

Les effets du processus sur la santé
des personnes victimes de lésions
professionnelles

Traiter la réclamation ou traiter la personne?



**Katherine Lippel,
Marie-Claire Lefebvre,
Chantal Schmidt et
Joseph Caron**

Traiter la réclamation ou traiter la personne?

Les effets du processus sur
la santé des personnes victimes
de lésions professionnelles

**Katherine Lippel¹, Marie-Claire Lefebvre²,
Chantal Schmidt² et Joseph Caron²**

Rapport de recherche

UQÀM Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

1. Professeure au Département des sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal et chercheure au CINBIOSE, lippel.katherine@uqam.ca ; <http://www.unites.uqam.ca/cinbiose/GENS/KLIPPEL.HTML>
2. Professionnel(le) de recherche au CINBIOSE, Université du Québec à Montréal

Données de catalogage avant publication (Canada)

Lippel, Katherine
Marie-Claire Lefebvre, Chantal Schmidt et Joseph Caron

Traiter la réclamation ou traiter la personne? Les effets du processus sur la santé
des personnes victimes de lésions professionnelles

Conception graphique: Philippe Brochard
Illustrations : Alain Reno

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-9801745-8-0

1. Travail – Accidents du travail – Droit – Québec (Province). 2. Maladies professionnelles – Droit – Québec (Province). 3. Travail – Lésion – Indemnisation – Québec (Province). 4. Travailleurs – Expérience – Indemnisation – Processus.

Nous reconnaissons l'aide financière du Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) et le soutien du Cinbiose, du département des sciences juridiques et du Service aux collectivités de l'UQAM pour l'édition de ce document.

© Katherine Lippel, Marie-Claire Lefebvre, Chantal Schmidt et Joseph Caron, 2005
Département des sciences juridiques
Faculté de science politique et de droit, U.Q.A.M.
c.p. 8888, Succursale Centre Ville, Montréal H3C 3P8, Québec, Canada
Site Internet : www.cinbiose.uqam.ca

Les auteurs autorisent la reproduction d'extraits de ce document à la condition que la source soit identifiée.

Dépôt légal: 4^e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-9801745-8-0

Table des matières

1. Introduction	5
Méthodologie.....	5
Qui a participé aux entrevues collectives?.....	5
Qui a participé aux entrevues individuelles?.....	6
Comment a-t-on procédé?.....	7
Plan de présentation des résultats.....	8
2. Le régime de réparation des lésions professionnelles	11
3. Le processus enclenché par la réclamation a-t-il un effet sur la santé des travailleuses et des travailleurs?	15
Quand ça fait du bien d'être sur la CSST.....	15
L'accès aux soins.....	15
Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu.....	16
L'information.....	17
Le soutien.....	17
La relation avec l'agent de la CSST.....	17
Le respect.....	19
Conditions favorables.....	19
Les effets anti-thérapeutiques du système.....	20
Le processus porte atteinte à la santé physique.....	21
Le processus porte atteinte à la santé mentale.....	21
4. Quels sont les facteurs de détérioration de la santé mentale reliés au processus dans lequel s'engagent les victimes de lésions professionnelles?	25
Les travailleuses et les travailleurs: victimes des accidents... et des préjugés.....	25
La stigmatisation des accidentés du travail: de quoi s'agit-il?.....	25
La vidéo-filature.....	27
Se battre contre une grosse machine: mais laquelle?.....	28
L'absence de relation de confiance.....	29
5. Les intervenants et les étapes du processus susceptibles d'avoir un impact sur la santé mentale des victimes de lésions professionnelles	33
Les agents de la CSST.....	33
Les médecins et le processus d'évaluation médicale.....	35
Les relations avec les médecins soignants.....	35
L'accès aux soins.....	35
La relation thérapeutique.....	37
Le processus d'évaluation médicale.....	38
Le médecin traitant dans le processus d'évaluation médicale.....	38
Les médecins de l'employeur.....	40
Les médecins de la CSST.....	41
Les médecins du Bureau d'évaluation médicale (BÉM).....	41
Que pensent les travailleurs du processus d'évaluation médicale?.....	43
Effets sur la santé des travailleurs.....	44

L'appel et la conciliation	45
L'expérience de l'audience	46
Les facteurs qui déterminent l'expérience de l'audience	47
L'expérience de la conciliation	48
6. Quelles situations présentent des défis particuliers ?	51
Particularités régionales	51
Les travailleuses et travailleurs atypiques	51
Les travailleuses	52
Les travailleuses et travailleurs immigrants, allophones ou anglophones	53
7. Recommandations: comment faire pour éviter que le processus ne nuise à la santé des victimes de lésions professionnelles ?.....	55
Le régime ne devrait pas promouvoir la contestation des réclamations des accidentés	55
Il faut éviter toute pratique qui contribue à la stigmatisation des accidentés du travail	56
Comment contrer le déséquilibre?	56
8. Conclusion.....	59
Références bibliographiques.....	61
Liste et coordonnées des associations membres de l'ATTAQ.....	63

1

Introduction

Depuis des années, l'Assemblée des travailleuses et travailleurs accidentés du Québec (l'ATTAQ) et l'Union des travailleuses et travailleurs accidentés de Montréal (l'UTTAM) œuvrent à la défense des droits des personnes atteintes de lésions professionnelles et une longue collaboration existe entre notre équipe de chercheurs spécialisée en droit et ces organismes. En 2002, grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines, l'équipe de recherche, en partenariat avec ces deux organismes, a entrepris un projet de recherche qui sort du cadre purement juridique pour examiner les effets, positifs et négatifs, du processus d'indemnisation sur la santé des personnes réclamantes.

Travailler avec des victimes de lésions professionnelles en quête d'une réparation nous enseigne que ces personnes sont souvent durement éprouvées non seulement par leurs blessures et maladies, mais aussi par des événements qui surgissent tout au long du processus de réclamation. Celles et ceux qui représentent les victimes de lésions professionnelles savent que ces travailleurs et travailleuses sont souvent en colère, parfois déprimés et même, dans certains cas, suicidaires. Cette étude cherche à préciser les éléments du processus qui contribuent soit à protéger les personnes réclamantes des conséquences négatives de ces lésions sur leur santé, soit à aggraver les effets de ces lésions.

Méthodologie

Pour explorer cette réalité nous avons eu recours à plusieurs sources d'information. En janvier 2002, nous avons rencontré des représentants et des membres d'associations d'accidentés regroupés dans l'ATTAQ, lors d'une entrevue collective d'une journée qui nous a permis de définir ensemble les questions prioritaires et de transmettre à tous les informations relatives à la démarche de recherche. Par la suite, nous avons fait des entrevues individuelles avec 85 travailleurs provenant de 6 régions du Québec: grande région de Montréal, Lanaudière, Abitibi-Témiscamingue, Laurentides, Montérégie et Estrie.

■ Qui a participé aux entrevues collectives ?

Outre les entrevues individuelles avec les travailleuses et travailleurs, nous avons fait six entrevues collectives avec des personnes qui représentent les travailleurs accidentés au Québec (avocats spécialisés dans le domaine et des personnes œuvrant dans les associations de défense qui sont partenaires du projet), en Ontario et en Colombie-Britannique (représentants de travailleurs, juristes et non-juristes). Ces entrevues ont eu lieu en 2003 et 2004 et visaient les objectifs suivants: 1) identifier des difficultés particulières affectant les personnes dont le contrat de travail était atypique; 2) identifier les difficultés particulières éprouvées par les personnes atteintes de lésions reliées à l'exposition à des substances neurotoxiques; 3) identifier le point de vue particulier des représentants des travailleurs œuvrant au sein des associations et 4) identifier le point de vue d'avocats spécialisés dans la défense des travailleurs accidentés. Les entrevues hors-Québec visaient à recueillir des éléments de comparaison dans d'autres provinces canadiennes quant aux effets bénéfiques et néfastes de certaines spécificités de nos systèmes d'indemnisation respectifs. Une attention particulière a été portée aux effets du recours à la filature sur la santé des personnes réclamantes.

■ Qui a participé aux entrevues individuelles?

- 42% des participants aux entrevues individuelles ont été recrutés par nos partenaires (les associations membres de l'ATTAQ: UTTAM, CATTAM, CTAE, ATTAAT et ATTAM);
- 41% des participants ont contacté l'équipe de recherche après avoir pris connaissance du projet par une annonce (annonce dans le journal, affiches dans des cliniques médicales, de physiothérapie ou dans des bureaux d'avocats spécialisés) ou nous ont été référés par d'autres équipes de recherche, par des travailleurs accidentés participants ou par des membres de l'équipe de chercheurs;
- 17% ont été interviewés dans le cadre d'un projet connexe portant spécifiquement sur le processus d'appel.

Les personnes interviewées provenaient de différents secteurs d'activité: le secteur de la santé (19%), et notamment la santé publique (17%), est le secteur de travail le plus fortement représenté. Suivent la fabrication (17%), le secteur primaire (forêts et mines) (11%), le transport (routier, ferroviaire, transport scolaire, etc.) et la construction (*ex aequo* à 7%).

Dans notre échantillon, les occupations manuelles sont davantage représentées par les hommes. Les occupations de type col blanc sont un peu mieux représentées par les femmes.

Les femmes représentent 48% des personnes interviewées; elles sont en moyenne plus scolarisées que les hommes et proviennent davantage de la région de Montréal. Dans l'ensemble, 49% des personnes étaient syndiquées au moment de la lésion, soit 56% des femmes et 43% des hommes. Ce taux de syndicalisation est supérieur au taux national, et cela est particulièrement marqué chez les femmes.

78% des personnes utilisaient le français comme langue usuelle de communication, 7% l'anglais et 15% une autre langue. Les entrevues se sont déroulées en français ou en anglais, selon le choix de l'accidenté.

82% avaient été blessés en raison d'un accident du travail alors que 18% souffraient d'une maladie professionnelle.

Nous avons voulu nous assurer d'avoir un portrait qui tienne compte de la plus grande variété d'expériences possible. Ainsi, on voit au Tableau 1 que les gens interviewés avaient vu leur réclamation acceptée par l'agent de la CSST, en tout ou en partie, dans 79% des cas, les femmes ayant plus souvent été refusées que les hommes. Certains travailleurs avaient été indemnisés d'emblée; parmi ceux-là certains ont dû par la suite se défendre dans le cadre d'un appel de l'employeur; d'autres ont dû contester un premier refus pour faire reconnaître leur lésion; d'autres cas avaient été acceptés partiellement: on avait reconnu le caractère professionnel de la lésion sans reconnaître de façon satisfaisante les conséquences de cette lésion (litiges autour des conséquences médicales, du diagnostic, du calcul du salaire de base, de la reconnaissance de la capacité de retour au travail, de la reconnaissance d'une rechute).

Tableau 1 **Reconnaissance de la lésion professionnelle, selon le sexe, en nombre absolu et en pourcentage** (arrondi)

Sexe	Acceptée	Partiellement acceptée	Refusée	Grand Total
F	13	15	13	41
H	13	26	5	44
Grand Total	26	41	18	85
F	32%	37%	32%	100,0%
H	30%	59%	11%	100,0%
Grand Total	31%	48%	21%	100,0%

Au moment de l'entrevue, certains des dossiers n'étaient ouverts que depuis quelques mois et la plupart des dossiers étaient encore actifs, parfois depuis très longtemps. Certains travailleurs avaient subi leur accident initial sous le régime de la *Loi sur les accidents du travail*, loi applicable aux accidents antérieurs à 1985.

La majorité des personnes interviewées nous ont fourni des informations sur l'état de leurs revenus, personnels et familiaux, tant au moment de la lésion qu'au moment de l'entrevue. Ces données n'ont pas été vérifiées, mais il n'y a pas lieu de croire que les erreurs de mémoire ou les approximations aient pu toucher davantage certaines catégories de personnes de manière à biaiser les résultats. Nous avons demandé aux accidentés de situer leur revenu personnel et leur revenu familial dans une tranche de revenus (moins de 20 mille dollars, de 20 à 30 mille, de 30 à 40 mille, de 40 à 50 mille, et plus de 50 mille dollars par année) et ce, tant au moment de la lésion qu'au moment de l'entrevue. Un nombre important de personnes nous ont fourni des chiffres exacts; dans les autres cas, nous avons utilisé la médiane à des fins statistiques. Les résultats sont rapportés en dollars de 2003. Nous avons calculé le taux d'indexation selon les données de Statistique Canada, soit l'indice des prix à la consommation.

Ces données ne sont présentées qu'à titre indicatif, car la méthode d'enquête utilisée ne permet pas de tirer des conclusions quant à la réalité des travailleurs accidentés en général. Elles visent essentiellement à éclairer le contexte des témoignages recueillis. Par ailleurs, ces portraits ne tiennent pas compte des modifications fiscales apportées par le Gouvernement du Québec affectant à la baisse les revenus des prestataires à compter de 2004, ce qui permet de croire que la situation actuelle correspondrait à un appauvrissement encore plus marqué.

L'accident (ou la maladie professionnelle) semble avoir eu un impact négatif important sur les revenus des gens que nous avons rencontrés. En termes absolus, presque tous les accidentés ont dit avoir subi une baisse de leurs revenus entre le moment de l'accident et celui de l'entrevue, le revenu de 60% d'entre eux passant dans une tranche de revenus inférieure. Compte tenu de l'indexation, les revenus gagnés au moment de l'entrevue représentent, en moyenne, 68,0% des revenus dont disposaient les accidentés lors de la déclaration de l'accident ou de la maladie professionnelle. Il y a une différence marquée entre les hommes et les femmes à cet égard, les hommes disposant de 72,6% de leurs revenus antérieurs, les femmes de 64,2%. Les revenus des familles sont relativement moins touchés. Ils représentent 77,3% des revenus antérieurs, et il n'y a pas à cet égard de différence entre les hommes (78,7%) et les femmes (76,2%).

Les graphiques de la page suivante illustrent ces phénomènes. Le Tableau 2 reflète la situation de l'ensemble des répondants. Les Tableaux 3 et 4 reflètent la situation respective des hommes et des femmes et le Tableau 5 porte sur les revenus familiaux de l'ensemble des personnes interviewées. On voit la barre «Entrevue» faiblir dans les tranches de revenus élevés, alors qu'elle s'élève sensiblement dans les tranches de revenus plus faibles. Cela démontre l'appauvrissement relatif des travailleurs accidentés que nous avons eu l'occasion de rencontrer. Par ailleurs, le revenu des femmes accidentées, qui atteignait tout près de 80% de celui des hommes au moment de la survenance de la lésion (environ 32 900\$ vs 41 200\$), ne représente plus, en moyenne, que 74% du revenu des hommes (environ 20 600\$ vs 27 800\$) au moment de l'entrevue. L'appauvrissement des femmes en cours de processus semble donc relativement plus marqué.

■ Comment a-t-on procédé?

Les entrevues des participants ont été amorcées à l'aide de quelques questions générales concernant leur expérience de travailleurs accidentés, les conséquences sur leur santé de la lésion et du processus de réclamation et d'indemnisation. Nous les avons aussi invités à nous faire part de leurs suggestions visant à améliorer le processus d'indemnisation.

Les questions ont été posées de manière à permettre aux interviewés d'identifier et de décrire dans leurs propres termes les faits jugés marquants, leurs sentiments et leur perception des aspects thérapeutiques et/ou anti-thérapeutiques de l'expérience dans son ensemble.

Les entrevues, qui ont duré entre 1 heure 30 et 3 heures, ont été enregistrées et 82 d'entre elles¹ ont été transcrites *in extenso*. Un résumé de chaque entrevue a aussi été produit. La lecture et l'analyse des transcriptions a permis d'identifier les principaux messages livrés par les participants. Le codage et le recodage des transcriptions a été fait au moyen du logiciel Nud'ist selon les méthodes de la *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967).

L'analyse des entrevues collectives a été faite par la suite de manière à recueillir des informations complémentaires ou distinctes de celles qui provenaient des entrevues faites avec les travailleurs.

■ Plan de présentation des résultats

Dans les pages qui suivent, nous allons examiner différents facteurs qui ont eu un effet, bénéfique ou négatif, sur la santé de la personne qui a fait sa réclamation à la CSST, en abordant à tour de rôle certaines étapes du processus ainsi que les relations avec certains acteurs du système. Nous ferons d'abord un portrait sommaire des effets constatés pour ensuite identifier les éléments du processus mis en cause.

Un des objectifs de notre étude était de donner la parole aux gens qui vivent l'expérience d'une lésion professionnelle et surtout d'une réclamation en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. Les manifestations du discours tenu vont de l'immense colère à la relative satisfaction. Dans la plupart des témoignages, on retrouve chez les travailleurs un espoir constant de regagner l'équilibre perdu au moment où leur vie a basculé à la suite de la lésion professionnelle.

Plusieurs des personnes que nous avons rencontrées étaient très souffrantes, non seulement physiquement en raison de douleurs chroniques, mais aussi moralement. Il était souvent diffi-

1. 84 entrevues concernant 85 histoires personnelles ont donné lieu à 82 entrevues transcrites et 78 entrevues codées et analysées. Dans le cas de certaines thématiques particulières, nous avons tenu compte des propos des personnes dont l'entrevue n'a pas été transcrite ou codée soit en raison de la saturation des données ou du refus de la personne d'être enregistrée.

Tableau 2 Revenus des travailleurs accidentés (\$ de 2003)

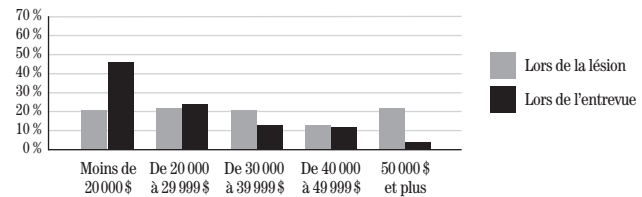


Tableau 3 Revenus des hommes travailleurs accidentés (\$ de 2003)

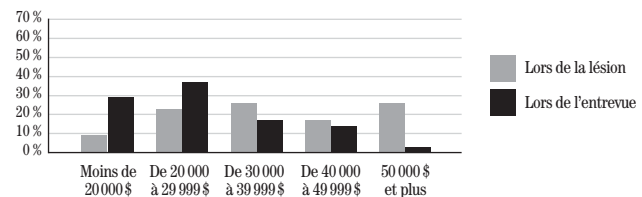


Tableau 4 Revenus des femmes travailleuses accidentées (\$ de 2003)

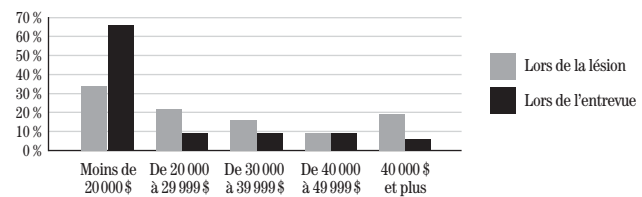
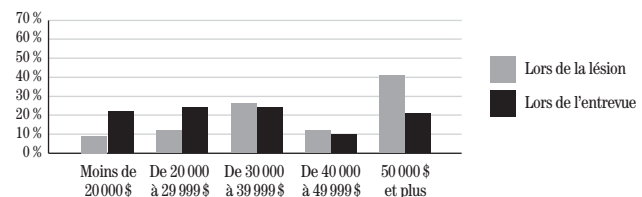


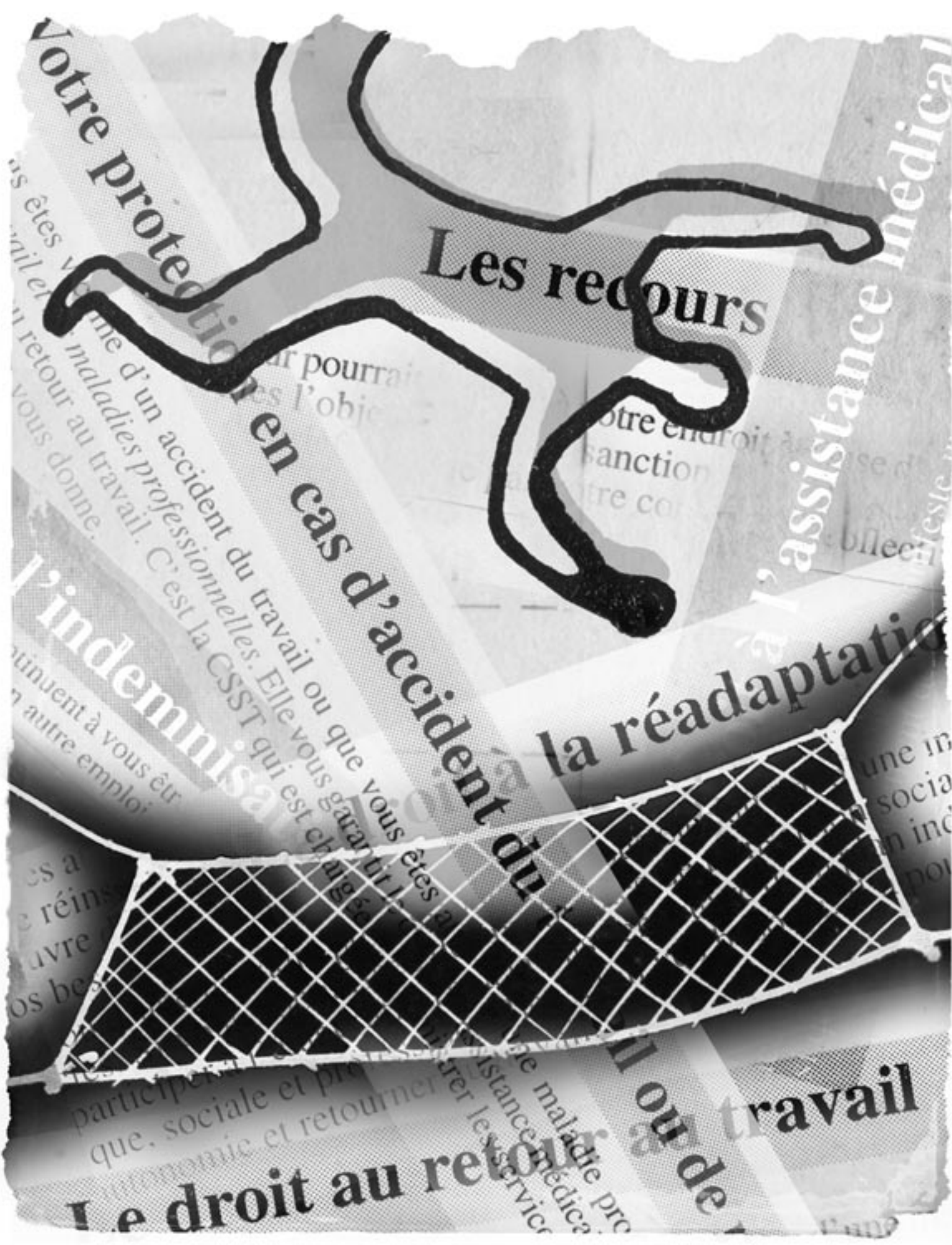
Tableau 5 Revenus de la famille des travailleurs accidentés (\$ de 2003)



cile, parfois impossible, de distinguer chez elles les conséquences de la maladie des conséquences du processus. Certaines avaient subi des blessures légères mais plusieurs avaient subi de graves atteintes. La nature de ces atteintes variait d'une personne à l'autre : lésions musculo-squelettiques diverses affectant principalement le dos et les membres supérieurs, fractures, entorses, coupures, brûlures au troisième degré sur tout le corps, maladies causées par des intoxications à diverses substances (plomb, monoxyde de carbone, béryllium, produits chimiques entraînant une hypersensibilité), commotions cérébrales et déchirement de ménisque souvent attribuables à des chutes, lésions psychiques causées par des agressions physiques violentes ou du harcèlement psychologique. Des lésions psychiques secondaires se sont également développées chez certaines personnes au cours et parfois par le fait et à l'occasion du processus, certaines ayant fait l'objet d'une nouvelle demande d'indemnisation, d'autres pas.

