

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

Sylvie Gravel¹, Jean-Marc Brodeur², François Champagne³, Katherine Lippel⁴, Louis Patry⁵, Laurence Boucheron⁶, Michel Fournier⁶, Bilkis Vissandjée⁷

1 gravel.s@uqam.ca

École de gestion, ORH, UQÀM
C.P. 6192 succ. Centre-Ville, Montréal, Qc, H3C 4R2

2 Département de Médecine sociale et préventive et chercheur au GRIS, Université de Montréal.

3 Département d'Administration de la santé et chercheur au GRIS, Université de Montréal.

4 Département de Droit, Université d'Ottawa.

5 Département de Biostatistique et d'épidémiologie de l'université McGill et Direction de santé publique de Montréal

6 Direction de santé publique de Montréal

7 Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

1. PROBLÉMATIQUE

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

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

avoir été victimes d'une lésion professionnelle au cours de la dernière année et des 255 travailleurs admissibles à des indemnités, seulement 40 % ont fait une réclamation, et ce, sans égard aux types de lésion.

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

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

Pour ceux qui réussissent à surmonter leurs peurs d'être victimes de représailles, l'accès à l'indemnisation n'est pas automatique. Plusieurs études (Stunin et al, 2004; Imershein et al, 1994; Thomason, 1994) et travaux de commissions d'enquête, dont celles menées récemment en Californie (Sum, 1996; WISH, 2002), démontrent l'existence de maintes barrières d'accessibilité au système d'indemnisation, que ce soit à l'entrée ou en cours de processus.

Quelques auteurs ont dégagé de ces barrières des cadres d'analyse de l'accès à l'indemnisation. Parmi les premiers ayant contribué à ce type d'analyse, Weeb et al (1989) ont élaboré une grille des trajectoires d'indemnisation en partant du milieu de travail, du contexte entourant l'appui au travailleur pour déclarer à ses supérieurs l'événement accidentel. Cette grille reprise par Azaroff et al (2002) a été complétée par une série de filtres qui illustrent les pressions subies par les travailleurs, pressions exercées par les différents acteurs des environnements concernés entre autres par le processus administratif de la réclamation. D'abord, il y a l'environnement de travail où les superviseurs et les collègues freinent le processus. Ensuite, il y a le milieu médical où les médecins ont à la fois un rôle d'experts auprès des instances décisionnelles et de soutien auprès des patients s'ils acceptent les enjeux de pouvoir entre l'expertise et la contre-expertise. Et finalement, il y a l'environnement administratif qui reconnaît ou non les risques environnementaux des réclamants et s'assure de la compréhension des bonnes procédures à suivre par ces derniers. Ces filtres accordent une importance particulière aux jeux d'influence dans le milieu de travail et moins aux dynamiques avec les acteurs du système administratif de l'indemnisation.

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

- Bloquer l'entrée au système: en décourageant les travailleurs de réclamer parce que les procédures sont longues et coûteuses, en insinuant qu'ils s'appauvrissent en raison des délais pour recevoir leurs indemnités; en les menaçant d'un congédiement ou en leur proposant un arrangement contournant la déclaration (assignation temporaire, chômage, vacances).
- Imposer des règles structurant l'accès au système d'indemnisation : être inflexible sur les délais de

réclamation, limiter le libre choix du médecin traitant, rembourser aux travailleurs des frais médicaux au lieu de les payer directement.

- Ignorer les conditions de réintégration au travail: consolider le travailleur sans égard à ses capacités à maintenir son niveau de productivité, aux risques de rechutes et de récives, et donner des informations non adaptées aux travailleurs allophones ou peu scolarisés.

Les obstacles médicaux se sont ajoutés au cadre d'analyse à la suite de réflexions économiques visant la réduction de l'accroissement des coûts des soins liés à l'indemnisation. Cette augmentation associée entre autres au fait que beaucoup de travailleurs étatsuniens n'ont accès à des soins de santé que par le régime d'indemnisation de leur employeur (Dembe et al, 2004); situation fort différente de celle au Québec où la plupart des soins médicaux sont gratuits. Afin de contrôler les coûts, les services d'indemnisation étatsuniens ont proposé de nouveaux modèles de gestion des cas de travailleurs victimes de lésions professionnelles misant sur des critères de qualité des soins et services en médecine du travail dont : la couverture du plan d'assurance, les normes de pratique de la médecine du travail basées sur des données probantes, la compréhension par les travailleurs des décisions rendues, des traitements offerts et des indemnités de remplacement accordées et l'accès facile au système de santé (rendez-vous médicaux sans délai, plan de retour progressif au travail et mesures préventives des rechutes et des récives) (Dembe et al, 2003).

Malgré ces tentatives d'améliorations, les travailleurs demeurent insatisfaits des soins reçus (Rudolph et al, 2002; Eccleston et al, 2002). Ils déplorent que les professionnels de la santé saisissent peu la nature de leur emploi, l'impact de leur lésion et de leurs limitations sur leur capacité d'exécuter leurs tâches et de satisfaire aux exigences de performance attendues par l'employeur (Sum, 1996).

