

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	v
LISTE DES TABLEAUX	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xii
RÉSUMÉ	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	4
1.1 Le traumatisme psychologique	5
1.2 Vers une conceptualisation du soutien social	10
1.3 Les hommes et le travail	13
1.4 Les hommes et le soutien social	16
1.5 Les accidents de travail	19
1.6 La représentation de la maladie et de la douleur persistante chez les travailleurs	20
1.7 Les travailleurs en Abitibi-Témiscamingue	23
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	26

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE	32
3.1 Question de recherche	32
3.2 But de la recherche	32
3.3 Objectifs poursuivis	33
3.4 Devis de recherche	33
3.5 Population à l'étude et échantillonnage	34
3.6 Nature de l'échantillonnage	35
3.7 Critères d'inclusion des participants	36
3.8 Recrutement des participants	37
3.9 Instruments de collecte des données	38
3.10 Traitement et analyse des données	39
3.11 Procédure d'analyse	39
3.12 Limites de la recherche et biais	40
3.13 Considérations éthiques	41
3.14 Mérites de la recherche	42

CHAPTIRE IV

RÉSULTATS	43
4.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants	43
4.2 L'origine des blessures	45
4.2.1 Description de l'accident	46
4.3 Sécurité au travail	49
4.4 Conséquences de l'accident	51
4.4.1 Conséquences sur la santé physique	51
4.4.2 Conséquences sur la santé psychologique	54
4.4.3 Conséquences sur la dimension sociale	62
4.5 Climat de travail avant l'accident	66
4.6 Attitude de l'entourage suite à l'accident	68

4.6.1	La famille	68
4.6.2	Les amis	70
4.6.3	Le milieu de travail	71
4.7	Attitude du travailleur suite à l'accident	74
4.7.1	Le travailleur face à la famille et aux amis.	75
4.7.2	Le travailleur face au milieu de travail.	77
4.8	Soutien.	79
4.8.1	Famille/amis.	79
4.8.2	Professionnel	80
4.8.3	Milieu de travail.	81
4.9	État de santé psychologique des répondants et soutien social reçu.	83
CHAPITRE V		
ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS		85
5.1	L'origine des blessures	86
5.2	Sécurité au travail.	90
5.3	Conséquences de l'accident.	94
5.3.1	Conséquences sur la santé physique.	94
5.3.2	Conséquences sur la santé psychologique	96
5.3.3	Conséquences sur la dimension sociale	101
5.4	Climat de travail avant l'accident	105
5.5	Attitude de l'entourage suite à l'accident	107
5.5.1	La famille	108
5.5.2	Les amis	111
5.5.3	Le milieu de travail.	113

5.6	Attitude du travailleur suite à l'accident	116
5.6.1	Le travailleur face à la famille et aux amis.	117
5.6.2	Le travailleur face au milieu de travail.	120
5.7	Le soutien.	121
5.7.1	Famille/amis.	122
5.7.2	Professionnel.	125
5.7.3	Milieu de travail.	127
5.8	Liens entre le cadre théorique et les résultats de la recherche.	128
5.8.1	Liens entre le soutien social reçu et perçu par les travailleurs et leur adaptation	130
5.9	Retombées de la recherche	131
	CONCLUSION.	133
	ANNEXE 1 – Formulaire de consentement	136
	ANNEXE 2 – Grille d'entrevue auprès des travailleurs accidentés	141
	ANNEXE 3 – Lettre sollicitant l'appui de l'ATTAAT	145
	ANNEXE 4 – Lettre d'invitation aux travailleurs accidentés	146
	BIBLIOGRAPHIE	147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
2.1	Éléments structurants et critères de scientificité du constructivisme . .	31
4.1	Caractéristiques sociodémographiques des participants	45
4.2	Conséquences sur la santé physique	54
4.3	Conséquences sur la santé psychologique	62
4.4	Conséquences sur la dimension sociale	66
4.5	Climat de travail avant l'accident	68
4.6	Attitudes de l'entourage suite à l'accident	74
4.7	Attitudes du travailleur suite à l'accident	78
4.8	Soutien	83

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ATTAAT	Association des travailleurs et des travailleuses accidentés(es) de l'Abitibi-Témiscamingue
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

RÉSUMÉ

Cette recherche exploratoire de type qualitative vise à apporter un éclairage sur le rôle du soutien social auprès de travailleurs souffrant d'un traumatisme psychologique suite à un accident de travail. Une étude qualitative fondée sur le modèle constructiviste a été privilégiée et des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de neuf travailleurs accidentés (n=9).

Les résultats de la recherche mettent en évidence que c'est à partir de leur expérience que se dessine le profil d'une lutte interne entre le besoin d'être soutenu dans cette épreuve et la difficulté d'accepter le soutien sous toutes ses formes. Dans la plupart des cas, l'acceptation du soutien provoque des malaises et de la résistance chez les travailleurs. Ce geste étant en contradiction avec la perception qu'ils veulent avoir d'eux-mêmes et ce qu'ils souhaitent maintenir aux yeux des autres. La crainte d'être perçu comme étant un être faible et dépendant est encore très présente chez les hommes ayant un profil correspondant au rôle de genre de type traditionnel. Cette étude met également en relief l'importance que revêt le travail dans notre société. Le fait d'être atteint et déstabilisé dans cette sphère de vie renforce la résistance au soutien. Pour les participants à l'étude, le travail figure en tête de liste des priorités. De ce fait, l'absence de soutien du milieu de travail s'est avérée avoir des conséquences chez les travailleurs. Tous s'attendaient à une démonstration de compassion de la part de l'employeur et à une reconnaissance de leur apport dans l'entreprise.

Tout en étant consciente que l'échantillonnage abrégé constitue une limite à la présente recherche, il est cependant à noter que le principe de saturation a été atteint; ce qui permet le transfert du savoir dans des contextes similaires. Une analyse plus approfondie du rôle du soutien social (Charbonneau et Houle, 1999; Dulac, 2001; O'Neil et al., 1995; Pleck, 1981, 1995; Tremblay et al., 2004, 2005; Banks, 2001; Rondeau, 2004) chez les travailleurs accidentés masculins, permettant d'élaborer des modèles d'intervention adaptés à leur réalité, serait une avancée intéressante dans l'accompagnement des hommes.

MOTS-CLÉS : soutien social, travail, accident de travail, traumatisme psychologique.

INTRODUCTION

Cette recherche qualitative de type exploratoire se situe dans le cadre d'une maîtrise en travail social. Elle s'adresse à des travailleurs¹ résidant sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue; travailleurs accidentés, prestataires de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et présentant un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) consécutif à un accident de travail. Le TSPT se distingue par le fait que la victime a craint pour son intégrité physique ou pour celle d'autrui lors de l'événement. D'autres symptômes tels que l'évitement, l'émoussement, la reviviscence et l'hyperactivité neurovégétative font également partie intégrante des séquelles liées au TSPT (DSM-V-TR, 2013).

Des auteurs comme Kilpatrick et al. (1989), Pitman, Atman et Macklin (1989), Foa (2000) et Brillon (2007) ont contribué par leurs travaux à définir la structure et les composantes d'un traumatisme psychologique. Cependant, le TSPT demeure un trouble anxieux complexe tant dans la symptomatologie que dans le traitement.

Devant la place qu'occupe le travail dans la société occidentale, lieu de réalisation, de socialisation, d'identification et de reconnaissance (Dejours, 1987a, 1987b), le retrait du milieu à la suite d'un accident de travail est rarement sans conséquence. Développer un TSPT suite à un accident de travail touche inexorablement toutes les sphères de vie de la personne accidentée. Ce projet de recherche vise à approfondir le rôle que joue le soutien social auprès des personnes ayant subi un traumatisme psychologique suite à un accident de travail. Dans la présente étude, le soutien social se rapporte à l'entourage immédiat et aux collègues de travail de l'accidenté.

¹ Considérant que le sujet de notre recherche implique davantage d'hommes que de femmes, nous avons choisi d'utiliser le genre masculin par souci de fluidité dans la lecture du texte.

Le désir d'approfondir le sujet provient de la pratique privée auprès d'une clientèle victime d'un traumatisme psychologique survenu dans l'exercice de fonctions professionnelles. Ayant reçu des formations spécifiques pour intervenir auprès de ce type de clientèle, le constat est que le traumatisme psychologique se manifeste inéluctablement sous la forme d'un trouble anxieux (Maranda, 1998). Selon cette auteure, toutes les sphères de vie des travailleurs sont atteintes et la préoccupation de ces derniers est majoritairement fondée sur leur capacité psychologique et physique à reprendre le travail. De plus, l'opinion des proches et du milieu de travail face à leur implication dans l'événement s'avère importante pour ces derniers. Le regard des autres sur ses capacités personnelles et professionnelles tient une place prépondérante dans le quotidien postévénementiel.

La recension des écrits dans le domaine des traumatismes psychologiques est vaste et bien documentée. Toutefois, nous avons relevé peu d'écrits entourant les impacts du soutien social associés à un traumatisme psychologique suite à un accident de travail.

Le choix du cadre conceptuel de cette recherche est basé sur l'intérêt professionnel et les connaissances cliniques de l'étudiante sur le sujet et la place que représente le vécu des travailleurs accidentés dans ce projet. Pour ces raisons, le paradigme constructiviste balisera la structure analytique de cette recherche.

