

**Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés**  
**Isolation and vulnerability among work accident victims**  
**Aislamiento y vulnerabilidad de los trabajadores accidentados**

Jean-Claude Martin et Raymond Baril

Numéro 29 (69), printemps 1993

La solitude et l'isolement. La structuration de nouveaux liens sociaux

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1033720ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1033720ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Martin, J.-C. & Baril, R. (1993). Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (29), 109–120.  
<https://doi.org/10.7202/1033720ar>

Résumé de l'article

Une recherche exploratoire sur les principaux facteurs qui facilitent ou retardent le retour au travail a permis d'aborder l'expérience vécue par les travailleurs et les travailleuses qui, suite à une lésion professionnelle laissant des séquelles permanentes, sont passés par un processus de réadaptation physique, sociale et professionnelle dans le cadre de la loi québécoise sur les accidents de travail et les maladies professionnelles. Au cours du processus et à l'issue de celui-ci, les travailleurs sont confrontés à des conditions difficiles de retour au travail ou encore à des rejets répétés du marché du travail, à des contestations, à l'épuisement de leurs réseaux de support ou encore à des conflits conjugaux. Cette situation de précarité et de marginalisation les expose à un vide identitaire et les rend vulnérables à la solitude et à l'isolement social.

# Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés

Jean-Claude Martin et Raymond Baril

L'expérience des travailleurs et des travailleuses qui, victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle laissant des séquelles permanentes, sont passés par un processus de réadaptation, a été abordée dans le cadre d'une recherche exploratoire sur les principaux facteurs qui facilitent ou retardent leur retour au travail<sup>1</sup>. Ce processus est encadré par la Loi québécoise sur les accidents de travail et les maladies professionnelles et il est mis en application par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). En 1991, 7,3 % des 413 952 cas indemnisés par la CSST étaient des dossiers de réadaptation. Les déboursés associés à ces dossiers accaparaient à eux seuls près de la moitié du milliard de dollars que coûte l'ensemble des dossiers de la CSST. Ces chiffres illustrent par eux-mêmes l'importance de la réadap-

tation de ceux qu'on appelle communément les accidentés du travail. Pour être admis en réadaptation, les travailleurs doivent avoir subi une atteinte permanente à leur intégrité physique et psychique et éprouver des difficultés à réintégrer leur emploi.

On doit donc aborder la problématique de la réadaptation des travailleurs accidentés au Québec en tenant compte du cadre légal qui régit l'indemnisation des travailleurs et qui définit les droits et les obligations des travailleurs et des employeurs, ainsi que le rôle des médecins et de la CSST. Cet ensemble de règles juridiques se répercute nécessairement sur les pratiques administratives au sein de la CSST. Il définit par ailleurs une clientèle cible, le registre des besoins qui peuvent être reconnus et les limites du champ d'intervention<sup>2</sup>.

En 1985, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles est venue modifier et élargir l'éventail des responsabilités, des droits et des interventions en réadaptation. Aux droits à la réadaptation physique et au paiement des indemnités, qui faisaient déjà partie intégrante de l'ancienne loi, s'est ajouté le droit à la réadaptation sociale et professionnelle, assorti d'un droit au retour au travail qui, selon des modalités légales précises, assure au travailleur victime d'une lésion professionnelle le respect de ses capacités résiduelles et de ses qualifications professionnelles. Le droit au retour au travail a pour but de protéger l'emploi et les acquis professionnels du travailleur lorsque celui-ci doit s'absenter du travail à cause d'une lésion professionnelle. Quant au droit à la réadaptation, il a pour objectif de

pallier les conséquences de la lésion par des mesures économiques (les indemnités de remplacement du revenu et un montant forfaitaire pour le déficit anatomo-physiologique) et par des mesures de réadaptation appropriées<sup>3</sup>. En accordant le droit à la réadaptation et le droit au retour au travail, cette loi fait de ces travailleurs victimes de lésion professionnelle une catégorie distincte par rapport aux personnes souffrant d'un handicap non lié au travail et par rapport à celles qui sont en chômage pour d'autres raisons, bien qu'ils aient par ailleurs plusieurs points en commun avec celles-ci (voir Florens, Fougère et Werquin, 1990; Outin, 1990; et Velche, 1992).

La dynamique de la réinsertion sociale et professionnelle implique au premier chef l'individu dans son intégralité (physique, psychologique, sociale) (voir Cay et Walker, 1988; et Dejours, Veil et Wisner, 1985). Avant leur accident, tous les travailleurs possédaient et le travail et la santé pour l'accomplir mais, par définition, les accidentés qui se retrouvent dans le processus de réadaptation ont tous perdu quelque chose du côté de la santé et doivent, avec ce qui leur reste de capacités fonctionnelles, se mesurer à la réalité du travail. L'acceptation du handicap, la reconversion professionnelle et,

finalement, la réinsertion sur le marché du travail sont des enjeux de taille pour l'individu, mais aussi pour l'ensemble de la société.

Au cours du processus de réadaptation, les travailleurs sont confrontés à des conditions difficiles de retour en emploi ou encore à des rejets répétés du marché du travail, à des contestations<sup>4</sup>, à l'épuisement de leurs réseaux de support ou encore à des conflits conjugaux. Cette situation de précarité et de marginalisation les expose à un vide identitaire et les rend vulnérables à la solitude et à l'isolement social.

En effet, la santé et le travail sont deux éléments structurants majeurs de la représentation de soi et de la place que l'on occupe dans la société. Être en santé, c'est pouvoir et vouloir s'acquitter de ses fonctions et de ses responsabilités dans la société. Être malade, c'est surseoir à ses obligations sociales et, d'une certaine façon, dévier de la normalité. Les thèmes de la « productivité », de la « performance », de la « concurrence », de l'« excellence » et de la « qualité » sillonnent l'univers dominant des représentations véhiculées dans notre société en cette fin de siècle. Issus du domaine économique, ils ont été amplement repris par le discours politique et médiatique pour finalement s'intégrer dans la sphère plus individuelle des représentations de soi. Les « gagnants », dans cet univers des représentations, sont jeunes (ou du moins se conservent jeunes), dynamiques et qualifiés, ils sont performants et productifs, particulièrement au travail, et, de ce fait, fortement concurrentiels sur le marché de l'emploi. Dans ce contexte, l'accident ou la maladie constitue une rupture à la fois au niveau physiologique et au niveau psychosocial,

en contrecarrant l'accomplissement du rôle social de l'individu.

La littérature anthropologique et sociologique montre que le travail, en fait, n'est rien d'autre que l'exécution de tâches jugées socialement utiles et que c'est par le jeu des dynamiques sociales et des rapports de force présents dans une société que certaines tâches deviennent plus valorisées que d'autres. Dans plusieurs sociétés, le travail ne constitue pas une catégorie à part. La situation est fondamentalement différente dans les sociétés industrielles, où le travail est défini comme une catégorie de l'activité sociale distincte, qui n'intègre pas toutes les tâches socialement utiles, et où il est régi par un ensemble de normes spécifiques. Dans ce contexte, la participation au marché du travail est une des principales sources de valorisation sociale. Il s'opère alors une jonction importante entre le travail et l'identité sociale.