Après avoir fait un rappel des assises du régime étudié, nous présenterons un portrait des conséquences du processus sur la santé, tel qu'il se dégage du discours des personnes interviewées et nous aborderons ensuite les différents facteurs qui affectent de manière positive ou négative la santé des réclamants. Nous ferons état aussi de quelques situations marquées par certaines particularités liées notamment au sexe des réclamants, aux spécificités régionales et au caractère atypique du travail exercé.

Nous concluons en faisant état de quelques recommandations visant à optimiser les effets positifs du régime et à en réduire les effets néfastes.



Votre protection

Les recours

l'assistance médicale

en cas d'accident du

la réadaptation

l'indemnisation

Le droit au retour au travail

us êtes v
mil et
u retour au travail. C'est la CSST qui est chargée de
vous donne.

continuent à vous être
n autre emploi

es a
e réins
uvre
os be

participer
que, sociale et pro
économique et retourner les services
assistance médicale pro

une in
social
in inc
por

2

Le régime de réparation des lésions professionnelles

La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)* circonscrit les droits et obligations des travailleurs et des employeurs dans le cas où un travailleur subit un accident du travail, contracte une maladie professionnelle, ou subit ultérieurement des problèmes de santé reliés à sa lésion initiale (rechute, récurrence ou aggravation). Cette loi existe depuis 1985, mais le régime de réparation des lésions professionnelles sans égard à la faute existe depuis le début du vingtième siècle.

Malgré cela, la société québécoise semble oublier que les accidents du travail et les maladies professionnelles auraient donné lieu à de nombreuses poursuites civiles contre les employeurs n'eût été de ce « régime sans faute ». Lorsqu'on parle d'un régime sans faute, cela ne veut pas dire qu'aucune faute n'est commise au sens du droit civil. Il arrive souvent qu'un accident survienne par hasard: un faux mouvement, une gaffe du travailleur ou d'un de ses collègues, etc., mais il arrive souvent aussi que les conditions de travail ou l'organisation du travail entraînent des lésions professionnelles, soit en créant des circonstances qui favorisent les accidents du travail soit en exposant les travailleurs à des conditions propices au développement des maladies professionnelles.

Ce sont les employeurs, par leurs cotisations, qui financent à 100% ce régime géré par la CSST parce qu'ils en obtiennent une protection complète contre toute poursuite civile provenant de leurs travailleurs et même, sauf exception, d'autres travailleurs dont les employeurs sont couverts par le régime. Au Québec, contrairement à ce qui existe en France, la protection de l'employeur contre la poursuite civile des travailleurs à son emploi s'étend même aux cas où l'employeur fait preuve de faute inexcusable, voire de négligence. De ce fait, on ne parle presque jamais du comportement de l'employeur dans le contexte de la *LATMP*.

Pourtant, plusieurs des travailleuses et travailleurs rencontrés ont subi des lésions professionnelles en raison de la faute, parfois même de la négligence grossière, de leur employeur (voir encadré, page suivante).

Au cours des dernières années, la CSST dit avoir misé sur le système de cotisation des employeurs pour inciter ces derniers à prévenir les accidents, mais plusieurs travailleurs nous ont expliqué que ces incitatifs ont mené leurs employeurs à contester les réclamations des travailleurs ou à faire pression sur les travailleurs pour qu'ils s'abstiennent de réclamer. En région, un salarié de sous-traitance nous a expliqué que son employeur interdisait toute réclamation à la CSST car une des conditions de son contrat de sous-traitance était de ne pas avoir de réclamations à la CSST. Que les allégations de cet employeur soient fondées ou non, il n'en demeure pas moins que ce travailleur et ses collègues sont convaincus qu'ils pourraient perdre leur emploi, et que leur employeur pourrait perdre ses contrats, si des réclamations étaient adressées à la CSST.

Depuis l'avènement des « mutuelles de prévention », les travailleurs et leurs représentants nous rapportent que les petites entreprises sont parfois forcées de contester une réclamation du travailleur qu'elles croient légitime sous la menace d'être exclues de la mutuelle. Dans d'autres cas, même si l'employeur s'est engagé auprès du travailleur à ne pas contester sa réclamation, cela n'empêche pas la mutuelle de contester au nom de l'employeur toutes les décisions rendues dans ce dossier.

2. Le régime de réparation des lésions professionnelles

Les avocats rencontrés ainsi que plusieurs travailleurs nous ont fait part du fait que les contestations des employeurs enveniment souvent les relations car le travailleur se sent trahi par l'employeur pour qui il a travaillé pendant de longues années dans ce qu'il croyait être un contexte de collaboration.

«[Anciennement, en parlant de sa pratique dans les années quatre-vingt]... dans les dossiers reconnaissance [...] les grosses entreprises venaient mais les petits employeurs ne venaient pas. Tandis que là, avec le phénomène des mutuelles là, on a plus souvent qu'autrement dans les pattes des petits employeurs qu'on ne voyait pas avant. Ça a tendance... en tout cas, moi j'ai trouvé que le phénomène des mutuelles a antagonisé le travailleur et son employeur, quelque chose qu'il n'y avait pas avant parce que la mutuelle pousse sur l'employeur pour que l'employeur conteste à cause du phénomène des coûts. J'ai vu quelques dossiers où l'employeur disait à son travailleur: «bien non, moi je ne te conteste pas, t'as bien raison, c'est vrai», puis le travailleur me disait: «oui mais mon employeur ne conteste pas», bien j'ai dit: «écoute bien là, ton employeur a une contestation au dossier puis c'est là-dessus qu'on va plaider», bien y dit: «oui, mais il n'a pas contesté ça», bien là j'ai dit: «qu'il s'organise avec sa mutuelle, parce que c'est sa mutuelle qui finalement a un mandat, puis la mutuelle a contesté tout».

Q: C'est la mutuelle qui est devant toi? Est-ce que c'est le contentieux de la mutuelle qui est là?

R: C'est le contentieux de la mutuelle qui est devant moi.

Q: Puis l'employeur est-ce qu'il est là physiquement?

Un régime sans faute qui n'empêche pas que des fautes soient bel et bien commises:

- Un travailleur perd l'usage de sa jambe après avoir été heurté par un billot de bois de 200 livres. Il devait réparer une partie de la machine pendant que l'autre partie était en marche, ce qui n'était pas réglementaire mais pratique courante dans cette entreprise.
- Dans le cadre d'un emploi saisonnier en région éloignée, deux serveuses sont appelées à travailler 18 heures par jour, 7 jours par semaine. Elles soulèvent des poids à longueur de journée. Leurs lésions musculo-squelettiques ne seront pas reconnues par la CSST car, selon elle, la littérature scientifique n'associe pas leurs lésions au travail de serveuse. Il n'y a pas dans la région d'experts médicaux susceptibles de faire la preuve de relation entre la maladie et le travail.
- Un travailleur perd de manière irrémédiable sa capacité de travail (atteinte cérébrale sévère) en raison d'une intoxication au monoxyde de carbone. Il s'agit d'une deuxième intoxication subie chez le même employeur, celui-ci n'ayant pas réparé la

machine défectueuse après la première intervention de l'inspecteur de la CSST consécutive à la première intoxication.

- Deux travailleurs perdent leur emploi et leur santé est gravement compromise en raison d'une exposition au béryllium... exposition qui aurait dû être éliminée par l'employeur qui ne leur a d'ailleurs fourni aucune information sur les risques qu'ils encouraient du fait de cette exposition ni même sur le fait que cette substance était présente dans l'entreprise.

- Un travailleur embauché par un sous-contractant d'une très grande entreprise est intoxiqué au plomb dans cette entreprise et ses capacités cognitives sont gravement atteintes. L'exposition a eu lieu dans une fonderie faisant l'objet d'un programme de santé (mesure mensuelle du plomb sanguin), mais pendant plusieurs années, les salariés des sous-traitants n'étaient pas soumis aux contrôles effectués par les médecins responsables d'établissement.

R: Physiquement l'employeur va venir à l'audience parce qu'on a besoin de lui à l'audience.

Q: Comme témoin?

R: Comme témoin. Mais comme il y a une distorsion, comme ce n'est pas lui, comme c'est la mutuelle, bien tu as l'impression que personne à l'interne au niveau de chez l'employeur lui-même comprend ce qui se passe. Puis tu antagonises les rapports entre les deux parce que le travailleur dit: « écoute, regarde là, je m'en vais à la cour, c'est toi qui m'amènes à la cour », puis l'employeur dit: « bien non, bien non, bien non, moi je suis d'accord avec toi ». Puis combien de fois que je dis à la mutuelle, à l'avocat de la mutuelle: « où est-ce qu'on s'en va dans ce dossier-là? Votre propre client dit qu'il n'a pas contesté. » *Avocate*

Cette polarisation des relations peut même donner lieu à un antagonisme irrémédiable susceptible de compromettre la réintégration dans le milieu de travail et le maintien du lien d'emploi, d'autant plus que certaines de ces lésions ont été causées par la faute de l'employeur.



CSST

Réclamation du travailleur

1. Identification du travailleur

N° d'assurance

2. Identification de l'employeur

Numéro social de l'employeur

3. Lieu de l'événement

Ville Québec →

Municipalité Québec

3

Le processus enclenché par la réclamation a-t-il un effet sur la santé des travailleuses et des travailleurs ?

Il est indéniable que le fait de faire une réclamation à la CSST modifiera, positivement ou négativement, l'expérience de « personne blessée ou malade » et entraînera des effets, favorables ou défavorables, sur la santé physique ou la santé psychique. Nous examinerons ici sommairement certains effets positifs et négatifs du recours au régime et les facteurs qui contribuent à produire ces effets.

Quand ça fait du bien d'être sur la CSST

Les travailleuses et travailleurs ont admis que l'accès aux bénéfices de la CSST leur apportait un soulagement, agissant ainsi tant sur leur santé physique que sur leur santé mentale. Les effets bénéfiques du régime sont optimisés lorsque la réclamation est acceptée d'emblée et ne crée pas de situation conflictuelle. Lorsque la réclamation est refusée, ou même tardivement acceptée par la CLP, à la suite d'un refus de la CSST ou de la DRA ayant entraîné des années de litiges, les bienfaits du régime s'estompent : l'accès aux soins est retardé, et souvent le soutien économique vient trop tard pour éviter les conséquences de l'appauvrissement. C'est en comparant la situation des travailleurs ayant vu leur réclamation acceptée du premier coup à celle des travailleurs dont la réclamation a été refusée qu'on peut mesurer l'importance de l'apport du régime au bien-être des personnes indemnisées.

■ L'accès aux soins

L'accès aux soins est certainement un des aspects avantageux du régime souligné le plus souvent par les personnes rencontrées. Lorsque la réclamation est acceptée, les travailleurs ont rapidement accès aux traitements de physiothérapie, d'acupuncture ou d'ergothérapie prescrits par leur médecin traitant. Le coût des médicaments prescrits est entièrement assumé par la CSST. Il en va de même, dans certains cas, du coût des soins prodigués par des cliniques spécialisées (par exemple, les cliniques de la douleur).

Dans le régime québécois de réparation des lésions professionnelles, contrairement aux régimes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, et contrairement au régime de la Société d'assurance automobile du Québec, la CSST est liée par l'opinion du médecin traitant, notamment quant à la nécessité des soins. Tout comme l'employeur, elle peut contester l'opinion du médecin en suivant une procédure qui exige une contre-expertise, mais elle ne peut pas tout simplement ignorer l'opinion du médecin lorsqu'il prescrit un traitement. Cela se traduit par un accès rapide aux soins même dans les cas où la CSST serait peut-être portée d'emblée à ne pas assumer ce coût si cela relevait uniquement de sa discrétion. Si ces soins devaient être prodigués dans le cadre du régime public, le temps d'attente pour y accéder serait souvent beaucoup plus long. D'autres services ne sont pas offerts dans le régime public et les travailleurs n'auraient pas les moyens financiers leur permettant d'assumer le coût d'une assurance personnelle ou le coût direct de ces traitements dans le système privé.

3. Le processus enclenché par la réclamation

Les travailleurs des régions éloignées ont souligné à plusieurs reprises l'importance de pouvoir accéder aux soins des médecins spécialistes, médecins auxquels ils n'auraient pas eu accès si la CSST n'avait pas assumé les coûts permettant au travailleur de se déplacer pour se faire soigner dans la métropole (pneumologues, ophtalmologistes, neuropsychologues, spécialistes de la douleur, neurochirurgiens, psychiatres, etc.). La CSST assume les frais de transport vers le lieu du traitement, et cela assure au travailleur une plus grande indépendance à l'égard de sa famille et, dans certains cas, lui permet de bénéficier davantage du traitement, la régularité n'en étant pas compromise par les difficultés liées au déplacement.

■ Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu

Le soutien économique qu'apporte l'indemnité de remplacement du revenu occupe une place de premier plan dans le tableau des aspects positifs du régime. Le fait de recevoir l'IRR dès le début de la période d'arrêt de travail assure la survie économique du travailleur et de sa famille et réduit ainsi le stress associé à une lésion qui a compromis sa capacité de gain. Certains, qui n'ont pas eu accès aux bénéfices de la CSST, n'ont pu arrêter de travailler ou ont dû retourner prématurément au travail, aggravant ainsi leur lésion.

« J'ai attendu la réponse de la CSST mais... je n'avais pas la réponse. J'avais appelé la madame qui s'était occupée de mon dossier mais elle n'était pas là toujours. Alors j'ai décidé de rentrer travailler même si mon médecin m'avait dit que je n'avais pas encore guéri mon bras. Mais j'avais besoin de l'argent, fait que je suis rentrée au travail... J'ai travaillé une semaine, j'ai forcé mon bras à travailler, mais après une semaine, ça me faisait trop mal... C'était plus mal qu'avant; alors j'ai fait une rechute. Alors cette fois-là, j'ai arrêté de travailler et j'ai fait une autre demande... »

Lorsqu'on compare ces derniers à ceux qui ont reçu des bénéfices, on constate que le répit permis par la reconnaissance d'une lésion professionnelle contribue à la guérison et à la protection à long terme de la capacité de travail de la personne blessée.

Lorsque le travailleur est assuré de recevoir un montant de complément de revenu (IRR réduite) qui couvre en grande partie sa perte réelle de capacité de gain, il se sent rassuré et encouragé à retourner sur le marché du travail.

Les sept travailleurs qui ont eu accès à un programme de réadaptation sociale (par exemple, qui ont eu de l'aide personnelle à domicile ou un soutien économique pour l'entretien de la maison) ont exprimé l'importance de ce soutien à long terme. Cela enlève certains soucis et dans certains cas l'apport contribue à préserver l'unité familiale, en donnant une reconnaissance à la valeur de l'énorme travail d'aidant « naturel ».

« R: Ça aide! Ça aide. Quand j'ai parlé au niveau de confiance avec la famille, d'autorité avec la famille, d'après moi ça aide, parce que je pense que si je n'ai pas d'argent, je n'ai pas de revenu, ça va être encore beaucoup plus pire que avec de l'argent. C'est juste au niveau de la famille: j'ai mon revenu, ma femme a son revenu, on est égal au niveau de l'argent. »

Les travailleurs les plus gravement blessés soulignent l'importance de pouvoir compter sur la CSST à long terme. Contrairement à l'assurance salaire, dont les bénéfices se prolongent rarement au-delà de deux ans, les prestations de la CSST se prolongeront le temps nécessaire, tout au moins en partie, et le dossier du travailleur restera ouvert dans l'éventualité d'une rechute. Plusieurs des travailleurs et travailleuses que nous avons rencontrés n'avaient pas accès à un régime d'assurance salaire, même à court terme; l'existence des prestations de la CSST revêtait donc pour eux une extrême importance.

Le soutien économique est vraiment la pierre angulaire du régime de réparation, un atout essentiel pour ceux qui en bénéficient.

« If this had occurred at home... I would have gone into financial ruin. I would have gone into financial ruin, and I probably would have had a divorce, or been up for murder. I'm serious. I'm deadly serious. The stress, if I did not have the antibiotics looked after by the CSST, which was a big chunk of it, financially, I would have been bankrupt. I would have been bankrupt.² »

■ L'information

Pour plusieurs accidentés, le fait de recevoir l'information pertinente sur la loi, sur leurs droits, sur les démarches à faire, sur les ressources disponibles, etc., diminue considérablement le stress engendré par la lésion et par l'entrée dans le processus de réparation. Plusieurs ont souligné l'importance « d'avoir l'heure juste », de « savoir où tu t'en vas », de savoir « qu'est-ce qui t'attend ». Quelques-uns ont souligné avoir reçu cette information de leur agent de la CSST. La plupart ont dû la chercher auprès de ressources extérieures.

■ Le soutien

De toutes les personnes atteintes d'incapacités, les victimes de lésions professionnelles sont sans doute celles qui, en raison même de leur commune appartenance au milieu du travail, bénéficient des plus grandes possibilités de soutien, que leur lésion soit reconnue ou non par la CSST. Plusieurs des personnes que nous avons rencontrées nous ont parlé de l'apport énorme des associations d'accidentés du travail, tant en ce qui concerne l'information reçue, l'aide à la défense des droits que la possibilité de rencontres, d'échanges et d'une implication susceptibles de contribuer à leur revalorisation et de faire échec aux idées dépressives. D'autres ont bénéficié d'un soutien important de leur syndicat, sans l'aide duquel elles n'auraient pu faire face aux exigences de la réclamation, encore moins sortir victorieuses des litiges.

Des employés de centres hospitaliers ont souligné l'aide reçue d'une agente de liaison dont la fonction est de faire le pont entre l'employeur, la CSST et le travailleur, à la suite d'une lésion professionnelle. D'autres ont obtenu les services de l'équipe de santé au travail d'un CLSC, qui a regroupé des travailleurs atteints d'une même maladie professionnelle et leurs familles, pour leur permettre de discuter ensemble des conséquences de leur maladie sur leur vie. Cela leur a permis de collectiviser leurs expériences, de briser l'isolement.

Ces structures et occasions de soutien sont moins nombreuses pour les victimes d'accidents d'automobile qui, sauf exception, doivent faire face à leur lésion et à la SAAQ dans le plus grand isolement.

■ La relation avec l'agent de la CSST

La relation qui s'établit entre l'accidenté et son agent de la CSST revêt une grande importance. L'accidenté qui se sent soutenu par son agent s'en porte mieux mentalement et parfois même physiquement. Quelques accidentées nous ont raconté que leur agente les a encouragées à ne pas retourner au travail trop rapidement, en expliquant qu'un retour précoce pourrait aggraver leur lésion. Une victime d'agression nous a dit que le fait d'avoir été suivie par des agentes formées ou expérimentées en matière d'agression l'a reconfortée et aidée dans son processus de guérison.