Les objectifs spécifiques de l'étude se résument à : 1) identifier et décrire les dimensions du soutien social qui contribuent à atténuer les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail; 2) identifier et décrire les dimensions du soutien social qui entraînent ou exacerbent les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail; 3) dresser le portrait des différents types de soutien social vécus par les répondants.

Le premier chapitre traite de la problématique du sujet à l'étude et fait état de la littérature sur le traumatisme psychologique, le soutien social vu et ressenti par les hommes et la place qu'occupe le travail dans notre société. Le deuxième chapitre situe le cadre conceptuel de l'étude et met en relief les raisons qui motivent le paradigme constructiviste. Le troisième chapitre traite de la méthodologie, suivi des résultats au chapitre IV. Cette section expose les dimensions étudiées par le biais des expériences vécues des répondants. Ce chapitre fait état des récits recueillis auprès des répondants ainsi que des conséquences physiques, psychologiques et sociales causées par l'accident de travail. Le chapitre V, quant à lui, analyse les résultats des données recueillies en s'appuyant sur la littérature existante dans les domaines étudiés. La conclusion vient clôturer l'ensemble de la démarche.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre traite des différentes problématiques engendrées par un accident de travail. Des données scientifiques se rapportant au traumatisme psychologique, aux concepts du soutien social et la dimension du travail dans notre société sont étayées dans le but de mettre en valeur les fondements de notre étude.

Afin de mieux situer la problématique, nous avons consulté les plus récentes statistiques datant de 2013 se rapportant aux accidents de travail répertoriés par la CSST sur le territoire québécois. 52 302 lésions professionnelles sont survenues au Québec. Les coûts financiers reliés à ce nombre s'élèvent à 1 880 792 milliards de dollars. Les travailleurs les plus touchés œuvrent dans le secteur du bâtiment, les travaux publics, l'industrie chimique, la foresterie, les mines, les carrières, les puits de pétrole et la fabrication de produits en métal (Rapport annuel CSST, 2013). À la lecture de ces statistiques, nous faisons le constat que les données produites par la CSST sont orientées sur les lésions physiques. Les conséquences psychologiques liées à un accident de travail ne font pas l'objet de compilation. Nous nous retrouvons dans l'impossibilité de figurer le nombre de travailleurs accidentés ayant des conséquences sur leur santé psychologique.

1.1 Le traumatisme psychologique

Un événement est considéré « traumatique » lorsqu'il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique et qu'il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (DSM-V-TR, 2013).

Le traumatisme psychologique provoque chez l'individu des réactions multiples. Pour la majorité des victimes, les conséquences sont passagères et se dissipent au fil du temps, sans laisser de séquelles. Pour d'autres victimes, l'événement traumatisant a pour effet de bousculer le cours de leur vie de façon radicale. Dans ce cas, les séquelles sont souvent nombreuses et portent atteinte à toutes les sphères de vie de l'individu (Brillon, 2007; Maltais et al., 2010; Roques, 2004; Shapiro, 2007). Pour mieux comprendre les manifestations des séquelles du TSPT, voici une brève description de chacune d'elles. Selon Brillon (2007), l'*évitement* conduit la victime à faire de grands efforts pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations associées au traumatisme. La victime tend également à éviter les activités, les endroits et les personnes qui éveillent des souvenirs liés à l'événement traumatique. L'*émoussement*, lui, se rapporte à un manque d'intérêt généralisé, à un sentiment de détachement d'autrui, d'isolement et d'envahissement. La *reviviscence* quant à elle se manifeste par des souvenirs répétitifs et incisifs de l'événement, provoquant un sentiment de détresse (Brillon, 2007). La victime revit la situation en boucle, fait des cauchemars et a des impressions soudaines que l'événement va se reproduire. Toujours selon la même auteure, l'*hyperactivité neurovégétative* provoque des difficultés d'endormissement, un sommeil interrompu, des symptômes d'irritabilité ou des excès de colère, de l'hypervigilance et des réactions de sursauts exagérés.

Les causes des traumatismes existants sont classifiées en trois catégories : 1) les actes de violence interpersonnels, c'est-à-dire effectués entre deux personnes : les agressions physiques, les agressions sexuelles, les vols à main armée, la guerre, les

camps de concentration, la torture, les séquestrations, etc.; 2) les accidents causés par la main de l'homme ou l'erreur technique : les accidents de voiture, de train ou d'avion, les naufrages de bateaux, les désastres écologiques ou nucléaires, les explosions, les incendies, les déversements de produits toxiques, les accidents de travail, etc. (Norris, 1993; Kessler et al., 1995); 3) les catastrophes naturelles : les ouragans, les feux de forêt, les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les tornades, etc. (Breslau et al., 1998; Brillon et al., 1996; Maltais et al., 2010). La présente recherche est axée sur la deuxième catégorie de traumatismes, *les accidents causés par la main de l'homme ou l'erreur technique*, plus spécifiquement les traumatismes psychologiques vécus suite à un accident de travail.

La littérature met en relief le fait que les réactions post-traumatiques découlent d'une conjugaison de trois types de facteurs : les facteurs prétraumatiques, les facteurs déclencheurs et les facteurs de maintien (Kilpatrick et al., 1989; Pitman, Altman et Macklin, 1989; Ruch, Chandler et Harter, 1980). Cette conjugaison influence le nombre, la sévérité et la durée des symptômes post-traumatiques. L'élément le plus déterminant réside dans l'événement traumatique lui-même, identifié sous l'appellation « facteurs déclencheurs ». Dans cette catégorie, on retrouve les caractéristiques spécifiques de l'événement, par exemple la violence de l'événement, la perception de menace à la vie, les aspects interpersonnel, intrusif, déshumanisant, imprévisible et incontrôlable de l'événement, l'implication d'enfants et les réactions de la victime lors de cet événement (Hanson, 1990; Kilpatrick et al., 1989; Pitman, Altman et Macklin, 1989; Weaver et Clum, 1995). Des éléments existant *avant* l'événement traumatique contribuent à amplifier l'effet des facteurs déclencheurs, il s'agit des « facteurs prétraumatiques ». Les facteurs prétraumatiques ne peuvent à eux seuls provoquer un TSPT, mais ils en augmentent les risques. Un événement traumatique n'arrive pas sur un terrain vierge : la victime perçoit l'événement et y réagit en fonction de ses caractéristiques personnelles, de son vécu antérieur (Green, 1994; Perloff, 1983), de ses traits de personnalité et de ses capacités d'adaptation

(Garbarino, 1993; Krause et al., 2001; Labra, 2013; Roth et Newman, 1992). Finalement, les « facteurs de maintien » sont constitués d'éléments présents *après* le traumatisme pouvant avoir pour effet d'aggraver ou de maintenir les séquelles post-traumatiques. Cette catégorie de facteurs englobe l'absence de soutien reçu de l'entourage (Brewin, Andrews et Valentine, 2000), les conséquences de l'événement (perte d'emploi, poursuite criminelle, séquelles physiques, réactions de l'entourage), la reconnaissance du traumatisme (Flannery, 1990; Solomon, Mikulincer et Avitzur, 1988) et les gains secondaires (Brillon, 2007). Le gain secondaire le plus courant conduit la victime à se scléroser dans sa pathologie par crainte de perdre son indemnité.

Un événement traumatique, c'est l'inadmissible qui se produit. C'est le monde dans lequel on vit qui s'écroule brusquement. Les certitudes font place au désarroi et malgré l'état de détresse, la victime doit répondre aux exigences de la situation avec la question existentielle « Pourquoi moi? » Selon Maltais et al. (2002), l'impossibilité d'obtenir une réponse satisfaisante à cette question génère une grande partie du stress ressenti par la victime. Vivre un événement traumatisant implique pour la plupart des gens une recherche de sens. La spiritualité, par le biais des croyances religieuses, propose des explications aux victimes en ce qui a trait au sens à donner à l'événement. Pour plusieurs personnes, l'événement peut être perçu comme étant la volonté d'un être supérieur, une épreuve leur donnant l'occasion de devenir meilleurs et plus forts. Pour d'autres, l'injustice ressentie et l'incompréhension de cette épreuve ont pour conséquence de les détourner de leurs croyances religieuses (Hanson, 1990; Kilpatrick et al., 1989; Pitman, Altman et Macklin, 1989; Weaver et Clum, 1995). Cette réaction est davantage constatée dans la civilisation occidentale, car le rapport à la mort et aux épreuves peut être perçu outrageux, surtout si l'origine de l'événement est causée par un bri technologique ou par une erreur humaine. La réaction de la victime tend à vouloir trouver réparation (Côté, 1996).

Victimes d'un événement traumatisant et victimes de catastrophes, dans l'un et l'autre cas, la violence de l'événement, sa promptitude ou son caractère inattendu et exceptionnel, la gravité de la menace sont autant de facteurs pathogènes (Baril, 1984; Brillon, 2007; Crocq, 1994). Selon ces auteurs, les victimes sont appelées à faire face aux mêmes sentiments : la peur, l'insécurité, la colère, l'impuissance, le sentiment d'injustice subie et la détresse émotionnelle. L'événement dont elles sont victimes les amène à changer leurs habitudes de vie, à adapter leurs rapports à autrui en fonction de leurs nouvelles balises de protection, à réaménager leur façon de vivre et de penser (Baril, 1984; Brillon, 2007; Crocq, 1994).