### Trajectoire et cheminement

Le processus de retour au travail des travailleurs qui, suite à une lésion professionnelle, passent par un processus de réadaptation physique, sociale et professionnelle, définit en partant deux univers en interrelation, à envisager dans leurs dimensions temporelles et dynamiques. Nous avons défini deux concepts pour

cerner ces univers, celui de trajectoire et celui de cheminement.

Le premier concept, celui de la trajectoire, concerne l'univers légal et administratif qui encadre les travailleurs depuis l'événement menant à la réadaptation jusqu'au dénouement du processus. Vu sous l'angle de cet univers, le processus de réinsertion apparaît comme la *trajectoire* suivie des « cas » traités dans le cadre d'une structure médicale, administrative et juridique. En référence à la loi ou à la science (médicale, administrative, comptable), la raison instrumentale procède selon « cette rationalité que nous utilisons lorsque nous évaluons les moyens les plus simples de parvenir à une fin donnée » (Taylor, 1992 : 15).

Le *cheminement* est le concept que nous utilisons pour rendre compte du deuxième univers défini par le processus de réadaptation, celui de l'expérience qu'en ont les travailleurs. L'expérience est personnelle, aussi n'y avons-nous accès que par le discours des travailleurs qui, au terme du processus, reconstruisent le cheminement suivi. L'expérience du processus est complexe. Elle implique l'individu dans toutes ses dimensions, tant physique que psychologique ou sociale, et touche le déroulement de sa vie sur tous les plans. Dans la reconstruction de son expérience, il retient certains faits, certains événements qui constituent pour lui autant de signes avec lesquels il se représente ce qui lui est arrivé, auxquels il cherche à donner un sens pour agir et se situer tant face à lui-même que par rapport aux autres qui réagissent à ce qui lui arrive<sup>5</sup>.

Pour rendre compte du cheminement des travailleurs, nous avons eu recours à trois autres concepts qui permettent un décou-

page analytique de l'expérience de la réinsertion sociale et professionnelle : le parcours, la carrière sociale et l'itinéraire personnel.

Le *parcours* renvoie à la représentation qu'ont les travailleurs, en tant que sujets, de leur trajectoire dans l'univers médical et administratif et face à la réinsertion professionnelle. La *carrière sociale* se réfère à la représentation qu'ils ont de leurs relations sociales. La carrière sociale concerne à la fois l'expérience de la maladie et du rôle social de malade (*sick role* et *sickness*), du moins pendant la période de suivi médical, la mobilisation des membres du réseau de sociabilité et la perception de l'impact du processus sur l'entourage. Elle concerne également le changement perçu de statut social et le handicap social éventuel. En fait, la carrière sociale touche les différentes facettes de l'identité. L'*itinéraire personnel* se rapporte au travailleur en tant que personne. Cette dimension concerne la construction de soi tout au cours du processus. Au fil de son parcours dans les univers médical, administratif et professionnel, le travailleur développe une image de lui-même qu'il modifie constamment. L'*itinéraire personnel* renvoie au concept de *self-identity* de Giddens<sup>6</sup>. C'est notamment en fonction de cette image qu'il oriente ses actions et développe des stratégies en vue d'une éventuelle réinsertion professionnelle et sociale, ou du moins pour recentrer sa vie (Burman, 1988).

C'est à partir de 279 dossiers de la CSST provenant de trois régions du Québec (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Estrie et Longueuil) et en fonction des quatre principales issues du processus de réinsertion professionnelle (le retour en emploi chez le

même employeur, le retour en emploi chez un autre employeur, le non-retour en emploi et l'inemployabilité) que nous avons reconstitué dans ses grandes lignes l'histoire de chaque travailleur et identifié, à partir de ces histoires individuelles, des trajectoires types significatives. L'expérience du processus de réinsertion en emploi a été appréhendée à partir d'entrevues en profondeur effectuées auprès d'un échantillon de travailleurs sélectionnés à partir de ces trajectoires types. L'entrevue laissait une grande latitude à l'interviewé pour s'exprimer selon ses propres catégories et son propre cadre de référence (Strauss, 1987 ; Dodier, 1985). La grille d'entrevue portait sur les thèmes suivants : profil du répondant ; événement et rechutes (accident ou maladie professionnelle menant à la réadaptation) ; rapports à l'univers médical ; rapports à la CSST ; rapports à l'emploi ou à l'employeur ; retour au travail ; rapports aux autres ; et rapports à la vie quotidienne. Notre approche s'inspire en partie de l'interactionnisme symbolique développé par les tenants de l'École de Chicago. Pour comprendre la conduite d'un acteur social, il faut tenir compte de la perception qu'il a de sa situation et pénétrer l'univers de ses représentations, notamment celles concernant les obstacles qui se dressent devant lui. L'acteur construit, à partir de ces perceptions et de ces représentations, le « sens » qui lui permettra de développer ses stratégies et d'orienter son action.

Sans entrer dans tous les détails du mécanisme de la vulnérabilité sociale et professionnelle à laquelle sont exposés les travailleurs accidentés, nous nous contenterons ici de faire ressortir quelques facteurs identifiés comme importants par les travailleurs dans le processus de marginalisation.

### **Le parcours de réinsertion professionnelle et les risques de précarité**

Qu'ils soient réinsérés chez leur employeur ou qu'ils doivent affronter le marché du travail à la recherche d'un nouvel emploi, les travailleurs font face à des attitudes et à des obstacles qui rendent problématique la réinsertion professionnelle.

L'attitude des collègues de travail peut être un facteur défavorable à une réaffectation. Une certaine forme de jalousie s'installerait entre le travailleur accidenté et les collègues de travail dans le cas où il occuperait un poste que d'autres estiment leur revenir de droit. La crainte de créer des précédents en ne respectant pas la règle d'ancienneté pour l'attribution des postes ou en établissant des « postes protégés » pour les accidentés du travail expliquerait la réticence des syndicats et des assemblées de travailleurs à inclure dans les conventions collectives des clauses sur la réinsertion professionnelle des travailleurs à la suite d'une lésion professionnelle.

Même si leur ancienneté permet à certains travailleurs de conserver un emploi chez le même employeur, ils expriment néanmoins un fort sentiment d'insécurité. Ils craignent de se retrouver

en chômage à court terme, alors même que leur force de travail est diminuée, donc moins monnayable sur un marché de l'emploi rendu très compétitif par la récession économique. Cette crainte est d'autant plus forte que le travailleur a l'impression d'occuper dans l'entreprise une place marginale, déqualifiée et déqualifiante. Il considère sa position comme instable et temporaire, se sentant dans une situation comparable à celle des nouveaux employés, obligé de repartir à zéro dans un nouveau travail.