2. « Si cet événement s'était produit à la maison... ç'aurait été la faillite, j'aurais été ruinée financièrement, et je serais probablement divorcée, ou accusée de meurtre. J'suis sérieuse. Je suis très sérieuse... Le stress..., si la CSST ne s'était pas occupée des antibiotiques — ça en faisait un gros morceau, en termes financiers — j'aurais fait faillite. J'aurais fait faillite. »

3. Le processus enclenché par la réclamation

« L'agente de Montréal, je sais qu'elle comprenait, par ses gestes, ses actions. Ensuite... j'ai eu une agente à Québec qui avait déjà vécu une agression... et qui était peut-être pas... genre travailleuse sociale là, mais qui était correcte. Et puis ensuite, j'ai eu une autre agente qui était elle, une travailleuse sociale, qui avait une approche plus de travailleuse sociale. Qui était jeune et qui, je pense, avait des valeurs puis... en tout cas une connaissance des problématiques sociales et... pas une fonctionnaire... t'sais... Là, j'en ai une nouvelle qui s'occupait avant... des traumatismes suite à des vols de banque. Ça fait qu'elle en a eu des clients qui avaient des syndromes post-traumatiques. Ça fait que je pense qu'elle comprend! »

Certains travailleurs ont aussi souligné le soutien obtenu de leur agent d'indemnisation ou de réadaptation ou d'un ergonome de la CSST favorisant soit l'accès aux traitements d'un psychologue, soit le retour au travail dans l'entreprise soit une adaptation plus sécuritaire du poste de travail.

« Là, j'avoue que là, pour ça, la CSST a pu aider. Il y avait une ergonome, il y avait l'agente en réadaptation de la CSST puis il y avait... j'avais 2 agentes là, une la régulière puis celle... elle était là, puis elle avait engagé comme une ergonome pour que mon poste de travail soit... soit correct là cette fois-ci... Là une chance qu'elle était là cette ergonome-là... [...] D'abord le poste de travail, si l'ergonome n'avait pas été là... ou la CSST, je ne l'aurais pas eu mon poste de travail, c'est certain, on l'a vu la première fois même si j'étais sur la CSST, je ne l'ai pas eu mon poste de travail. C'est parce que l'ergonome était là que j'ai pu l'avoir. »

Une autre travailleuse qui n'est pas encore sortie de ses litiges avec la CSST depuis une deuxième lésion survenue en 1998, reconnaît que, lors de sa première lésion en 1990, l'aide de son agent a grandement contribué à son rétablissement et à sa réinsertion.

« Q: C'est quoi la différence entre cette expérience-là en 90, et l'autre [la dernière] ?
R: J'ai fait une dépression, c'est ça la différence! La différence là, c'est que la première fois, ... l'attitude de la CSST qui m'a aidée aussi là, quand même là, il faut donner à César ce qui appartient à César, oui, ils ont fait des choses, ils m'ont quand même donné des études qui m'ont remise en... comme une possibilité d'avoir un autre emploi. Ils m'ont appuyée aussi sur ma revalorisation personnelle. Je me sentais quelqu'un avec eux autres... je voyais toujours mes agents, je les rencontrais toujours... je suis bien de cette lésion-là parce qu'ils m'ont appuyée... t'sais j'étais prête à revivre une autre vie puis... je me sentais plus... Bien j'avais plus d'argent aussi hen! Mais là, retrouver la pauvreté là... »... « Moi là je vais te dire je sors de ma première expérience plus forte. Mais de ma deuxième expérience, démolie ».

■ Le respect

Lorsque la personne se sent écoutée, comprise, respectée, il s'ensuit un effet thérapeutique certain même si elle ne réussit pas toujours à obtenir ce qu'elle souhaitait. Lorsque l'agent parle humainement, lorsque le président de l'audience à la CLP écoute attentivement, lorsque la décision rendue est personnalisée, compréhensible, ou lorsqu'elle souligne la crédibilité du travailleur, toutes ces attitudes contribuent à faire en sorte que le travailleur ou la travailleuse se sente alors moins perçu comme un objet ou un fardeau économique et davantage considéré comme un être humain à part entière.

Les travailleurs apprécient le caractère « sans faute » du régime et se sentent soulagés qu'on ne les blâme pas pour un accident dont il leur arrive de se sentir responsables.

Alors que, dans notre étude connexe sur la SAAQ, les victimes d'accidents d'automobile sont nombreuses à revendiquer un retour en arrière législatif permettant de poursuivre le responsable de l'accident, les travailleurs accidentés rencontrés ne cherchent pas à récupérer le droit de poursuivre l'employeur ou le collègue de travail qu'ils jugent responsable de leur accident. Par contre, comme chez les victimes d'accidents d'automobile qui ont réclamé à la SAAQ, plusieurs victimes de lésions professionnelles nous ont dit avoir été blâmés, non pas tant d'avoir eu un accident que d'avoir adressé une réclamation à la CSST.

■ Conditions favorables

Plusieurs nous ont dit que l'expérience de réclamation à la CSST pouvait être une expérience positive si le dossier était bien monté au départ, si le médecin traitant envoyait le bon formulaire à la bonne place sans délai, si l'employeur documentait correctement la base salariale du travailleur, si le diagnostic n'était pas ambigu ni contesté et s'il s'agissait d'un accident du travail plutôt violent. Mais quand le travailleur est un travailleur atypique, quand le diagnostic est controversé ou émis tardivement, quand les médecins spécialistes ne sont pas disponibles ou quand les médecins ne veulent pas faire affaire avec les accidentés du travail, quand il s'agit d'une maladie professionnelle et non d'une blessure survenue sur les lieux du travail devant témoin, quand la blessure ne guérit pas selon les attentes de l'organisme, quand l'employeur s'oppose à la réclamation, quand les possibilités de retour au travail sont inexistantes ou irréalistes, alors les conflits surgissent et le processus de réclamation et de règlement est susceptible de devenir lui-même un facteur aggravant des problèmes de santé de la personne blessée au travail. Examinons maintenant ces effets pour ensuite en circonscrire les causes.

Les effets anti-thérapeutiques du système

Qu'il s'agisse d'un accident ou d'une maladie du travail, il peut être difficile de départager clairement les conséquences d'une lésion des conséquences du processus d'indemnisation sur la vie d'une personne. De la lésion elle-même résulte souvent une perte d'intégrité physique, une perte de capacité et d'estime de soi, un retrait temporaire ou permanent de son milieu de travail, la douleur, l'insécurité, le stress, l'anxiété. Or, il arrive que le régime conçu pour atténuer ces conséquences contribue au contraire à les aggraver.

Pouvoir identifier et séparer les conséquences du processus des conséquences de la lésion revêt toute son importance lorsqu'on veut élaborer des stratégies de prévention du handicap : identifier la cause d'une partie de la souffrance contribuant au développement d'incapacités devient alors une opération essentielle. L'analyse des sources de peur des accidentés permet d'illustrer les difficultés d'imputation des causes des sentiments négatifs des travailleurs.

L'objet de la peur des accidentés du travail

La lésion

Évolution inconnue de la maladie

Incertitude quant à ses capacités

Relations familiales sabotées par la dépendance et la douleur incapacitante

Traitements douloureux ou dangereux

Perte de l'estime de ses proches

Perte du plaisir de vivre

Le processus

Pauvreté lors d'un refus d'indemnisation

La filature

Survenance d'une nouvelle blessure lors d'un retour au travail précoce ou inapproprié

L'impact sur toute la famille du stress de la réclamation

Les évaluateurs médicaux

Le manque ou l'insuffisance d'information

Peur d'avoir trop peur pour se faire comprendre des évaluateurs, des agents, du commissaire...

Il peut être difficile voire impossible d'éliminer la douleur associée à certaines lésions ou d'atténuer les conséquences d'une atteinte pulmonaire, mais lorsqu'un aspect du processus contribue à la souffrance, on peut et on doit travailler à éviter que cet effet se produise.

« Ma vie, ça a été ça, dans le fond, c'est une expérience avec la CSST (rire)... mais ce n'est pas parce que le régime n'est pas bon. Je crois que le régime, c'est nécessaire! Ce n'est pas ça, mais je dis: "Pourquoi c'est si compliqué d'attendre 5 ans pour... quelque chose de si simple à reconnaître!", il me semble... »

Ayant, pour la plupart, travaillé depuis plusieurs années, à divers titres, auprès de personnes atteintes de lésions professionnelles, les membres de l'équipe de recherche s'attendaient à rencontrer chez certaines personnes interviewées une grande colère, une grande déception, et parfois un état dépressif. Néanmoins, le niveau de détresse psychologique qui s'est manifesté au cours des entrevues nous a semblé alarmant. Dans certains cas, bien que plus rares, la santé physique semblait avoir été également hypothéquée par certains aspects du processus. Nous regarderons en premier certains effets sur la santé physique pour ensuite nous attarder sur les questions de santé mentale.

■ **Le processus porte atteinte à la santé physique**

Les problèmes de santé physique d'une victime de lésion professionnelle peuvent être aggravés lorsqu'une décision de la CSST prive cette personne des soins dont elle a besoin, la prive de médicaments prescrits dont les coûts sont inabordables pour elle ou lorsque le refus d'une réclamation la force à continuer à travailler malgré des incapacités importantes.

Plusieurs travailleurs se voient privés de traitements ou voient leurs traitements retardés à différentes étapes du processus, soit à la suite du refus de la CSST de reconnaître la lésion (souvent, la rechute), soit à la suite du refus d'un médecin de prendre en charge un patient qui réclame à la CSST, soit au moment d'une consolidation prématurée décrétée par le Bureau d'évaluation médicale (BÉM), soit en raison des limites de couverture qu'impose le règlement. Quelle qu'en soit la raison, ce refus ou ce retard de traitement pourra avoir des conséquences sur la santé physique de la victime: son état se détériore ou s'aggrave et cela peut même compromettre à jamais la guérison dans certains cas. Pour contrer ces effets, certains travailleurs décident d'assumer eux-mêmes le coût des traitements mais ils doivent souvent dans de tels cas en réduire la fréquence et la durée en raison des ressources limitées dont ils disposent.

« [suite à la rechute] Là, ça a pris je ne sais pas combien de temps avant que je puisse retourner faire des traitements, ça a pris 6 semaines... le centre de physiothérapie, ils ont fini par me dire que ça n'avait pas été accepté, qu'ils ne pouvaient pas... Mais je ne recevais pas de lettres rien là, je ne savais rien! Le fait que ça n'avait pas été accepté, bien là, tout de suite, j'ai fait une demande, mais avant que j'aie une place en physio, là il faut que tu attendes un autre deux semaines. Fait que, ça a été long... fait que, à cause de ça, bien là j'ai encore rechuté... »

« ... j'ai contesté la décision quand ils ont refusé les traitements en ostéopathie, o.k. Pour ça, ça a pris un an! un an pour écouter ma contestation... pour me donner raison à moi... c'est ça la question, c'est ça que je dis: c'est trop tard pour écouter le travailleur, la CSST. Je ne les ai pas eus les traitements en ostéopathie: c'est ça le problème. »

■ **Le processus porte atteinte à la santé mentale**

C'est au plan psychologique que les effets du processus sont les plus dommageables. Certains développent de nouvelles incapacités, à caractère psychique, qui deviendront à la longue encore plus handicapantes que la lésion initiale. Parfois cette lésion psychique fera l'objet de soins assumés par la CSST ou d'une nouvelle réclamation, qui pourra être acceptée dans la mesure où le travailleur pourra démontrer que ce n'est pas le processus qui l'a rendu malade! La CLP, bien plus que la CALP, a tendance à refuser une réclamation pour une lésion psychique si celle-ci est attribuable au processus comme tel (Lippel, 2002).

• **Sentiments négatifs et positifs des accidentés.** Parfois, ce ne sont pas de nouvelles « lésions » psychiques qui se développent, seulement des sentiments de grande tristesse,



fâchée
nerveux
offusquée
frustrée
enragé révolté
en colère
tanné de

La vie n'a plus de sens
Tu te sens comme
un bandit
Ça détruit
la personne

C'est la fin des rêves
C'est une méchante expérience
Tu es marqué au fer rouge
J'en ai vomie

Je ne veux pas cher la livre

vulnérable Je me suis senti
comme un déchet

incompris agressif écoeuré
coupable déboussolé Suis-je folle? désemparé
impuissant amer Plus rien devant moi

Je souhaite pas ça à personne

isolé dépendant
démoli Je pleurais tout le temps paniqué marginalisé
jugé dévalorisé méprisé humilié
surveillé rejetée flushée

Je ne traîne pas
Rassuré financièrement

Les indemnités :
c'est du baume sur mes plaies

Rassurée par mon médecin
Très satisfait des soins reçus

Je me sentais compris
Je ne trouvais chanceux d'avoir
le soutien de mon syndicat

Je me sentais compris
le soutien de mon syndicat

Soulagé
d'avoir pu m'exprimer
Content en hostie : y en a un qui m'a cru

Fière d'être
allée jusqu'au bout
L'euphorie totale
quand j'ai reçu la décision.

Soulagé d'être reconnu

de panique, de désespoir. Nous avons répertorié, lors des entrevues, 93 mots différents pour exprimer les sentiments négatifs évoqués par la description de leur expérience, alors qu'il n'y en avait que 23 pour décrire des sentiments positifs. (voir ci-contre)

• **Lésions psychiques incapacitantes.** Lorsqu'une grave lésion atteint la personne dans son identité, il arrive souvent qu'elle affecte non seulement son état physique mais aussi son état mental. Certaines des personnes que nous avons rencontrées, et dont la réclamation avait été acceptée sans difficulté par la CSST, avaient souffert de dépression ou d'anxiété en raison des séquelles de la maladie elle-même. Par contre, plusieurs, tant des hommes que des femmes, avaient été traitées pour des problèmes de santé mentale imputables non seulement aux conséquences de leur lésion professionnelle initiale mais aussi aux conséquences de leur réclamation à la CSST. Certaines ont été hospitalisées en psychiatrie en raison de ces problèmes, d'autres ont consulté à l'externe, et d'autres encore gardent le silence sur leurs souffrances psychiques de peur de s'attirer, en les déclarant, de nouvelles complications et une stigmatisation redoublée. En excluant les quatre personnes dont la lésion initiale était à caractère psychique, mais en incluant les personnes qui ont songé au suicide et qui ont parlé de la dépression, quinze femmes (40%) et onze hommes (26%) nous ont dit avoir eu des épisodes qu'ils qualifiaient de « dépression » associés à la fois à la lésion et au processus ou associés exclusivement au processus, ce nombre excluant les gens (cinq femmes et sept hommes) qui parlaient d'une « expérience déprimante », qui avaient « peur de faire une dépression » ou qui imputaient la dépression à la lésion exclusivement.

• **Pensées suicidaires.** Quatre femmes (10%) et treize hommes (30%) nous ont parlé de leurs idées suicidaires, ces nombres n'incluant pas les gens qui ont pris la peine de nous souligner qu'ils ne se sentaient pas suicidaires. Ce constat est d'autant plus alarmant que nous n'avions pas nous-mêmes soulevé cette question. Les avocats rencontrés en ont parlé également, en expliquant que la possibilité qu'un client accidenté se suicide était un problème auquel ils étaient confrontés assez régulièrement dans leur pratique. Par ailleurs, quatre travailleurs et deux travailleuses nous ont plutôt fait part de l'idée et des envies qu'ils ont eues de commettre des gestes violents à l'égard des autres.



4

Quels sont les facteurs de détérioration de la santé mentale reliés au processus dans lequel s'engagent les victimes de lésions professionnelles ?

Il serait impossible d'imputer à l'un ou l'autre des aspects de l'expérience d'un individu le développement de l'anxiété, de la dépression ou du désir de se suicider, mais il est possible, en écoutant l'ensemble des témoignages recueillis auprès des travailleuses et travailleurs accidentés, de noter les convergences, d'établir des points de repère qui permettront l'adoption de stratégies collectives visant à cibler certains changements.

Trois éléments nous semblent expliquer en bonne partie comment le processus de réclamation à la CSST peut porter atteinte à la santé mentale des victimes d'une lésion professionnelle: 1- le phénomène de la stigmatisation des victimes de lésions professionnelles, entraînant la dévalorisation, la perte d'estime de soi et la culpabilité 2- l'inégalité des forces en présence, qui engendre des sentiments d'injustice, de frustration, de vulnérabilité et d'impuissance (ces deux éléments sont également associés aux sentiments de colère) et 3- l'absence de relation de confiance.

Les travailleuses et les travailleurs: victimes des accidents... et des préjugés

Plus de la moitié des travailleuses et travailleurs interviewés nous ont parlé, d'une manière ou d'une autre, de la stigmatisation rattachée au statut d'accidenté, des préjugés dont ils sont victimes, comme si tous les accidentés étaient des fraudeurs ou des abuseurs du système. La fréquence du propos est d'autant plus significative que cette question n'a aucunement été abordée par la personne qui conduisait l'entrevue. En Ontario, des chercheurs qui étudiaient l'expérience des travailleurs (Kirsh et Mckee, 2003) ainsi que d'autres qui étudiaient le point de vue des travailleurs et des employeurs sur la réinsertion au travail (Eakin et al., 2003, 2005), ont relevé un discours analogue.

■ La stigmatisation des accidentés du travail: de quoi s'agit-il ?

« Ah! tu es sur la CSST, ah! Depuis combien de temps? Tu n'oses même plus là, t'sais, tu n'oses même plus le dire... te prononcer, c'est comme si tu avais une étiquette dans le front. Tu es étiquetée, tu es profiteuse, mais nous autres on sait comment on souffre! »

[victime de maladie professionnelle pulmonaire] « Du jour au lendemain, il n'y a plus personne qui te parle... moi, j'ai changé moi aussi là, je ne suis plus le même, je ne peux plus présenter la rigolade ou démontrer que je suis intact, que j'ai rien là, j'ai vraiment quelque chose mais je n'ai pas de mal... c'est pareil comme si j'étais comme avant, j'ai pas de blessure qui me fait mal; mais mal psychologiquement oui! »

4. Quels sont les facteurs de détérioration de la santé mentale

Plusieurs des personnes rencontrées se sentent traitées comme des criminels en raison du fait qu'elles ont :

- souffert d'une maladie professionnelle clairement reconnue et diagnostiquée mais « invisible » aux yeux des collègues et voisins
- souffert d'une douleur incapacitante mais qui ne se mesure pas et qui est donc invisible pour la CSST, l'employeur, les médecins, les collègues et les voisins, et parfois même pour la famille.
- fait une réclamation à la CSST,
- reçu des bénéfices de la CSST,
- essayé de faire reconnaître une rechute,
- essayé sans succès, de retourner au travail,
- essayé de faire valoir leurs droits en appel...

Ces travailleurs se basent sur les commentaires et les comportements d'amis, collègues, employeurs, détectives privés, agents d'indemnisation, conseillers en réadaptation, médecins traitants, médecins évaluateurs, avocats et décideurs ainsi que sur le discours véhiculé dans les médias pour conclure qu'ils sont perçus comme des criminels.

Les remarques concernant ce phénomène se manifestent de trois façons :

1. Plusieurs dénoncent l'injustice d'être traités comme des criminels, d'être l'objet de soupçons et parfois de se sentir punis du seul fait qu'ils ont réclamé à la CSST ou subi une lésion professionnelle

« Moi, j'ai réfléchi un petit peu à ça, puis... J'ai un de mes amis qui est dans la police de Montréal, puis il a dit: « T'sais, il y a beaucoup de fraudeurs! ». J'ai dit: « Oui, moi par exemple, j'ai regardé tout l'hiver la guerre en IRAK. Ils ont fait la guerre parce qu'ils disaient qu'il y avait de l'armement chimique puis tout le kit: c'était leur raison. Mais je pense que la CSST, pour ne pas te donner la raison, ils disent: Il y a beaucoup de fraudeurs! Comprends-tu? Mais ce n'est pas vrai ça! Parce que c'est du monde comme moi qui sont passés dans le tordeur, Hostie! Puis je ne suis pas un fraudeur! Comprends-tu? »

mais

2. Plusieurs voient comme une grande injustice le fait d'être eux-mêmes traités comme des criminels alors qu'ils trouvent légitime que ce traitement soit appliqué à d'autres accidentés par la CSST, l'employeur ou la société en général.

ou

certain pensent qu'il est injuste d'entretenir un tel préjugé à l'endroit des accidentés du travail qui ne sont pas, eux, des assistés sociaux... avec tous les sous-entendus que cela comporte.

« Q: Vous pensiez quoi de la CSST avant d'avoir eu votre accident ?

R: Avant! Bien je veux dire je savais que quand même il y a du monde mais... ça marche sur les 2 bords. Je le savais qu'ils essayaient... c'est comme une game qui se joue entre 2, 3, mais... ce que j'en savais beaucoup, c'est beaucoup par rapport au mal de dos genre. Puis un dos, bien là, c'est comme le gars dans le fond, il est sur la CSST parce qu'il a mal au dos, mais il fait du skidoo, puis il fait du 4 roues! T'sais à un moment donné! Il faut les comprendre là! Ça je suis bien d'accord avec ça là! T'sais ça

joue sur les 2 bords un peu! Mais par rapport à moi, c'est quand même... elle est apparente moi ma lésion là.

T'sais c'est ça, je ne pensais pas vraiment avoir du trouble de même.»

3. Finalement, certains épousent complètement le préjugé répandu dans la société à l'égard des accidentés et de ce fait se sentent coupables d'avoir humilié leur famille en ayant eu un accident du travail.

Ces préjugés à l'endroit des personnes accidentées, souvent partagés par les accidentés eux-mêmes à l'égard d'autres accidentés, sont répandus dans leur entourage: collègues, parents, amis..., contribuant à l'isolement social des victimes.