Un événement traumatique est toujours rapporté par ceux qui le subissent comme une épreuve, une expérience éprouvante et douloureuse. Cet événement prend possession du présent et remet en cause le passé. Il fait irruption dans la vie courante et crée une rupture avec la croyance que rien de catastrophique ne peut survenir. C'est une fracture par rapport aux valeurs : l'idée qu'on se faisait de soi-même, de l'ordre social existant, de la justice. L'événement provoque l'altération des repères et un effritement des croyances et des convictions jadis rassurantes. Il crée une brèche dans l'ordre moral et déstabilise. Il met l'accent sur la vulnérabilité, la fragilité et la solitude (Janoff-Bulman, 1992).

Les répercussions d'un tel événement diffèrent selon les personnes (Crocq, 1994; Markesteyn, 1993). Certaines personnes sont plus susceptibles de développer des problèmes à long terme et d'autres retrouvent leur équilibre rapidement. La littérature fait état de plusieurs facteurs contribuant à l'aggravation des symptômes. Les traumatismes antérieurs non résolus, des facteurs de stress résiduels, les conditions socio-économiques, les traits de personnalité, les prédispositions personnelles, le support ou non de l'entourage; tous ces éléments sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à fragiliser les personnes victimes d'agression ou de violence de toutes sortes (Hanson, 1990; Kilpatrick et al., 1989; Pitman, Altman et Macklin, 1989; Weaver et Clum,

1995). La perception de la gravité de l'événement relève de l'appréciation personnelle et le degré de perturbation se fait en fonction du sens que prend l'événement dans l'histoire de vie de la victime (Abramson et al., 1978; Mikulincer et Solomon 1988, 1989). Les mêmes mécanismes de survie et d'ajustement sont en jeu et les victimes passent à travers les mêmes étapes pour retourner à la vie normale, guérir, poursuivre leur route. Revenir le plus possible à la situation antérieure, mais aussi obtenir réparation ou dédommagement pour les torts subis : le cheminement est semblable.

Les victimes d'accidents traumatisants ou de catastrophes risquent également de subir des blessures secondaires en plus du traumatisme initial. Les auteurs (Brillon, 2007; Engel, 1993; Maltais et al., 2002) font référence ici à différents facteurs aggravants : le sentiment d'abandon et d'indifférence de l'entourage ou de la communauté une fois que la situation de crise s'est résorbée, les déceptions et des frustrations à cause de l'insuffisance de moyens pour reconnaître et réparer les torts qui leur ont été causés, les maladresses commises en voulant les aider, etc. Les études (Brewin, Andrews et Valentine, 2000; Farberow, 1985; Flannery, 1990; Solomon, Mikulincer et Avitzur, 1988) sur les événements traumatiques de tous ordres en viennent à la même conclusion : le support de l'entourage est un élément majeur dans le processus de rétablissement. Elles montrent aussi qu'à la longue, l'entraide se dilue. L'écoute est plus distraite, moins attentive; la compassion est de surface ou formelle; les proches manifestent des signes de lassitude et parfois même d'irritation (Baucom, Stanton et Epstein, 2003). Les victimes en viennent à croire qu'elles sont lassantes et un fardeau pour leur entourage. Bien que les événements traumatisants soient générateurs de problèmes complexes, ils peuvent également être une occasion de croissance personnelle, de libération et d'actualisation de ses ressources personnelles, de solidifier des liens et de développer un meilleur sentiment d'appartenance avec sa communauté (Dray, 1999; Labra, 2013).

1.2 Vers une conceptualisation du soutien social

Cette recherche porte sur les facteurs de maintien, plus spécifiquement sur le rôle du soutien social lié aux réactions de l'entourage et du milieu de travail du travailleur face à l'accident. Malgré le fait que la communauté scientifique ne s'entend pas sur une définition commune du soutien social, tous conviennent qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel se divisant en trois dimensions (Vaux, 1988). La première dimension réfère au réseau de soutien, c'est-à-dire le réseau social vers qui la personne se tourne ou pourrait se tourner en cas de besoin. La seconde dimension fait état des comportements de soutien, il s'agit des actions concrètes posées auprès de la personne (écoute, accompagnement, soutien financier ou matériel, gestes d'affection, etc.). Finalement, l'appréciation subjective de soutien se compose, quant à elle, de la perception et de l'appréciation du soutien social que la personne aidée se fait du soutien qu'elle reçoit. Cette appréciation regroupe plusieurs dimensions telles que le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, la satisfaction de ce soutien, la disponibilité, l'adéquation du soutien et la confiance que le soutien sera disponible en cas de besoin (Barrera, 1986; Streeter et Franklin, 1992; Vaux, 1992). Cette dernière dimension met en relief l'importance de la réciprocité dans le soutien social (Lakey, McCabe, Fisicaro et Drew, 1996). En fait, ces études démontrent que le soutien social joue un rôle déterminant dans la réhabilitation de la personne soutenue : « Le soutien social contribue à augmenter les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales » (Gottlieb et al., 1994 : 123). En contrepartie, les effets peuvent s'avérer nocifs pour la santé mentale d'une personne, particulièrement chez les hommes en difficulté, car le soutien social peut, pour certains, s'apparenter à un sentiment de faiblesse, à une atteinte à leur compétence et à leur indépendance, entraînant une baisse d'estime de soi, un sentiment de honte pouvant provoquer une propension à l'isolement (Devault et al., 1992; Dulac, 2001;

Flaherty et Richman, 1989). Quoi qu'il en soit, l'impact du soutien social sur la santé mentale serait davantage bénéfique en période de stress et il aurait un effet préventif sur les troubles psychologiques, particulièrement dans ces moments-là (Gottlieb et Selby, 1989).

House (1981) élabore la première typologie du soutien social au travail et la définit comme suit : une transaction interpersonnelle impliquant une ou plusieurs des dimensions suivantes : 1) de l'intérêt émotionnel (amour, amitié, empathie); 2) une aide instrumentale ou matérielle (biens ou services); 3) une information (concernant l'environnement); ou 4) de l'estime (information concernant l'estime de soi).

Ce modèle a ensuite été repris par Bruchon-Schweitzer en 2002 et, tout comme House (1981), elle estime que le soutien affectif est la forme la plus importante du soutien au travail. Bruchon-Schweitzer détermine chaque dimension du soutien comme suit : *le soutien émotionnel/affectif* consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (amitié, amour, réconfort, sympathie), et qui apportent à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. *Le soutien d'estime* consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et ses valeurs. Ces encouragements lui permettront de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute, lorsque cette personne craint que les exigences d'une situation n'excèdent ses ressources et ses capacités (surcharge de travail, conflit de rôle, épuisement professionnel). *Le soutien informatif* implique des conseils, des suggestions, de l'apport de connaissance sur un problème, des propositions concernant la résolution d'un problème nouveau. *Le soutien matériel ou instrumental* implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel, ou de services rendus dans des moments difficiles. Elle caractérise aussi l'aide sous forme de temps ou de travail. Selon Bruchon-Schweitzer (2002) et House (1981), le soutien du supérieur hiérarchique est essentiel au maintien d'un bon climat de travail et son support favorise la réciprocité.

Karasek et al. (1982), et par la suite Karasek et Theorell (1990), ont intégré le soutien social au travail dans le *Job Content Questionnaire* en 1990. Ils distinguent quatre types de soutien du supérieur hiérarchique : 1) le soutien instrumental : premièrement, il englobe la latitude décisionnelle que le supérieur permet à ses employés pour organiser leurs tâches. Ensuite, ce soutien caractérise les propositions d'amélioration des conditions de travail et la facilitation de l'échange d'informations entre les membres des équipes. Il intègre enfin les actions pour favoriser la cohésion entre les membres de l'équipe; 2) le soutien réceptif : caractérise l'attention que le supérieur prête à ses employés ainsi que sa disponibilité d'écoute des problèmes professionnels; 3) le soutien d'initiative : est lié au degré d'autonomie que le supérieur permet à ses salariés, le fait qu'il laisse ses employés s'organiser à moins que ces derniers n'aient besoin de son aide; 4) le soutien d'autorité : renvoie aux attentes du supérieur par rapport au travail de ses employés (respect des règles, efforts fournis).

Concernant le soutien des collègues, ces mêmes auteurs étudient trois aspects du soutien : 1) le nombre de collègues susceptibles de se supporter mutuellement; 2) le soutien instrumental : lié aux efforts consentis par les collègues pour faire leur travail au mieux, leur degré d'autonomie dans l'exercice de leurs missions. Il caractérise aussi l'aide fournie par les collègues pour résoudre des problèmes professionnels; 3) le soutien socioémotionnel : caractérise le nombre de collègues de travail considérés comme des amis, le nombre de collègues de travail ayant les mêmes centres d'intérêt. Les travaux de Karasek et al. (1990) montrent que le soutien est d'abord professionnel. Il englobe des comportements destinés à perfectionner l'organisation du travail. Le soutien du supérieur renvoie à ses capacités à favoriser l'autonomisation, la latitude décisionnelle et la cohésion d'équipe. Les comportements de soutien de l'équipe sont destinés à faciliter l'accomplissement des tâches. Le soutien de l'équipe combine aussi le degré d'intégration de l'employé dans son équipe en considérant le fait que certains collègues soient des « amis ». Si l'existence de lien avec autrui constitue le point de départ pour recevoir du soutien,

cela ne signifie pas pour autant que la relation de soutien soit bénéfique. Thoits (1995) a d'ailleurs montré que le degré d'intégration sociale n'a pas d'effet modérateur sur la relation entre les stressseurs et la santé physique et mentale.