Cette marginalisation dans l'entreprise, réelle ou ressentie par le travailleur, le met constamment en face de l'éventualité d'une perte d'emploi et lui fait prendre la mesure de sa vulnérabilité sur le marché du travail. Il se voit handicapé par ses limites fonctionnelles, sans la formation qui aurait pu lui permettre de rétablir son employabilité (Gazier, 1990). Aussitôt qu'un petit problème se présente dans l'entreprise ou avec la CSST, il se sent contraint d'adopter une stratégie de défense ou de contestation pour éviter la marginalisation sociale et ses conséquences pressenties, soit le chômage ou l'aide sociale. Tout cela se traduit par une insécurité profonde face à l'avenir.

Quant aux autres travailleurs qui n'ont pas de lien d'emploi avec l'entreprise où a eu lieu la lésion professionnelle, les refus répétés qu'ils ont essuyés sur le marché du travail les ont amenés, pour la plupart, à prendre une mesure de leur handicap et à développer des stratégies de recherche d'emploi fondées sur l'occultation de leurs limites fonctionnelles face à d'éventuels employeurs. Ils peuvent déjà être désavantagés sur le marché du travail à cause d'une faible qualification sociale<sup>7</sup>, de leur âge

avancé et de la baisse de leur capacité physique, ou encore de leur manque d'expérience. Mais l'existence d'un dossier de la CSST les concernant constitue pour eux un handicap supplémentaire dans la recherche d'un nouvel emploi. Selon eux, les employeurs ne sont pas intéressés à embaucher un « travailleur à risques », ayant un dossier à la CSST.

Le retour au travail chez un nouvel employeur représente une période difficile pour plusieurs travailleurs. Ils doivent apprendre à vivre et à travailler avec des douleurs occasionnelles ou parfois persistantes, avec une fatigue accrue et surtout avec la peur d'une rechute et de ses conséquences. Certains peuvent trouver difficiles les relations avec leurs nouveaux collègues qui les jugent privilégiés d'avoir bénéficié des services de la CSST, notamment lorsque des mesures d'aide à l'embauche (subvention à l'employeur) ont facilité l'obtention de leur emploi, ou encore de recevoir des indemnités réduites de remplacement de revenus en plus de leur salaire. Il s'installe alors, selon eux, un climat de jalousie ou de secret qui influence le climat de travail, ou, pour le moins, leur propre rapport au travail. Plusieurs ont eu à se redéfinir une identité cohérente par rapport à leurs nouvelles activités professionnelles. D'autres n'ont accepté qu'avec beaucoup de difficulté et que très graduellement ce qu'ils considèrent comme une déqualification professionnelle.

Si, pour certains, le recours à leurs contacts dans différents milieux s'est révélé une recette gagnante dans la recherche d'un emploi, d'autres ont dû admettre que le marché du travail ne peut pas ou ne veut pas les reprendre. Le thème du discours de ces travailleurs toujours sans emploi est

essentiellement la difficulté de réintégrer le marché du travail non pas à cause de leurs limites fonctionnelles réelles, mais bien à cause de l'image négative qu'ont les employeurs de l'accidenté du travail. Ces travailleurs se sentent diminués et marginalisés, malgré leurs compétences. Leur horizon leur semble se limiter à des emplois précaires et l'avenir leur paraît des plus incertains. Plusieurs ont l'impression d'être dans un cul-de-sac, ils se découragent, abandonnent toute recherche d'emploi et, à moyen terme, doivent avoir recours à l'aide sociale pour leur subsistance et celle de leur famille.

### Les incertitudes du parcours médical

Pour la plupart des travailleurs que nous avons interviewés, leur accident de travail a été l'occasion d'une première relation soutenue avec l'univers médical. Visites répétées chez le médecin, hospitalisations, expertises ou opérations viendront, selon les cas, ponctuer plusieurs mois de leur vie. Une des constatations qui s'imposent, à l'analyse de leur discours, est qu'il existe une distance entre la représentation qu'ils se font de leur condition physique et celle que leur renvoie l'univers médical. Auparavant, les rapports qu'ils avaient entretenus avec celui-ci étaient occasionnels et avaient lieu dans un cadre de médecine familiale. Pour plusieurs travailleurs, les premiers contacts qu'ils ont eus suite à leur accident sont du même ordre. Mais généralement, très tôt, ils sont amenés à rencontrer un autre type de médecins, des spécialistes qui pratiquent une médecine d'évaluation et d'expertise. La distance que le travailleur perçoit entre lui-même et son médecin tend ainsi à s'agrandir au fil du parcours médical.



Fondamentalement, les travailleurs basent leur interprétation et articulent leur discours sur l'idée de la douleur et des malaises qu'ils ressentent<sup>8</sup>. Pour leur part, les représentants du monde médical fondent leur interprétation de cette douleur sur des diagnostics, qui se veulent précis, sur les causes, la gravité et les conséquences de la lésion professionnelle. Par ailleurs, plusieurs médecins (médecin de compagnie, médecin traitant, médecin désigné par la CSST, médecin spécialiste) peuvent intervenir. Il en résulte souvent une multiplicité d'opinions professionnelles différentes qui laisse le travailleur avec un sentiment d'imprécision quant au diagnostic. À ce sentiment d'incertitude dans lequel se retrouve le travailleur s'ajoute le sentiment que son intégrité est mise en doute. En effet, les multiples interprétations divergentes de son état physique et de ses possibilités de retour au travail font planer un doute sur la réalité même de sa lésion. Il se sent soupçonné d'être un simulateur. Ce sont de telles situations, selon les travailleurs, qui alimentent les préjugés à leur égard, de la part tant de collègues de travail que d'amis ou de membres de leur famille.

### Le parcours dans le dédale administratif et légal

L'analyse du discours des travailleurs sur les relations qu'ils entretiennent avec les services de la CSST montre qu'ils en ont une représentation très différente de celle des intervenants de la CSST<sup>9</sup>. Chacun interprète différemment les demandes *ad hoc* en provenance des différentes parties concernées, les conseillers ayant des références d'ordre administratif, médical et légal, tandis que les travailleurs fondent leur interprétation sur leurs besoins sociaux et financiers et sur leur projection dans l'avenir. Cette projection n'a pas nécessairement de contenu spécifique, mais elle comporte toujours une dimension de sécurité et de stabilité.