«Moi j'ai souvent des gens qui rentrent dans mon bureau puis ils vont me dire: «c'est la première fois que je suis sur la CSST». C'est le préjugé social. Ils se sentent mal au départ de faire une réclamation et d'être sur la CSST. Donc des gens qui me disent ça et qui en plus, se ramassent sur l'aide sociale, ils vont me dire: «Puis l'aide sociale, c'est la première fois que je touche à ça dans ma vie». Ça c'est d'habitude les gens dans la quarantaine avancée, cinquante ans, tu sais ceux qui ont toujours travaillé, qui ont des enfants des fois à l'université; les immigrants, je pense que c'est encore plus difficile pour eux parce qu'ils sont arrivés ici puis ils veulent le maximum pour leurs enfants. Fait que des fois, j'ai des... ces gens-là, je trouve tellement qu'ils sont fragiles, qu'ils sont sensibles, même face à moi, on dirait qu'il y a une gêne. Fait que j'imagine face à leurs compagnons de travail qui eux...; des fois aussi dans le milieu de travail, il y a des préjugés: «elle ou il ne veut pas venir travailler»; l'autre fois je suis allée faire une visite de poste de travail, puis il y avait des travailleurs, tu le sentais là, ils regardaient la madame en voulant dire: «qu'est-ce qu'elle fait là avec son avocat à venir voir notre job?» Tu sentais là... il y a des préjugés et ces préjugés-là donc...; les confrères de travail, l'employeur c'est évident, pas tous les employeurs mais certains employeurs, c'est évident. Nous, ce que l'on voit, c'est les cas qui ont eu des problèmes. Les problèmes sont avec l'employeur, ils ne sont pas juste avec l'agent de CSST.» *Avocat*

■ La vidéo-filature

La vidéo-filature est certainement une des pratiques les plus dommageables pour la santé des victimes de lésions professionnelles à la fois parce qu'elle contribue à leur stigmatisation, en confirmant qu'il est légitime de les traiter comme des criminels, mais aussi parce qu'elle suscite chez tous les accidentés la crainte de sortir de chez eux, la crainte d'essayer d'utiliser leurs capacités résiduelles au maximum. L'usage de la vidéo-filature par les employeurs et la CSST est non seulement dommageable pour les personnes faisant l'objet de l'enquête, que la vidéo soit ou non mise en preuve par la suite, mais pour toutes les personnes accidentées qui s'autocensurent de peur d'être l'objet d'une humiliation déchirante qui ajouterait une atteinte psychique aux problèmes physiques qui les rendent déjà incapables de poursuivre leurs activités (Lippel 2003a, 2005). Dans notre étude, la fréquence du recours à la vidéo-filature varie d'une région à une autre. Dans certains endroits, toutes les personnes rencontrées avaient fait l'objet d'une surveillance, ou connaissaient personnellement quelqu'un qui avait été filmé; ailleurs, les commentaires concernant la filature étaient le fait de quelques individus ayant eu des expériences personnelles dévastatrices.

«On savait que c'était une agence de surveillance... [sans savoir si elle dépendait de l'employeur ou de la CSST] ça a duré un mois, un mois et demi de surveillance comme ça.

4. Quels sont les facteurs de détérioration de la santé mentale

L'effet? Je me suis caché pendant 3 ans. Je me suis renfermé: ils n'auront pas la chance de me filmer. Fait que je descendais dans la cave, puis là, je me suis fait un groupe d'amis par radio (haute fréquence). Un ami qu'on ne voit pas, qu'on entend juste la voix: donc il ne me voyait pas, il ne pouvait pas me juger. Pendant 3 ans de temps là, on se parlait par radio puis le monde ne me voyait pas prendre des marches puis je restais chez-nous, ça a duré 3 ans. Encore, quand je vois un véhicule qui est trop stationnaire dans un coin où il n'a pas d'affaire, ça ne marche pas... je me sens surveillé tout de suite. Il n'y a pas à dire, mon cas est réglé avec la CSST, mais ça a resté. Une personne ne peut pas croire qu'est-ce que c'est de se faire surveiller tant que ça ne lui est pas arrivé. Ça détruit une personne comme ça ne se peut pas! Parce que c'est un manque... c'est un manque de respect! Ils rentrent, c'est à peu près comme si ils rentraient dans nous autres. Puis quelqu'un qui se fait suivre de même bien c'est pareil comme si... la personne se fait suivre: c'est un menteur, c'est un tricheur. Tout ce qu'on peut trouver de plus bas dans la société, bon bien cette personne-là, c'est ça, parce qu'elle se fait surveiller... Ça a été jusqu'à pas loin du suicide, toutes ces affaires-là. [...] Quand j'ai embarqué dans l'Association (d'accidentés), mon dossier était classé mais j'étais réticent... parce que j'avais peur d'être vu, côté CSST, puis de me faire encore bardasser. Quand on passe dans le tordeur une fois là, on s'en rappelle longtemps. Fait que la peur reste tout le temps là! Puis je ne suis pas capable de me débarrasser de cette peur-là! [...] Eux autres, ils s'en foutent, ils vont sauver des sous, c'est ça... ils ne vont pas soigner l'être humain. Ils cherchent à sauver des sous. C'est ça qui est épouvantable, ce n'est pas humain.»

Se battre contre une grosse machine: mais laquelle?

Nous avons rencontré beaucoup de travailleuses et travailleurs qui, à chaque étape du processus, nous disaient «devoir se battre» contre «une grosse machine», «comme David contre Goliath», devoir faire face à la «magouille» «entre l'employeur et la CSST», «entre le syndicat, la CSST et l'employeur», entre «la CSST et la CLP», entre «les médecins de l'employeur et la CSST», entre «tous les avocats et la conciliatrice de la CLP»... mais c'est en analysant les circonstances auxquelles référaient les personnes qui nous parlaient de cette magouille et du déséquilibre dans le rapport des forces qu'on a vraiment pu comprendre jusqu'à quel point ces travailleurs ressentent qu'une multitude d'acteurs s'occupent à rendre plus difficile leur expérience. Ce n'est pas nécessairement de la CSST comme institution qu'on parle lorsqu'on parle de «la grosse machine»; mais c'est le fait de réclamer à la CSST qui mobilise nombre d'intervenants et déclenche une série de «grosses machines» dont les mécanismes visent à contrôler l'accidenté, contrôler son avenir, contrôler les coûts, contrôler son corps, contrôler son appel, contrôler sa réinsertion au travail, contrôler son comportement au travail, ou en ergothérapie, ou chez le médecin et, dans les cas de filature, contrôler sa vie personnelle et celle de sa famille.

Outre ces impressions de magouille et de perte de contrôle de sa vie, l'élément le plus important qui est ressorti de l'ensemble des entrevues est certainement l'existence d'un déséquilibre énorme entre les moyens du travailleur et les moyens des autres acteurs impliqués dans le système, notamment ceux des employeurs et de la CSST. Lorsque l'un ou l'autre de ces acteurs s'oppose en tout ou en partie à la réclamation, il y a déjà un déséquilibre. Les employeurs ont plus de moyens économiques et exercent un pouvoir hiérarchique non seulement à l'égard du travailleur mais aussi à l'égard de ses collègues. La CSST a aussi beaucoup de moyens, et en plus elle a accès à l'ensemble de l'information qui échappe souvent au travailleur.

« J'ai [reçu] un papier pour revenir au travail... ; j'avais deux jobs en tout. Alors, c'est pour ça que chaque patron me balance entre les deux, encore entre deux médecins et deux patrons et la CSST, je suis au milieu de cinq. Cinq chefs. Après j'étais très déprimée, j'ai consulté une psychologue... »

Les travailleurs sont conscients, souvent, que ce sont les employeurs qui financent la CSST, et certains croient que cela incite cette dernière à pencher en faveur de l'employeur. Lorsque les deux parties travaillent ensemble pour contrer la réclamation du travailleur, notamment lorsque l'employeur et la CSST comparaissent en appel devant la Commission des lésions professionnelles, chacun avec ses avocats et ses médecins experts, alors là le déséquilibre est encore plus flagrant. Nous avons même rencontré un travailleur qui a fait l'objet de deux filatures, l'une payée par la CSST, l'autre par son employeur. Le fait de devoir se battre, d'avoir continuellement à vivre le stress des contestations multiples, chaque décision de la CSST, chaque rapport du médecin traitant pouvant donner lieu à une contestation distincte, tout ça ajoute au défi de retrouver ses forces à la suite d'une lésion et peut rendre l'expérience de « bénéficiaire de la CSST » parfois plus pénible que celle des personnes qui ont été blessées hors du travail.

« Je réalise qu'ils font tout en leur pouvoir pour mettre des bâtons dans les roues. Je vois que c'est une complicité avec l'employeur, la CSST, l'arbitrage... je vois qu'ils sont ensemble eux autres. Là je réalise ça ! Là je vois que c'est une grosse patente. Et c'est ça qui... là je prends une débarque là... Ça n'aide pas sur le moral ça là, quand tu vois que tout est à l'encontre de toi. »

Certains accidentés comptent sur la CSST pour rééquilibrer le rapport de force avec l'employeur ; il arrive que leurs attentes soient comblées mais souvent ils sont déçus de la passivité ou de la complaisance de la CSST à l'égard de l'employeur lorsque vient le temps de réintégrer le travail.

L'absence de relation de confiance

Le troisième facteur qui nous a semblé déterminant dans le développement de problèmes de santé psychique reliés au processus d'indemnisation est l'isolement et la vulnérabilité de la victime associées à une absence de relation de confiance. Lorsque le processus est semé d'embûches, les travailleurs peuvent néanmoins s'en sortir indemnes lorsqu'ils sont soutenus dans leur démarche. Ce soutien peut prendre différentes formes : un agent de la CSST compréhensif, une famille solidaire, un médecin prêt à s'impliquer pour appuyer la réclamation du travailleur, un syndicat compétent qui prend en charge le dossier, une association de travailleurs accidentés qui regroupe et informe les victimes et démystifie le processus, un groupe d'entraide formé par le CLSC... Mais lorsque la personne ne peut pas compter sur un tel appui, et lorsqu'il n'y a personne en qui elle peut avoir confiance pour avoir l'heure juste sur sa situation, alors là, les conséquences des embûches sont beaucoup plus graves pour elles. Les victimes qui s'en sortent le mieux sont celles qui ont le sentiment d'être appuyées ou approuvées (par leur famille, leurs collègues, par d'autres accidentés, parfois même par leur employeur) et le sentiment de pouvoir faire confiance à quelqu'un qui est en mesure de donner l'heure juste, de fournir les bonnes informations, d'expliquer les raisons d'être de leur situation tant sur le plan médical que juridique.

Pouvoir briser l'isolement constitue un facteur thérapeutique important :

4. Quels sont les facteurs de détérioration de la santé mentale

« Même déjà la rencontre d'information où il y en avait d'autres... puis que la dame qui s'assoit à côté de moi a plus de problèmes que moi ou ça fait plus longtemps qu'elle en a. Là je me disais ah! bon je ne suis pas toute seule! Puis là il y a un monsieur en face qui a de la misère avec sa jambe, puis il y en a un autre qui a de la misère avec son dos aussi. Ah! bien regarde donc, je ne suis pas toute seule!... j'avais besoin qu'on me pousse un petit peu plus, pas nécessairement en parler, mais de savoir qu'il y en avait d'autres comme moi. Que je n'étais pas la seule, parce que j'avais passé là plus qu'un an à penser que j'étais peut-être la seule personne au monde à qui c'était arrivé d'avoir déboulé un escalier, d'être entrée la tête dans un mur de plâtre... »

Pouvoir compter sur des ressources fiables et compétentes est aussi essentiel :

« Ah! mon Dieu madame! Oui, oui, oui, [le soutien du syndicat] c'est primordial, oui, oui. C'est une carte qui joue en ma faveur, oui, oui, pour aider... Quelqu'un tout seul n'est pas capable de survivre à ça. Tu es toute seule? Non, non!... Non, non, non, non, impossible! Impossible! »

« Puis souvent, j'ai voulu abandonner durant le dossier, puis [l'avocate du syndicat disait] " Faites-vous z'en pas, lisez-le pas! Laissez-le cacheté, cachez-le dans un coin, je m'occupe de tout! ". [...] Moi si je ne l'avais pas eue là, il y a longtemps que j'aurais... abdiqué. J'aurais peut-être, par ma personnalité, lutté! Mais quand j'étais très souffrante là, je n'étais plus capable. J'aurais tout laissé tomber... »

Sans ces deux formes de soutien, l'expérience s'avère extrêmement douloureuse :

« ... l'espèce de solitude dans laquelle tu vis là, tu as l'impression que tu es toute seule à vivre ça là... puis dans la famille, plus personne ne veut t'entendre d'abord. Alors il ne faut pas compter sur les gens autour de soi là, pour nous aider. D'abord ils ne comprennent pas du tout dans le fond qu'est-ce qu'on vit. Et vivre avec la douleur chronique, personne ne comprend ça non plus. Ils pensent qu'on s'invente des histoires: « mais non, oublie ça, d'abord tu ne gagneras pas, voyons donc, t'sais! » Alors personne ne t'encourage à continuer... »

« Tu es dépassée par tout ça, tu te sens toute seule! Je n'avais pas personne pour m'accompagner, m'épauler, puis me dire: "As-tu remarqué tel détail?", me donner des conseils, tu n'as rien! Tu es laissée à toi-même, puis là, tu te rends compte que le syndicat, ce n'est pas plus efficace qu'il faut, mais la majorité des femmes, on n'a pas l'argent pour se prendre un avocat, hen! »

5

Les intervenants et les étapes du processus susceptibles d'avoir un impact sur la santé mentale des victimes de lésions professionnelles.

Les agents de la CSST

La qualité de la relation qui s'établit avec l'agent d'indemnisation de la CSST a un effet déterminant sur l'expérience de l'accidenté. Il s'agit du représentant de l'organisme dont le jugement et le comportement vont affecter son sort, la première personne de l'institution avec qui le travailleur aura un contact et, par la force des choses, le premier véhicule de contrôle de la CSST.

La CSST, contrairement à la SAAQ, permet aux accidentés de communiquer avec leur agent; à la SAAQ, la majorité des justiciables n'ont pas de contact direct avec leur agent. De façon générale, ce contact direct est apprécié par les accidentés et par leurs représentants.

Lorsque la relation avec l'agente ou l'agent est bonne, elle constitue un support pour l'accidenté. Quelques personnes interviewées ont vécu des relations très positives avec leurs agents d'indemnisation. Lorsque l'agent voit le travailleur comme une personne, respecte sa dignité, établit un échange sincère, l'écoute réellement et tient compte de ce qu'il dit, cela constitue un réconfort pour l'accidenté.

Il arrive aussi que les intérêts de la CSST coïncident avec ceux de l'accidenté, par exemple lorsqu'il s'agit d'accélérer une hospitalisation. Dans ces cas, l'intervention de la CSST est appréciée.

«The date I was given for my surgery was November 2002. I then called my case worker at CSST and she said whoa! November 2002, she said no, no, no, no, no. I got called back from the hospital two days later, saying OK your surgery is now in August. So that's a good thing about it – queue-jumping.»³

Souvent les travailleuses et travailleurs perçoivent l'agent comme une personne omnipotente alors que, dans les faits, les pouvoirs des agents sont assez limités, circonscrits par une loi, des règlements, des directives, des consignes institutionnelles, des ordres des supérieurs et des éléments de culture régionale. Lorsque le travailleur vit des moments difficiles et que l'agent refuse d'agir pour régler son problème, la colère du travailleur se dirige en premier lieu contre l'agent, ce qui mène à des situations conflictuelles, particulièrement lorsque l'agent est incapable d'expliquer la décision, par exemple lorsque celle-ci découle d'une directive interne ou d'un avis du bureau médical. Une fois devenue conflictuelle, la relation de collaboration initiale est très difficile à rétablir par la suite. Le travailleur se méfie de tout ce qui lui est dit par l'agent, et plusieurs ont l'impression que les agents se méfient d'eux également.

3. « Ils avaient fixé mon opération pour novembre 2002. J'ai appelé mon agent à la CSST et elle a dit wooh!, novembre 2002, elle a dit non non non non non. L'hôpital m'a rappelé deux jours plus tard, disant OK votre chirurgie est fixée pour le mois d'août. Alors ça c'est une bonne affaire, de ne pas avoir à faire la queue »

5. Les intervenants et les étapes du processus

« Mes agents, tu ne peux pas avoir confiance quand ils te racontent des menteries, tu ne peux pas avoir confiance en eux autres. Quand tu es ébranlé, ça ne t'en prend pas gros pour perdre la confiance non plus... Ta compagnie pour qui tu travaillais ça faisait 13 ans, elle t'a fourré. Tu ne t'attends pas que la CSST va te sortir de là quand tu sais qu'elle travaille pour elle... »

Plusieurs comportements des agents ont fait l'objet de critiques. À maintes reprises, les personnes interviewées nous ont parlé des lacunes quant à l'information reçue. Les travailleurs reprochent à l'agent de ne pas leur avoir fourni l'information nécessaire, de les avoir induits en erreur ou de ne pas leur avoir offert de manière proactive l'information qui aurait pu les éclairer quant à leurs droits ou à leur avenir.

Dans quelques cas, plus rares, les travailleurs se sont sentis trahis par leur agent, parfois incités à faire quelque chose qui leur nuira par la suite.

L'organisation du travail des agents a un effet sur leurs relations avec les accidentés. Les agents ont beaucoup de dossiers, et la plus grande partie de leur travail se fait par téléphone. Certains travailleurs croient que si l'agent les rencontrait, il serait plus porté à les croire. Il est rare qu'un agent d'indemnisation voie un travailleur. Plusieurs travailleurs ont l'impression que les agents ne comprennent pas la nature et les conditions de leur travail, alors il y a souvent méprise sur les circonstances de l'accident ou sur les conditions de retour au travail, ce qui mène à des décisions inappropriées, voir absurdes, dans certains cas. Le fait que les interactions se fassent par téléphone implique que les agents, tout au moins par leur présence téléphonique, s'introduisent dans le domicile à l'improviste, et certains travailleurs, particulièrement dans les dossiers complexes et conflictuels, se sentaient violés dans leur intimité, toujours sous surveillance. Un travailleur nous a dit vouloir déconnecter son téléphone pour protéger sa famille des intrusions à l'improviste (et de ses propres réactions suite à ces appels).

Il semble que l'organisation du travail des agents varie beaucoup d'une région à l'autre. Dans certains bureaux de la CSST, il y a un grand roulement d'agents: un des travailleurs rencontrés avait eu 21 agents de la CSST depuis sa première demande, un autre en avait eu 34 en 20 ans; des cas exceptionnels sans doute, mais plusieurs ont eu plus de cinq agents différents. Les raisons de ces rotations n'étaient pas toujours claires et les travailleurs percevaient un changement d'agent non-sollicité comme une forme de punition, soit la punition du travailleur trop revendicateur, soit la punition de l'agent trop compréhensif. Évidemment, plus la rotation des agents était importante, plus la relation semblait difficile à établir, les travailleurs devant répéter à maintes reprises leur histoire et disposant de peu de temps pour rétablir la confiance essentielle à une bonne communication.

Les travailleurs qui réussissaient à garder une bonne relation avec leur agent étaient souvent ceux qui faisaient preuve d'empathie pour le système.

« The system is overwhelmed, I'm sure, CSST, I'm sure that although I feel like I'm the only one who's in the system, I know that's not true, and I know that agents have to deal with not one or two or ten or twelve, but probably dozens of individual cases on a daily basis. »⁴

Plusieurs accidentés ont ainsi décrit les caractéristiques qu'ils souhaiteraient retrouver chez un agent: un agent qui sait comment interagir avec des personnes malades, qui fait preuve d'empathie à leur égard, qui applique la présomption d'innocence à leur égard, les traite avec

4. « Le système est débordé, je suis certain que même si j'ai l'impression que je suis la seule personne dans le système de la CSST, je sais que ce n'est pas vrai, et je sais que les agents doivent composer non pas avec un ou deux ou dix ou douze mais probablement avec des douzaines de dossiers individuels à chaque jour ».

humanité en respectant leur dignité, qui fournit une information complète de manière proactive. Les représentants ont aussi insisté sur le fait que plusieurs conflits surgissent entre l'accidenté et l'agent parce que ce dernier répond aux questions du travailleur sans réfléchir ou sans s'informer suffisamment. Cela se produit particulièrement dans des dossiers complexes: calcul du salaire controversé, lésions multiples dont l'étiologie est contestée, lésions musculo-squelettiques, lésions psychiques. Ces mauvaises informations génèrent beaucoup d'insécurité inutile. Certains représentants croient que la méfiance à l'égard des accidentés est systémique:

«Par rapport aux lésions psychiques causées par le système, je voyais deux grandes causes, la première cause c'était la culture d'entreprise... Quand je parle de culture d'entreprise, présomption de mauvaise foi, c'est presque... encore une fois, je parle de façon générale, je ne dis pas que c'est tout le monde qui est comme ça, ce n'est pas ça que je veux dire. Je veux dire que l'organisme lui-même entretient cette culture. A tous les niveaux là et quand je parle à tous les niveaux, c'est les agents, les conseillers en réadaptation, les avocats de la CSST, les médecins régionaux, les médecins du BÉM, c'est à tous les niveaux.» *Avocat.*

et qu'il existe des variations régionales importantes à cet égard:

«Dans certaines régions, il y a plein de lésions psychologiques puis dans d'autres régions il n'y avait pas de lésions psychologiques; entre autres [dans la région x et y] il y avait beaucoup de lésions psychologiques. Pour en arriver à tirer la conclusion que plus la CSST est folle, plus la CSST est autoritaire, plus la CSST elle domine ses dossiers, [...] plus les gens deviennent fous.» *Avocat.*

Les médecins et le processus d'évaluation médicale

Les travailleurs accidentés ou atteints de maladies professionnelles sont d'abord et avant tout des patients qui ont besoin de soins et, pour eux comme pour tous les autres patients, la relation thérapeutique qui s'établit entre le patient et son médecin est de toute première importance. Dans une période de pénurie de ressources, ils rencontrent les mêmes difficultés que le reste de la population quant à l'accès à des ressources médicales compétentes; toutefois, ils doivent aussi faire face à certains problèmes spécifiques. D'une part, le fait d'être un «patient-CSST» peut parfois restreindre l'accès à un médecin traitant et, dans bien des cas, compromettre la qualité de la relation thérapeutique; d'autre part, en raison même du rôle clef joué par le médecin traitant dans le contexte de l'évaluation médicale, la pénurie de ressources compétentes, particulièrement en région, entraîne pour l'accidenté des problèmes qui débordent la question de la santé.