Il est important de rappeler que la culture de l'aide doit s'effectuer dans un mouvement de réciprocité entre l'aidé et l'aidant. L'aide est efficace lorsqu'elle se réalise dans une relation dynamique. Rappelons que ce n'est pas tout le monde qui veut être aidé. Il existe particulièrement chez les hommes une résistance à recevoir une aide psychosociale, car pour beaucoup d'entre eux cela est synonyme de faiblesse (Charbonneau et al., 2001; Maltais et al., 2002; O'Neil, Good et Holmes, 1995; Pleck, 1981, 1995; Tremblay et al., 2004, 2005).

Chez les victimes de TSPT, le soutien de l'entourage est souvent crucial dans la convalescence post-traumatique. La victime est fragile et se sent souvent démunie et confuse. Le soutien social prend donc une place prépondérante dans le processus de guérison. Un manque de soutien ou des comportements carrément négatifs (comme des critiques, le blâme, un manque de compréhension et d'empathie, ou des comportements hostiles, contrôlants, intrusifs ou stressants peuvent aggraver les symptômes (Brillon, 2007; Flannery, 1990; Solomon, Mikulincer et Avitzur, 1988). Une métaanalyse montre même que le manque de soutien social est un des prédicteurs les plus importants de symptômes post-traumatiques plus sévères (Brewin, Andrews et Valentine, 2000).

1.3 Les hommes et le travail

Quelques études mentionnent que les hommes sont particulièrement dépendants de leur conjointe en ce qui concerne leurs besoins émotifs et le maintien de leur réseau social familial (Turner, 1994). L'absence de conjointe se traduit pour beaucoup

d'entre eux par une absence de confident et un manque de soutien. Cette donnée impliquerait que les hommes privés de partenaire seraient plus vulnérables à la détresse et à l'isolement que les femmes (Hemström, 1996; Hu et Goldman, 1990). De plus, les personnes sans emploi seraient plus à risque de détresse psychologique pouvant aller jusqu'au suicide (Saint-Laurent et Tennina, 2000). Les hommes semblent tirer davantage de bénéfices psychologiques de leur rôle de travailleur et, par conséquent, ils se retrouvent plus ébranlés lorsqu'ils sont sans emploi. L'étude de Muller, Hicks et Winocur (1993) démontre que les hommes présentent des niveaux de bien-être au travail plus importants que les femmes et lorsqu'ils sont sans emploi, leur niveau de bien-être est nettement inférieur à celui des femmes.

Partant du principe que le travail occupe une place significative dans notre société, l'identité de l'individu se retrouve en partie construite autour des activités professionnelles. Les travaux de Dejours (1980a, 1980b, 1985, 1987a, 1987b), de Mendel (1985) et de Sainsaulier (1985) ont montré à quel point la question de l'identité se vit et se joue sur les lieux du travail. La majeure partie du temps d'une personne active est consacrée au travail alors qu'elle est exposée à différents facteurs de stress et de fatigue. Un lieu où la performance, la reconnaissance et la valorisation occupent une place prépondérante dans la réalité professionnelle (Maranda, 1998; Taylor, 1992). La solidarité, le regard des autres sur soi et l'approbation des pairs et des supérieurs contribuent au sentiment d'accomplissement et à celui de se sentir utile dans la société (Dejours, 1980b). La réalisation de soi s'actualise en partie dans la sphère du travail (Carpentier-Roy, 1990, 1995b, 2001; Vézina, 2000).

Morin (2006 : 31) dégage six caractéristiques principales donnant un sens positif au travail; 1) la rectitude morale (un travail qui se fait dans un milieu qui valorise la justice et l'équité, dans un environnement sain et sécuritaire, qui témoigne de la considération pour la dignité humaine, où vous pouvez compter sur l'aide de vos collègues lorsque vous avez des difficultés); 2) les occasions d'apprendre et de se

développer (un travail que vous avez du plaisir à faire, qui vous permet d'atteindre vos objectifs, qui vous permet d'atteindre un équilibre avec votre vie privée, qui vous permet d'envisager l'avenir avec confiance, qui vous permet d'apprendre, qui vous permet de vous épanouir); 3) l'autonomie au travail (un travail qui vous permet d'assurer des responsabilités, qui permet d'exercer votre jugement pour résoudre des problèmes, qui vous permet de prendre des décisions, qui vous permet de travailler efficacement); 4) les relations au travail (un travail qui vous permet d'avoir des contacts intéressants avec d'autres, qui vous permet d'avoir de bonnes relations avec les autres, qui vous permet de développer une complicité avec vos collègues, qui vous permet d'avoir de l'influence dans votre milieu); 5) l'utilité du travail (un travail qui est utile à la société, qui est utile aux autres) et 6) la reconnaissance au travail (un travail qui correspond à vos compétences, qui vous donne un salaire qui permet de subvenir à vos besoins, où l'on reconnaît vos compétences).

Partant des travaux de Weisskopf-Joelson (1968), Dejours (2010 : 103) réitère trois dimensions importantes au sens à donner au travail. Le travail peut avoir le sens de « signification », c'est-à-dire ce que le travail symbolise pour un individu, quelles sont les représentations, la valeur qu'il lui donne, quelle place il occupe dans sa vie. Le travail peut aussi avoir le sens d'« orientation », c'est-à-dire la finalité, les aspirations professionnelles. Le travail est alors utilisé comme un moyen pour atteindre ses buts, ses accomplissements. Le travail peut également avoir le sens de « cohérence », c'est-à-dire une harmonie entre les aptitudes, les habiletés, les potentialités de la personne, les tâches et les objets qu'il produit. On doit souligner que chaque individu présente une structure de sa personnalité, et ainsi l'activité qui lui est cohérente doit être en harmonie avec cette structure personnelle pour lui donner du sens ou de la satisfaction au travail.

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années que l'on apprécie à sa juste valeur l'importance du travail pour préserver et stimuler la santé des personnes. Et c'est

encore plus récemment que des gestionnaires reconnaissent les impacts que peut avoir le travail sur la santé. Pourtant, on continue de gérer le travail de façon à produire les résultats financiers attendus, mais pas nécessairement pour réaliser la raison d'être de l'organisation qui rend légitimes ses activités, ni pour contribuer au développement des personnes ou celui de la société (Morin, 2006; Silva Dos Santos, 2012). Les déséquilibres émotionnels générés par le travail peuvent s'avérer conséquents chez les individus, mais peuvent l'être davantage chez les hommes.

1.4 Les hommes et le soutien social

La perte d'un emploi ou d'un statut social peut représenter pour l'individu la rupture de son équilibre personnel, la perte de ses repères et de son identité et par conséquent le faire basculer dans un état dépressif (Cochran et Rabinowiz, 1996; Doka et Martin, 1998). Les hommes sont davantage exposés à ce type de conséquences, car les stéréotypes masculins, malgré une certaine évolution, sont encore présents dans notre société. Toutefois, ils touchent surtout les hommes de 40 ans et plus (Charbonneau et Houle, 1999; Dulac, 2001; O'Neil et al., 1995; Pleck, 1981, 1995; Tremblay et al., 2004, 2005). Selon Gilmore (1990), la nature du rôle masculin aurait une fonction culturellement adaptative puisqu'il a pour objectif de former des individus capables de protéger la communauté et de se sacrifier pour le bien de tous. Ce rôle masculin correspond au modèle attendu dans plusieurs sociétés y compris la nôtre. En occident, le rôle masculin traditionnel serait défini, selon Jansz (2000, p. 168), par quatre attributs qui s'apparentent aux catégorisations proposées par d'autres auteurs (Brannon, 1976; Harris, 1995; Pleck, 1981) : 1) *stoïcisme* : un homme ne partage pas sa souffrance, ne pleure pas publiquement et évite les émotions vives, particulièrement celles reflétant de la dépendance ou de la chaleur; 2) *autonomie* : un homme est indépendant à tout point de vue, il fait face aux difficultés de la vie en restant impassible et n'admet pas ses dépendances aux autres; 3) *réussite* : un homme réussit au niveau professionnel s'il démontre la capacité de subvenir aux besoins de

sa famille; 4) *agressivité* : un homme est fort et robuste, il agit agressivement si les circonstances l'exigent.

