

Arrêt de travail



Entrevue avec Daniel Côté, chercheur à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST)
Membre de l'équipe METISS

Par Andréanne Boisjoli

« Pour un nouvel arrivant qui se blesse au travail, il y a à la fois un stress d'acculturation et le stress de ne pas trop savoir ce qui va arriver avec sa blessure. Tu as une tendinite, ça devrait durer quelques semaines, quelques mois au maximum, ça fait un an et demi que tu as arrêté de travailler. Tu perds ton lien d'emploi. Stress financier. Tu as une famille à faire vivre. Certains travailleurs vivent des litiges médico-légaux. Là, ils entrent dans un système très complexe qu'ils ne maîtrisent pas. »

Le processus de réadaptation après une blessure au travail est difficile pour tout le monde. Pour les travailleurs immigrants, des obstacles supplémentaires s'ajoutent, sans compter qu'ils sont plus nombreux à œuvrer dans les secteurs d'activité à haut risque et peu syndiqués. Selon des estimations de la CSST, près de la moitié des travailleurs ayant une lésion professionnelle, à Montréal, seraient issus de l'immigration¹. Daniel Côté, anthropologue et chercheur à l'Institut Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), a voulu mieux comprendre ce phénomène.

Son étude, en quatre volets, se propose de recueillir les expériences des cliniciens en réadaptation, du personnel de la CSST, des travailleurs blessés ainsi que des employeurs. Les deux premiers groupes,

¹ CSST (2010). Plan stratégique 2010-2014. Québec : Commission de la santé et de la sécurité au travail.



représentés par une quinzaine de personnes chacun, ont déjà été rencontrés.

Précarités multiples

« Les cliniciens, explique Daniel Côté, ont beaucoup d'histoires à raconter, beaucoup de frustrations, d'incompréhensions. » Aborder le rapport à la douleur, par exemple, est plus complexe dans un contexte interculturel. Les travailleurs blessés, remarquent les cliniciens, interprètent souvent la douleur comme une interdiction de bouger le membre affecté. Par conséquent, ils compensent avec un autre membre et se blessent davantage. Ils adhèrent donc parfois

plus difficilement à des programmes de réadaptation qui leur proposent l'activité physique comme moyen thérapeutique. « C'est la source d'incompréhension la plus fréquente entre un travailleur blessé et un clinicien », précise Daniel.

Parfois, la douleur a été endurée trop longtemps – souvent de façon étonnante – par le travailleur, qui a attendu avant de réagir. La blessure, qui a empiré entre temps, est devenue plus complexe à soigner.

Ces travailleurs vivent souvent une profonde détresse psychologique. Une blessure qui s'éternise,

Bien que seulement cinq ou six travailleurs aient été interrogés pour le moment, un élément ressort clairement de leur discours : leurs attentes envers le système ont été déçues. « Tous nous ont parlé des problèmes qu'ils perçoivent en termes d'évaluation diagnostique, donc le sentiment de ne pas avoir subi les bons tests ou de ne pas les avoir subis au bon moment », souligne Daniel Côté.

De plus, au cours du processus, les travailleurs entendent souvent des discours contradictoires, voire des diagnostics différents. Le médecin, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le chiroprati-

« Parfois, la détresse psychologique devient tellement importante que c'est elle, plus que la douleur, qui devient le problème à traiter. »

le besoin de retourner au travail, de pourvoir aux besoins de sa famille, le stress financier, aggravé bien sûr lorsque le lien d'emploi est rompu. Ces éléments pèsent lourd sur la santé mentale.

« Des médecins de la CSST m'ont dit que parfois, la détresse psychologique devient tellement importante que c'est elle, plus que la douleur, qui devient le problème à traiter », rapporte Daniel. Malheureusement, si cette détresse n'a pas été préalablement diagnostiquée par le médecin traitant, les cliniciens ne peuvent pas aborder cet aspect, faute de financement par la CSST. « Si en première ligne, il n'y a pas un bon diagnostic qui est fait, ça peut faire déraiper tout le reste », précise-t-il. Par ailleurs, si l'idée de consulter un psychologue pour traiter la douleur rebute plus d'une personne, les professionnels en réadaptation observent que cette tendance est parfois plus marquée au sein de certaines communautés, pour lesquelles un diagnostic psychiatrique est perçu comme une honte.

rien, l'acupuncteur, sans compter les membres de la famille qui ont aussi leur opinion... Pas facile de s'y retrouver! « En revanche, note Daniel, quand la famille adhère au traitement proposé, quand elle croit que c'est bon pour le patient, ça peut être un levier très important pour aider le travailleur à embarquer dans un programme de réadaptation. » D'où l'intérêt, pour les cliniciens, de prendre le temps d'intégrer les proches dans le processus.