Parce que l'impression qu'il retire de ses contacts avec la CSST est impersonnelle et pape-rassière, le travailleur dit se sentir comme un numéro dans une machine dont il ne comprend pas les tenants et les aboutissants. Il se sent à la merci d'un pouvoir strictement administratif et légal qui le dépersonnalise. Souvent, il ne sait pas où est rendu son dossier et n'est pas capable d'identifier la personne responsable de celui-ci. Il lui arrive de recevoir des lettres dont il ne comprend pas le sens ou de se faire demander d'aller passer des examens médicaux sans en connaître la raison. Il doit parfois retourner des papiers signés dans des délais précis sans en connaître véritablement les implications, et s'il cherche à obtenir des informations par téléphone, on lui retournera parfois ses appels avec beaucoup de retard. Lorsqu'il subit une interruption du paiement de ses indemnités, il ne sait pas toujours pourquoi. Il a peur de faire un faux pas qui pourrait lui nuire et, surtout, il craint qu'on lui

coupe ses indemnités. La peur et l'inquiétude occupent tout l'espace des relations rendues anonymes entre le travailleur et les services de la CSST. La moindre lettre, le moindre délai lui paraissent menaçants. Enfin, l'opacité de la logique du système lui donne l'impression que l'on cherche par tous les moyens à le léser dans ses droits. Le « système » devient alors un ennemi contre lequel il faut se défendre et dont on est convaincu qu'il nous assimile à *des profiteurs, des voleurs, des menteurs, des plaignards et des paresseux*.

Avec cette vision, il est évident que les éventuelles démarches de contestation à travers lesquelles ont dû passer certains travailleurs sont décrites comme des expériences désastreuses, même par ceux qui ont eu gain de cause. Les travailleurs disent qu'ils ne comprennent pas les règles juridiques et administratives. Ils se sentent dépassés et ne peuvent que s'en remettre à des avocats ou à des organisations de défense des droits des accidentés du travail, qui ne leur fournissent pas nécessairement plus d'information. Un effet constamment évoqué de la démarche de contestation est l'humiliation et la dévalorisation ressenties par le travailleur. L'audition de la cause et l'attente des résultats sont sources de stress, de rage

et de découragement. Les conséquences peuvent être aussi financières dans le cas où le travailleur ne reçoit aucune compensation durant les délais de contestation. L'ensemble des énergies est canalisé par le processus administratif et juridique, au détriment de toute recherche active de réinsertion professionnelle. Dans cette dynamique, la relation d'aide entre l'intervenant de la CSST et le travailleur est inexistante et même impossible.

Une version positive de ce thème est néanmoins présente dans le discours de certains travailleurs. Ils s'agit de travailleurs qui se sont sentis considérés d'abord et avant tout comme des personnes. Ils disent avoir reçu un accueil personnalisé en réponse à leurs demandes de divers ordres. On leur a consacré du temps, on leur a offert une écoute attentive et compréhensive, on leur a fourni les informations voulues avec les précisions dont ils avaient besoin. Surtout, on leur a fait confiance. Il est évident que, chez certains, l'absence de délais dans les paiements d'indemnités ou autres ont raffermi cette perception de bons services rendus.

### **La carrière sociale et la vulnérabilité relationnelle**

Le travailleur en tant qu'acteur social n'est pas isolé et enfermé dans cette configuration administrative et légale du processus de réadaptation. Il participe à un ensemble d'autres rapports sociaux à l'extérieur de ce cadre. Les contacts qu'il entretient avec son environnement social contribuent à définir les attributs du rôle social associé au statut d'accidenté du travail. Le travailleur comme acteur social est en mesure d'y réagir. Il peut incorporer dans son comportement les attributs du rôle qu'on lui demande de jouer et donc s'y conformer, mais il peut

aussi les refuser et les juger comme étant non conformes à l'image qu'il se construit de lui-même et de ce qui lui arrive.

La marginalisation sociale des travailleurs accidentés les oriente vers des stratégies de camouflage. Certains travailleurs se refusent à laisser paraître en société leurs limites fonctionnelles, souvent par des efforts physiques importants. D'autres refusent de porter des orthèses ou des prothèses pour la même raison. Ils ne veulent pas montrer leur douleur, ils ne veulent pas se montrer faibles. L'image qu'ils veulent projeter aux autres est, pour plusieurs travailleurs, construite à partir de la perception qu'ils ont d'eux-mêmes avant le fait accidentel, en particulier sur les plans corporel (force, dextérité...) et professionnel (métier, compétence...). Dans leurs efforts pour paraître normaux aux yeux des autres, il y a donc chez plusieurs travailleurs le refus du rôle de malade et d'handicapé que leur propose la société. Ce refus, à long terme, peut avoir des conséquences sociales et psychologiques importantes, d'autant plus que la stratégie de camouflage est difficile à maintenir longtemps et n'est souvent qu'une manifestation de l'incapacité du travailleur d'accepter son état.

Le fait d'« être sur la CSST » et l'image sociale qui y est associée sont, selon plusieurs travailleurs, à la source même de nombreux problèmes auxquels ils doivent faire face. « Être sur la CSST » de façon prolongée crée, selon eux, un stigmate dévalorisant qui fait d'eux des profiteurs du système, préjugé qu'ils ont eux-mêmes peut-être déjà partagé et que certains continuent d'ailleurs de véhiculer, malgré leur expérience, relativement à d'autres accidentés du travail. Le fait de *pouvoir* ne pas travailler et

de recevoir des indemnités de remplacement de revenu fait de l'accidenté, aux yeux des autres, une sorte de privilégié dans une société où le discours populaire soutient qu'«il faut gagner son pain à la sueur de son front». Le plus souvent, c'est cette vision qui lui est renvoyée; tellement souvent, en fait, qu'elle devient le thème central dans les relations quotidiennes avec les autres. Certains travailleurs sont fortement touchés dans leur estime d'eux-mêmes par ce jugement; d'autres choisissent d'y faire face par la plaisanterie, d'autres enfin choisissent de limiter au maximum les contacts sociaux et s'enferment littéralement dans leur sphère domestique. La famille devient le dernier retranchement et assure ce qu'il est convenu d'appeler une protection rapprochée (Castel, 1991). Mais pas toujours, on le verra.

Selon son milieu social, le travailleur peut avoir accès à différentes ressources. Ses réseaux de relations sont souvent latents et ne s'activent que lorsque le besoin se fait sentir ou lorsqu'il y a une demande. Certaines relations sont des proches, des membres des familles immédiates, de la parenté et des amis. D'autres proviennent du réseau communautaire, d'organismes de rencontres sociales ou de bienfaisance (Chevaliers de Colomb), d'organismes de support et d'entraide (Alcooliques anonymes, associations de défense des accidentés), ou encore sont reliées à une organisation ou à un mouvement religieux. La mobilisation du réseau de relations est une composante importante pour plusieurs travailleurs dans leur réinsertion sociale et professionnelle. Cependant, le travailleur peut délibérément, dans certaines occasions, éviter d'y avoir recours. En effet, plusieurs éprouvent une certaine

gêne à demander de l'aide car cette demande leur renvoie, par un effet de miroir, l'image de leurs incapacités.