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

La littérature indique qu'il existe une série de jeux d'influence, exercés sur les travailleurs pour freiner leurs démarches aux diverses étapes du processus de réclamation des indemnités. Dans certains cas, ces influences s'exercent dès les premières étapes du processus, dont la menace de délais de paiement ou de procédures légales (Dawson, 1994), faisant en sorte que les travailleurs ne déposeront même pas de requête. Selon l'angle d'analyse adopté, soit médical, juridique, administratif ou des rapports humains, l'importance accordée à ces jeux d'influence varie et le sentiment d'iniquité teinte l'appréciation des travailleurs sur l'ensemble des services reçus. Malgré l'ampleur des travaux effectués sur l'accès à l'indemnisation, dans aucun cas, on n'a considéré l'ensemble du parcours, en prenant compte de l'entièreté des angles d'analyse des mécanismes de blocage pour cerner les dynamiques particulières des travailleurs plus vulnérables, dont les travailleurs immigrants. Ces constats de la littérature amènent la question suivante :

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

2. MÉTHODE

Pour répondre à cette question, une analyse secondaire a exploré les données d'une étude initiale réalisée de janvier 2000 à décembre 2004 par la Direction de la santé publique et des établissements offrant de l'expertise médicale et juridique en santé et sécurité au travail. L'étude a été menée auprès d'un échantillon de 104 travailleurs, immigrants (n=53) et non-immigrants (n=51), victimes de lésions musculo-squelettiques (Patry et al, 2005). Les données des deux entrevues réalisées auprès de chacun des travailleurs de l'échantillon ont été revues à la lumière de critères de difficultés d'accès à l'indemnisation. Ces derniers ont été établis par trois groupes d'experts en santé et sécurité au travail appartenant à des champs d'expertise

distincts : médical, juridique et administratif. À partir de ces critères, des scores de difficultés ont été attribués à chacun des sujets de l'échantillon.

La stratégie adoptée dans cette méthode était de favoriser la multiplicité des critères. En élaborant ses propres critères, chacun des groupes d'experts a privilégié certaines dimensions selon son angle de compétence. Les trois opérations d'évaluation se sont succédées sur une période de trois mois, et ce, de façon distincte. Un seul expert, le coordonateur des opérations, a été en contact avec les autres.

Le premier groupe d'évaluateurs, celui des experts médicaux, ont listé 33 critères correspondant aux éléments du parcours d'un travailleur pouvant faire obstacle à sa demande d'indemnisation. Deux des membres de la recherche ont relu l'ensemble des entrevues des 104 travailleurs et ont attribué un point lorsque le critère était présent et 0 lorsqu'il était absent. Ainsi, chaque sujet avait un score de difficultés vu sous un angle médical qui pouvait atteindre un maximum de 36.

La deuxième analyse d'expert a été menée par une juriste, spécialisée dans la défense des travailleurs victimes de lésions professionnelles. Cette experte du droit a déterminé 34 critères avec lesquels elle a relu l'ensemble des entrevues des 104 sujets de l'échantillon. Elle a attribué un score global sur 10 à chacun des travailleurs.

Quant au troisième groupe d'experts, celui concerné par les dimensions administratives, il a établi 13 critères de difficultés ayant chacun de trois à cinq niveaux de difficultés. Tout comme l'opération faite sous l'angle médical, deux membres de l'équipe de recherche ont revu l'ensemble des entrevues des 104 sujets de l'échantillon et ont attribué un score à chacun des travailleurs. Il pouvait atteindre un maximum de 65 points.

Afin d'accorder à chacune des évaluations un poids équivalant, chacun des scores a été recalculé sur 50. Sa somme a été établie pour chacun des travailleurs. Ces scores cumulés sont la variable dépendante à partir de laquelle les analyses statistiques ont été faites.

2.1 Source des données

Les résultats ici présentés se réfèrent à deux sources de données : celles des deux entrevues menées auprès des sujets de l'échantillon dans le contexte de l'enquête initiale (les critères ayant permis de juger des difficultés) et les scores de difficultés. La première source comporte plus de 400 variables décrivant : les procédures médicales, juridiques et administratives assumées par les travailleurs, la qualité des interactions avec les professionnels en lien avec leur démarche d'indemnisation, les conditions de retour au travail ainsi que le profil sociodémographique et professionnel des travailleurs. Quant à la deuxième source de données, celle des scores, elle comprend deux données : le score attribué par chacun des trois groupes d'experts (sur 50) et les scores cumulés des trois (sur 150).

2.2 Échantillon et recrutement

L'échantillon non probabiliste de l'enquête initiale est composé de 104 travailleurs dont 53 travailleurs immigrants et 51 non immigrants, âgés de 18 à 65 ans. L'échantillon comprend autant d'hommes que de femmes. Au moment où s'est produite la lésion pour laquelle ils ont fait une réclamation, tous les travailleurs étaient salariés d'une entreprise, à l'exception d'une travailleuse autonome.

Les travailleurs immigrants de l'échantillon sont nés hors du Canada et ont immigré depuis 20 ans ou moins. Cette définition inclut les travailleurs de toutes origines ethniques et raciales, les allophones et les travailleurs maîtrisant les langues officielles. Elle exclut les travailleurs ayant immigré de longue date, considérant qu'ils sont aussi familiers avec les structures sociales, dont le système d'indemnisation, que tous les travailleurs.

La population cible est celle des travailleurs qui ont eu recours à une expertise médicale ou juridique pour étayer leur demande de réclamation. Ces travailleurs ont été recrutés principalement par les listes de clientèles des partenaires de l'étude initiale : une polyclinique faisant de l'expertise de lésions

professionnelles n=42), un organisme de défense des travailleurs victimes de lésions professionnelles (n=32), un bureau d'études légales spécialiste du droit de santé et sécurité au travail (n=16) ainsi que les journaux et radios ethniques principalement arabophones et hispanophones (n=14). Des 363 sujets potentiels issus des listes de clientèle de tous les partenaires, 184 ont pu être sollicités, le taux de participation étant de 57 % (104/184).