Pleck (1981) et O'Neil (1981) ont marqué un tournant dans l'étude des différences de genre en proposant un nouveau cadre théorique qui suggère que le rôle masculin est contre-productif, incohérent et dysfonctionnel dans la mesure où les comportements dont ils font la promotion peuvent s'avérer néfastes pour la santé des personnes. Ces auteurs soutiennent également que la violation des exigences du rôle masculin entraîne de la stigmatisation sociale et des conséquences psychologiques négatives chez les individus qui y adhèrent. Ainsi, des conflits de rôle entraînant de la tension se produisent lorsque des rôles de genre rigides et restrictifs sont appris durant la socialisation et empêchent la personne d'actualiser son plein potentiel humain et, de ce fait, lui font vivre du stress important.

Rappelons aussi que les hommes cumulent plusieurs facteurs de risque à la détresse psychologique. Entre autres, ils sont plus nombreux que les femmes à rapporter un niveau de soutien social faible, particulièrement chez les hommes âgés de 25 et 44 ans. Ils sont deux fois plus nombreux que les femmes à rapporter n'avoir aucun confident (14,3 % c. 7,6 %) (Bergeron et Cloutier, 2005 : 51). Par contre, les hommes sont moins nombreux que les femmes à rapporter avoir consulté au moins une fois un professionnel de la santé ou des services sociaux au cours de la dernière année (Antil, et al., 2005). La dépression se retrouve également en comorbidité avec d'autres problèmes psychosociaux. Ainsi, elle est relativement fréquente chez les consommateurs d'opiacés et d'alcool (Pihl et Peterson, 1992).

De fait, la maladie mentale marginalise les hommes plus traditionnels en déstabilisant leur conception de la masculinité (Messner et Sabo, 1990). De nombreux hommes plus traditionnels dissimulent et nient leurs symptômes pendant une longue période de temps, et ce, peu importe la gravité de la maladie (Charmaz, 1994). Ces hommes

adoptent des stratégies d'action telles que la fuite pour éviter de dévoiler leur problème (Dulac, 1997). Ils attendent d'arriver à la limite de leurs capacités, voire d'être en situation de crise, avant d'agir et d'aller chercher de l'aide (Banks, 2001; Dulac, 2001; Rondeau, 2004). Pour Dulac (1997 : 16), « les hommes agissent en aval, après une crise ». En santé mentale, cela a trop souvent pour effet d'entraîner des conséquences graves. Il n'est donc pas surprenant de constater que les hommes plus traditionnels utilisent peu les services de santé offerts en consultation externe (Rhodes et Goering, 1994) ou les autres services psychosociaux (Dulac, 1997; Dulac et Groulx, 1999; Tremblay et al., 2005). Ces hommes demeurent hésitants à demander de l'aide, que ce soit auprès de leurs proches ou auprès des services professionnels (Ashton et Fuehrer, 1993; Nadler, Maler et Friedman, 1984 tous cités dans Houle, 2005), particulièrement lorsqu'il s'agit de problèmes mentaux ou émotionnels (Leaf et Bruce, 1987 dans Houle, 2005). Si leur situation est particulièrement détériorée, ils préfèrent s'adresser directement aux services professionnels (Olivier, Reed, Katz et Haugh, 1999; Rickwood et Braithwaite, 1994 tous dans Houle, 2005).

Il n'en demeure pas moins que cette socialisation influence aussi les dispensateurs de services (Moynihan, 1998; Raine, 2000; Tremblay et al., 2004). Brooks (1998) et Dulac (1999, 2001) ont mis en lumière comment les exigences du cadre usuel de fonctionnement des services en matière d'aide thérapeutique sont exactement à l'inverse des exigences de la masculinité. Pour Kelly et Hall (1992), contraindre les hommes plus traditionnels aux normes dites « féminisées » de l'intervention équivaut, par analogie, à forcer un homosexuel à devenir hétérosexuel. En fait, les dispensateurs et dispensatrices de services, habitués de travailler selon des modèles d'intervention plus typiquement féminins, sont aussi influencés par les attentes sociales associées au genre.

On peut comprendre alors que, en matière de dépression, les hommes plus traditionnels consultent peu, et lorsqu'ils le font, ils rapportent peu ou minimisent la

situation (Kelly et Hall, 1992). De leur côté, les professionnels, habitués à investiguer uniquement les symptômes usuels de dépression et s'appuyant sur le modèle traditionnel d'aide (plus « féminin »), ont beaucoup moins de chances de diagnostiquer adéquatement la dépression chez cette catégorie d'hommes (Brooks, 1998; Dulac, 1999, 2001).

1.5 Les accidents de travail

Les accidents de travail impliquant des travailleurs manuels sont davantage à risque de causer des blessures physiques temporaires ou permanentes, entraînant dans les deux cas des douleurs physiques importantes. Des études récentes soutiennent que les symptômes dépressifs associés aux troubles musculo-squelettiques (douleur) augmentent le risque d'incapacité prolongée (Rezai et Côté, 2005; Sullivan et Stanish, 2003; Sullivan et al., 2005; Vowles et al., 2004). Elles précisent qu'environ 20 à 50 % des personnes souffrant de tels troubles montrent de graves symptômes de dépression (Cambell et al., 2003; McWilliams et al., 2003; Rush et al., 2000; Sullivan et al., 1992). Ces travailleurs prennent des congés de maladie deux fois plus longs que ceux qui ne présentent aucun symptôme de dépression (Currie et Wang, 2004; Druss et al., 2000). Les études signalent également que les individus éprouvant des troubles musculo-squelettiques et des symptômes dépressifs, après avoir subi une lésion liée au travail ou une chirurgie, reçoivent des indemnités d'assurance salaire plus longtemps que les autres (Dozois et al., 1995; Lotters et al., 2006; Schade et al., 1999). Actuellement, les modèles biopsychosociaux d'incapacité à travailler sont les plus utilisés pour expliquer et traiter les incapacités relatives à un trouble musculo-squelettique (Feuerstein, 1991; Turk, 1996; Waddel, 1998). Ces modèles découlent du point de vue selon lequel une réintégration réussie du travailleur blessé exige l'examen de facteurs biomédicaux, psychologiques, comportementaux, organisationnels ainsi que des caractéristiques du milieu de travail (Feuerstein, 1991;

Loisel et Durand, 2001). Toutefois, les interventions psychothérapeutiques sont généralement de longue durée, ce qui prolonge la période d'incapacité. Il est intéressant de noter que la plupart des approches visant à traiter des symptômes dépressifs sont de nature passive ou palliative, alors qu'il existe une abondante documentation sur les effets néfastes des interventions passives et palliatives dans le traitement des incapacités liées à la douleur (Weddell, 2004).

1.6 La représentation de la maladie et de la douleur persistante chez les travailleurs

Différents modèles et approches théoriques ont été analysés sous l'angle de la représentation de la maladie chez le travailleur accidenté en tenant compte de la douleur persistante. Il en résulte trois grandes écoles de pensée. La première école, celle du modèle de l'expérience personnelle, analyse les données du point de vue de l'individu, donc du travailleur, ce qui correspond à l'approche constructiviste utilisée dans cette recherche. Elle analyse les modèles de l'expérience personnelle, c'est-à-dire les approches qui apportent une compréhension des comportements individuels, des trajectoires de vie et des processus thérapeutiques vécus par l'individu. Elles ont comme base commune de porter leur attention sur les représentations ou sur des composantes de celles-ci, soit sur les croyances et les attitudes à l'origine des comportements des individus par rapport à la maladie et à la douleur. Le modèle peur-évitement (Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren et van Eek, 1995), le modèle transthéorique (Prochaska, Norcross et Di Clemente, 1994) et les théories profanes ont été classés dans cette catégorie. Le comportement face à la maladie est fondé sur la peur que des mouvements physiques entraînent des conséquences dramatiques causées par la douleur et la crainte d'aggraver sa condition maintient le sujet dans l'inaction (Kori, Miller et Todd, 1990). Cette peur est donc gérée par l'évitement de l'activité physique, renforçant ainsi le développement et le maintien de l'incapacité (Vlaeyen et al., 1995; Vlaeyen et Linton, 2000; Waddell et Burton, 2005).

Le modèle transthéorique, quant à lui, réfère au processus associé aux changements de comportements en cinq stades : 1) la précontemplation (pas prêt ou n'entrevoit pas le changement); 2) la contemplation (considère la possibilité de changer); 3) la préparation (élabore un plan d'action compatible à son état); 4) l'action (effectue le changement); 5) la maintenance (le changement est intégré dans sa routine et fait partie de sa personne) (Prochaska, Di Clemente et Norcross, 1992; Prochaska et al., 1994). Cette notion rejoint le concept de l'efficacité personnelle décrit par Bandura (1977, 1997). Ce concept est parmi les plus connus et les plus étudiés dans le domaine de la modification du comportement en psychologie de la santé (Kaplan et Simon, 1990). Il s'agit de la croyance qu'a une personne envers ses propres capacités d'adopter avec succès un comportement jugé nécessaire pour atteindre un résultat (Bandura, 1977, 1997). La perception de l'efficacité personnelle influence les choix, l'effort déployé, la réponse au stress et la persévérance devant l'épreuve (Bandura, 1977).