Chez la plupart des travailleurs, la conjointe — ou le conjoint, ce qui est moins fréquent — est probablement la personne la plus active et la plus supportante pour le travailleur accidenté, alors que chez les plus jeunes, le milieu familial (la mère) joue le même rôle de support. Le soutien des conjoints est exprimé dans le contexte de la solidarité conjugale («pour le meilleur et pour le pire»). Le rôle principal accordé aux amis est celui de confident. Les amis contribuent à maintenir un circuit social qui aide à briser l'isolement, particulièrement chez les travailleurs déclarés inemployables par la CSST.

Pour les membres des réseaux sociaux, le fait d'offrir du support à l'accidenté du travail a ses exigences. Lorsqu'une aide est requise durant des périodes prolongées, les relations sociales sont fortement mises sous pression. La disponibilité de certaines d'entre elles s'érousse avec le temps, d'autant plus que le comportement du travailleur est souvent instable à certaines phases du processus (alcool, agressivité, manque de patience, etc.). Les ressources des réseaux s'épuisent et l'équilibre des relations est menacé dans l'entourage du travailleur. Celui-ci en arrive à se sentir isolé ou même à s'isoler lui-même.

Lorsque le travailleur est conscient qu'il devient totalement absorbé par son expérience d'accidenté, que tout son univers référentiel tourne autour de son accident et de ses conséquences physiques et psychologiques et autour de son retour problématique au travail, il cherche parfois à éviter de surcharger les membres

de son réseau proche avec ses problèmes. Au fur et à mesure que le réseau devient moins réceptif, lui renvoie des messages d'épuisement, le travailleur s'isole. Il garde de plus en plus ses problèmes pour lui-même, soit pour éviter de passer pour un plaignard, soit pour éviter d'ennuyer ses proches, ou encore pour les protéger.

Mais j'en ai parlé beaucoup. Même mes amis à un moment donné m'ont fait la remarque. Je me plaignais beaucoup. Je me plaignais pas pour rien, il était là le mal, excepté qu'eux autres, ils sentaient rien eux autres. Rien, à part de m'entendre me plaindre, tu sais. Ça les repoussait. Ça les repoussait, puis là moi je me repliais sur mon sort, je disais : «Ce maudit mal-là, esprit! Je vais-tu perdre mes amis avec ça là?»

Le conjoint se retrouve finalement, à long terme, à être le seul soutien pour faire face aux problèmes soulevés par les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle. Cela a pour conséquence de soumettre les liens conjugaux à dure épreuve. Les habitudes quotidiennes sont chambardées et les rapports plus fréquents entre époux peuvent donner lieu à des accrochages.

[La conjointe:] Parce que lui, avant, il a toujours travaillé et il travaillait même plus qu'il fallait, c'était des douze heures d'effort par jour. Et puis en arriver où on en est aujourd'hui, ça a plus d'allure. Puis là il est découragé aussi parce que c'est du chantage partout, c'est du chantage finalement, il en arrive à faire pareil avec moi maintenant. Mais là, je sais pas s'il se sent brimé par tout ce que ça fait, mais ça retombe sur moi. [...] Enfin qu'est-ce que vous voulez faire? Ça fait trois ans qu'il couche en bas sur son divan, on n'a même pas rien, on est deux étrangers. On se supporte et encore tout, lui il reste ici, moi je reste enfermée là-bas. Là on se parle parce que vous êtes là. Il n'y a plus rien. Si j'avais pu, on serait parti, on se serait divorcé, c'est parce que dans le fond je me demande...

L'adaptation à un nouvel emploi, pour ceux qui sont retournés travailler, provoque aussi des

changements dans la routine quotidienne ainsi qu'une remise en question des objectifs et des projets conjugaux. Ce retour au travail suscite des inquiétudes et de l'insécurité chez les conjointes, la peur des conséquences d'une aggravation ou d'un autre accident.

Une minorité de travailleurs affirme, malgré tout, que l'expérience a eu des aspects positifs pour le couple, elle aurait permis un rapprochement entre les conjoints.

D'après d'autres travailleurs, ce sont les conséquences physiques de la lésion qui sont responsables de leur isolement. Le fait de ne plus participer normalement à ses activités sociales et de loisir provoque une déqualification sociale qui, conjuguée aux mécanismes d'exclusion qui touchent les personnes ayant des limites fonctionnelles, contribue à l'isolement progressif du travailleur accidenté.

Je ne peux pas rester à la même place longtemps assis. C'est pour ça que dans les soirées, je n'y vas plus. Aller danser, je ne suis plus capable. N'importe quoi, faire du sport, je ne peux plus y penser. J'étais un sportif avant, je jouais au hockey, puis je jouais à la balle molle, j'étais champion au billard. Puis à c't'heure, ben je suis de trop.

Certains travailleurs développent cependant des stratégies pour maintenir actif un réseau de

relations. Ce développement de stratégies d'évitement de l'isolement est surtout le fait des inemployables et des chômeurs. Le petit restaurant des alentours, les centres commerciaux, l'ancien lieu de travail ou, plus simplement, le voisinage, sont des lieux privilégiés de contacts sociaux.



### L'itinéraire personnel et le vide identitaire

Cette dimension, l'itinéraire personnel, renvoie à la perception qu'a le travailleur de lui-même durant le processus de réadaptation. Elle permet de décoder l'ensemble des expériences vécues et de dégager les éléments qui sont à la source des stratégies développées par le travailleur pour agir face à la situation. Pour pouvoir se prendre en main et être un acteur actif dans sa réinsertion sociale et professionnelle, le travailleur ne peut composer qu'avec des ressources personnelles, celles qu'il possède et celles qu'il perçoit posséder.

L'identité sociale que procure le fait de travailler, ou la perte de celle-ci, est un nœud important auquel se rattachent les autres éléments du discours ayant trait à l'itinéraire personnel.

Comme moi, j'en ai un problème de même [avec l'alcool]. Je fais du meeting. Puis je m'en cache pas non plus. Tu sais, quand tu ne te sens plus utile de ton

corps. Tu sais, quand tu te sens plus utile là, c'est dangereux. Prends un gars sur le bien-être social, tu lui enlèves sa dignité. Il sera jamais bon après. Le gars, là, il se sent pas utile. Tu sais, sa vie alentour, à un moment donné, là, c'est étourdissant à force que... Osti, des fois c'est assez pour tirer dans le tas, tu sais. En tout cas, moi, je vois ça de même. J'ai eu beaucoup de périodes de déprime. Beaucoup. Dans les temps morts comme ça, l'hiver là, c'est mort. Mais au moins j'ai réussi à revenir sur le marché du travail. Là je travaille pas, parce qu'il y en a pas de job. Moi, quand je m'en vais travailler là, je suis plus le même homme. C'est curieux, j'aime ce que je fais. Puis la douleur, ben, à un moment donné, coudon, il va falloir que je vive avec ça. Tu prends une pilule, puis tu fais ton travail, on oublie ça. Mais il y a des gars, c'est ça, il y a des gars qui sont plus capables de le faire, vraiment, là. Il y a des gars là qui sont finis, là. A quarante ans, cinquante ans, ils sont finis là. Puis pas trop d'instruction. C'est quoi, là? Bien-être social? Oh boy! Oh boy! [...] La journée que tu ne te sens plus utile, là c'est dangereux. Une roulette, un meter à l'Hydro là, ça tourne sur un bord; s'il faut qu'elle se mette à rouler sur l'autre bord, là t'as des problèmes. Ça fait que c'est ça, là ton comportement s'en ressent, ton humeur.