Le fait d'avoir fait une réclamation à la CSST peut avoir un impact sur la relation thérapeutique, et c'est cet aspect que nous allons examiner en premier lieu. Par la suite, nous regarderons de plus près les aspects qui relèvent de façon spécifique du processus d'évaluation médicale.

■ Les relations avec les médecins soignants

• **L'accès aux soins.** Le fait d'avoir réclamé à la CSST peut entraîner un effet positif sur l'accès aux soins, mais cela peut aussi compromettre cet accès. Comme nous l'avons mentionné, les travailleurs des régions ont souligné comme des avantages précieux du régime, celui d'avoir accès aux spécialistes de la métropole et celui d'être pris en charge plus rapidement du fait que le coût des soins est assumé par la CSST.

5. Les intervenants et les étapes du processus

Par contre, plusieurs nous ont expliqué que le fait d'être un « cas de la CSST » rendait plus difficile l'exercice de se trouver un médecin, plusieurs médecins ayant tendance à fuir les « patients-CSST » en raison des exigences bureaucratiques et tâches supplémentaires qu'imposent ces dossiers.

« Il [le médecin] reconnaît que je suis malade mais quand je dis : « c'est à cause de mon travail », il m'a dit : « non, je ne remplis aucun papier pour la CSST. Je sais que vous êtes malade ». Il me donne toutes les... mais pour remplir les papiers : « Non ».

« Fait que je suis allée sonder un autre médecin qui ne me connaissait pas du tout, puis ce médecin-là n'a pas voulu se mêler de rien. Parce que, quand c'est un cas de CSST, les médecins là, ils voient CSST, ils ne voient même pas ton nom... C'est un gros combat à mener, la CSST, puis les médecins ne veulent pas embarquer là-dedans... ils ne veulent pas se mouiller, ils ne veulent pas s'en mêler. Même mon médecin qui me connaît, qui est prêt à m'aider... il y avait déjà une réticence... Il a fallu que, t'sais, j'argumente encore! »

« La plupart des médecins que j'ai rencontrés, moi j'ai eu bien des accidents là... ils n'étaient pas tellement emballés du fait que ça soit des accidents du travail. Je pense qu'ils ont bien de la paperasse à remplir, ils ont bien des obligations, puis ils se font pousser dans le dos pour te renvoyer au travail. [Mon orthopédiste], il m'avait dit que c'est un problème continu avec la CSST. Au niveau de la paperasserie, au niveau du retour au travail, t'sais... : « il est-tu apte à retourner au travail? On va-tu finir de le payer pour qu'il retourne au travail? »

C'est parfois en raison de leurs propres préjugés que certains médecins sont réticents à soigner des travailleurs accidentés :

« J'avais parlé à mon médecin et il avait dit : « Ah! ici au Québec, tout le monde..., la moindre petite affaire, petite blessure, c'est la CSST! » J'ai dit : « Je vous ai-tu parlé de la CSST? » là j'ai levé le ton. Puis je ne viens même pas du Québec, je n'ai jamais connu ça, la CSST. Là il a dit : « Aie! Prends-le pas de même! » Fait que tout de suite, il jugeait que tous les gens étaient... J'ai dit : « Moi je n'ai jamais fait ça, je ne vous ai jamais demandé ça,... c'est vous qui m'avez demandé la question! »

« Tu es obligé de magasiner, tu es obligé de téter pour avoir un médecin. Ils ne croient pas... un jeune homme de 23 ans là, t'sais. Le gars veut prendre des vacances, t'sais, c'est un peu ça... On se débarrasse très vite du travailleur qui vient pour demander une aide, un support au niveau médical, t'sais. »

Certains accidentés ont eu tellement de mal à trouver un médecin traitant qui accepte de remplir des formulaires pour la CSST qu'ils ont préféré renoncer à leurs droits et aux bénéfices du régime pour obtenir les soins dont ils avaient immédiatement besoin :

« Elle m'a dit qu'elle ne voulait pas de cas de CSST, qu'elle ne voulait pas rien savoir de ça... Puis à tous les médecins que je parlais... assez qu'à un moment donné, j'ai laissé faire, carrément, parce que là, ils n'en voulaient pas de CSST... Aussitôt que je disais que c'était un accident de travail, que j'avais eu une douleur au dos en faisant comme travail préposée en aide domestique : « non, moi je ne traite pas de cas de CSST, je ne suis pas

intéressé»... J'ai l'impression qu'il y a eu des médecins probablement qui ont été confrontés à la CSST, qui ont été obligés d'assister probablement à des audiences... Je suis allée voir un autre médecin où je ne parlais presque plus de problèmes reliés à la CSST... J'ai laissé complètement tomber. Certainement, ça représente un problème, je n'en ai jamais reparlé. J'ai toujours essayé de cacher ma blessure, on dirait, faire comme si ça n'existait pas pour éviter que... Plus jamais j'ai eu affaire à la CSST ou quoi que ce soit.»

• **La relation thérapeutique.** La qualité de la relation thérapeutique peut elle-même être compromise du seul fait que le travailleur a adressé sa réclamation à la CSST. Certains médecins ont de la difficulté à assumer le double rôle de soignant et de «sentinelle» du système, et changent d'attitude lorsque leur patient, qu'ils soignent depuis des années à titre de médecin de famille, devient un «patient-CSST».

Certains travailleurs ont constaté que leur médecin traitait ses patients-CSST différemment de ses autres patients ayant les mêmes problèmes de santé:

«Lui [parlant d'une autre personne soignée par le même médecin pour une blessure semblable], lui parce qu'il est sur l'assurance salaire, lui il n'est pas achalé. Lui là, il a son congé. Puis ça, c'est le même médecin qu'il voit! Puis le même médecin n'a pas la même attitude envers une personne qui a eu un accident chez eux ou bien la personne qui est sur la CSST. Ça c'est clair là, c'est le même médecin que je vois! Lui, il l'a mis en congé pour 3 mois ; il a la paix là. Moi, il me suit, puis il pousse. Fait que ce n'est pas la même attitude, tout ça parce qu'il y a des pressions de l'employeur puis des pressions de la CSST.»

D'autres décrivent comment les agents et les médecins de la CSST peuvent s'ingérer dans la relation thérapeutique qui existe entre le patient et son médecin traitant:

«Après environ 4 mois, ils m'ont changé d'agent et le médecin a commencé à trouver ça un peu long... il voulait que je retourne travailler... au moins essayer. Je crois que le retour au travail qu'il a fait, c'était un peu à cause qu'il y a eu un petit peu de pression de la CSST. L'agent de la CSST a communiqué avec mon employeur et avec mon médecin et tout, alors je crois que de ce côté-là, il y a eu une petite pression qui l'a fait décider justement de me faire un retour au travail complet, sans problème.»

«Ils ont tellement de pression les médecins, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, de la part de l'employeur, qu'ils t'envoient travailler même si tu n'es pas correcte, même si tu n'es pas consolidée, même si il n'y a à peu près pas d'amélioration, même si tu as bien, bien mal, ils t'envoient travailler pareil. Ils me l'ont tous dit! L'ergo, la physio, le médecin, ils me le disent tous: «on t'envoie parce qu'on a des pressions de l'employeur, on a des pressions de la CSST».

«Il était tellement tanné de tout le temps les nouveaux formulaires à remplir, puis que tous ses patients sont tout le temps coupés. Il a dit: «Ils m'empêchent continuellement de soigner mes patients, la CSST... Moi là, c'est fini! Juste vous autres que j'ai ici, là, de la CSST, j'ai de l'ouvrage pour les 30 prochaines années! Là, la CSST, je n'en prends plus, c'est fini! [...] Eux, c'est tout le temps: «ah! je peux soigner pendant tant de mois, puis je n'ai plus le droit de les soigner... là il faut patcher en attendant qu'on puisse soigner... o.k. là, je peux soigner... ils m'empêchent tout le temps de soigner mes patients, c'est épouvantable!».

Finalement, le processus d'évaluation médicale et de contestation des opinions du médecin traitant a pour effet de remettre en question la crédibilité du médecin traitant, y compris dans son rôle de soignant.

« La CSST m'a envoyée voir leur orthopédiste... Il m'a dit que j'étais consolidée à partir de fin septembre mais que j'aurais mal encore et que je devais encore suivre des traitements jusqu'au mois de janvier. Donc là, je suis retournée voir mon médecin, parce que, à un moment donné, on ne comprend plus là... Qui fait quoi? Qui dit quoi? puis qui est-ce qui a raison? puis qui on doit suivre? »

Les accidentés déplorent le fait qu'ils ne sont plus perçus comme des patients par le régime, mais comme des dossiers à gérer, des coûts à contrôler; ils ont l'impression que la relation thérapeutique est évacuée du système, qu'on traite une réclamation et non un patient:

« C'est toujours une bataille de contestations ; ils ne regardent pas le fait: « Bon, il est blessé, il faut le soigner, il ne faut pas essayer de le débarquer de la CSST, il faut trouver c'est quoi le problème puis le soigner si c'est soignable. » Mais ce n'est pas ça qui arrive. C'est une agence d'assurance: moins qu'on en paie, mieux que c'est. Celui qui ne se bat pas, bien on l'a! Tiens, on vient de mettre de l'argent dans nos poches. Tous les accidentés, c'est comme ça qu'ils se sentent. Parce qu'ils ne regardent pas le bobo du gars, ils regardent combien ça coûte ».

■ Le processus d'évaluation médicale

Le processus d'évaluation médicale occupe une place centrale dans le parcours des accidentés du travail. Pour beaucoup d'entre eux, il constitue la pierre d'achoppement du régime

« Les trois quarts, c'est le médical qui est le problème. »
« Le gros manque là-dedans, ça se fait entre les docteurs, c'est ça qui est le gros manque. »
« C'est comme une sorte de guerre contre un accidenté. »

Trois grandes catégories de médecins trouvent place dans ce processus d'évaluation qui peut se répéter à maintes reprises au cours du traitement d'une même réclamation: le médecin traitant du travailleur, les médecins évaluateurs rémunérés par l'employeur et/ou la CSST et le médecin qui arbitre les litiges au Bureau d'évaluation médicale (BÉM).

• **Le médecin traitant dans le processus d'évaluation médicale.** Les accidentés ont le droit de choisir le médecin qui prendra charge de leur dossier et de changer de médecin au besoin (art. 192 et 199), mais plusieurs l'ignorent et ne l'apprennent qu'après avoir été ballottés de l'un à l'autre, des salles d'urgences aux cliniques externes, contraints à chaque fois de refaire le récit de leur histoire et de repasser les mêmes examens.

Par ailleurs, en région, ce droit reste souvent lettre morte, faute de médecins disponibles.

« Il n'y en a pas ici [dans la région], on a de la misère à avoir des docteurs, fait que je n'ai pas le choix. Bien de la misère à faire remplir nos formulaires, y veulent pas... On ne peut pas s'appuyer dessus autrement dit pour nous aider à avancer dans nos dossiers, pantoute. »

« Premièrement, ici [dans la région], on n'a pas de médecins pour dire... On ne peut même pas dire qu'on a un médecin de famille! Tu ne peux même pas dire: je vais pren-

dre un rendez-vous avec parce qu'ils sont là comme à l'urgence. C'est un médecin qui est là aux 15 jours, à l'urgence... fait qu'on le voit quand il est là... »

« Qui me soigne ? C'est les médecins de trafic du CLSC. Médecins de trafic ça veut dire qu'ils sont pour dire: « o.k. où tu veux aller? o.k. tiens, va là... » Ils dirigent le trafic des patients. Il y en a un qui est à la semaine, l'autre est à la carte. »

L'accès aux spécialistes dans les plus grands centres régionaux est parfois tout aussi compliqué ; parfois il n'y a que le médecin qui travaille à l'urgence, qui est peu disponible et sous pression en raison du nombre important de patients en attente.

Cette pénurie de médecins touche les travailleurs accidentés de façon particulière car elle peut être source d'erreurs qui causeront du tort au travailleur qui cherche à faire reconnaître une lésion professionnelle. Plusieurs travailleurs nous ont fait part de problèmes juridiques survenus à la suite d'erreurs dans les dossiers médicaux, comme le fait de n'y consigner qu'un seul diagnostic alors que plusieurs ont été communiqués au patient. Ces erreurs suivront le patient tout au long de son parcours de réclamant, créant une nouvelle source de litige avec toutes les conséquences négatives qui en découlent.

La loi reconnaît que la CSST est liée par l'avis du médecin traitant sur un certain nombre de questions à caractère médical et, comme nous l'avons évoqué, cette disposition a plusieurs effets positifs, notamment un meilleur accès aux soins pour les accidentés, cet accès ne relevant pas de la discrétion de la CSST. Par contre, cette contrainte imposée à la CSST est assortie d'un pouvoir de contestation de l'employeur et de la CSST sur toutes les questions médicales, pouvoir dont l'exercice entraîne un nombre considérable de litiges.

Nous avons vu que les travailleurs québécois ont souvent de la difficulté à se trouver un médecin qui accepte de prendre en charge des accidentés du travail, mais ce phénomène est tout aussi important sinon plus dans d'autres provinces. Lors de nos entrevues collectives en Colombie-Britannique, les représentants étaient unanimes à dénoncer cette situation, situation qu'ils imputaient au fait que les infirmières qui travaillaient pour le Workers' Compensation Board pouvaient, à leur discrétion, remettre en question n'importe quel avis d'un médecin traitant. Dans ces circonstances, peu de médecins étaient d'accord pour prendre en charge un patient ayant une réclamation en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*. Il faut croire que la spécificité du droit québécois par rapport au rôle du médecin traitant adoucit certains conflits avec la CSST, et ce, même si plusieurs situations fort conflictuelles ont été décrites par les personnes interviewées.

Même si la loi reconnaît que la CSST est liée par l'avis du médecin traitant sur certaines questions, elle reconnaît également aux employeurs et à la CSST le droit de contester cet avis à chacune des étapes du processus et à la CSST l'obligation de substituer à l'avis du médecin traitant celui qui aura été émis, le cas échéant, par le médecin du Bureau d'évaluation médicale. De plus, l'avis du médecin traitant n'est pas déterminant quant à plusieurs questions médico-légales qui sont étroitement liées à l'état de santé physique et mental de ses patients: reconnaissance des rechutes, relation causale, capacité de retour au travail.

En vertu de la loi, le travailleur n'a pas le droit de contester l'avis de son médecin traitant, généraliste ou spécialiste, la raison sous-jacente étant qu'il l'a « choisi ». Pourtant, il arrive souvent que le médecin du travailleur ne soit pas un médecin que le travailleur a « choisi »; du moins ne l'a-t-il pas choisi au sens où l'employeur ou la CSST ont la possibilité de choisir les leurs. Il est plutôt arrivé dans sa vie « par accident »:

« Bien, la plupart du temps, on tombe sur un inconnu... D'après ce que j'ai pu comprendre de la CSST, si je m'adresse à lui ou que j'accepte qu'il écrive un papier, c'est lui

5. Les intervenants et les étapes du processus

que j'ai choisi. Mais ce n'est pas ça! Ce n'est pas ça la réalité. Moi, je ne l'ai jamais choisi lui! Lui, il est arrivé dans ma vie tout d'un coup, puis il a pris un papier puis il a signé son nom. T'sais je veux dire: je ne l'ai pas choisi moi, là, lui! C'est lui qui m'a... que ça a adonné que on s'est croisés... Mais pour la CSST là, ça n'a jamais été ça. Pour eux c'était moi qui l'avais choisi.»

Malgré les difficultés que certains peuvent rencontrer dans la recherche d'un bon médecin traitant, les accidentés sont convaincus que le médecin qui les soigne, celui qui a posé le diagnostic, prescrit le traitement et suivi l'évolution de leur lésion, est le mieux placé pour donner un avis éclairé sur leur état physique et psychique et sur leur capacité de travail. Ils comprennent mal que des médecins œuvrant au service de l'employeur ou de la CSST puissent à tout moment intervenir dans le processus et remettre en question la validité de l'opinion du médecin traitant, la plupart du temps à des fins strictement économiques et à la suite d'un examen souvent plus que sommaire, et parfois brusque, du patient. Regardons maintenant ce qu'ils nous disent de ces médecins évaluateurs.

• **Les médecins de l'employeur.** Plusieurs travailleurs et travailleuses ont émis des critiques sévères à l'endroit des examens pratiqués par les médecins de l'employeur: manque de respect et de professionnalisme, rapports marqués par les omissions, les inexactitudes ou les mensonges... En voici un exemple:

« [L'expert de l'employeur] a dit [dans son rapport] des choses qui n'étaient pas vraies. Il a omis des choses qui auraient dû être dites et qui ont très bien été dites, mais si il les aurait dites, ça aurait dé-confirmé ce qu'il voulait dire dans son diagnostic. Fait qu'en les omettant, il ne se fourvoyait pas. [...] « C'est de la médiocrité, plus que de l'incompétence, c'est du non-professionnalisme et ça va plus loin que ça encore... Ça va à un manque d'éthique!

... je sais que mon employeur, le fait que mon employeur envoie à un médecin désigné et que lui, il paie 750\$ pour une évaluation, il est quasiment impossible que le médecin désigné soit en ma faveur ou en faveur du médecin traitant. Il paie 750\$ pourquoi là? Je veux dire, ce n'est pas normal. Mon médecin qui me suit régulièrement elle, elle n'a rien de plus. Le BÉM, je ne le sais pas. mais je pense même que c'est moins... Il gagne plus que le BÉM parce que quand j'avais dit ça au BÉM, il avait dit: « Ah oui! Je devrais changer de place! » (rires)... fait que c'est sûr que... D'abord je suis d'accord que l'employeur veuille avoir une autre expertise, ce n'est pas ça que je ne suis pas en accord. Donnez-moi une expertise qui est objective! Puis, si c'est lui qui la désigne et qui la paie, c'est sûr que ce n'est pas objectif. Il y a un parti pris, il y a un parti pris dedans, c'est automatique... »

Ils dénoncent le fait que ces contre-expertises ne visent pas à connaître leur véritable état de santé mais servent uniquement à diminuer les coûts du dossier et du même coup à intimider d'autres travailleurs qui voudraient réclamer:

« Il faut toujours aller voir le médecin de l'employeur: ils font vraiment du harcèlement... c'est administratif là, c'est purement administratif hen! Il conteste tout, tout, tout! Tout le temps! C'est toujours comme ça parce que... ça coûte moins cher quand il conteste. Puis il y a des gens, la moitié du monde, quand il y a une contestation, ils abandonnent! T'sais, ils abandonnent ça, ils ont peur. »

• **Les médecins de la CSST.** Quant aux médecins désignés par la CSST, on leur reproche surtout de faire des examens expéditifs qui sont perçus comme n'étant qu'un prétexte permettant ensuite au BÉM de renverser l'avis du médecin traitant:

« Le médecin, le neurologue qui était désigné par la CSST, il a dit que mon entorse était guérie... que je suis prête à faire un retour au travail sans aucune séquelle, puis le BÉM a confirmé ça, puis le BÉM, j'ai été 8 minutes dans son bureau... De penser que eux font un diagnostic rapide, aussi rapide que ça! Le neurologue qui a été désigné par la CSST, il focussait juste sur mon lombaire, puis j'allais le voir pour mon cervical! Il me regardait marcher mais il focussait seulement sur mon lombaire: j'ai été 14 minutes dans son bureau, puis dans le bureau du BÉM, 8 minutes! »

« Avec lui [orthopédiste désigné par la CSST] on va dire, ce n'est pas beaucoup de temps, en 5 minutes il examine. Il m'a dit que je n'avais pas besoin de plus de temps parce que le traitement, il ne le faisait plus. Pour lui, j'étais consolidée du côté des traitements. Il était d'accord que c'est une tendinite, il accepte les limitations, il dit que c'est vrai que j'ai des limitations mais le traitement, il dit que ce n'est pas bon pour moi. Ce n'est pas lui qui souffre... Moi, pour moi, j'ai besoin de traitements. »

« Ils m'ont retourné voir encore leur orthopédiste. Puis il écrit... d'après lui, moi c'était... , si j'avais une hernie discale, elle était préexistante à... puis c'était mon problème. C'était une condition préexistante puis dégénérative ou quelque chose... ça doit être tout le temps ça qu'ils écrivent pour tout le monde, j'imagine. T'sais, son chèque, c'est la CSST qui lui envoie, t'sais! »

• **Les médecins du Bureau d'évaluation médicale (BÉM).** Quant aux médecins du BÉM, à quelques exceptions près, on a bien du mal à les percevoir comme des médecins neutres préoccupés par le bien être de leur clientèle. Les examens sont souvent brefs, parfois brusques et le parti pris en faveur du médecin patronal et du médecin de la CSST est perçu par plusieurs comme évident.