Dans la troisième catégorie des modèles de l'expérience personnelle se trouvent les théories profanes. Ce sont des représentations de la maladie construites par une personne pour donner du sens à sa maladie. Ces représentations se rapportent aux expériences subjectives personnelles de la maladie, à l'interprétation de l'information reçue auprès des professionnels de la santé ou qui est transmise à travers les médias et la communication interpersonnelle. Elles ont un caractère idiosyncrasique puisqu'elles sont forgées par l'interprétation de l'individu lui-même (De Ridder et De Wit, 2006; Flick, 1993; Furnham, 1994; Lawton, 2003; Leventhal, H. et al., 1997; Murray, Bennett et Weinman, 1990). Dans cette catégorie, une approche et deux modèles s'y retrouvent. Il s'agit de l'approche des construits personnels (Kelly, 1955), du modèle d'autorégulation de Leventhal (Leventhal, H. et al., 1980) et du modèle biographique/trajectoire de la maladie (Bailey et Koney, 2000; Bury, 1982; Charmaz, 1983; Good, Brodwin, Good et Kleinman, 1992; Kleinman, 1988; Williams, 1984).

En premier lieu, voyons l'approche des construits personnels. La psychologie des construits personnels (Kelly, 1955) est issue du paradigme phénoménologique (Blowers et O'Connor, 1996). La théorie phénoménologique se rapprochant des concepts rattachés au constructivisme, il nous apparaît pertinent d'approfondir cette approche. Selon la théorie des construits personnels, l'individu interprète le monde à la manière d'un « scientifique », en formant des hypothèses pour s'expliquer la réalité. Ces hypothèses seront retenues par le sujet si elles s'avèrent efficaces à prédire et expliquer les événements. C'est l'ensemble de ces hypothèses qui forment le système des construits personnels de chaque individu. En outre, le système aide la personne à ordonner et à structurer les perceptions, ce qui facilite la compréhension des événements. Dans cette théorie, les hypothèses élaborées sont toujours en opposition, ce qui permet à la personne d'agir et de faire des choix en fonction de ses croyances et de ses valeurs profondes, par exemple pour un travailleur où la valeur d'un bon ouvrier s'évalue dans son expérience et dans sa performance. Aller en deçà de ses critères aurait pour conséquence de le placer en position d'humiliation et de régression (Kelly, 1955). Il serait donc difficile pour lui d'entrevoir un retour au travail avec des tâches adaptées à ses limitations fonctionnelles, donc jugées inférieures à ses compétences. Cette approche se base sur le sens de l'honneur et l'égo du travailleur. Valeurs prédominantes chez les travailleurs manuels.

Tout comme le modèle transthéorique, le modèle de l'autorégulation repose sur le postulat que l'individu est un agent actif dans le processus de la résolution de son problème (Horne et al., 1998). Toutefois, il est additionné de ses expériences antérieures, de l'apport des facteurs socioculturels, des influences contextuelles telles que la famille, les collègues de travail, les professionnels de la santé, le réseau social, etc. (Leventhal, H. et al., 1997). La représentation cognitive qui en résulte influencera la réaction émotionnelle qui pourra diriger à son tour certaines actions et tendre vers un changement en tenant compte de la maladie (Leventhal, H. et al., 1980; Young, 2004).

1.7 Les travailleurs en Abitibi-Témiscamingue

Il va sans dire que la valeur travail occupe également un rang d'importance dans les priorités des travailleurs manuels de l'Abitibi-Témiscamingue. Ils sont mineurs, travailleurs forestiers, opérateurs de machinerie lourde, camionneurs, ouvriers de la construction, mécaniciens. Ces travailleurs font partie de la classe moyenne et leur scolarité se situe pour la plupart à un niveau secondaire non complété.

Environ un homme sur trois (35 %) âgé de 25 ans ou plus ne possède pas de diplôme d'études secondaires en Abitibi-Témiscamingue, comparativement à 22 % dans les autres régions du Québec (Statistique Canada, recensement de 2006). De plus, l'économie de cette région est fortement orientée vers le secteur primaire, 14 % des emplois y sont rattachés. Il s'agit de la première région au Québec où la concentration des emplois se situe dans l'exploitation des ressources naturelles (L'observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2009). Tenant compte de cette réalité, le risque d'accident pour les travailleurs de cette région est plus élevé, considérant que les emplois issus du secteur primaire les exposent davantage à des risques de blessures physiques. Pour beaucoup de travailleurs, le milieu de travail comporte des risques pour la santé physique et psychologique. En Abitibi-Témiscamingue, 1980 lésions professionnelles ont été répertoriées au cours de l'année 2010. De ce nombre, 5 personnes ont trouvé la mort (CSST, 2010).

En Abitibi-Témiscamingue, 1,2 % de la population active contre 0,4 % au Québec œuvre dans le secteur primaire (L'observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2012). Les emplois relevant du secteur primaire demandent, pour la plupart, de l'endurance physique et le sens de la débrouillardise. Souvent isolés, confrontés à des bris mécaniques et soumis à des situations géographiques difficiles, camionneurs, forestiers, mineurs et autres corps de métiers manuels sont exposés de façon plus significative à un accident de travail.

Dans le domaine du transport, les statistiques de la CSST révèlent le risque de lésions comme étant extrême dans ce secteur d'activité. 20,6 % des blessures sont causées par des efforts excessifs, 18 % par des chutes, 9,4 % par des accidents de la route et 6,9 % par des coups reçus (CSST, 2010).

Les emplois liés à la foresterie, aux mines et à la construction se révèlent être les secteurs d'activité considérés les plus à risque d'accident. La CSST considère le niveau de risque d'élevé à extrême. En foresterie, 35,8 % des blessures relèvent d'accidents impliquant des coups et 10,4 % de chutes. Dans le secteur minier, 56,1 % des blessures professionnelles sont causées par le frottement et l'opposition à la vibration et 6,6 % se rapportent à des accidents impliquant une blessure par écrasement ou coincement par du minerai ou de l'équipement.

Le secteur de la construction, quant à lui, compte 25,8 % de blessures causées par une chute et 22,2 % par un effort excessif (CSST, 2010). Considéré à risque modéré, le secteur du commerce de détail dénombre 30,9 % des blessures pour des efforts excessifs, 5,7 % pour avoir reçu un coup et 5,3 % pour des voies de fait.

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ainsi que la CSST définissent l'accident de travail comme suit : Selon la Loi, un accident du travail est un événement imprévu et soudain, attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.

- Pour qu'il y ait accident du travail, il faut d'abord qu'il y ait un fait accidentel, c'est-à-dire un événement qui survient soudainement et qui se produit d'une manière imprévue. Un accident peut résulter de gestes faits en exécutant un travail, comme un effort soutenu et inhabituel ou même un geste qui pourrait être répréhensible,

pour autant qu'il ne s'agit pas d'une négligence grossière et volontaire de la part du travailleur.

- L'événement peut se produire par le fait du travail : il est alors relié directement aux activités pour lesquelles le travailleur est employé et il survient alors qu'il exécute ses tâches.
- L'événement peut aussi se produire à l'occasion du travail. Dans ce cas, le travailleur n'est peut-être pas en train de faire le travail qu'il exécute normalement, mais les activités qu'il exerce sont connexes à ce travail. C'est le lien d'autorité qui unit l'employeur et le travailleur qui est alors le critère déterminant : le travailleur doit, au moment de l'accident, se trouver sous le contrôle, la subordination ou la surveillance de l'employeur. Les circonstances de l'accident, le lieu et le moment où il survient sont également des critères qui sont considérés.
- Enfin, pour qu'il y ait accident du travail, l'événement doit avoir entraîné une lésion professionnelle, c'est-à-dire une blessure ou une maladie. Il doit y avoir une relation de cause à effet et non seulement une coïncidence entre l'accident et la lésion (CSST, 2014).

La revue de littérature abordée dans ce chapitre laisse entrevoir que le travailleur accidenté se retrouve confronté à de nombreux éléments de stress ayant pour conséquence la perte de ses repères personnels, professionnels et sociaux. Afin d'apporter un éclairage sur cette réalité, la présente recherche vise à approfondir une plus grande connaissance en précisant le rôle du soutien social chez les personnes ayant subi un traumatisme psychologique suite à un accident de travail. Ainsi, une meilleure compréhension permettrait d'adapter des interventions aux besoins. De plus, la sensibilisation de la CSST et de l'ATTAAT à l'ensemble des facteurs reliés à ce problème nous apparaît primordiale dans l'intérêt des travailleurs. Nous n'avons recensé aucune recherche traitant spécifiquement de ce sujet.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

L'analyse des données recueillies dans le cadre de la présente étude s'effectue sous le paradigme constructiviste considérant que cette approche prend en compte les perceptions et le sens que l'individu donne à l'expérience vécue. De plus, le constructivisme adopte une position subjectiviste, en ce sens que le chercheur et le participant sont interreliés par le sujet et en constante interaction (Guba, 1990). Dans l'approche constructiviste, la vérité absolue n'existe pas, la présence de dénominateurs communs dans des expériences similaires recueillis dans le cadre d'une méthodologie adaptée permet d'élargir et d'enrichir son réseau de connaissances (Zúñiga, 1993).

Les réalités sont multiples et existent dans l'esprit des gens sous forme de multiples constructions, dont la base est sociale et expérientielle, locale et spécifique, dépendantes pour leur forme et leur contenu, des personnes qui les construisent (Labra, 2013a : 15).