Les difficultés rencontrées par le travailleur immigrant dans la cadre d'une réadaptation sont souvent semblables à celles des travailleurs d'ici. « En douleur prolongée, tout le monde est en situation de vulnérabilité », souligne le chercheur. Mais ces difficultés sont exacerbées par les particularités de son contexte, qui lui font vivre un cumul de précarités. Écarts culturels, barrières linguistiques, méconnaissance du système, histoire migratoire complexe et parfois douloureuse, sans compter qu'il est souvent rattaché à un milieu de travail risqué et pénible.

Pour en savoir plus...

Côté, D., Gratton, D., Dubé, J., Gravel, S. et B. White (2015). « Building intercultural competencies in monocultural organisations issues and perspectives in planning rehabilitation services in Montréal (Québec, Canada) ». In *Inter-Disciplinary Global Conference: Interculturalism, Meaning & Identity. A Diversity and Recognition Project* (8th : March 14-16, 2015 : Lisbon, Portugal), 11 p.

Côté, D. (2014). « La réadaptation au travail des personnes issues de l'immigration et des minorités ethnoculturelles : défis, perspectives et pistes de recherche ». *Pistes (Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé)*, 16(2), 19 p.



Besoin de temps

Chaque histoire, chaque cas sont différents. Une chose demeure constante : les cliniciens voudraient plus de temps. Passer par-dessus la différence linguistique, discuter pour comprendre quelle est l'histoire du travailleur, quels sont les aspects qui peuvent influencer son adhésion au plan de traitement ou augmenter sa détresse psychologique... Construire un lien de confiance, sans lequel il est presque impossible de mettre en place une intervention efficace. Les particularités du contexte interculturel exigent des interventions plus longues - or, certaines cliniques visitées dans le cadre de cette recherche ont une clientèle composée à 80% de personnes immigrantes.

« Certains cliniciens nous ont raconté qu'ils passent plus de temps avec des patients, raconte Daniel Côté. Ils le font et ça rallonge leur journée de travail. L'employeur est au courant, il l'accepte, il sait que ça leur prend plus de temps... mais c'est à leur charge. Donc, c'est reconnu et ça ne l'est pas parce que ça cause une surcharge de travail qui n'est pas rémunérée. »

La compétence interculturelle se révèle donc, aussi, une affaire d'organisation. « Ce qu'on découvre, explique Daniel, c'est que les cliniciens aimeraient essayer plusieurs choses, ils ont une bonne idée de ce qui pourrait marcher, mais les contraintes liées à

l'organisation du travail ne leur permettent pas de le faire. Par exemple, prendre du temps. » L'employeur doit lui-même être porteur des valeurs propres à l'interculturel. « Il faut passer d'une organisation *monoculturelle* à une organisation interculturelle avec des principes et des stratégies qui permettent aux intervenants sur le terrain de faire leur travail du mieux qu'ils peuvent. »

Ainsi, ce sont souvent les cliniciens eux-mêmes qui vont choisir de suivre une formation en interculturel. La CSST prend des initiatives à cet égard, mais les cliniques privées sont peu nombreuses à le proposer.

« Il y a souvent une approche centrée sur le patient, explique Daniel. Tu te concentres sur l'individu, ses besoins, et ça va être suffisant : l'interculturel, ce n'est pas important. C'est vraiment une approche individuelle et qui a ses limites, parce que souvent elle va s'arrêter aux perceptions seules du patient. L'aspect plus systémique : d'où viennent ces perceptions, comment elles sont entretenues, comment elles sont reproduites, ça ne sera pas nécessairement ausculté par le clinicien. »

Par ailleurs, aborder les questions liées à la diversité culturelle crée parfois un malaise chez les professionnels. La peur de sembler inapproprié en évoquant un sujet sensible. Or, ce tabou empêche

L'équipe FRQSC METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Services sociaux) est une équipe en partenariat entre le département de communication sociale et publique de l'UQAM et le Centre de recherche SHERPA du CSSS de la Montagne - Institut universitaire. Elle compte parmi ses membres les chercheurs et praticiens-chercheurs suivants :