« Le BÉM? Ça c'est la pire chose qu'il peut arriver, c'est d'aller chez le BÉM pour faire une évaluation. Parce qu'ils vont vous dire toujours que vous n'avez rien, parce que c'est toujours la CSST qui a raison, c'est toujours le médecin qui a raison, ce n'est pas le patient: les douleurs, c'est moi qui les ai... Moi, je me trouvais comme si je n'avais pas de droit, comme si je n'étais pas une personne, j'ai trouvé que c'était comme si j'étais un animal... c'est seulement le monsieur qui a raison. Moi, je ne peux pas parler, parce que je dis: « Ça me fait mal ici », il me dit: « Non, ça c'est dans votre tête, ça ce n'est pas vrai. » Même il ne peut pas vous dire « vous mentez », parce que ça c'est l'éthique des docteurs, mais dans une autre parole, dans une phrase, il vous dit que vous mentez... ».

« [Au BÉM] qu'est-ce qu'ils font? Ils prennent le rapport des autres, ils choisissent celui qu'ils veulent, normalement c'est celui de l'employeur. Ils vont le transcrire, ils font rien que le transcrire, puis ils le mettent pour l'employeur ou pour la CSST, on va dire, ça doit être celui qui paye le plus, je ne sais pas comment ça marche, mais en tout cas, c'est jamais, pratiquement jamais la vraie expertise qui est retenue comme... c'est toujours celui qui désavantage le travailleur. Bien moi, dans ce que j'ai vécu en tout cas... »

« [Le médecin du BÉM] m'a dit: « regardez bien ma petite madame là, pour vous donner

5. Les intervenants et les étapes du processus

des limitations fonctionnelles, il aurait fallu que vous ayez un bras de coupé. Merci. Bonjour» Je suis sortie de là, j'avais envie de pleurer. Et là je me suis dit: quand ils nous appellent, ils nous disent: «Nos médecins sont neutres, ils ne travaillent pas pour la CSST ni pour les employeurs, vous n'avez pas besoin d'avoir peur». Quand on arrive là, c'est tout à fait le contraire, c'est à se demander si ils ne travaillent pas pour la CSST et les employeurs, c'est à se demander si ils ne sont pas graissés par en-dessous pour rendre des rapports en faveur de l'employeur... Au BÉM, à Québec, ça m'a vraiment fâchée parce que on passe là, c'est comme si on était un numéro, on n'est pas un être humain là. Puis selon moi, leur idée était faite avant qu'ils m'examinent... pour me faire un examen aussi vite que ça... Je n'ai pas eu le sentiment que les médecins du BÉM étaient neutres... puis, ils [la CSST] devraient peut-être moins accepter les contestations des employeurs aussi là. Il me semble que la CSST devrait se rendre compte de la «game» qui se joue là, de l'employeur via leur médecin... puis qu'ils ne devraient pas être si liés que ça avec le BÉM mais plutôt avec le médecin du travailleur qui est accidenté. Le BÉM puis les contestations des employeurs, je pense que ça, ça devrait être révisé en quelque part.»

Les travailleurs rencontrés se sont sentis presque toujours à la merci des différents médecins évaluateurs, mal placés pour contredire ces «experts».

«Ce sont des menteurs! [Il a écrit:] objectivement le patient ne boîte pas... j'ai fait tel, tel test au patient, le patient ne se plaint pas de telles, telles douleurs. C'est facile pour eux autres, vous savez là. Ah! c'est incroyable, ça n'a pas de bon sens! Quels moyens que j'ai en tant que ti-cul: monsieur, vous êtes un menteur! et l'accuser de... qu'il a joué avec la vérité, qu'il a dit que je n'ai pas eu mal quand il m'a fait pencher par en avant, qu'il dit que je ne boîte pas quand c'est carrément faux là! Mais ils écrivent ce qu'ils veulent et je n'ai pas les moyens moi, en tant que ti-cul, de combattre ça. Il faudrait que je les enregistre, il faudrait que j'aie un témoin. Eux, ils enregistrent tout là. Je ne vois pas pourquoi je n'aurais pas le même droit. Non, on est laissé, dans un BÉM, on est laissé tout seul, vous savez. À la CLP, c'est là qu'on a réussi à faire arrêter le train puis le faire reculer, parce qu'on avait perdu les 4 premiers BÉM. Les 4 premiers BÉM sont contre moi!»

Par contre, une travailleuse a pu remettre en question la crédibilité d'un médecin évaluateur et le BÉM lui a donné raison. Elle a pu le faire sans doute parce qu'elle avait les connaissances nécessaires pour s'exprimer de manière crédible au sujet de la qualité de l'expertise: elle était infirmière.

«... une lettre de la CSST me disait qu'ils m'envoyaient à une contre-expertise... un expert conseil en orthopédie. Je me suis présentée là... il ne m'a pas trop évaluée là, il m'a posé des questions... et puis quand j'ai reçu le rapport, là... c'était aberrant le rapport parce qu'il y avait des parties dans le rapport où il disait qu'il avait évalué telle affaire et il ne l'avait pas évaluée. Il disait qu'il avait fait des tests de résistance puis il ne les avait pas faits. Il disait qu'il avait fait tels tests et que c'était correct, que je les avais faits adéquatement alors que ce n'était pas vrai, je n'arrivais même pas à les faire ces exercices-là en particulier. J'ai écrit un rapport de mes commentaires que j'ai envoyé au BÉM... Écoute là, moi je n'ai aucune réticence à me faire évaluer mais évalue-moi comme il faut! Évalue l'ensemble des aspects que tu es supposé évaluer et surtout, ce que tu as évalué, rapporte-le de façon appropriée, de façon professionnelle, selon l'éthique. Puis si tu ne vois pas des choses, tu ne marques pas que tu les as vues ou que tu les as évaluées si tu ne les as pas évaluées!»

Finalement, il faut souligner cette particularité régionale: certains travailleurs subissent des préjudices en raison des longs déplacements que leur impose chaque convocation au BÉM:

« Déjà que j'avais mal dans le dos, parce que je suis partie de Sherbrooke pour monter à Québec, t'sais, j'ai eu de la misère à toffer la run comme on dit. [...] Non, il n'y a pas de BÉM à Sherbrooke, il y en a un soit à Montréal ou à Québec, ça dépend, je pense, ou de l'employeur ou de la CSST où est-ce qu'il faut que tu ailles, puis tu n'as pas un mot à dire là-dedans. Fait que moi j'ai payé quelqu'un parce que je ne pouvais pas conduire puis vivre le stress de conduire pour monter jusqu'à Québec, c'était impossible. Fait que j'ai payé quelqu'un pour venir avec moi. »

■ **Que pensent les travailleurs du processus d'évaluation médicale?**

Il semble bien que le processus d'évaluation médicale soit vu par plusieurs accidentés comme un rouage d'une immense machine qui permet de contrôler et d'épargner des coûts aux employeurs, d'assurer des emplois à un nombre restreint de médecins experts et d'évacuer du système des travailleurs non productifs qui « ne valent plus rien »:

« Tu es un numéro puis, quand ton chiffre sort, il y a une petite porte qui s'ouvre puis tu sors de la roue puis là tu vas faire faire de l'argent à 2, 3 personnes, puis ça se remet à tourner. Puis là, ton numéro ressort, woups! Tiens, tu es rendu chez l'autre pour faire faire de l'argent un peu à ce monsieur-là: il « punch » ta carte... clic, clic, t'sais... Les trois quarts si ce n'est pas les 7/8 du monde qui sont là-dessus, ils se font tous avoir par la machine, d'après moi. »

« On a affaire à beaucoup de médecins... Évidemment, si ils sont jugés par les résultats, bien ils sont bien appréciés parce que ça ne coûte pas cher: quand des employés qui sont blessés au travail ne reçoivent pas d'indemnités, bien ça ne coûte pas cher! Bon débaras, nous on a gagné! Et c'est pas ça le thème de la loi, ce n'est pas ça l'esprit de la loi. »

Ils acceptent mal qu'on mette à l'écart l'opinion du médecin qui les soigne:

« Ils sont qui eux? pour dire que mon médecin travaille mal... Il me semble qu'il a été évalué à son université, il a son doctorat là, puis il a eu sa surspécialisation aussi... Pourquoi toujours contester les médecins pour les contester? » « Ils sont en train de tout le temps, tout enlever le pouvoir du médecin traitant dans un but d'économie malheureusement. Je pense que c'est la seule raison, hen! »

« On doit faire confiance à nos médecins, ce n'est pas des twits ça là! Les radiologistes là, ce n'est pas des ti-counes ça là... Ce gars-là, il n'est pas là pour jouer puis il ne te connaît pas, puis il ne veut pas te connaître, mais il est là pour lire qu'est-ce qui est écrit sur le film. [...] Eux autres mêmes [les gens de la CSST], quand ils sont blessés, ils vont se faire soigner par ces médecins-là. Pourquoi que eux autres pourraient aller se faire soigner par ces médecins-là en toute confiance puis que quand c'est un travailleur... il va se faire diagnostiquer par un de ces docteurs-là mais ils ne le croient pas! Je ne comprends pas là, je ne comprends pas encore... »

« On a l'impression que, du point de vue de la CSST ou de la CALP, que l'opinion du médecin traitant est complètement occultée du dossier. C'est la personne qui est la plus près du travailleur ou du blessé, qui a vu et pu constater l'évolution des blessures,

des maladies... C'est les gens au front là, les gens qui sont devant les faits, qui ne sont aucunement complaisants. Alors qu'on pense qu'ils sont là par complaisance et leur opinion est doutée en totalité et n'est jamais prise en compte. Puis l'autre, le médecin de l'employeur, tu le vois une fois puis bang! Tu es guérie! 5 minutes, puis tu n'as rien! c'est de la vraie, vraie mauvaise volonté!»

«... avoir 3 BÉM, c'est exagéré un peu là! En plus que mon agent de la CSST m'a dit: «C'est ton médecin traitant qui a le dernier mot» Mais pourquoi voyager autant? Si il a le dernier mot, laissez-le parler puis assoyez-vous! Mais là je trouve que c'est de l'abus, ton médecin dit ça, bien, il a le dernier mot? On t'envoie ailleurs! Il n'a pas le dernier mot! C'est eux qui veulent avoir le dernier mot...».

■ Effets sur la santé des travailleurs

Beaucoup de travailleurs et travailleuses se sont plaints d'avoir eu à subir une multitude d'évaluations médicales qui n'avaient pas d'objectif thérapeutique mais visaient uniquement un objectif de contrôle.

«Il y a trop d'intervenants dans l'histoire, il y a trop d'intervenants! Ça n'a pas d'allure là! Tout le monde donne son opinion!»

«C'est arrivé des semaines, j'ai vu 3 médecins: c'était régulier ça. Ça m'est arrivé souvent même, au début, que je devais voir celui de l'employeur, le mien puis un de la CSST. Une vraie folie là!... Avoir 3 BÉM, plus les médecins... moi je trouve qu'il y a de l'abus»

«Si mon médecin me disait: Bon, bien, je t'envoie passer une expertise. Alors eux autres, ils m'envoyaient passer une expertise par la suite. Ça marchait de même là: j'ai rencontré 23 médecins!»

Les controverses médicales et les multiples convocations pour expertise sont une grande source de stress pour les accidentés qui sont déjà fragilisés par la lésion qu'ils ont subie:

«Je pense que j'en ai fait 9 ou 10... Des psychiatres de l'employeur, j'ai été en voir 5 ou 6, plus les deux du BÉM, plus [le mien] 2 fois. Fait que je passais mon temps chez les psychiatres, je passais mon temps... puis ça, c'est stressant hen!

«C'est beaucoup de stress, avant en tout cas. Bien avant, à partir du moment où tu as le papier, puis... avant que tu y ailles, ça prend des fois 1 mois, 1mois et demi puis..., tu as une drôle de vie à mener durant ces étapes-là. Moi en tout cas, le peu que j'ai vécu c'est déjà trop... avec le BÉM, avec les médecins à Québec: faut que ça cesse des cas comme moi... ça détruit les familles, ça détruit le monde en tout cas...»

«Mais c'est-tu stressant ça? Comme si tu as besoin de ça... tu sais, tu as des pertes... tu as des pertes au niveau académique, au niveau professionnel, au niveau sportif, au niveau personnel, au niveau social, puis là, il faut que tu t'obstines avec eux autres, en plus de ta douleur! Sacrifice, des plans pour tuer quelqu'un! Tu te rends pire t'sais, au lieu de t'améliorer, je trouve...» (travailleuse qui a, exceptionnellement, obtenu 3 rapports favorables du BÉM)

L'expérience de l'expertise a été vécue comme une source de souffrance physique et mentale

par plusieurs travailleurs. Cette travailleuse, qui a dû se soumettre à une multitude d'expertises, associe ce processus à sa dépression :

« Il m'a évalué les mouvements de la tête, puis là il m'a dit: « est-ce que tu es capable de tourner plus? » J'ai dit: « Non, je ne suis pas capable, ça me fait mal. Je ne suis pas capable! » Puis là, il m'a pris... il m'a tenu... il s'est mis en arrière de moi, il m'a tenu l'épaule, il m'a pris le menton puis il m'a vraiment forcé le mouvement et c'est suite à ça que j'ai régressé. Les genoux m'ont débarré... puis j'ai parti à pleurer, puis j'avais vraiment mal! Mais là il me disait: « Tu fakes, ce n'est pas vrai! ». Puis dans son rapport, il a dit que je me plaignais pour n'importe quel mouvement. [...] là je régressais d'autant plus que les petits pas que j'avais réussi à franchir, je ne les avais plus. Le petit peu que j'avais réussi un peu à gagner, qui me donnait un peu de lumière – une lumière dans le tunnel- venait de s'effondrer: je recommençais à zéro. Là je me disais: ce n'est pas vrai que je vais recommencer à zéro! Ça fait 2 ans que je suis là-dedans là... je vais capoter moi! Là, mon médecin a dit: « que tu le veuilles ou non, tu es en dépression! ».

L'appel et la conciliation

Les personnes ayant participé à notre étude avaient fait l'expérience de divers tribunaux d'appel: certaines avaient été entendues par la Commission des lésions professionnelles (CLP), tribunal qui siège depuis le 1^{er} avril 1998, d'autres par la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles (CALP), tribunal qui a entendu les causes entre le 19 août 1985 et le 31 mars 1998; il y en avait même quelques-unes qui avaient eu recours à la Commission des affaires sociales, la cause en litige portant sur une lésion professionnelle survenue avant le 19 août 1985. Plusieurs travailleurs s'étaient retrouvés successivement devant deux tribunaux différents, trois dans de rares cas. Plus de la moitié des personnes rencontrées avaient dû se rendre en appel pour faire valoir leurs droits, soit en raison du rejet complet ou partiel de leur réclamation par la CSST ou la DRA, soit en raison d'une contestation de l'employeur une fois la réclamation acceptée par la CSST. Au moment de leur entrevue, 41 personnes avaient déjà participé à au moins une audience ou séance de conciliation et 10 autres étaient en contact avec la CLP et en attente d'audience. D'autres n'avaient pas encore eu de problèmes justifiant l'exercice d'un recours et seulement 25 avaient traversé l'ensemble des étapes de leur réclamation sans judiciarisation du dossier. Des personnes dont les dossiers étaient suffisamment avancés pour qu'elles soient en mesure de nous dire si oui ou non il y avait eu ou il y aurait un recours en appel, 74% des femmes et 57% des hommes étaient concernées par un recours à un tribunal d'appel.

Nous étions particulièrement intéressés par le processus d'appel car nous voulions savoir si le fait, pour les accidentés, d'aller en appel ou de recourir à des avocats ou à des représentants pour plaider leur cause avait un impact sur le déroulement et la perception de leur expérience. Nous voulions aussi savoir si les travailleuses et les travailleurs vivaient des expériences similaires ou différentes. Certaines des personnes interviewées avaient été choisies pour nous parler tout particulièrement de leur expérience de l'audience, bien que ces personnes nous aient également fait part de l'ensemble de leur expérience de réclamantes.

L'analyse des entrevues nous a permis de voir que les expériences vécues par les travailleuses et par les travailleurs comportent de nombreuses similitudes et quelques dissemblances.

Toutes les personnes ayant vécu un appel ont trouvé le processus stressant, bien que les aspects les plus stressants aient pu varier d'une personne à l'autre. Pour beaucoup, faire face à l'inconnu était une source de stress importante et déstabilisante. Cela contribue à la ner-

vosité, particulièrement chez les travailleuses qui semblaient avoir une connaissance moindre du processus d'appel, qu'il s'agisse d'une connaissance personnelle du processus ou de connaissances transmises par des collègues. Pour certaines personnes, le niveau de stress était tellement important qu'elles nous ont confié avoir vraiment pensé tout laisser tomber, même en sachant avoir raison, tellement elles avaient peur de passer devant le tribunal.

Le stress est attribuable non seulement à l'inconnu mais aussi à l'énorme enjeu que représente l'audience. Plusieurs personnes nous ont dit qu'elles jouaient leur vie à l'audience tellement les conséquences étaient importantes pour elles et pour leur famille.

■ L'expérience de l'audience

Pour plusieurs, le fait d'être écouté, parfois pour la première fois, par quelqu'un qui est relié au système d'indemnisation, a eu un effet soulageant, particulièrement lorsqu'ils ont pu dire ce qu'ils voulaient dire sans en être empêchés par la nervosité ou par l'intimidation de la partie adverse. Plusieurs ont souligné la bonne qualité d'écoute des commissaires de la CLP, et l'importance de cette écoute pour diminuer leur stress. Certains sont ressortis en se sentant revalorisés, même avant de recevoir le jugement du tribunal. La plupart sont très fiers d'être « passés au travers » et, sauf exception, les travailleurs et travailleuses que nous avons rencontrés n'ont pas regretté de s'être présentés à l'audience à la CLP, même si, dans certains cas, le jugement a été décevant.

« Ce fut tout de même profitable puisque c'était la première fois qu'on était réellement à l'écoute du déroulement du processus ayant causé la lésion... Personnellement, ce fut important pour moi qu'on reconnaisse enfin la vérité. Je pouvais enfin passer à autre chose. Tout ce processus m'a servi à moi-même et, par la suite, j'en suis convaincue, à faciliter le règlement d'un autre dossier. »

L'expérience de témoigner est donc généralement positive, mais certains aspects du témoignage, et d'autres aspects de l'audience, particulièrement le déroulement du contre-interrogatoire ou de la déposition des autres témoins, peuvent être une source de tensions importantes. Par exemple, plusieurs ont eu l'impression que l'avocat de la partie adverse faisait tout pour les prendre en défaut, pour essayer de les faire se contredire, pour remettre en question leur honnêteté et saper leur crédibilité. C'est très souvent en décrivant cette partie de l'audience que les personnes interviewées nous ont dit s'être senties comme des criminels. Le contre-interrogatoire contribue donc souvent à l'effet stigmatisant du processus.

« ... tu as l'air justement, devant l'avocate de l'employeur, j'avais l'air d'un bandit mais ça, ça m'achalait un peu et puis elle pose des questions, elle revient sur les mêmes questions, puis elle essaie de dire des choses que tu n'as pas dites là... pour essayer de te mêler. « Me semble que vous avez dit tantôt » Puis là tu viens à un moment donné, tu deviens comme un peu mélangé... puis là tu dis... j'ai l'air quasiment d'un gars qui conte des menteries. »

Les personnes dont le français n'était pas la langue d'usage supportaient un fardeau supplémentaire car elles avaient peur de ne pas s'exprimer correctement si elles utilisaient le français, ou de ne pas être comprises si elles utilisaient l'anglais (nous n'avons pas rencontré de personnes ayant fait appel à un interprète).

Pour plusieurs, entendre les témoignages des autres était aussi, sinon plus stressant que de témoigner eux mêmes, à la fois parce qu'ils se sentaient injustement attaqués mais aussi parce qu'il leur était interdit de réagir immédiatement aux propos entendus. Certains se sont sentis

déstabilisés par la présence de leur employeur qui avait dit qu'il ne se présenterait pas à l'audience, ou par le témoignage défavorable de collègues.

« Le médecin de [l'employeur] a dit en cour que j'étais une menteuse. Puis moi, mon honnêteté fondamentale, ma qualité principale... je ne l'ai pas pris là, là je suis sortie en pleurant après l'audience! Qu'il dise ça là, c'est encore un coup de couteau, un poignard dans le cœur. Qu'il dise à l'audience que « Madame est une menteuse » ! »

Les gens ne comprenaient pas toujours la composition du tribunal. Plusieurs pensaient qu'il comportait un membre de la CSST. L'identité et le rôle des membres syndicaux et patronaux s'avéraient pour plusieurs énigmatiques.

« Moi je sais pas si c'était trois commissaires ou si c'était des personnes de la CSST... parce que je me battais contre la CSST, là. Ça fait que, d'après moi, il y avait quelqu'un de la CSST... »

La décision a évidemment un impact important sur la vie des travailleuses et travailleurs et il va de soi que lorsqu'elle est favorable, elle rehausse l'estime de soi et légitime le réclamant. Lorsque la décision est négative, elle a souvent l'effet inverse. Toutefois, l'impact négatif de l'échec est parfois tempéré par le discours du commissaire qui souligne dans sa décision la bonne foi et la crédibilité du travailleur.