Elle met notamment en relief la diversité du paradigme tout en soulignant les difficultés d'une telle posture, en termes d'instrumentation et de statut du produit de la recherche. Être constructiviste signifie en effet relever de nombreux défis. Afin d'engendrer une connaissance qualifiée d'idéographique, le chercheur doit se trouver immergé dans le contexte d'observation, développer une intelligence de ce contexte en s'imprégnant du langage des acteurs et faire preuve tout autant d'empathie que d'opportunisme méthodologique (Hudson et Ozanne, 1988).

Premièrement, le constructivisme s'articule autour de deux « réalités ». D'une part, au-delà de toute connaissance, il suppose une réalité ontologique. D'autre part, il y a la réalité vécue et tangible de l'expérience de laquelle nous tirons tout ce que nous appelons « connaissance », c'est-à-dire les structures conceptuelles, les actions et les opérations jugées viables de même que, en contrepartie, les schèmes d'actions ou de pensées ayant échoué (Kant, 1787 : 307; 1881-1884 : 572).

Deuxièmement, le sujet cognitif vit dans le domaine de son expérience à laquelle le fonctionnement séquentiel de l'attention impose une segmentation ainsi qu'un ordre. La segmentation est d'abord due à l'appareil sensorimoteur, puis aux concepts construits par l'individu. L'expérience est donc toujours et entièrement « subjective ». Pourtant, il faut tout de suite souligner que cette subjectivité élémentaire n'empêche aucunement le développement d'une « intersubjectivité » au cours des interactions appelées « sociales » (Glaserfeld, 1994).

Troisièmement, la connaissance rationnelle concerne toujours le domaine de l'expérience et les abstractions (concepts, relations, théories, modèles) que le sujet a construits dans l'effort de générer un monde plus ou moins régulier et prévisible. Cette quête de modèles utiles à la prédiction est fondée sur la croyance que l'expérience future sera semblable à l'expérience passée, tout au moins en ce qui a trait aux régularités que l'on a trouvées viables jusqu'à maintenant (Hume, 1758).

Quatrièmement, du point de vue constructiviste, la connaissance scientifique est composée de modèles théoriques qui se sont montrés viables dans leur domaine d'expérience. Bien qu'un modèle scientifique se révèle le meilleur qu'on possède à un moment donné, il ne devrait jamais être vu comme la seule possibilité de résoudre les problèmes auxquels on l'associe. D'ailleurs, en présence de plusieurs solutions possibles, l'une d'elles sera retenue suivant des critères d'économie, de simplicité ou d'« élégance », et non pas parce qu'elle est « vraie » au sens ontologique. Au lieu de

« vérité », le constructivisme parle de viabilité et de compatibilité avec les autres modèles déjà construits (Glaserfeld, 1994).

En fait, le réel devient ce qui est identifié comme tel par un nombre de personnes suffisamment important (Watzlawick, 1988). Toujours selon le même auteur, le constructivisme se définit par l'invention de la réalité. Il dira :

N'invente pas ou n'explique pas une réalité indépendante de nous. Il montre au contraire qu'il n'y a ni intérieur, ni extérieur, ni objet, ni sujet, ou plutôt que la distinction radicale entre sujet et objet — à l'origine de la construction d'innombrables « réalités » — n'existe pas, que l'interprétation du monde en fonction de paires de concepts opposés n'est qu'une invention du sujet, et que le paradoxe débouche sur l'autonomie (Watzlawick, 1988 : 358).

Vico, un précurseur du constructivisme écrivait : « Le vrai est le même que le fait ». Selon lui, la seule manière de connaître une chose est de l'avoir faite, parce que l'expérimentation donne accès à l'ensemble des composantes de l'expérience, et de ce fait, à la façon dont elles ont été assemblées (Vico, 1710). Dans l'approche constructiviste, la notion de comparaison occupe une place prépondérante dans le processus puisque l'action de comparer les composantes de l'expérience conduit le sujet à établir un jugement de différence ou un jugement d'identité.

Selon le paradigme constructiviste, tout apprentissage se réalise à partir de ses connaissances antérieures et repose sur la transformation de ses connaissances antérieures (Valera, Thompson et Rosch, 1993). Le constructivisme est également basé sur l'expérience active. Connaître c'est faire, c'est appliquer une connaissance ou un réseau de connaissances. Connaître renvoie toujours à des actions extériorisées (lire, agir, etc.) ou intériorisées (réfléchir, imaginer, etc.) (Masciotra, 2007).

Pour les constructivistes, le « réel » est constitué d'interprétations qui se construisent grâce aux interactions (Girod-Séville et Perret, 1999). Pour Le Moigne (1995), la « méthodologie des connaissances constructibles » s'articule autour de deux principes : – le principe de modélisation systémique qui, au-delà de la logique disjonctive ou du calcul algorithmique formel, permet de produire des énoncés raisonnés; – le principe d'action intelligente qui, en s'opposant au principe de parcimonie constitutif des épistémologies positivistes, propose l'élaboration d'une action descriptive *a posteriori*. La finalité est de proposer une solution qui convienne à l'observant. Dans cette perspective, la distinction entre science et non-science n'est pas pertinente puisque l'existence d'une norme de rationalité universelle pour l'évaluation d'une théorie scientifique est rejetée (Chalmers, 1987). Les rares critères de validité acceptés demeurent les critères d'adéquation et d'enseignabilité. Seule la valeur pragmatique de la connaissance permet d'affirmer son statut scientifique, statut acquis grâce à l'évaluation du système observant. Après avoir rappelé les éléments structurants du constructivisme, une analyse de travaux rattachés à cette épistémologie est proposée.

La validation constitue un impératif de tout processus scientifique. Elle s'appuie sur une perspective constructiviste en empruntant des critères spécifiques, diamétralement opposés à la démarche vérificationniste issue du paradigme positiviste. En effet, aussi diverses soient-elles, les recherches constructivistes affichent des critères de validité communs tels que l'adéquation, c'est-à-dire une forte orientation pragmatique, et l'enseignabilité (Girod-Séville et Perret, 1999). Pour appréhender le critère d'adéquation, il convient de revenir au statut de la connaissance. Cette dernière n'est pas une représentation unique du monde réel; elle doit être comprise comme une clé qui ouvre des voies possibles de compréhension. Autrement dit, une connaissance est « adéquate » si elle suffit, à un moment donné, à expliquer ou à maîtriser suffisamment finement une situation. Le degré d'adéquation reste à l'appréciation du chercheur, seul véritable expert sur le terrain. Ce critère

d'adéquation trouve quelques-unes de ses racines dans les contributions de Von Glasersfeld (1988). Utilisant une métaphore, l'auteur souligne qu'« une clé convient si elle ouvre la serrure qu'elle est supposée ouvrir (...) et grâce aux cambrioleurs, on ne sait que trop bien qu'il existe beaucoup de clés découpées tout à fait différemment des nôtres, mais qui n'en ouvrent pas moins nos portes » (p. 23). La validation du processus de recherche procède donc d'une activité perpétuelle à travers laquelle le chercheur est confronté à des situations dont il lui faut toujours recréer le modèle pour en tester ensuite la pertinence (De La Ville, 1997). Dès lors, la réalité, construite par l'expérience que le chercheur retire du terrain, n'est jamais directement accessible et le savoir est le résultat d'une interprétation strictement conjecturale.

Le critère d'enseignabilité signifie, quant à lui, que la connaissance produite doit être transmissible. En ce sens, toute connaissance est construite de manière projective et il ne saurait exister de réelle différence de statut entre connaissance scientifique et philosophique. La qualité pédagogique constitue ainsi un élément central dans l'appréciation des résultats. La démarche de recherche constructiviste a pour projet de comprendre et d'expliquer comment les objets se structurent afin de mieux aider à leur conception. Est ici clairement posée une constante forte des recherches constructivistes, quels qu'en soient le degré de radicalité ou le courant paradigmatique. En ce sens, le produit de la recherche est une création, une construction interactive entre le sujet et l'objet. La connaissance produite est idéographique par ses caractéristiques contextuelle et temporelle (Hudson et Ozanne, 1988). Le tableau 2.1 ci-après synthétise les éléments structurants du paradigme constructiviste et ses critères de scientificité.

Tableau 2.1
Éléments structurants et critères de scientificité du constructivisme

Dimension épistémologique dominante	Éléments structurants	Principes de validation
Appréhension de la réalité	Négation du présupposé ontologique (hypothèse phénoménologique)	Enseignabilité Adéquation
Mode de génération de la connaissance	Co-construction des problèmes avec les acteurs (interrelation sujet/objet)	
Statut de la connaissance produite	Construction d'artefacts (orientation pragmatique)	

Charreine et Huault, 2001 : 38

Les méthodes qualitatives répondent aux différentes exigences du constructivisme scientifique en sciences sociales et humaines (Mucchielli, 2004). Plummer (1983) affirme que l'approche qualitative porte une attention aux significations et aux sentiments des acteurs sociaux. Elle possède une épistémologie relativiste et a pour objectifs d'observer, de décrire, de comprendre et d'interpréter. La validité qualitative privilégie le réalisme et la richesse des informations recueillies et analysées dans un cadre méthodologique scientifique précis.