Gagner sa vie va de pair avec l'autonomie et avec l'accomplissement du devoir lié aux responsabilités sociales et familiales. Travailler crée un sentiment de conformité à une norme sociale et à un système de valeurs qui permet de garder le respect de soi et sa dignité. Si l'activité de travail structure en grande partie l'image de soi, elle structure aussi la vie quotidienne. Faire une vie « normale », c'est se lever le matin et aller travailler, rencontrer des collègues, faire une activité utile et se reposer une fois le travail accompli. L'expérience des conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle vient complètement bouleverser, à cet égard, le champ de références identitaires du travailleur. Recevoir des indemnités, même si elles sont justifiées, est considéré comme une honte et une déviation par rapport à notre système de valeurs, auquel il adhère. Cette éthique du travail

est un puissant stimulant et elle constitue la source principale de la motivation à se réinsérer professionnellement.

Pour plusieurs, la découverte et l'apprentissage des limites fonctionnelles se traduisent par le sentiment de *n'être plus bons à rien*. Cette perception négative se fait ici en comparaison avec l'état préaccidentel. L'expérience de la lésion crée une rupture dans la perception de soi. Les deux pôles de référence dans le discours sur l'image de soi sont d'une part l'affirmation de soi comme quelqu'un qui était vaillant et travaillant avant la lésion, et d'autre part le refus de se laisser identifier maintenant comme un paresseux. Plusieurs travailleurs accidentés se comparent plutôt aux personnes handicapées ou aux personnes âgées. Ainsi, le fait d'en être rendus au point où des gestes anodins deviennent difficiles à exécuter en amène certains à s'identifier à des handicapés. Ce transfert de catégorie sociale modifie la perception que le travailleur a de sa position sociale. Il reporte sur lui la perception qu'il a des handicapés. S'il avait toujours pris ces derniers en pitié, il considère maintenant que lui aussi, *fait pitié*. Dans le même ordre d'idées, certains s'identifient à la catégorie sociale des personnes âgées, se sentant dévalorisés parce qu'ils n'ont pas l'âge qui correspond à cet état.

Bref, la perception de soi comme une personne autonome et indépendante avant la lésion bascule dans le champ de la dépendance envers les autres. La sensation de dépendance est d'autant plus forte qu'étant souvent dans l'obligation de demeurer à la maison, les accidentés ne peuvent même pas participer aux travaux domestiques courants et se sentent inutiles. Cette dépen-

dance est associée à la mendicité.

Le travailleur peut être appuyé dans sa démarche d'acceptation de ses incapacités par les membres de son réseau social, notamment par sa conjointe. Mais cette démarche ne peut se faire, selon eux, sans que le travailleur lui-même prenne conscience de ses limites et de ses capacités dans chacune de ses sphères d'activités. Le travailleur ne reçoit généralement aucune aide professionnelle à cette étape de son itinéraire personnel. Il est laissé à lui-même. Le processus d'acceptation des incapacités est un cheminement non linéaire où les travailleurs passent par des phases de découragement et de dévalorisation.

J'étais pas gros mais j'étais fort, j'avais des bons bras raides. Puis de l'orgueil hein, qu'est-ce que tu veux, puis... Ouf! tu te sens une demi-portion à un moment donné [rires]. Qu'est-ce que tu veux, tu te sens une moitié d'homme. Je pense ben que j'ai un schème de valeurs pour ce que c'est un homme, vraiment, là. Il reste que c'est là pareil, c'est dans l'homme pareil, je pense, d'avoir ses capacités. Ça t'amène à forcer d'une autre manière, puis ça t'amène à être obligé d'être un peu plus humble, puis de dire : « Ben moi, je peux pas t'aider ». Quand ils nous demandent au travail : « Y a-tu des hommes forts qui veulent venir nous aider ? » Ben, c'est non, je peux pas moi, j'ai été opéré dans le dos, je suis obligé de dire ça. C'est chiant, ça me fait chier [rires], j'aime pas ça. J'ai jamais dit ça, je pense, à personne, ce que je te dis là. Ça me fait du bien [rires]. J'ai jamais eu la chance de l'exprimer là, tu sais. C'est énervant. C'est là que tu vois que t'es à part. C'est cette partie-là qui fait que tu te sens un peu à part. Ou que t'es plus comme t'étais. [...] J'aimais ça, oui, j'aimais ça forcer. C'était pas pour impressionner, comme ça me faisait du bien, je le sais pas, c'est dur à exprimer, ça doit être dans l'homme ça. Je peux pas définir ça. J'aimais ça forcer, moi, puis ça me donnait une impression de force, d'être solide.

Il est important de noter que le processus d'acceptation de ses incapacités et de transforma-

tion de son identité soumet le travailleur à des déséquilibres psycho-sociaux importants. Le recours à l'alcool comme une forme d'anesthésiant psychologique est mentionné par plusieurs. On consomme de l'alcool pour éviter de faire face à la situation et pour tromper l'ennui que cause l'inactivité.

Quant à la douleur physique, elle s'insinue dans les moindres gestes de la vie quotidienne. Elle modifie les habitudes de vie, notamment le sommeil. Elle est une manifestation constante qui, pour le travailleur, cristallise sa fragilité et engendre l'insécurité. Elle perturbe l'humeur, les comportements et, à long terme, la personnalité. Les relations avec l'entourage s'en ressentent, ce qui, à la longue, peut entraîner le retrait des proches. Ici encore, on voit apparaître l'alcool comme anesthésiant de la douleur.