« ... ils le disent à un moment donné... là-dedans, que mon témoignage était très, très crédible puis que ce n'était pas... Il n'y a pas d'invention là puis que ce n'était pas phony mon affaire t'sais... J'étais content en hostie!... Quand j'ai lu que... hostie qu'il y en a un qui m'a cru en quelque part t'sais... Quand ils t'écoutent puis que c'est juste... »

De façon générale, les travailleurs gardent une impression plutôt favorable du commissaire qui les a entendus; il en est parfois autrement, en particulier lorsque l'audience porte sur une requête en révision pour cause. Même informés de la nature de cet « appel », les travailleurs comprennent mal que le commissaire ne s'intéresse pas aux questions de fond, à la crédibilité, à la preuve médicale, etc. Ils ont l'impression que l'institution ne s'intéresse pas à la vérité et en sont profondément choqués.

« [la révision pour cause] Une farce monumentale!... Parce que... parce que le premier avait le droit de se tromper mais il n'a pas enfreint la loi. Il s'est trompé, on s'en fout. »

■ Les facteurs qui déterminent l'expérience de l'audience

L'audience est stressante pour tous, mais le niveau de stress peut être augmenté par l'importance de l'enjeu, le niveau de déséquilibre entre les parties, la durée d'attente avant l'audience, la durée de l'audience et la qualité de la préparation préalable de l'accidenté.

Les coûts reliés à l'audience à la CLP (frais de représentation, de production d'expertises médicales, de témoins-experts) sont souvent énormes. Très peu des personnes rencontrées avaient eu droit à l'aide juridique, presque exclusivement celles qui bénéficiaient de la sécurité du revenu. Dans certaines régions, les avocats n'étaient tout simplement pas disponibles ou encore ils n'étaient pas familiers avec la *LATMP*. Certaines personnes ont eu recours à des représentants incompetents.

Les coûts engagés pour la défense de la personne qui exerçait son droit d'appel s'échelonnaient de 1000 \$, pour des dossiers assez simples, à 49,000 \$ dans un cas où l'étiologie de la

lésion était controversée. Dans ce dernier cas, c'était le syndicat qui assumait ces coûts, et il est fort probable que, n'eût été de cet appui, la lésion du travailleur n'aurait pas été reconnue. Dans beaucoup d'autres cas, les coûts des services de représentation et d'expertise représentaient une proportion importante des gains résultant du jugement. Certaines des personnes que nous avons rencontrées ont dû se défendre seules, faute de disposer des moyens financiers ou d'un soutien syndical.

Dans plusieurs cas, le travailleur devait faire face, en audience, aux deux autres parties, l'employeur et la CSST, toutes deux représentées par avocats et parfois accompagnées de médecins experts pour soutenir leur contestation de la réclamation du travailleur. Même pour celui qui bénéficie d'une bonne représentation syndicale, le déséquilibre est flagrant. Lorsque la personne est non-syndiquée ou que la représentation syndicale est absente ou défaillante, le déséquilibre est encore plus criant.

■ L'expérience de la conciliation

Depuis 1992, la CALP et maintenant la CLP ont développé un service de conciliation qui a pris aujourd'hui des proportions importantes. Presque la moitié des dossiers de la CLP sont fermés à la suite d'une conciliation⁵, et ces dossiers sont réglés, dans la majorité des cas, par un désistement, possiblement accompagné d'un accord ou d'une transaction soustrait au regard de la CLP.

Nous avons entendu plusieurs commentaires concernant le processus de conciliation et son effet sur la santé des justiciables. Les points de vue des avocats qui représentent les travailleurs sont parfois différents de ceux des travailleurs ayant participé à l'étude.

Les avocats croient que, très souvent, le règlement obtenu à la suite du processus de conciliation est le meilleur règlement possible pour leur client, particulièrement lorsque les possibilités de gagner la cause en audience sont faibles, compte tenu des différents facteurs propres au processus juridique (disponibilité d'expertise ou d'argent pour faire faire une expertise, conflit jurisprudentiel sur la question en litige, fragilité psychologique du travailleur qui pourrait compromettre sa capacité de se faire comprendre, nombre de jours d'audience nécessaires et les coûts afférents, difficultés de preuve dans les cas de maladies controversées ou à étiologie multiple, ambiguïtés et contradictions dans la preuve médicale, tous ces éléments mis en balance avec la contrepartie offerte en règlement du litige). Les avocats pensent obtenir en conciliation de bons règlements dans beaucoup de cas qui, selon eux, seraient autrement perdus.

Certains travailleurs et travailleuses et des personnes travaillant dans les associations pour la défense des accidentés nous ont fait part, de leur côté, du fait que les conséquences de ces ententes, à court mais aussi à long terme, ne sont pas toujours clairement exposées ou expliquées aux travailleurs. Une entente peut sembler bénéfique à court terme tout en fermant des portes pour l'avenir et il arrive que le travailleur ne saisisse pas à quoi il a renoncé en y consentant.

Plusieurs de ceux et celles qui ont été soumis au processus de conciliation disent s'être sentis complètement exclus de l'opération. Selon l'expérience qu'ils ont vécue, il s'agissait davantage d'un échange entre les représentants des parties et les conciliateurs que d'un processus visant à réconcilier les parties elles-mêmes pour mieux leur permettre de continuer à travailler ensemble.

L'entente obtenue par voie de conciliation donne rarement au travailleur le sentiment de validation que comporte le jugement d'un commissaire qui l'a bien écouté et qui l'a jugé crédible. Par contre, la conciliation évite au travailleur de subir le stress du contre-interrogatoire

5. En 2003-2004 la CLP a rendu 8251 décisions, a entériné 3353 accords en conciliation et à constaté 7818 désistements à la suite d'une activité de conciliation (auquel s'ajoutent 3041 désistements dits «naturels»), voir CLP, *Rapport annuel de gestion 2003-2004*, Gouvernement du Québec, 2004.

et les conséquences néfastes de cette remise en question supplémentaire. Pour certains, le règlement représente un soulagement après un long processus épuisant. D'autres se demandent encore aujourd'hui s'ils se sont trompés en acceptant l'entente proposée ou en se désistant et parfois, plusieurs années plus tard, ils songent encore à ce qui aurait pu se passer s'ils avaient choisi de se rendre à l'audience.

Lorsque la conciliation précède l'audience et qu'elle échoue, l'effet déstabilisant est accru, et un travailleur nous a confié que son représentant avait insisté pour reporter la date de l'audience tellement il était en colère, au point de n'être plus en mesure de témoigner avec sérénité. D'autres, qui ont procédé à l'audience après l'échec de la conciliation, sont révoltés du fait que l'avocat de la partie adverse remette tout en question à l'audience, malgré les admissions faites pendant la conciliation. Même si ce comportement de l'avocat est juridiquement admissible, humainement, du point de vue des travailleurs, cette remise en question des faits admis mine la crédibilité de l'avocat et de l'organisme qu'il représente, qu'il s'agisse de la CSST ou de l'employeur. Cela contribue à exacerber la frustration que ressentait déjà le travailleur du fait même de l'existence du litige.

Ce qui différencie l'approche des travailleurs de celle des représentants en ce qui concerne le choix du mode de règlement des litiges à la CLP, c'est que les travailleurs qui soumettent une cause au tribunal cherchent bien plus qu'un soutien économique. Ils cherchent une reconnaissance de la légitimité de leur expérience; ils veulent que le tribunal reconnaisse qu'ils n'exagèrent pas, qu'ils sont honnêtes, que c'est véritablement le travail qui les a blessés, que l'emploi convenable qui leur est proposé n'est pas convenable, qu'ils ont eu raison de réclamer ou de contester. Un montant d'argent ne peut pas à lui seul combler ces attentes. L'audience peut, par contre, entraîner des effets dévastateurs: lorsque le travailleur perd sa cause, le jugement rendu soulignera peut-être que le travailleur n'était pas crédible, que sa maladie était d'origine personnelle, qu'il est capable de faire un travail qu'il se sait incapable de faire, etc. Un tel discours aura des effets néfastes sur l'estime de soi et possiblement sur la santé mentale du travailleur: c'est aussi contre ces effets que les représentants cherchent à protéger leurs clients lorsqu'ils recommandent un règlement en conciliation.



6

Quelles situations présentent des défis particuliers ?

Particularités régionales

Plusieurs différences régionales sont ressorties de notre étude. Les travailleurs provenant de petites communautés sont plus susceptibles de côtoyer leur agent dans la vie quotidienne et donc de se sentir davantage sous surveillance. La pénurie de ressources médicales dans les régions non urbaines fait en sorte que les travailleurs apprécient particulièrement le meilleur accès aux soins qu'entraîne la reconnaissance de la lésion; par contre, cette pénurie oblige à de longs déplacements pour se faire soigner et expertiser et rend plus difficile de faire valoir ses droits lorsque les questions médico-légales sont controversées. Dans une petite région, il arrive aussi plus souvent que les spécialistes travaillent déjà pour la CSST, soit comme médecins désignés soit comme médecins experts, ce qui rend parfois problématique leur relation avec les accidentés. Dans d'autres cas, lorsque les rares médecins d'une spécialité refusent de traiter des accidentés ou sont incompetents, l'impact sur l'accidenté sera bien plus grave que si celui-ci était à Montréal et en mesure d'accéder à d'autres ressources. Dans certaines régions, les ressources médicales sont inexistantes pour ceux qui ont un litige avec la CSST. Dans d'autres, ce sont les ressources juridiques qui sont manquantes, même pour ceux qui seraient en mesure d'en assumer le coût. La CSST et les moyennes et grandes entreprises, dans ces régions, ont déjà médecins et avocats à leur service. Ce n'est pas le cas des victimes de lésions professionnelles.

Certaines pratiques régionales de la CSST ont un effet particulièrement néfaste sur les accidentés des petites communautés. Nous avons rencontré, dans une région éloignée, plusieurs accidentés ayant fait l'objet de vidéo-surveillance et l'impact de cette pratique se faisait sentir sur l'ensemble des travailleuses et travailleurs. Dans cette région, cette stratégie semblait plus utilisée qu'ailleurs et, en raison de la petite taille de la communauté, tout le monde se sentait concerné et effrayé par cette pratique.

Les représentants des accidentés ont aussi souligné le manque de ressources médicales (psychologues et psychiatres) susceptibles de prendre en charge les personnes des régions éloignées atteintes de lésions psychiques résultant du processus, ces ressources étant concentrées dans les grands centres urbains.

Les travailleuses et travailleurs atypiques

Les travailleurs atypiques rencontrent souvent des difficultés particulières dans leur parcours de réclamation (Lippel, 2004). Ces personnes occupent parfois plusieurs emplois, leurs horaires de travail sont très irréguliers, les calculs relatifs à leurs revenus bruts sont donc plus complexes, leurs possibilités de réadaptation professionnelle sont plus limitées et même, dans certains cas, des questions aussi simples que celle de l'identification de l'employeur deviennent source de litiges. La reconnaissance d'une maladie professionnelle est souvent plus difficile dans leur cas, l'exposition aux risques qui entraînent des maladies professionnelles étant plus difficile à démontrer. Leur taux de syndicalisation est plus faible et leurs collègues de travail que, bien souvent, ils ne connaissent pas, sont peut-être moins portés à les soutenir lorsque

6. Quelles situations présentent des défis particuliers ?

vient le temps de faire la preuve d'un accident du travail. Nous avons rencontré un travailleur œuvrant pour une agence de travail temporaire qui, lors de son accident, a dû demander à sa femme de venir le chercher à quelques centaines de kilomètres de chez lui parce que tant le donneur d'ouvrage que l'agence prétendaient que ce n'était pas à eux d'assumer le coût de l'ambulance. D'autre part, ces travailleurs subissent souvent une pression économique plus grande car ils sont dans une situation encore plus précaire que les personnes qui travaillent à plein temps pour un seul employeur. Les employés de sous-traitants, exposés à une multitude de produits chez les donneurs d'ouvrage, échappent parfois aux mécanismes de protection mis en place par la CSST pour dépister l'exposition excessive aux substances toxiques (Lippel, 2004a). De plus, le droit de retour au travail pour un salarié de sous-traitant est illusoire.

Nous avons aussi constaté que certaines personnes éprouvaient des difficultés particulières reliées soit à l'attitude des acteurs du système à l'égard de leurs caractéristiques personnelles soit à la nature particulière de leur problème de santé.

Les travailleuses

Nous avons vu que le taux de syndicalisation des travailleuses qui ont participé aux entrevues était de 56%, alors que celui des hommes était de 43%; malgré ce fait, l'impact négatif de la lésion sur les revenus était plus grand chez les femmes que chez les hommes (Tableaux 3 et 4). Plus de travailleuses que de travailleurs ont vu leur réclamation rejetée (Tableau 1), possiblement en raison du fait qu'elles sont davantage victimes de maladies professionnelles (24% des femmes interviewées) que les travailleurs (11% des hommes interviewés). Certaines nous ont dit qu'elles se sentaient désavantagées parce qu'elles n'avaient pas les moyens de se payer un avocat, et nous avons constaté que les travailleuses étaient moins familières que les travailleurs avec les mécanismes d'appel et les pratiques de la CLP. Une travailleuse soulève dans ces termes son questionnement:

« Ou peut-être que c'est pire parce que je suis une femme (rire) sans vouloir être sexiste... parce que pour eux autres...[...] quand on dit un homme c'est le pourvoyeur. Plus maintenant parce que les femmes travaillent, puis même il y a des femmes qui gagnent plus que le mari. Mais j'ai comme l'impression que peut-être on peut être jugée, ou je ne sais pas si on peut dire ça, différemment, l'homme de la femme parce que moi c'est un salaire d'appoint. Parce que à 414\$ par semaine que je gagnais brut, qu'il restait 300 et je ne sais pas quoi par semaine, c'est dur à arriver ça. On appelle ça un salaire d'appoint puis ce n'est pas un salaire. Si j'avais été monoparentale, ces affaires-là, c'est sûr que tu ne peux pas vivre avec ça.

Fait que je me dis moi, peut-être pour eux autres, c'est une femme, c'est moins important de régler ça, ça ne presse pas, elle va se tanner peut-être ou t'sais... Elle peut rester chez elle. Tandis que si c'est un homme que lui il apporte, c'est le pourvoyeur numéro 1 du foyer, bien là, peut-être que ça, ça se règle mieux, je ne le sais pas. Mais j'aurais peut-être pas des doutes, mais je serais curieuse de savoir le pourcentage qui peut gagner en étant homme ou femme. Parce que travail égal, ça ne l'est pas encore ça là, le travail égal puis paiement égal. Fait que... »

Certaines travailleuses ayant participé à notre étude étaient atteintes de maladies connues comme étant difficiles à faire reconnaître en raison des controverses dont elles sont l'objet dans la communauté médicale: l'une avait un diagnostic de fibromyalgie, une autre était atteinte d'hypersensibilité chimique. D'autres étaient atteintes de problèmes de santé claire-

ment visés par la législation, comme les tendinites ou les lésions psychiques reliées au harcèlement, mais malgré les connaissances médicales sur ces questions et malgré la clarté de la législation, ce sont des problèmes de santé qui sont très souvent l'objet de litiges à la CSST et ces litiges impliquent très souvent des travailleuses (Lippel, 1992, 1999, 2002a, 2003; Pronovost, 2003; Fabris, 2004). Tous ces éléments, de nature conjoncturelle ou systémique, contribuent à rendre plus difficile l'expérience de certaines travailleuses.

Les stéréotypes existants selon lesquels le travail des femmes serait moins exigeant, moins nocif pour la santé (Messing, 2000) sont partagés par beaucoup d'acteurs dans le système. Dans certaines régions, nous n'avons pas pu rencontrer de travailleuses. Au dire d'une personne bien informée « les travailleuses n'ont pas de problème avec la CSST dans la région, à part du fait que leurs réclamations sont toutes refusées. ».

Les travailleuses et travailleurs immigrants, allophones ou anglophones

Alors que d'autres ont étudié l'expérience particulière des travailleuses et travailleurs immigrants qui réclament à la CSST (Gravel et al., 2003; Patry et al., 2005), nous ne visions pas cet objectif dans la présente recherche. Néanmoins, l'expérience de certaines des personnes rencontrées permet de croire qu'il y a lieu d'examiner davantage l'accueil qui est réservé à cette clientèle et en particulier aux non-francophones. Dans l'ensemble, leurs expériences sont semblables à celles des autres participants, mais elles comportent aussi quelques traits particuliers.

Plusieurs travailleurs craignent d'être mal compris, et ce problème affecte tout particulièrement les non francophones, qui ont peur non seulement d'être mal compris mais de mal comprendre. Les anglophones peuvent avoir accès aux textes de loi et à certains dépliants dans leur langue, ce qui n'est pas le cas chez les allophones, mais lorsqu'ils reçoivent leur dossier, plusieurs pièces sont en français et ils ne comprennent pas toujours ce qui s'y trouve. Les nouveaux immigrants connaissent peu de choses du système de réparation et rien ne semble être fait pour leur faciliter la tâche, tout au moins en ce qui concerne les travailleurs que nous avons rencontrés. Plusieurs travailleurs anglophones ont souligné le caractère accommodant et même proactif de leur agent d'indemnisation. Par contre, certains d'entre eux entretiennent tout autant la crainte d'être mal compris et de mal comprendre.

Certains travailleurs immigrants se sentent harcelés, comme si l'agent de la CSST se faisait un devoir d'être plus vigilant à l'égard d'un travailleur immigrant. En voici un exemple :

« R: Parce que dans les entrevues qu'ils font ok, quand ils voient qu'on ne peut pas s'exprimer comme il faut, ils commencent à faire d'autres questions. Ils commencent à appeler plus souvent à la maison. "Et je veux parler avec monsieur, je veux lui faire faire quelque chose. Je veux qu'il vienne ici.", alors plus de harcèlement comme on dit. Je ne sais pas... si... dans mon cas, c'est ça qui est arrivé. Et puis... je ne connais pas les autres cas, mais c'est ça dans mon cas. C'est pour ça que je dis qu'il y a toujours... quand on est... on n'est pas né ici, ils cherchent quelque chose à... »

Q: Ils t'appellent plus souvent?

R: Oui, oui, oui.

Q: Pour comprendre ce que tu veux? Ou pour faire des pressions sur toi?

R: Bien je trouve les deux, les deux oui. Pour faire des pressions, pour connaître... pour prouver... Mais si on est à l'école, on ne peut pas être à la maison... Si on est à la CSST, on ne peut pas être... comme ça... j'ai quitté vraiment plusieurs fois, parce

6. Quelles situations présentent des défis particuliers ?

que... il y avait un agent que ça... Celui de la réadaptation... il voulait tout le temps que je l'appelle, que je l'appelle, ce n'est pas... »

Les stéréotypes évocateurs de l'époque du « syndrome méditerranéen » semblent toujours à l'œuvre chez certains médecins « experts » :

« Le monsieur du BÉM, il m'a dit que le problème, c'est que je viens d'un pays où on a beaucoup la guerre, qu'on avait beaucoup de guerre et ça c'était un problème dans ma tête, psychologique. Que j'avais mal, que tout le monde qui vient de mon pays, c'est la même chose. Que ça, ce n'est rien, que ça, ce n'est pas une hernie... ».

Cependant, un des travailleurs immigrants que nous avons rencontrés, qui maîtrisait parfaitement le français, a souligné qu'il n'avait ressenti aucune discrimination à son endroit.

Par ailleurs, certaines des personnes que nous avons rencontrées, qui sont nées ici et dont le français est la langue maternelle, semblaient avoir aussi éprouvé des problèmes de communication, comprenant mal l'information ou se faisant mal comprendre en raison soit d'un faible niveau de scolarité soit d'un écart trop grand dans les niveaux de langue utilisés. Ces problèmes de communication, qui touchent plusieurs catégories de personnes, engendrent insécurité et confusion. Dans l'analyse des problèmes et des solutions, il est donc important de tenir compte, comme de variables distinctes, de la langue, de l'ethnicité et du degré d'intégration au Québec.

7

Recommandations : comment faire pour éviter que le processus ne nuise à la santé des victimes de lésions professionnelles ?

Le régime ne devrait pas promouvoir la contestation des réclamations des accidentés

• Les pratiques institutionnelles qui visent à inciter les employeurs à « mieux gérer » les questions de santé et sécurité du travail, et notamment les modifications législatives apportées dans les années 90 aux règles de financement du régime, ont eu pour effet d'augmenter les contestations non seulement des réclamations initiales, mais de toutes les décisions survenant à chaque étape du processus d'indemnisation. Les avocats du Québec qui ont participé aux entrevues de groupe ont fait état d'une nette augmentation des litiges au cours des dernières années, comparativement aux années 80, et ont souligné, en particulier, le rôle exercé par les mutuelles qui incitent les petits employeurs à remettre en question et à contester les réclamations. Par ailleurs, les litiges sont de plus en plus complexes et il est donc plus coûteux que jamais de faire valoir ses droits. Les témoignages des personnes rencontrées illustrent abondamment les effets néfastes de la mise en question de la légitimité d'une réclamation, pratique qui est souvent perçue comme malicieuse et gratuite et qui donne aux travailleurs l'impression d'être traités comme des criminels. La multiplication des examens médicaux dits de contrôle, sans aucun objectif thérapeutique, mine la confiance des travailleurs dans le régime, dans la profession médicale et, dans certains cas, sabote la relation thérapeutique avec les médecins traitants. Ces examens peuvent également exacerber les problèmes psychiques et physiques des accidentés.