La sélection des sujets de l'échantillon original n'est pas représentatif de l'ensemble des travailleurs ayant réclamé des indemnités à la Commission de santé et sécurité du Québec (CSST). Pour cela, il aurait été nécessaire de se référer à leurs fichiers mais ceux-ci ne disposent pas d'indicateurs permettant de distinguer les travailleurs immigrants qu'il s'agisse du lieu de naissance, de la langue maternelle ou encore du statut d'immigration. La sélection comporte des biais parce qu'elle s'est élaborée à partir des listes de clients des partenaires faisant de l'expertise en santé et sécurité au travail. Normalement, un travailleur ayant un parcours d'indemnisation facile ne requiert que les services médicaux courants des urgences médicales ou de son médecin de famille, s'il en a un, et voit sa demande réglée après quelques contacts avec les agents d'indemnisation. Néanmoins, l'échantillon ne comporte pas les pires cas. Sont exclus de cette liste tous les travailleurs victimes de lésions qui ne connaissent pas leurs droits, qui ignorent l'existence même de ces services spécialisés donc ceux qui n'ont pas réclamés, et tous ceux qui, soit par crainte de l'employeur ou des instances décisionnelles de l'indemnisation en santé et sécurité au travail traitant leur requête, soit frustrés de leur expérience, ont refusé de participer à l'enquête. L'échantillon tel que constitué est représentatif d'une bonne partie des travailleurs ayant connu des parcours d'indemnisation difficile et d'une infime partie des travailleurs victimes de lésions professionnelles.

2.3 Traitement et analyse de données

Les scores cumulés des difficultés de parcours d'indemnisation ainsi que toutes les données de l'enquête initiale ont été saisis et traités à l'aide du logiciel SPSS. Les critères liés aux opérations d'évaluation des scores de difficultés ont été consignés dans des cahiers de bord. Finalement, trois traitements et analyses des données ont été faits :

- a. une analyse qualitative des critères retenus par les experts a servi à déterminer les variables ayant le plus contribué aux scores de difficulté des sujets pour chacune des opérations;
- b. une analyse bivariée a permis d'établir la distribution des scores non cumulés (sur 50) selon le statut des travailleurs (immigrants et non immigrants) et selon l'angle d'évaluation;
- c. des tests d'association ont été pratiqués, avec la méthode statistique de «t de student», sur les scores cumulés de difficultés (sur 150) et les principales variables associées aux difficultés d'accès à l'indemnisation (statut, sexe, scolarité et type de lésion).

a) une analyse qualitative des critères retenus par les experts a servi à déterminer les variables ayant le plus contribué aux

3. RÉSULTATS

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

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

Au total, les experts médicaux ont listé 33 critères, l'expert juridique 34 et les experts administratifs 13 critères. Pour chacun de ces groupes, les 12 principaux critères, ceux qui ont contribué le plus à l'établissement des scores de difficultés des 104 travailleurs de l'échantillon, ont été analysés et comparés entre eux.

Premier constat, chacun des groupes d'experts, contrairement à nos attentes, ont retenu des critères de difficultés qui appartiennent en grande partie aux champs d'expertise des deux autres groupes d'experts, comme si les difficultés d'accès à l'indemnisation étaient attribuables aux autres acteurs qui agissent dans

le système d'indemnisation et non à eux-mêmes. Ainsi, les 12 premiers critères d'importance pour les experts médicaux, sept sont des critères administratifs (7/12) tels que les difficultés à comprendre la correspondance écrite ou les procédures, ne pas avoir été interrogé par un agent d'indemnisation, pour ne nommer que ceux-ci (voir la liste angle médical, tableau 1). Ensuite, viennent les critères en lien avec l'investigation médicale (2/12) : le recours à des examens pour établir le diagnostic et la référence à d'autres professionnels de la santé pour le traitement de la lésion. Les autres critères d'importance sont (3/12): de travailler dans une entreprise non syndiquée, ne pas comprendre la correspondance écrite et de recourir à un conseiller juridique pour comprendre les décisions rendues ou faire valoir ses droits.

Quant à l'expert juridique, des 12 principaux critères, quatre font référence aux aspects médicaux (4/12) et quatre autres aux procédures administratives (4/12) (voir deuxième colonne du tableau 1). Les aspects médicaux retenus par la juriste sont par ordre d'importance: la controverse médicale entre la partie patronale et le médecin traitant, avoir un premier diagnostic établi par le médecin de l'employeur, développer des complications médicales et psychologiques, et avoir une lésion attribuable à des mouvements répétitifs difficilement démontrables. Parmi les critères administratifs retenus par la juriste, certains recourent ceux retenus par le groupe d'experts médicaux à savoir : l'absence de contact avec les agents d'indemnisation et la méconnaissance des règles administratives. La juriste retient également comme critères administratifs: les réclamations initiales incomplètes ou une description trop sommaire des circonstances entourant l'apparition de la lésion, les résultats d'examens ou de consultations absents du dossier du réclamant. Seule la juriste a considéré des critères économiques pour juger des difficultés dans les parcours d'indemnisation, dont celui de la capacité du travailleur à assumer les frais juridique de consultation et de mise en appel des décisions, et d'avoir recours à une assurance collective pour subvenir à ses besoins durant la période de carence du revenu salarial.