Au cours du processus, les périodes d'inactivité favorisent la réflexion et permettent aux accidentés de faire le point sur leur vie passée. Mais le discours qui en rend compte a souvent comme toile de fond l'isolement et un état dépressif. Plusieurs travailleurs nous ont affirmé avoir envisagé, durant cette période, de tout remettre en question, de se départir de tout ce qu'ils possédaient, c'est-à-dire de vendre leur maison et de déménager, de changer de métier, etc. Dans la réalité, peu l'ont fait et ils disent avoir pensé ainsi sous le coup du choc ou durant une période au cours de laquelle leur état s'apparentait, selon eux, à une dépression. En effet, le plus souvent seuls à la maison, ils se sentent à part des autres, d'autant plus que, si la période d'inactivité se prolonge, les autres membres du ménage reprennent leurs habitudes quotidiennes. Si certains trouvent les ressources nécessaires pour bri-

ser leur isolement, d'autres se replient de plus en plus profondément sur eux-mêmes. L'ennui, la douleur, l'alcool, la perte d'identité, la dépendance et la perte de dignité sont les ingrédients qui, selon les travailleurs, caractérisent le plus souvent ces périodes d'attente et sont propices au développement d'états dépressifs. La moitié des travailleurs que nous avons interviewés ont affirmé avoir vécu de ces états dépressifs.

Il vient un moment donné qu'on veut même plus sortir, aller au magasin, rien. Je me suis renfermé. Je ne parlais pas. Même que j'ai laissé des amis de côté parce qu'à chaque fois que je les voyais, ils me demandaient comment ça allait puis... [...] Je me dis que j'avais un terrible de bon moral. Je suis descendu bas, mais j'aurais pu être plus bas que ça encore. Puis, j'ai remonté tranquillement. Je me suis motivé. J'ai descendu très bas. À tel point que je ne voulais même plus sortir de la maison. Ah non, j'étais renfermé, je passais les grandes journées renfermé dans une chambre. Quand ma femme travaillait, du moment qu'elle arrivait, ben là, c'était moins pire. Je ne voulais pas déranger personne. Je me disais que je n'étais pas assez malade pour avoir l'aide des autres. Là, j'attendais tout simplement la nouvelle du retour au travail ou d'avoir le point final. Qu'il se passe de quoi, pour que moi j'existe. Que je fasse quelque chose. C'était pour ça que j'attendais.

L'objectif de réinsertion sociale et professionnelle exige d'agir et de persévérer dans l'action. Pour les travailleurs, l'accident ou la maladie professionnelle provoque un arrêt qu'ils qualifient de brusque

et auquel ils n'étaient pas du tout préparés. À cause de l'effet de déstabilisation, certains travailleurs ont le sentiment d'être complètement immobilisés et désespérés. Alors que tout autour d'eux continue à bouger, à progresser, ils ont l'impression d'être à l'extérieur de ce mouvement des choses et des gens et ont le sentiment qu'il leur manque l'énergie nécessaire pour, à la fois, engendrer l'action vers un « nouveau départ » et « sauter dans un train en marche ».

Je me sens ben ben dévalorisé. Je regarde les autres autour de moi, puis il y en a qui sont pourtant ben plus mal pris que moi. On dirait que moi [rire], je suis arrêté en quelque part là, puis eux autres continuent. Dans ben des affaires. J'ai des pertes de mémoire, tout le temps. Je suis resté tout le temps dans la maison, j'avance plus avec personne. Ça fait que je me dévalorise là-dedans, mais dans tout, je pense.

Le plus souvent, les travailleurs accidentés ont l'impression qu'il leur faut « recommencer leur vie » et « repartir à zéro ». L'assurance économique et sociale qu'ils avaient acquise au cours de leur carrière professionnelle s'est effondrée. Plusieurs se considéraient comme au mi-temps de leur carrière, avec des acquis qui leur permettaient d'envisager un futur sinon plus clément, du moins planifiable à moyen terme : un statut dans l'entreprise, de l'expérience et de la confiance en soi dans la pratique du métier, des bénéfices sociaux, la sécurité financière, etc. Pour plusieurs, il serait trop tard pour recommencer et ils ne peuvent espérer un futur équivalent à ce qu'ils avaient envisagé avant leur lésion professionnelle.

## Conclusion

En abordant la dimension subjective de l'expérience des travailleurs accidentés tout au cours de leur cheminement dans le processus de réadaptation, nous avons retenu quelques

aspects importants de la marginalisation qu'ils ressentent. Il y a là un paradoxe, puisque l'objectif même des programmes mis en place consiste à les soutenir.

Qu'ils parviennent ou non à réintégrer un emploi, les travailleurs restent marqués par la lésion professionnelle et ses conséquences physiques et sociales, par le fait d'avoir un dossier CSST et par l'image négative véhiculée sur le compte des accidentés du travail. Ils font face à une déqualification, à des incertitudes quant à leur avenir ou encore à des rejets répétés du marché du travail. L'intervention d'experts médicaux, toujours plus nombreux et pas toujours du même avis, ajoute une dimension de mise en doute qui alimente les préjugés à leur égard. Cette dimension imprègne également les rapports qu'ils entretiennent avec la CSST. Ils se sentent dépersonnalisés et démunis devant un système dont la logique leur demeure opaque et qui leur renvoie une image négative d'eux-mêmes.

Ces mises à distance non seulement canalisent souvent les énergies des travailleurs au détriment de démarches actives en réadaptation, mais encore se répercutent dans leur vie relationnelle et personnelle. Souvent, l'univers familial devient leur dernier retranchement, avec des risques d'épuisement du réseau de soutien ou de conflits conjugaux qui les rendent plus vulnérables encore à l'isolement. Enfin, il se crée un vide identitaire profond chez plusieurs travailleurs, sur la base de leur insécurité professionnelle et de leur non-conformité au modèle dominant du travailleur qui mène une vie normale et qui gagne sa vie. Cette absence de sens rend plus manifeste encore le risque de solitude auquel ils sont exposés. Certains,

plus désemparés que d'autres, s'inscrivent dans ce que Giddens (1991 : 193) appelle un processus d'engouffrement (*engulfment*) où l'individu a le sentiment d'avoir de moins en moins de prise sur ce qui lui arrive.

À ce premier paradoxe entre l'objectif et les effets non recherchés et non voulus du processus de réadaptation s'en ajoute un autre, d'ordre temporel. Nous avons observé que des apprentissages et des adaptations sont nécessaires pour que le cheminement du travailleur vers la réinsertion sociale et professionnelle se fasse sans trop de séquelles. Faire l'apprentissage de ses incapacités et transformer la perception de son corps, ou encore, apprivoiser un nouveau métier et transformer son identité sociale, constituent des étapes nécessaires à une *réadaptation* réussie. Le temps devient ainsi un allié pour le travailleur. Cependant, plusieurs obstacles se dressent devant lui, créant insécurité et anxiété. Ainsi l'événement accidentel, ou la prise de conscience des conséquences de celui-ci, constitue pour lui un point de rupture dans la perception qu'il a de lui-même et de sa position sociale. Le discours des travailleurs se réfère constamment à l'image, parfois améliorée, qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur situation avant cette cassure; le présent est souvent fait d'une suite de conflits (médicaux, administratifs et juridiques, conjugaux, relationnels...) et d'espoirs de réinsertion déçus; l'avenir, dans la projection du présent, semble bloqué puisque manquent les qualifications sociales nécessaires à un nouveau départ. Le temps peut ainsi devenir un facteur pathogène important (Fernandez-Zoïla, 1979), d'autant plus que, hors du cadre normal du travail, la structure habituelle du temps se désor-

ganise (Sivadon et Fernandez-Zoïla, 1984).