« Par rapport aux lésions psychiques causées par le système, [une des causes] c'est tout le système de contestation qui fait en sorte que les litiges peuvent être multipliés quasiment à l'infini; puis en plus de ça, parallèlement au traitement, parallèlement au processus d'indemnisation avec la CSST, il y a les litiges qui sont pendants à deux instances et puis à un moment donné, il y a un dossier qui retourne à la CSST, il y en a d'autres qui restent pendants à la CLP: ça là, c'est un capharnaüm incroyable. » *Avocat*

• Les pratiques institutionnelles qui nient, en première instance, le droit à une réparation pour des lésions dont on sait qu'elles seront probablement reconnues par la CLP, pratiques qui semblent particulièrement répandues dans les dossiers de lésions psychiques, de maladies professionnelles reliées au travail répétitif et de rechute, récidive ou aggravation, contribuent à aggraver les atteintes à la santé en retardant l'accès aux soins et en augmentant le stress associé aux contestations.

En 2003-2004, la CLP a ouvert 26 163 dossiers et a rendu 8251 jugements⁶. Dans la même année, le Tribunal d'appel ontarien (le Tribunal de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail) a été saisi de moins de 4000 appels et avait 4639 dossiers actifs. Pourtant il y a plus de dossiers ouverts par la Commission ontarienne que par la CSST. Par ailleurs, les représentants des travailleurs de la Colombie Britannique soulignent que, dans cette province, il est très rare que l'employeur conteste une réclamation ou une question reliée à l'incapacité du travailleur.

Le fait de refuser des réclamations de prime abord bien fondées, ou d'inciter les employeurs à contester les réclamations, les rapports médicaux des médecins traitants, les plans individualisés de réadaptation professionnelle proposés et les autres aspects du dossier contribue à rendre le processus stressant et nuisible à la santé des justiciables accidentés. Le travailleur se sent méprisé, doit souvent répéter devant plusieurs interlocuteurs l'ensemble des informations entourant son accident ou reliées au développement de son incapacité et se sent dans certains cas obsédé par la lésion et le processus car son état est continuellement en litige, dans certains cas pendant des décennies. À la longue, chez plusieurs des personnes rencontrées, ce processus a contribué à l'émergence de nouveaux handicaps et d'un état d'invalidité coûteux dans tous les cas pour les individus qui les subissent et parfois pour la CSST ou l'État lorsque l'invalidité donne lieu à une indemnisation ou à de nouveaux soins.

Il faut éviter toute pratique qui contribue à la stigmatisation des accidentés du travail

- Des mesures devraient être prises pour s'assurer que l'ensemble des institutions et acteurs qui interviennent dans le processus de réparation réalisent les conséquences de la stigmatisation des victimes de lésions professionnelles. Tout procédé qui contribue à cette stigmatisation devrait être remis en question (qu'il s'agisse de campagnes médiatiques, de cours de formation des agents, de stratégies de contre-interrogatoire, de stratégies de contestation etc.)
- Le recours à la vidéo-filature devrait être soumis aux mêmes règles qui sont appliquées à la vidéo-filature de criminels soupçonnés d'avoir commis un crime en vertu du *Code criminel du Canada* (Lippel, 2005). Dans tous les autres cas, les employeurs et la CSST ne devraient pas avoir le droit de recourir à la vidéo-filature.
- Les syndicats devraient porter une attention particulière à la conscientisation de l'ensemble de leurs membres quant à l'importance d'avoir du respect à l'égard des accidentés du travail et des victimes de maladies professionnelles, afin que les collègues de travail accueillent les accidentés qui tentent de réintégrer le milieu et que la culture du milieu bannisse les stéréotypes d'accidentés-abuseurs.
- Les associations d'accidentés du travail pourraient également continuer leur travail dans ce sens et favoriser chez leurs membres et chez les accidentés qu'ils côtoient la prise de conscience des effets néfastes de ces stéréotypes (que certains d'entre eux véhiculent encore parfois) et des conséquences qu'il entraînent pour tous les accidentés.

Comment contrer le déséquilibre?

- Les personnes qui bénéficient d'une assurance salaire couvrant leurs absences pour raison de maladie sont beaucoup moins vulnérables aux différents stressors auxquels sont assujetties les personnes qui ont uniquement le droit à une indemnité rattachée à la reconnaissance d'une

6. CLP, Rapport annuel de gestion 2003-2004, Gouvernement du Québec, 2004.

lésion professionnelle. Lorsque la personne blessée doit retourner au travail malade parce qu'elle ne reçoit pas le soutien économique adéquat, les lésions s'aggravent. Lorsque le rejet de l'appel à la CLP ou la période d'attente précédant l'audience implique une absence totale de revenus et l'obligation d'assumer, en plus, les frais afférents à l'appel, le déséquilibre devient insupportable et les travailleurs renoncent à leurs droits, se sentant à juste titre brimés et amers. Au Canada, 50% des salariés ont accès à une forme d'assurance salaire, mais chez les travailleurs atypiques, temporaires, sur appel, à temps partiel, saisonniers, seulement 14% des personnes sont ainsi protégées. Si tous les salariés bénéficiaient d'une assurance salaire (publique ou privée) en cas de maladie, l'enjeu que représente une réclamation à la CSST ou un appel à la CLP serait moins démesuré et les travailleurs auraient moins l'impression de jouer leur vie sur un coup de dés. Plusieurs pays européens assurent une telle protection bien que le mode de financement puisse varier d'un pays à l'autre. Dans tous les cas, les coûts des lésions professionnelles demeurent à la charge exclusive de l'employeur.

- Les coûts de la représentation et des expertises médicales rendent illusoire l'accès à la justice pour bon nombre de travailleurs accidentés. Alors que la SAAQ assume le coût d'un certain nombre d'expertises dans les cas où l'appel est accueilli, il n'en est pas ainsi pour les expertises produites dans le cadre d'un litige à la CSST. Les employeurs et la CSST ont bien plus de moyens que les travailleurs; alors, cette absence d'appui nuit de manière systémique aux travailleurs accidentés et les prive du droit à une défense pleine et entière. Les coûts des expertises produites par les travailleurs dans le cadre de litiges à la CLP (ou à la DRA) devraient faire l'objet d'un remboursement lorsque l'expertise sert à alimenter la réflexion du tribunal.
- Afin que le travailleur puisse accéder à une information de qualité provenant d'une source indépendante de la CSST, les ressources compétentes devraient être fournies gratuitement aux travailleurs accidentés, qu'ils soient ou non admissibles à l'aide juridique. La qualité de l'information fournie par la CSST est souvent mise en doute par les travailleurs et, compte tenu du rôle de juge et partie de cette institution dans ces litiges, il y aurait lieu de fournir au travailleur une source d'information indépendante offrant de meilleurs gages de crédibilité; cela contribuerait aussi sans doute à réduire l'insécurité et la vulnérabilité du travailleur de même que la judiciarisation du processus, en fournissant au travailleur l'heure juste sur ses possibilités de gains en appel.
- Les coûts d'une représentation compétente devraient être assumés par le fonds d'accidents lorsque le travailleur doit comparaître devant la CLP.

Comme nous l'avons vu au départ, le législateur, en mettant en place les règles actuelles de financement du régime, a fait le choix d'encourager la CSST à promouvoir la prévention en créant pour les employeurs une incitation économique à réduire le coût des lésions professionnelles qui leur est imputé. Nous avons constaté que plusieurs employeurs et mutuelles de prévention semblaient préférer à la prévention une stricte gestion des coûts des accidents fondée sur la multiplication des contestations portant sur tous les aspects du dossier et nous avons constaté l'effet néfaste de ce phénomène sur la santé des justiciables.

Dans le cadre de cette étude, nous avons également examiné la jurisprudence portant sur les réclamations pour les lésions psychiques que l'une ou l'autre des parties estime imputables au processus, et nous avons constaté que la position des avocats de la CSST et d'un nombre important de commissaires à la CLP (et non pas à la CALP) est de conclure que ces lésions ne peuvent faire l'objet d'une indemnisation si le processus est le facteur déterminant de leur développement. Dans l'état actuel des choses, les employeurs sont incités à contester; un tel comportement, même abusif, qui entraîne des conséquences néfastes, est entièrement soustrait à toute sanction économique, les travailleurs (et dans certains cas les fonds publics) assumant seuls l'ensemble des coûts engendrés par les maladies résultant du processus.

7. Recommandations

L'idée que la prévention naîtra de l'ajustement des cotisations à l'expérience personnelle de réparation de l'entreprise, est une idée fort controversée: l'efficacité d'une telle politique n'a pas été démontrée (Thomason & Pozzebon, 2002; Tompa et al., soumis) et les effets délétères qu'elle comporte nous semblent évidents. De plus, lorsque ce régime ne prévoit aucune sanction économique dans le cas de contestations injustifiées ou de comportements abusifs entraînant des conséquences néfastes et coûteuses pour les victimes, on peut alors parler d'aberration structurelle encourageant la judiciarisation et potentiellement l'abus de pouvoir. En Ontario, les maladies imputables au processus sont couvertes par le régime et l'augmentation des coûts engendrée par des décisions ou comportements abusifs est imputable au système et, le cas échéant, à l'employeur.

À l'instar de l'Ontario, il faudrait que le Québec s'assure que les coûts des conséquences sur la santé des travailleurs de ce que la jurisprudence de la CLP a baptisé «tracasseries administratives», soient assumés par le régime. Seule l'indemnisation des travailleurs peut inciter les employeurs et même la CSST à réfléchir aux conséquences de ces mesures de «gestion de cas» sur la santé des travailleurs. Actuellement, cette variable ne rentre pas en ligne de compte car le recours à une gestion sévère, et même à des filatures systématiques, n'entraîne que la réduction des factures.

8

Conclusion

Nous avons voulu, dans ce rapport, rendre accessibles aux travailleuses et travailleurs qui ont participé aux entrevues la synthèse et les résultats de notre recherche qui, nous l'espérons, s'avéreront également utiles aux différentes personnes qui s'intéressent à l'amélioration des systèmes de réparation des lésions professionnelles. Il est impossible, dans un tel document, de faire état de l'ensemble des messages consignés dans les milliers de pages de transcription d'entrevues. Les témoignages qui s'y trouvent constituent une réserve importante d'informations qui serviront au développement d'une série d'articles et de conférences portant sur chacun des aspects du système de réparation qui a mérité l'attention des chercheurs.

Dans ce rapport, nous n'avons pas développé de chapitre spécifique sur le processus de réadaptation professionnelle, même si ce sujet à lui seul aurait pu alimenter la production d'un document complet. 33 des 85 personnes qui ont témoigné de leur expérience ont émis des commentaires sur plusieurs aspects de ces programmes qui, pour certaines, s'avèrent particulièrement éprouvants. Toutefois, la plupart de leurs commentaires ne portent pas sur l'effet des programmes sur leur santé; plusieurs personnes font état des difficultés rencontrées alors qu'elles cherchaient de l'aide pour leur réinsertion dans le monde du travail et de leurs attentes déçues. Les messages des travailleurs sur la réadaptation et le retour au travail sont importants et seront rapportés et analysés dans d'autres documents qui permettront de mieux comprendre l'ensemble des dynamiques qui sont à l'œuvre dans ce processus.

Il faudra notamment s'attarder au fait que le concept de «réadaptation» ne semble pas revêtir le même sens pour tous. Pour les travailleurs, un plan de réadaptation devrait avant tout aider le travailleur à retrouver ou intégrer un emploi approprié sur le marché du travail. Selon eux, il arrive régulièrement que les autres acteurs (agents de réadaptation, avocats, employeurs), voient plutôt dans la réadaptation un processus qui permettra de déterminer un «emploi convenable» ayant pour fonction principale d'établir le montant d'indemnité de remplacement du revenu réduite. Les travailleurs sortent alors du processus dévalorisés, sentant parfois qu'ils sont perçus essentiellement comme des coûts pour le régime et pour l'employeur, et non pas comme des êtres humains ayant le droit d'être aidés à réintégrer le marché du travail de manière appropriée. Une travailleuse l'exprime ainsi:

«Q: Comment ça s'est passé cette rencontre-là avec ta conseillère, ton employeur? toi, tu te sentais comment?»

R: Je me sentais que... c'est surtout en dernier, quand elle lui a dit que si il ne me reprenait pas, que c'était pour lui coûter un bon montant. J'ai trouvé ça pas pire. En voulant dire: "Mets-la sur le balai, n'importe quoi, ça va te coûter moins cher." Je me suis dit: "Ils rient du monde en tabarouette, devant moi en plus!" [...] Elle lui a expliqué qu'il fallait qu'il me paie la balance de l'année, puis que ses assurances étaient pour augmenter, elle lui a tout expliqué devant moi... Bien tu t'aperçois que tu es un petit objet là... T'sais... j'ai trouvé ça pas pire, c'est comme en voulant dire: "Mets-la là sur une chaise, au moins ça va te coûter moins cher. Il faut que tu la reprennes! Au bout de 2 mois, bien mets-la dehors!", c'est ça que ça voulait dire pour moi là.»

8. Conclusion

Les travailleuses, les travailleurs et les représentants des justiciables qui ont participé aux entrevues ainsi que les personnes provenant des associations d'accidentés du travail, partenaires du projet, nous ont permis de comprendre, au-delà des enjeux techniques juridiques avec lesquels nous étions déjà familiers, les multiples effets sur la santé des personnes d'un système qui a pour mission de réparer les atteintes subies.

Les victimes de lésions professionnelles ont fait preuve d'une très grande générosité en partageant avec nous certains de leurs moments de souffrance et parfois aussi de satisfaction. Nous sommes infiniment redevables à toutes les personnes rencontrées, et nous espérons que les résultats de cette recherche serviront à promouvoir les aspects du système qui ont contribué au mieux être de ces personnes, et à améliorer les aspects du système qui ont compromis l'évolution favorable de leur condition ou qui ont carrément mené à de nouvelles maladies incapacitantes.

Références bibliographiques

- EAKIN, Joan M., «The Discourse of Abuse in Return to Work: A Hidden Epidemic of Suffering», in Chris L. Peterson & Claire Mayhew, (Eds), *Occupational Health and Safety: International Influences and the «New» Epidemics*, Baywood Publishing co. Inc., Amityville, New York, 2005, 159-174.
- EAKIN, Joan, Ellen MacEACHEN et al., «Playing it smart' with return to work: Small workplace experience under Ontario's policy of self-reliance and early return», (2003) 1(2) *Policy and Practice in Health and Safety* 19-42.
- FABRIS, Sophie, «Fibromyalgie : l'accès aux indemnités prévues dans la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* dans un contexte d'incertitude scientifique et médicale», in *Développements récents en droit de la santé et de la sécurité du travail, 2004*, Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 2004, 275-306.
- GLASER, B. et A.L. STRAUSS, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Chicago: Aldine, 1967.
- GRAVEL, Sylvie, Laurence BOUCHERON et Michel KANE, «La santé et la sécurité au travail des travailleurs immigrants à Montréal», 2003 5(1) *Pistes*, revue électronique. <http://www.pistes.uqam.ca>.
- KIRSH, Bonnie et Pat McKEE, «The needs and experiences of injured workers: a participatory research study», (2003) 21(3) *Work* 221-231.
- ISON, Terence, «The therapeutic significance of compensation structures», (1986) 64(4) *Canadian Bar Review*: 605-637.
- LaDOU, Joseph, «Occupational Medicine: The Case for Reform», (2005) 28(4) *American Journal of Preventive Medicine*: 396-402.
- LEA, Gary, «Secondary Traumatization of Work-Related Rehabilitation Clients», (1996) 22 *The Canadian Practitioner* 5.
- LIPPEL, Katherine, *Le stress au travail: L'indemnisation des atteintes à la santé en droit québécois, canadien et américain*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 1992 (265 pages).
- LIPPEL, Katherine, «Workers' Compensation and Stress: Gender and Access to Compensation», (1999) 22:1 *International Journal of Law and Psychiatry* 79-89.
- LIPPEL, Katherine, «Therapeutic and Anti-therapeutic Consequences of Workers' Compensation Systems», (1999a) 22(5-6) *International Journal of Law and Psychiatry* 521-546.
- LIPPEL, Katherine, Karen MESSING, Susan STOCK et Nicole VÉZINA, «La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif: rencontre des sciences de la santé et du droit», (1999) 17 *Recueil annuel de Windsor d'accès à la justice* 35-85.
- LIPPEL, Katherine, *La notion de lésion professionnelle*, 4^{ème} édition, Les Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2002 (428 pages).
- LIPPEL, Katherine, «Droit et statistiques: réflexions méthodologiques sur la discrimination systémique dans le domaine de l'indemnisation pour les lésions professionnelles», (2002a) 14:2 *Canadian Journal of Women and the Law/Revue femmes et droit* 362-388. <http://www.utpjournals.com/jour.ih.html?lp=cjwlf/lippel.html>
- LIPPEL, Katherine, «Compensation for musculo-skeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?», (2003) 33:2 *International Journal of Health Services* 253-281.
- LIPPEL, Katherine, «The private policing of injured workers in Canada: legitimate management practices or human rights violations?», (2003a) 1(2) *Policy and Practice in Health and Safety* 97-118.
- LIPPEL, Katherine et Sophie FABRIS, «La fibromyalgie: peut-elle donner lieu à une indemnisation?», (2003) 38:7 *Le Médecin du Québec*, 81-83.
- LIPPEL, Katherine, «Le travail atypique et la législation en matière de santé et sécurité du travail», (2004) 201 *Développements récents en santé et sécurité du travail*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 307-383.

Références bibliographiques

- LIPPEL, Katherine, « La protection défaillante de la santé des travailleurs autonomes et des sous-traitants en droit québécois de la santé au travail », (2004a) 2 *Santé, société, solidarité* 101-110.
- LIPPEL, Katherine, « Les enjeux juridiques et sociaux du recours aux enquêteurs privés pour surveiller les victimes de lésions professionnelles », (2005) *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale/Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice* 127-173.
- MESSING, Karen, *La santé des travailleuses: La science est-elle aveugle?* Éditions du remue-ménage (Montréal) avec Octarès (Toulouse), 2000.
- PATRY Louis, Sylvie GRAVEL, Laurence BOUCHERON et al., *Accès à l'indemnisation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle*, Rapport de recherche Direction de santé publique de Montréal, Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) no. 94577 SR-4658, 2005.
- PRONOVOST, Solange, « La violence psychologique au travail à l'aune du régime d'indemnisation des lésions professionnelles », in *Développements récents en santé et sécurité du travail*, 2003, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2003, 109-158.
- THOMASON, T. and S. POZZEBON, « Determinants of Firm Workplace Health and Safety and Claims Management Practices », (2002) 55(2) *Industrial & Labor Relations Review* 286-307.
- TOMPA, E., S. TREVITHICK et C. McLEOD, *A Systematic Review of the Prevention Incentives of Insurance and Regulatory Mechanism for Occupational Health and Safety*, Institute for Work & Health Working Paper #213, *American Law and Economics Review* (soumis).

Assemblée des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s du Québec (ATTAQ)

Ses coordonnées et celles de ses groupes membres

ATTAQ, secrétariat national

6830, avenue Du Parc,
bureau 202
Montréal, Québec
H3N 1W7
Téléphone: (514) 496-0147
Télécopieur: (514) 496-0149
Courriel: attaq@cam.org

Associations d'accidenté-e-s membres de l'ATTAQ

Aide aux travailleurs accidentés (ATA)

136, Gaspé est
St-Jean-Port-Joli, Québec
G0R 3G0
Téléphone: (418) 598-9844
Télécopieur: (418) 598-9853
Courriel:
trav-acc@globetrotter.net

Association des travailleuses et travailleurs accidentés de l'Abitibi-Témiscamingue (ATTAAT)

332, rue Perreault Est
Rouyn-Noranda, Québec
J9X 3C6
Téléphone: (819) 797-5004
Télécopieur: (819) 797-5004
Courriel: ttaat@cablevision.qc.ca

Association des travailleurs et travailleuses accidentés de Joli- Mont (ATTAJ)

3580 rue Queen,
Rawdon, Québec
J0K 1S0
Téléphone: (450) 834-1220
Télécopieur: (450) 834-1240
Courriel: attaj@bellnet.ca

Association des travailleurs et travailleuses accidenté(e)s du Matawin (ATTAM)

313, rue St-Jacques
St-Michel-des-Saints, Québec
J0K 3B0
Téléphone: (450) 833-1507
Télécopieur: (450) 833-6009
Courriel: attam@bellnet.ca

Centre d'aide aux travailleurs et travailleuses accidentés de Montréal (CATTAM)

2310, rue Ste-Catherine Est
Montréal, Québec
H2K 2J4
Téléphone: (514) 529-7942
Télécopieur: (514) 529-8925
Courriel: cattam@qc.aira.com

Comité d'appui aux travailleurs et travailleuses accidentés (es) de la région de l'Amiante (CATTARA)

37, rue Notre-Dame Ouest
Thetford Mines, Québec,
G6G 1J1
Téléphone: (418) 338-8787
Télécopieur: (418) 335-0830
Courriel: cattara@globetrotter.net

Comité des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s de l'Estrie (CTTAE)

187, rue Laurier, bureau 105
Sherbrooke, Québec
J1H 4Z4
Téléphone: (819) 563-8178
Télécopieur: (819) 562-9269
Courriel: cttae@abacom.com

Union des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s de Montréal (UTTAM)

4533, avenue De Lorimier
Montréal, Québec
H2H 2B4
Téléphone: (514) 527-3661
Télécopieur: (514) 527-1153
Courriel: uttam@cam.org

Pour commander le document:
Services aux collectivités
Téléphone: (514) 987-3177
Télécopieur: (514) 987-6845
Courriel: rolland.anne-marie@uqam.ca

Pour tout commentaire sur le contenu:
Courriel: lippel.katherine@uqam.ca



Centre collaborateur OPS-OMS



Organisation
panaméricaine
de la santé

Organisation
mondiale
de la santé