Les experts des aspects administratifs ont retenu, contrairement aux deux autres groupes d'experts, des critères liés au retour au travail (3/12) et aux facteurs humains (3/12) (voir troisième colonne du tableau 1). Le fait que le travailleur ne soit pas retourné au travail, ne soit pas consolidé, qu'il ne bénéficie pas du soutien de son employeur ou qu'il veuille changer d'employeur ou d'orientation sont des éléments jugés importants dans le processus d'indemnisation. Et quant aux procédures administratives, le troisième groupe d'experts jugent que les difficultés s'accroissent lorsque plusieurs instances décisionnelles interfèrent dans le dossier du travailleur, lorsque les termes des décisions ne sont pas clairs, que les faits accidentels ou en lien avec l'apparition de la lésion sont refusés au départ et que le travailleur n'ait jamais rencontré un agent d'indemnisation face à face.

Tableau 1: Douze principaux critères qualifiant les parcours difficiles selon les experts médicaux, juridiques et administratifs

Critères ^[1]	Angle médical ^[2]	Angle juridique ^[3]	Angle administratif ^[4]
Médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Examen médical spécialisé. • Référé à des professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controverse médicale. • Recours au médecin de l'employeur. • Complications psychologiques. • Lésion liée à un mouvement répétitif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic imprécis. • Complications médicales.
Juridiques	<ul style="list-style-type: none"> • A consulté un conseiller juridique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incompréhension du litige.< 	
Administratifs	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de comprendre la correspondance écrite. • Incompréhension des procédures administratives. • Refus du retour au travail. • Refus de la consolidation. • Refus pour une limitation fonctionnelle. • Incompréhension lors des consultations professionnelles. • Non interrogé par un agent d'indemnisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de contact avec l'agent d'indemnisation. • Réclamation initiale incomplète. • Interprète seulement à la dernière instance décisionnelle (CLP). • Méconnaissance des règles administratives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs instances décisionnelles. • Termes des décisions pas clairs. • Reconnaissance des faits refusée. • N'a jamais vu l'agent, information insuffisante.
Économiques		<ul style="list-style-type: none"> • Frais juridiques insurmontables, abandon de la demande de révision. • Pas d'assurance emploi / coûts supplémentaires des traitements. 	
Critères de retour au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Non syndiqué. 		<ul style="list-style-type: none"> • N'est pas retourné au travail, non consolidé. • Veut changer d'employeur ou d'orientation. • Pas de soutien de l'employeur.
Critères humains	<ul style="list-style-type: none"> • Aide pour la correspondance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incompréhension des termes et des décisions rendues. 	<ul style="list-style-type: none"> • Décisions incomprises. • Mépris. • Difficulté à se faire comprendre.
Total ^[5]	12 critères	12 critères	12 critères

^[1] Catégories de critères

^[2] Liste des 12 principaux critères parmi les 33 retenus par les trois experts médicaux.

^[3] Liste des 12 principaux critères parmi les 34 retenus par l'expert juriste.

^[4] Liste des 12 premiers critères parmi les 13 retenus par les experts administratifs.

^[5] L'analyse qualitative porte sur ces 36 critères soit le cumul des 12 critères des trois groupes d'experts.

Globalement, les critères liés au parcours administratif (15/36) sont prépondérants dans toutes les opérations d'évaluation des parcours d'indemnisation. Les critères d'ordre médical (8/36) arrivent au second rang parce que la consultation médicale est la porte d'entrée du système d'indemnisation. Les critères liés aux facteurs humains (5/36), dont les problèmes de communication et de compréhension, arrivent au troisième rang dans les opérations d'évaluation des parcours difficiles. Bien que l'impact de la lésion sur les capacités de réintégrer son travail soit au coeur des préoccupations des travailleurs, la catégorie de critères portant sur le retour au travail se classe quatrième. Si les critères faisant appel à l'appauvrissement des travailleurs, à leur incapacité à payer leurs frais médicaux ou juridiques sont très présents lorsque vient le moment de formuler une demande de réclamation, ils semblent être moins prépondérants lorsque les procédures sont déjà amorcées. Toutefois, comme bien d'autres, les critères économiques apparaissent de façon secondaire dans la liste des autres évaluations.

Pour en apprécier la justesse, des corrélations inter-juges ont été calculées par un test de coefficient de Pearson - les valeurs attribuées par l'évaluation sont ici catégorielles - entre les trois groupes d'experts. Les résultats, se situant autour de 0,6, indiquent que les groupes d'experts ont porté des jugements distincts sans pour autant être aux antipodes de l'évaluation (voir le tableau 2).

Tableau 2: Corrélations inter-juges entre les trois comités d'experts

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

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

3.2 Description des scores de difficultés selon le statut des travailleurs

Peu importe sous quel angle les parcours d'indemnisation des travailleurs immigrants de l'échantillon sont analysés, ils sont jugés plus difficiles que pour les travailleurs non-immigrants (figures 1 à 3). Les écarts de difficultés entre ces deux groupes sont significatifs lorsque les parcours sont évalués sous les angles juridique ($t = -2,8$) et administratif ($t = -2,4$). Par contre, cet écart n'est pas significatif lorsque l'évaluation est faite sous l'angle médical ($t = -0,97$). Dans les figures décrivant la distribution des scores de difficultés des travailleurs selon l'angle d'analyse, se trouvent les catégories des scores sur l'abscisse et sur l'ordonnée, le nombre de sujets dans la catégorie de score - les catégories de scores varient selon l'angle d'analyse.