Membres réguliers

Catherine Montgomery
(dir. scientifique)
Patrick Cloos
Daniel Côté
Habib El-Hage
Sylvie Gravel
Vania Jimenez
Yvan Leanza
Josiane Le Gall
Lilyane Rachédi
Guylaine Racine
Jacques Rhéaume
Ellen Rosenberg
Bilkis Vissandjée
Spyridoula Xenocostas

Membres

collaborateurs

Normand Brodeur
Grace Chammas
Geneviève Cloutier
Marguerite Cognet
Valérie Desomer
Ana Gherghel
Ghayda Hassan
Isabelle Hemlin
Nicole Huneault
Fasal Kanouté
Réal Lizotte
Soumya Tamouro
Michèle Vatz-Laaroussi
Margareth Zanchetta

www.equipemetiss.com

« Les salutations, les échanges de plaisanteries, ou comment va la famille par exemple, ça pourrait être perçu comme non productif, alors qu'au contraire, c'est la porte d'entrée vers l'établissement d'un lien de confiance. »

d'aller au fond du sujet. « S'ils voient la même situation se reproduire plus souvent auprès d'un même groupe, ils se sentent coupables d'avoir peut-être un préjugé – mais quand tu vis ça plusieurs fois, est-ce que c'est encore un préjugé? Ou est-ce qu'il n'y a pas quelque chose à aller creuser, là, justement, pour aider la personne? », questionne Daniel.

Sans la latitude nécessaire pour accomplir leur travail comme ils le voudraient, les professionnels de la réadaptation mettent à risque leur propre santé et sécurité au travail. Stress, frustration, sentiment d'incompétence : de l'avis des personnes rencontrées, le taux de roulement chez les cliniciens, tout comme chez le personnel de soutien, serait plus important. « En contexte interculturel, souligne le chercheur, la qualité de vie au travail est mise à l'épreuve parce que les gens n'ont pas les ressources nécessaires. »

Daniel Côté émet des craintes face au tournant que prend le système de santé. Les approches à la mode visant une plus grande efficacité des interventions ont leurs limites. « Souvent, explique-t-il, ça tend à restreindre l'acte posé à l'acte médical. Donc les salutations, les échanges e plaisanteries, ou comment va la famille par exemple, ça pourrait être perçu comme non productif, alors qu'au contraire,

c'est la porte d'entrée vers l'établissement d'un lien de confiance. » Les objectifs sont économiques, mais on oublie qu'à long terme, une intervention précipitée n'est pas payante. Un conseiller de la CSST, par exemple, a confié en entrevue qu'une intervention plus approfondie au début du processus de réadaptation peut parfois raccourcir la durée totale du traitement.

« Dans le système tel qu'il se dessine avec les réformes actuelles, les médecins avec des quotas, ce n'est pas pour les encourager à prendre le temps de poser un diagnostic clair et précis et de passer du temps avec le patient », s'inquiète Daniel.

À venir au cours des prochains mois : les entrevues avec les travailleurs et les responsables des entreprises, qui permettront une compréhension plus globale de la situation. ■

Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail dans le contexte des relations interculturelles. IRSST, 2013-2015. Daniel Côté, Sylvie Gravel, Bob White, Danielle Gratton, Jessica Dubé.

Entre-vues est une publication de l'équipe METISS qui a pour objectif de faire connaître les recherches et activités de ses membres. Elle s'adresse aux intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des organismes communautaires, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par les questions liées à la pluriethnicité. Elle est disponible gratuitement : <http://www.sherpa-recherche.com/partage-des-savoirs/bulletin-entre-vues>
Graphisme et mise en page : Andréanne Boisjoli
Équipe METISS, CSSS de la Montagne, Institut universitaire au regard des communautés culturelles. 1801, boul. de Maisonneuve O., 6e étage, Montréal (Qc.) H3H 1J9
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
514-934-0505 poste 7611, andreanne.boisjoli.cdn@ssss.gouv.qc.ca
ISSN 1923-5593 (imprimé)
ISSN 1923-5607 (en ligne)
Dépôt légal - Bibliothèque du Canada, 2015
Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2015
© Équipe METISS, CSSS de la Montagne - IU, 2015. Tous droits réservés

