. Vous pourrez aussi être accompagné par un ami ou un membre de votre famille si vous le désirez.

Est-ce que ce sera long?

Cette rencontre devrait durer entre 60 et 90 minutes. Si vous recourez à un interprète, le temps d'entrevue sera plus long.

Est-ce que je dois signer le formulaire de consentement?

Votre signature signifie que vous acceptez de participer. Vous pouvez aussi choisir de participer, le confirmer verbalement au(x) chercheur(s), mais sans signer le formulaire. Ce témoignage verbal confirmera que vous êtes d'accord.

Si vous choisissez de signer le formulaire de consentement, il sera gardé sous clé dans le bureau de M. Daniel Côté, le chercheur principal. Dans 5 ans votre formulaire de consentement sera détruit.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Est-ce que je suis obligé(e) de participer?

Non. Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser. En tout temps, vous pouvez refuser de répondre à une question ou même de cesser votre participation. Vous pouvez le faire à n'importe quel moment et pour n'importe quelle raison. Cela ne changera rien pour vous.

Personne ne sera au courant que vous avez participé à cette entrevue : ni votre employeur, ni la CNESST, ni les intervenants de la clinique.

AVANTAGES POTENTIELS DE LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Qu'est-ce que ça va me donner?

Il est possible que vous ne retiriez aucun avantage pour vous-même. Mais, en participant à cette recherche, vous nous aidez à comprendre si les moyens actuels pour soutenir les travailleurs immigrants à la suite d'une blessure au travail sont suffisamment efficaces pour leur permettre de retrouver leurs moyens et de retourner au travail.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS DE LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Est-ce qu'il y a des conséquences négatives possibles?

Il est possible que répondre à des questions sur vos expériences depuis votre accident vous mette mal à l'aise ou vous stresse. Si vous préférez ne pas répondre à une question, il s'agit de le dire et le chercheur passera à la suivante. Si vous ne vous sentez pas bien, vous le dites au chercheur et il pourra décider avec vous s'il vaut mieux arrêter l'entrevue, la remettre à plus tard ou interrompre définitivement votre participation.

Si vous avez des inconforts physiques ou encore si vous avez de la douleur et que vous voulez bouger, vous pouvez vous lever pendant l'entrevue ou l'interrompre pendant quelques instants. Si, au tout début de l'entrevue, vous réalisez que vous n'êtes pas assez bien et que vous voulez la reporter, il sera possible de le faire.

Compensation

Le participant ne recevra aucune forme de compensation autre qu'une indemnité de vingt-cinq dollars. Cette somme sera remise au participant à la fin de l'entrevue pour compenser le temps et les efforts consentis pour participer à l'entrevue.

CONFIDENTIALITÉ ET DIFFUSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Est-ce que les gens seront au courant que je participe et de ce que je vais répondre?

Non. Ni les agents de la CNESST, ni votre employeur, ni les intervenants que vous avez rencontrés pendant votre réadaptation physique ne vont savoir si vous avez choisi de participer

ou pas. Par contre, il se pourrait qu'ils soient au courant que nous faisons une recherche sur ce sujet, mais l'identité des participants demeurera inconnue.

Sur le questionnaire auquel vous répondrez, seuls la date, votre pays d'origine, votre sexe seront indiqués. Votre nom n'y apparaîtra nulle part ni aucune information qui permettraient d'identifier quelqu'un de votre entourage ou une entreprise. Personne ne pourra voir ou prendre connaissance de vos réponses ni ne pourra vous attribuer la paternité de certains propos. Dès que ce nous aurons toutes les réponses à nos questions, elles seront mélangées à celles de tous les autres participants (travailleurs, employeurs, agents de la CNESST et intervenants de la réadaptation).

Au moment de transcrire les entrevues sur un logiciel de traitement de texte, les évocations de noms de personnes, d'adresses ou de lieu de travail personnels seront retirées et consignées de manière à garantir l'anonymat de la personne. Les enregistrements audio seront détruits dès qu'ils sont retranscrits sur le logiciel de traitement de texte. Seules les personnes mentionnées ci-dessus seront autorisées à y avoir accès. Toutefois, à des fins de vérification, le Comité d'éthique de la recherche et le bailleur de fonds pourraient avoir accès aux données.

L'assistant de recherche qui se joindra à l'équipe devra signer un formulaire d'engagement à la confidentialité et sera lié aux mêmes conditions éthiques que les chercheurs.

À des fins de protection, et notamment afin de pouvoir communiquer rapidement avec vous, vos noms, prénoms et coordonnées ainsi que la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable du projet, M. Daniel Côté. Ces renseignements seront détruits un an après la fin du projet.

Lorsque cette étude sera terminée, ses résultats feront l'objet de publications et de présentations, car c'est important que les gens en soient informés. Cependant, personne ne pourra connaître l'identité des participants. Si vous voulez recevoir copie des résultats, laissez votre adresse au chercheur avec lequel vous aurez fait votre entrevue. Si vous déménagez, prévenez M. Daniel Côté.

PERSONNES-RESSOURCES**Si j'ai des questions?**

Si vous avez des questions, téléphonez à M. Daniel Côté ou contactez-le par courriel : cote.daniel@irsst.qc.ca ou par téléphone : 514 288-1551 poste 229. En tant que chercheur principal, il est également disponible pour répondre à vos questions.

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS de la Montagne a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre le Comité, par téléphone au 514-934-0505, poste 7630 ou par courriel à l'adresse suivante : ethique.recherche.dlm@ssss.gouv.qc.ca.