Figure 1. Évaluation selon l'angle médical
Comparaison des scores de difficultés des parcours d'indemnisation
selon le statut d'immigration

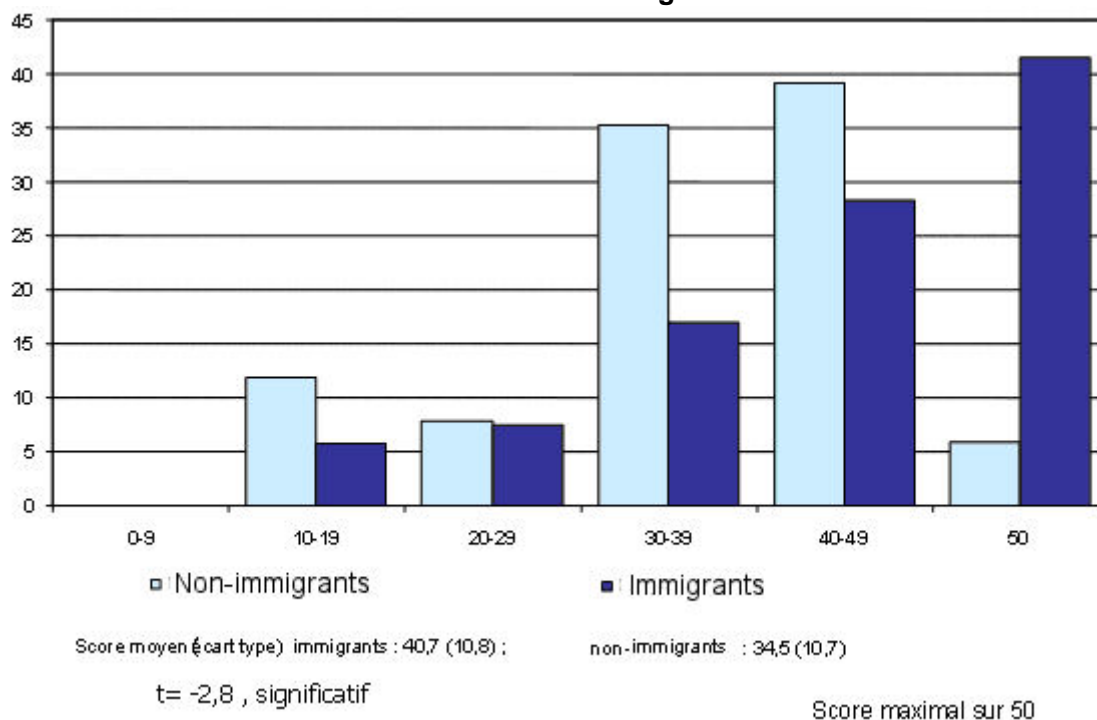


Figure 2. Évaluation selon l'angle juridique
Comparaison des scores de difficultés des parcours d'indemnisation
selon le statut d'immigration