Ces deux paradoxes ne sont pas sans solution. Il est possible de resserrer l'intervention pour accroître les possibilités d'un retour à l'emploi que le travailleur exerçait avant la lésion professionnelle ou, du moins, pour sensibiliser les milieux de travail et ainsi diminuer les risques de marginalisation et de précarité, de même que les expressions de préjugés défavorables. Un soutien aux conjoints et aux familles pourrait permettre que se maintienne plus facilement la solidarité essentielle à la réadaptation, diminuant ainsi les risques de prise en charge subséquente par l'État. Enfin, il y aurait lieu de tenir compte de manière plus fine de l'état de fragilité dans lequel se trouve le travailleur et d'intervenir davantage selon l'évolution de la personne qu'en fonction d'une démarche standardisée.

Jean-Claude Martin  
Raymond Baril

Institut de recherche en santé et  
en sécurité du travail du Québec

## Notes

- <sup>1</sup> Cette étude a été financée par l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail du Québec (Baril, Martin, Lapointe et Massicotte, 1993).
- <sup>2</sup> Les mécanismes de construction de clientèle et de population cible sont abordés aussi dans d'autres articles du présent numéro de la RIAC. Voir également Velche, 1991, sur les handicapés en France, et Lippel, 1986, sur l'évolution de la jurisprudence reliée à la Loi sur la santé et la sécurité au travail du Québec.
- <sup>3</sup> Les mesures de réadaptation sont regroupées selon leur nature sous forme de programmes: réadaptation physique (physiothérapie, ergothérapie, soins à domicile, etc.), réadaptation sociale (intervention psychosociale, adaptation de résidence ou de véhicule, aide personnelle à domicile, etc.) et réadaptation

professionnelle (formation professionnelle et recyclage, adaptation de poste de travail, subvention à l'employeur, subvention au travailleur, soutien pour recherche d'emploi, etc.).

- <sup>4</sup> Selon des règles et des modalités précises, le travailleur, l'employeur et la CSST peuvent contester certaines décisions médicales ou administratives à différents paliers (Arbitrage médical, Bureau de révision paritaire, Commission d'appel en matière de lésions professionnelles).
- <sup>5</sup> À propos des termes signe, sens et réaction, voir notamment Corin, Bibeau, Martin et Laplante, 1990.
- <sup>6</sup> 1991: «the self as reflexively understood by the individual in terms of his or her biography». Voir aussi Rémy, Voyé et Servais, 1991.
- <sup>7</sup> «Le terme de "qualification sociale" renvoie à tous les signes de socialisation et d'intégration sociale qui relèvent de l'histoire personnelle et qui sont susceptibles de différencier les individus de même compétence professionnelle» (Benoît-Guilbot, 1990 : 493).
- <sup>8</sup> Cette dimension renvoie à la distinction entre expérience de la maladie (*illness*) et affection (*disease*) établie en anthropologie et en sociologie médicale (Eisenberg, 1977; Fabrega, 1972; Mechanic, 1962).
- <sup>9</sup> Cette différence n'est pas sans rappeler celle qui existe entre les modèles explicatifs du médecin et de son patient en psychiatrie (voir Kleinman, 1980).

## Bibliographie

- BARIL, R., J.-C. MARTIN, C. LAPOINTE et P. MASSICOTTE. 1993. *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, à paraître.
- BENOÎT-GUILBOT, Odile. 1990. « La recherche d'emploi : stratégies, qualification scolaire ou professionnelle et "qualification sociale" », *Sociologie du travail*, 4 : 491-505.
- BURMAN, P. 1988. *Killing Time, Losing Ground*. Toronto, Wall et Thompson.
- CASTEL, R. 1991. « De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle », dans J. DONZELOT, éd. *Face à l'exclusion. Le modèle français*. Paris, Éditions Esprit.

- CAY, E. L., et D. D. WALKER. 1988. « Psychological Factors and Return to Work », *European Heart Journal*, 9 : 74-81.
- CORIN, E., G. BIBEAU, J.-C. MARTIN et R. LAPLANTE. 1990. *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- DEJOURS, C., C. VEIL et A. WISNER. 1985. *Psychopathologie du travail*. Entreprise moderne d'édition.
- DODIER, Nicolas. 1985. « La construction pratique des conditions de travail. Préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers », *Sciences sociales et santé*, III, 2 : 5-39.
- EISENBERG, L. 1977. « Disease and Illness : Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 : 9-23.
- FABREGA, H. 1972. « Concept of Disease : Logical Features and Social Implications », *Perspectives in Biology and Medicine*, 15, 4 : 583-616.
- FERNANDEZ-ZOÏLA, A. 1979. *Ruptures de vie et névroses : la maladie-langage post-traumatique*. Toulouse, Privat.
- FLORENS, J.-P., D. FOUGÈRE et P. WERQUIN. 1990. « Durées de chômage et transitions sur le marché du travail », *Sociologie du travail*, 4 : 439-468.
- GAZIER, Bernard. 1990. « L'employabilité : brève radiographie d'un concept en mutation », *Sociologie du travail*, 4 : 575-584.
- GIDDENS, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, Stanford University Press.
- KLEINMAN, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- LIPPEL, Katherine. 1986. *Le Droit des accidentés du travail à une indemnité : analyse historique et critique*. Montréal, Éditions Thémis.
- MECHANIC, D. 1962. « The Concept of Illness Behaviour », *Journal of Chronic Disease*, 15 : 189-194.
- OUTIN, Jean-Luc. 1990. « Trajectoires professionnelles et mobilité de la main-d'œuvre : la construction sociale de l'employabilité », *Sociologie du travail*, 4 : 469-489.
- RÉMY, J., L. VOYÉ et E. SERVAIS. 1991. *Produire ou reproduire. Tome 1 : Conflits et transaction sociale*. Bruxelles, De Boeck-Wesmael.
- SIVADON, P., et A. FERNANDEZ-ZOÏLA. 1984. *Temps de travail, temps de vivre*. Bruxelles, Pierre Mardaga.
- STRAUSS, Anselm L. 1987. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press.
- TAYLOR, Charles. 1992. *Grandeur et misère de la modernité*. Bellarmin.
- VELCHE, Dominique. 1991. « Handicaps et insertion professionnelle », *Vie sociale*, 5-6 : 37-49.
- VELCHE, Dominique. 1992. « L'insertion professionnelle des personnes handicapées : facteurs d'échec et de réussite », *Actes du 116e congrès national des sociétés savantes*. Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.