Si je veux me plaindre?

Si vous avez des questions concernant vos droits ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de du CSSS de la Montagne, au 514 934-0505, poste 7505.

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations de ce formulaire et j'ai eu une réponse à toutes mes questions. On m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

J'accepte de participer à ce projet. Je peux signer ce formulaire ou dire au chercheur présent _____ que je veux participer.

Nom du participant

Signature

Date

Si le travailleur accepte de participer, mais ne signe pas :

Signature de la personne qui a obtenu le consentement

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Engagement à la protection de la confidentialité des renseignements personnels

Titre de la recherche : Comprendre le processus de réadaptation et de retour dans le contexte des relations interculturelles

Je soussigné(e), _____, en tant que traducteur ou interprète pour la recherche mentionnée en titre, m'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque, sauf aux chercheurs autorisés, les renseignements personnels des participants à cette étude dont je serai appelé(e) à rapporter, interpréter et traduire dans l'exercice de ma fonction.

Afin de bien saisir la nature personnelle et sensible des entrevues qui seront réalisées par les chercheurs et de la difficulté à traduire certains termes en raison, notamment, du peu d'équivalences culturelles ou linguistiques, je m'engage à prendre connaissance des objectifs de la recherche et de la problématique qu'elle touche pour faciliter mon rôle d'interprète.

Nom (lettres
moulées)

Témoïn

Date

ANNEXE L : FORMULAIRE D'ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

Engagement à la protection de la confidentialité des renseignements personnels

Titre de la recherche :

Comprendre le processus de réadaptation et de retour dans le contexte des relations interculturelles

Je soussigné(e), _____, en tant qu'assistant(e) de recherche de la recherche mentionnée en titre, m'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité, les renseignements personnels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche.

Je m'engage également à prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu notamment de leur sensibilité et de la finalité de leur utilisation. Je m'engage à ne divulguer aucune information pouvant permettre d'identifier une personne.

De même, je déclare :

- Avoir pris connaissance du protocole de recherche tel qu'accepté par l'IRSST et portant le numéro 2010-0037;
- Avoir pris connaissance de la convention de recherche conclue avec la CNESST sur l'utilisation des données la concernant;
- Avoir pris connaissance des dispositions prévues dans le cadre de la certification d'éthique remise par le Comité d'éthique et de recherche du CSSS de la Montagne et portant le numéro _____.

Les renseignements personnels seront conservés à

(Organisme, adresse) et j'en assurerai la confidentialité et la protection.

Signature _____

Nom (lettres moulées) _____

Témoin _____

Date _____

ANNEXE M : CARACTÉRISTIQUES DES CLINIENS ET DES INTERVENANTS DE LA CNESST

Participant	Profession	Sexe	Âge	Origine	# année	Clientèle immigrante*
Lea	Ergothérapeute	F	26	Canada	5 ans	70 %
Emma	Ergothérapeute	F	27	Canada	4 ans	80 %
William	Ergothérapeute	H	42	Europe	16 ans	50 %
Louis	Physiothérapeute	H	40	Canada	8 ans	30 %
Sarah	Ergothérapeute	F	34	Canada	11 ans	5 %
Camille	Ergothérapeute	F	53	Canada	16 ans	15 %
Thomas	Kinésiologue	H	25	Europe	1 an	75 %
Félix	Kinésiologue	H	24	Canada	1 an	80 %
Olivia	Kinésiologue	F	31	Canada	3 ans	94 %
Nathan	Resp. programme interdisciplinaire	H	32	Canada	8 ans	60 %
Mei	Ergothérapeute	F	29	Asie de l'Est	5 ans	30 %
Susana	Ergothérapeute	F	29	Europe	5 ans	20 %
Alice	Ergothérapeute	F	56	Canada	32 ans	90 %
Jacob	Physiothérapeute	H	29	Canada	5 ans	90 %
Eva	Ergothérapeute	F	41	Proche-Orient	17 ans	80 %

*Ce pourcentage n'est pas une donnée quantitative. Elle provient de l'estimation effectuée selon l'expérience des cliniciens rencontrés.

Caractéristiques des intervenants de la CNESST

Participant	Sexe	Âge	Pays d'origine	Domaine d'étude	# année	Clientèle immigrante*
Florence	F	29	Canada	Travail social	7 ans	50 %
Chloé	F	32	Canada	Intervention en délinquance	4 ans	40 %
Charles	H	62	Canada	Anthropologie	9 ans	40 %
Rosalie	F	29	Canada	Criminologie	1 an	50 %
Béatrice	F	55	Canada	Psychologie	15 ans	80 %
Zoé	F	27	Canada	Relations industrielles	?	50 %
Alexis	H	25	Canada	Travail social	3 ans	70 %
Laurence	F	30	Amérique du Sud	Éducation	1 an	80 %
Charlie	H	34	Canada	Psychoéducation	2 ans	55 %
Clara	F	59	Canada	Gestion des ressources humaines	26 ans	75 %
Charlotte	F	30	Canada	Gestion des ressources humaines	3 ans	50 %
Victoria	F	34	Amérique du Sud	Travail social	7 ans	80 %
Juliette	F	45	Canada	Psychoéducation	3 ans	75 %
Olivier	H	30	Canada	Communication	3 ans	?

*Ce pourcentage n'est pas une donnée quantitative. Elle provient de l'estimation effectuée selon l'expérience des agents et des conseillers rencontrés