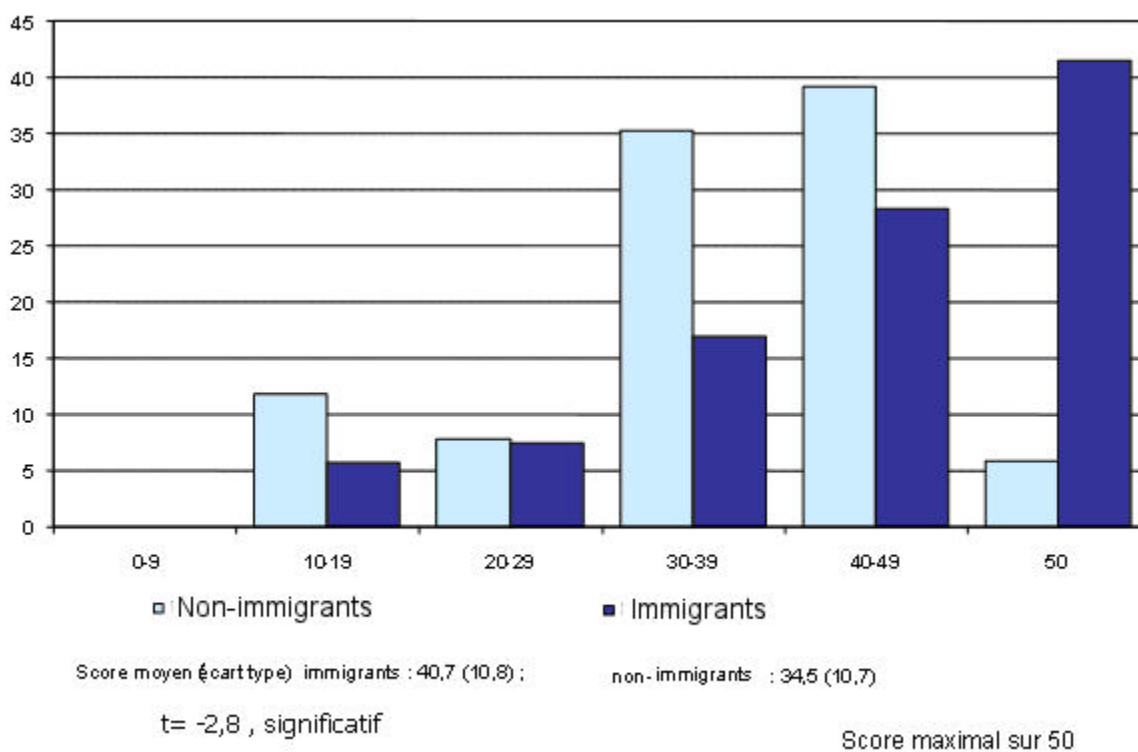
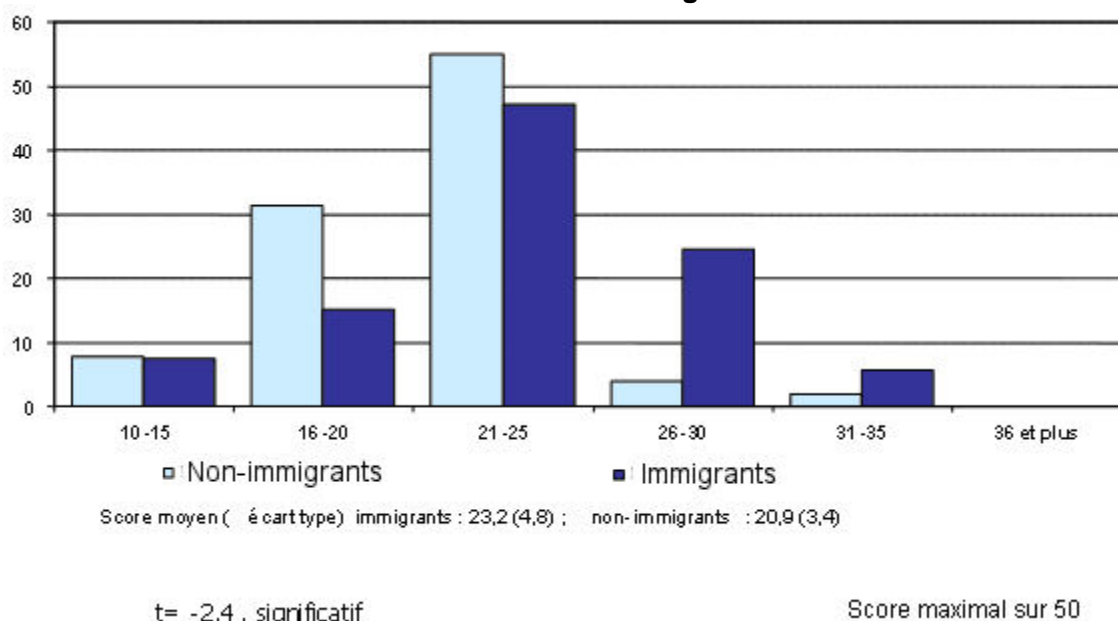


Figure 3. Évaluation selon l'angle administratif
Comparaison des scores de difficultés des parcours d'indemnisation
selon le statut d'immigration



Dans les trois évaluations, les valeurs résiduelles aux scores suivent une courbe de distribution normale.

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

Selon les divers travaux recensés dans la littérature, les vulnérabilités associées au genre, au type de lésion et à la scolarité peuvent marquer leur parcours d'indemnisation. À cet effet, des tests de « t » d'égalité des moyennes ont été appliqués entre ces variables et les scores de difficultés d'accès à l'indemnisation. Les résultats aux tests d'égalité des moyennes indiquent que le type de lésion (maladie ou accident), la scolarité (moins de 12 ans d'étude et 12 ans et plus) et le statut (immigrant, non-immigrant), à l'exception du sexe, sont associés de façon significative aux scores de difficultés. Ces associations significatives varient selon l'angle d'analyse. Dans le cas du statut, l'association est significative à la fois quant au score cumulé et quant aux scores des opérations faits sous l'angle juridique et administratif (voir tableau 3).

Tableau 3: Résultats significatifs aux tests d'égalité des moyennes des variables associées aux scores cumulés (sur 150) de difficultés d'accès à l'indemnisation selon l'angle d'évaluation

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

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

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

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

En résumé, le statut d'immigration est associé aux difficultés cumulées d'accès à l'indemnisation peu importe l'angle d'évaluation, alors que la faible scolarité est prépondérante sous les angles médical et administratif, et le type de lésion, sous l'angle juridique.

4. Discussion

Cette étude, basée sur trois opérations d'évaluation des critères pour juger des difficultés d'accès au système d'indemnisation éprouvées par les travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles, apporte quelques résultats originaux. Toutefois, ces derniers comportent certaines limites liées entre autres à l'échantillonnage des sujets de l'étude initiale ainsi qu'à sa taille et à la composition des trois groupes d'experts.

Le premier résultat original est une série de 36 critères regroupés en six catégories; celle-ci est proposée aux acteurs concernés par les services d'indemnisation pour déterminer le degré de difficultés éprouvées par les travailleurs immigrants qui font une demande de réclamation. Bien qu'exhaustive, cette liste ne concerne que les difficultés éprouvées par les travailleurs ayant fait une demande de réclamation. Elle n'aborde aucunement les difficultés entourant la sous-déclaration des lésions, le premier niveau de blocage identifié par Dembe et *al.* Ces critères, pour juger des parcours difficiles, ont été regroupés selon les six dimensions de l'analyse de l'indemnisation (administrative, médicale, retour au travail, humain, économique, juridique) et ont été croisés selon les trois grandes sources de difficultés : les informations insuffisantes ou manquantes, les problèmes de compréhension et de communication.

Tableau 4: Critères pour juger des parcours d'indemnisation difficiles, regroupés selon les trois grandes sources de difficultés

	Information insuffisante ou manquante	Difficultés de compréhension	Difficultés de communication
Administratif	Faits refusés Retour au travail refusé Consolidation rejetée Limitation fonctionnelle déclinée Plusieurs instances décisionnelles Aucune rencontre ou contact téléphonique avec l'agent d'indemnisation Non interrogé pour des précisions Information incomplète sur la documentation fournie	Correspondance écrite Règles administratives (délais) Procédures administratives (formulaire) Termes de droit lors des demandes de révision et de contestation Réclamation initiale incomplète	Présence d'un interprète qu'à la dernière instance décisionnelle
Médical	Recours au médecin de l'employeur Complications médicales ou psychologiques Diagnostic imprécis	Examen médical spécialisé Référence à des professionnels Controverse médicale Lésion liée à un mouvement répétitif	Exposer ses symptômes lors des consultations médicales
Humain		Aide pour la correspondance Aide à la compréhension des décisions rendues	Mépris Difficulté à se faire comprendre (allophone fonctionnel)
Retour au travail	Non syndiqué Non retourné au travail Non consolidé	Changer d'employeur ou d'orientation	Pas de soutien de l'employeur pour des mesures de réintégration
Économique	Frais juridiques insurmontables Abandon de la demande de révision Pas d'assurance emploi couvrant les coûts supplémentaires des traitements		
Juridique	Consulter un conseiller juridique	Incompréhension du litige	

Ces principaux critères, regroupés en six catégories, pourraient être réduits à une liste plus succincte. Une liste épurée mériterait d'être validée par un groupe d'experts, issus de divers champs de compétence et représentés dans une proportion équilibrée. Rappelons ici que, la composition des trois groupes d'experts n'était pas équivalente et que la procédure de validation n'était pas identique.

Le deuxième résultat original est que, cette étude a permis de développer une méthode pour qualifier les degrés de difficultés éprouvées par les travailleurs et comparer les groupes de travailleurs à partir de critères. Bien que ces derniers ciblaient les travailleurs immigrants, l'échantillon des travailleurs n'est pas représentatif de tous les travailleurs immigrants ni de tous les travailleurs en général. Rappelons que le recrutement a emprunté la liste des clientèles de trois partenaires offrant une expertise médicale ou juridique en santé et sécurité au travail. Compte tenu de ce biais de sélection des sujets, les résultats ne sont qu'un indicatif de la vulnérabilité des travailleurs immigrants; ils ne pourraient être extrapolés à l'ensemble des travailleurs. Idéalement, la validation des scores de difficultés devrait être faite sur un échantillon randomisé de travailleurs provenant de la liste des réclamants inscrits dans les fichiers de la CSST. Mais ces fichiers ne contiennent actuellement aucune variable pouvant distinguer les travailleurs selon leur statut d'immigration, leur langue maternelle, leur origine ethnique ou raciale. Malgré les limites de ces résultats, une bonne partie des critères pourrait s'appliquer aux travailleurs des secteurs industriels où les conditions de travail sont très précaires et où l'environnement les expose indûment à des lésions

professionnelles.

Le troisième résultat original de cette étude est d'avoir comparé, entre les travailleurs immigrants et non-immigrants, l'ensemble des difficultés cumulées dans un parcours d'indemnisation. Dans la littérature, maintes études ont constaté que les travailleurs immigrants ou issus de communautés culturelles ou de minorités visibles vivaient de plus grandes difficultés d'accès à certaines étapes du processus d'indemnisation que les travailleurs en général, mais aucune ne comparait des scores globaux combinant l'ensemble des étapes du processus d'indemnisation.

Finalement, le quatrième résultat original établit que les associations significatives, démontrées dans la littérature, entre le sexe, la scolarité, le type de lésion et le statut d'immigration et les difficultés d'accès à l'indemnisation, varient selon l'angle d'évaluation. Le statut d'immigration a des associations significatives dans une perspective globale des difficultés d'accès à l'indemnisation alors que la faible scolarité est prépondérante sous les angles médical et administratif, et le type de lésion, sous l'angle juridique. Quant au sexe, aucune association n'a été significative.

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

5. Conclusion

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

Références

- Azaroff LS, Levenstein, C.L., Wegman, D.H. (2002). Occupational Injury and Illness Surveillance: Conceptual Filters Explain Underreporting. *American Journal of Public Health*, 92(9): 1421-1429.
- Biddle J., Roberts K., Rosenman K.D., Welch E.M. (1998). What Percentage of Workers with Work-Related Illnesses Receive Workers' Compensation Benefits? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40(4): 325-331.
- Dawson S. (1994). Workers' Compensation in Pennsylvania: The effects of Delayed Contested Cases. *Journal of Health and Social Policy*, 6 (1): 87-100.
- Dembe A.E, Fox S.E, Himmelstein J.S. (2004). *Improving Workers' Compensation Medical care, A National Challenge*, OEM Press, Beverly Farms, MA.
- Dembe A.E., Sum J., Blaker N., Stromberg K., Nemirovsky I. (2003). Workers' Compensation Medical care

in California: **Access to Care**. Commission on Health and Safety and Workers Compensation, no.3:1-4. <www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc>.

Dembe A.E., Sum J., Blaker N., Stromberg K., Nemirovsky I. (2003). Workers' Compensation Medical care in California: **Quality of Care**. Commission on Health and Safety and Workers Compensation, no.4: 1-4. <www.chcf.org ou www.dir.ca.gov/chswc>.

Eccleston S. et al. (2002). The Anatomy of Workers' Compensation Medical Costs and Utilization: Trends and Interstate Comparison, 1996-1999. Cambridge, MA: Workers Compensation Research Institute.

Imershein, A.W., Hill, A. S., Reynolds, A.M. (1994). The Workers' Compensation System as a Quality of Life Problem for Workers' Compensation Claimants. *Advances in Medical Sociology*, 5: 181-200.

Kirsh B. et al. (2001). Injured Worker Participatory Research Project. *Making the system Injured Worker Participatory Research Project. Making the system better*, Injured workers speak out on compensation and return to work issues in Ontario. Department of Occupational Therapy, Faculty of Medicine University of Ontario, project no. 980086, 2001.

Krause N. et al. (1999). Working Conditions and health of San Francisco Hotel Room Cleaners. Report to the Hotel Employees and restaurant Employees International Union from School of Public Health at the University of California, Berkley. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers.

Lashuay N, Burgel BJ, Harisson R, Israel L, Chan J, Cistic C, Pun JC, Fong K, Shin Y. (2002). We spend Our Days Working in Pain: A Report on Workplace Injuries in the Garment Industry, Asian Immigrant Women Advocates. Cité dans: Working Immigrant Safety and Health. 2002. Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers.

Morse K.L., Dillon C., Levenstein C., Warren A. (1998). The Economic and Social Consequences of Work-Related Musculoskeletal Disorders: The Connecticut Upper-Extremity Surveillance Project. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 4(4): 209-216.

Patry L., Gravel S., Boucheron L., Fournier M., Ken M., Beauvais J., Vissandjée B. (2005). *Accès à l'indemnisation des travailleurs et travailleuses immigrant(e)s victimes de lésions musculo-squelettiques d'origine professionnelle*. Rapport de recherche Direction de santé publique de Montréal. Conseil québécois de recherche sociale (CQRS) no. 94577 SR-4658.

Pransky G., Benjamin K., Hill-Fotouchi C., Himmelstein J., Fletcher K.E., Katz J.N., Johnson W.G. (2000). Outcomes in Work-Related Upper Extremity and Low Back Injuries: results of retrospective Study. *American Journal of Industrial Medicine*, 37: 400-409.

Roberts K., Young W. (1997). Procedural Fairness, Return to Work, and the Decision to Dispute in Workers' Compensation. *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 10 (3): 193-208.

Rosenman K.D., Garnier J.C., Wang J., Biddle J., Hogan A., Reilly M.J., Roberts K., Welch E. (2000). Why Most Workers with Occupational Repetitive Trauma do not file for Workers' Compensation. *JOEM*, 42 (1): 25-43.

Rudolph L., Deitchman S. (2002). What Do Injured Workers Think About Their Medical Care and Outcomes after Work Injury? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44: 425-434.

Santiago A.M., Muschkin C.G. (1996).Disentangling the Effects of Disability Status and Gender on the Labour Supply of Anglo, Black, and Latino Older Workers. *The Gerontologist*, 36 (3): 299-310.

Shannon H.S., Lowe G.S. (2002). How Many Injured Workers do not File Claims for Workers' Compensation Benefits? *American Journal of Industrial Medicine*, 42: 467-473.

Stunin L., Boden L.I. (2004). The Workers' Compensation System: Worker Friend or Foe? *American Journal of Industrial Medicine*, 45: 338-345.

Sum J., Stock L. (1996). *Navigating the California Workers' Compensation System: The Injured Worker's Experience; An Evaluation of Services to Inform and Assist Injured Workers in California*. Report prepared for the Commission on Health and Safety and Workers' Compensation by the Labour Occupational Health Program, University of California at Berkley. <[http://socrates.berkeley.edu/~lohp/Publications/Factsheets And More](http://socrates.berkeley.edu/~lohp/Publications/Factsheets%20And%20More)>

Texas Workers' Compensation Research Center.(1995). Economic Outcomes of Injured Workers with Permanent Impairments. *The Research Review*, 3 (27): 1-4.

Thomason T. (1994). Correlates of Workers' Compensation Claims Adjustment. *Journal of Risk and Insurance*, 6(1): 59-77.

Thomason T. 1994. Correlates of Workers' Compensation Claims Adjustment. *Journal of Risk and Insurance*, 6(1): 59-77.

Villarejo D, et al. (2000). *Suffering in Silence: A Report on the Health of California's Agricultural Workers*. Sacramento, CA: California Institute for rural Studies.

Webb G.R., Redman S., Wilkinson C., Sanson-Fisher R.W. (1989). Filtering effects in reporting work injuries. *Accident Analysis and Prevention*, 21: 115-123.

WISH, California Working Immigrant Safety and Health. (2002). *Improving Health and Safety Conditions for California's Immigrant Workers*: 13.

Yassi A., Sprout J., Tate R. (1996). Upper Limb Repetitive Strain Injuries in Manitoba. *American Journal of Industrial Medicine*, 30: 461-472.