Le cadre théorique de notre étude s'appuie sur l'approche constructiviste principalement pour définir le rôle du soutien social chez les travailleurs accidentés et souffrant d'un TSPT à partir du sens qu'ils donnent à leur expérience. La dynamique de coconstruction de sens que revêt cette posture épistémologique vise une compréhension de ce phénomène à partir de leur réalité. La méthodologie privilégiée présentée dans le prochain chapitre met le récit des participants au cœur de l'analyse.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre permet de décrire et de justifier le choix méthodologique mis en œuvre afin de répondre aux objectifs de cette recherche. La question de recherche, les objectifs, le but et le devis de recherche sont définis, suivra une description de la population à l'étude, les critères d'inclusion et le recrutement. Les limites de la recherche et les biais sont aussi présentés dans ce chapitre, avec les considérations éthiques et les mérites de la recherche.

3.1 Question de recherche

La question de recherche se formule ainsi :

Quels rôles joue le soutien social dans le développement des séquelles psychologiques à la suite d'un accident de travail subi par des travailleurs recevant des services de la CSST de l'Abitibi-Témiscamingue?

3.2 But de la recherche

Le but de cette étude est d'approfondir la connaissance en précisant le rôle du soutien social chez les personnes ayant subi un traumatisme psychologique suite à un accident de travail.

3.3 Objectifs poursuivis

Cette recherche a pour objectif spécifique de :

1. Identifier et décrire les dimensions du soutien social qui contribuent à atténuer les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail.
2. Identifier et décrire les dimensions du soutien social qui entraînent ou exacerbent les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail.
3. Dresser le portrait des différents types de soutien social reçus par les participants.

3.4 Devis de recherche

Pour réaliser cette étude, le choix de la méthode se porte sur la recherche qualitative. Cette approche paraît être la plus adaptée et la plus pertinente puisque, d'une part, elle poursuit une logique essentiellement compréhensive des phénomènes humains et sociaux et, d'autre part, elle se focalise sur l'étude des processus en visant la profondeur analytique afin qu'émerge une théorie (Mucchielli, 2008). C'est précisément dans cette optique qu'il est possible de mieux comprendre le rôle du soutien social sur les séquelles du TSPT à la suite d'un accident de travail. Également, ce choix méthodologique rencontre les impératifs nécessaires à l'étude de données porteuses d'émotivité. De ce fait, les informations recueillies se doivent d'être appréhendées à l'intérieur d'un cadre souple empreint de respect et d'ouverture

permettant ainsi la conceptualisation de l'expérience individuelle se rapportant au sujet de l'étude.

Le choix d'une méthodologie qualitative trouve sa justification dans les propos de Deslauriers (1991 : 10-11) qui, citant Max Weber, fait le lien entre le paradigme constructiviste et la méthodologie qualitative en faisant d'abord et avant tout référence au sens, c'est-à-dire une prise en considération de la signification subjective de la réalité sociale pour comprendre la société comme telle.

Partant de ce principe, la recherche qualitative vise à définir et à expliquer un phénomène social. Le processus implique que le chercheur adopte une position particulière par rapport à l'objet de sa recherche. L'instrument de la recherche fait obligatoirement corps avec le chercheur. Celui-ci est immergé dans la recherche, et la distance « objective » à l'objet n'existe pas. Le chercheur a donc une relation particulière avec les sujets de sa recherche. Il doit leur faire confiance et il se doit de partir du principe que ce sont eux qui détiennent la « vérité » qu'il recherche (Mucchielli, 1994).

De plus, cette étude se veut exploratoire, car ses résultats sont d'ordre qualitatif et indicatif à partir d'un petit nombre de répondants (travailleurs accidentés). Comme le mentionne Deslauriers (1991:6), la recherche qualitative favorise les « échantillons plus restreints, mais étudiés en profondeur ».

3.5 Population à l'étude et échantillonnage

Recrutés par l'Association des Travailleuses et Travailleurs Accidentés de l'Abitibi-Témiscamingue (ATTAAT), les participants ciblés sont majoritairement masculins et résident sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. Les critères de sélections étaient

les suivants : 1) être un travailleur masculin ou féminin majeur exerçant un métier manuel ou intellectuel ayant été victime d'un accident de travail depuis six mois et plus, 2) présenter un diagnostic de trouble de stress post-traumatique causé par l'accident et 3) les travailleurs devaient avoir connu une invalidité temporaire pour ces motifs ou ils sont présentement en arrêt de travail.

3.6 Nature de l'échantillonnage

Le choix de l'échantillonnage se porte sur une procédure non probabiliste dont le recrutement s'effectue sur une base volontaire. La procédure non probabiliste se fonde en partie sur le hasard; il s'agit ici d'un hasard que l'on pourrait qualifier de dirigé, puisqu'il laisse une part d'imprévu dans la sélection des participants tout en respectant les critères d'inclusions préalablement déterminés par les chercheurs (Gauthier, 2009). La technique des échantillons constitués de volontaires s'adresse généralement à une population répondant à des caractéristiques spécifiques souvent utilisées dans les domaines de la psychologie, de la recherche médicale et des sciences sociales appliquées, car elle interroge des individus sur des thèmes qui les concernent intimement (Gauthier, 2009).

L'étudiante a interviewé neuf travailleurs accidentés, soit huit hommes et une femme âgés de plus de 18 ans, avec séquelles psychologiques correspondant aux critères d'inclusion définis dans la catégorie de participants; toutefois, le critère de validation par « saturation » a été appliqué dans la présente recherche. Mucchielli (2009) définit « la saturation » par « le moment lors duquel le chercheur réalise que l'ajout de données nouvelles dans sa recherche n'occasionne pas une meilleure compréhension ».

Il est à noter que « dans l'optique constructiviste, la richesse et la complexité des faits humains rendent impossible la généralisation du savoir produit » (Savoie-Zajc, 2007). Les résultats visent plutôt à produire un savoir transférable et non généralisable (Glaser et Strauss, 1970; Pires et al., 1997). Autrement dit, les résultats de cette recherche peuvent être utilisés dans des contextes semblables à celui de la population étudiée, mais étant donné la nature de cette étude, ces résultats ne peuvent être généralisés à d'autres populations.

3.7 Critères d'inclusion des participants

Travailleurs avec séquelles psychologiques :

- Prestataires de la CSST
- Accidentés dans l'exercice de leur travail depuis six mois et plus
- Employés d'une entreprise de l'Abitibi-Témiscamingue
- Diagnostic de trouble de stress post-traumatique par un professionnel de la santé
- Homme et/ou femme âgé(e) de plus de 18 ans

En tant que prestataire de la CSST, le premier critère d'inclusion a pour but de s'assurer que le TSPT provient d'un accident de travail. Le second critère vise à créer une distanciation entre l'événement traumatique et l'entrevue afin d'amoindrir le phénomène lié à la reviviscence. Le troisième critère, pour sa part, a pour objectif de recruter des travailleurs exerçant leur profession sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue. L'obligation d'un diagnostic de TSPT émis par un professionnel de la santé est nécessaire du fait que le TSPT est directement associé au sujet de la présente étude. Le critère femme et/ou homme âgé de plus de 18 ans a pour objectif de comparer les données selon le sexe et l'âge légal.

3.8 Recrutement des participants

Considérant que la population à l'étude constitue la clientèle de la CSST, nous avons tenté d'obtenir la collaboration de l'organisme en ce qui a trait au recrutement des participants. Après plusieurs démarches infructueuses auprès de la direction de la CSST de l'Abitibi-Témiscamingue et auprès du siège social situé à Montréal, nous avons fait appel au soutien de l'ATTAAT. Son directeur général, monsieur Yvan Arsenault, a démontré une belle ouverture et a accepté de participer à notre démarche en envoyant une lettre explicative rédigée par l'étudiante (voir annexe 4) aux travailleurs accidentés. Si le nombre de personnes recrutées avait dépassé les projections d'entrevues, le choix des travailleurs aurait été déterminé par tirage au sort. Lors des démarches de recrutement, l'étudiante et l'ATTAAT ont précisé le caractère indépendant de cette recherche, la participation libre et volontaire, sans risque de conséquences. Les données recueillies par l'étudiante sont strictement confidentielles. Aucune pression, de quelque nature que ce soit, n'a été exercée auprès des participants par l'ATTAAT ou l'étudiante, que ce soit par écrit ou par téléphone.

Le but de l'étude a été abordé au début de chaque entrevue. L'anonymat des interviewés et la confidentialité des informations issues de l'entrevue ont été garantis de manière à ce que la personne sache ce à quoi l'enquêtrice s'attendait d'elle et ce qu'elle entendait faire avec les renseignements qui lui ont été livrés (Deslauriers, 1991). Les participants ont été informés de leur droit de refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions posées dans le cadre de l'entrevue. Un consentement écrit a été sollicité pour participer à l'étude et pour enregistrer l'entrevue par magnétophone (voir annexe 1).

3.9 Instruments de collecte des données

La méthode de collecte des données retenue pour les besoins de cette recherche réfère à l'entrevue individuelle semi-dirigée. Un guide d'entrevue a été élaboré par l'étudiante selon les dimensions et les composantes contenues dans le cadre conceptuel du présent protocole. Des questions ouvertes ont permis d'obtenir des données riches d'informations sur le sujet (voir annexe 2).

Les entrevues ont eu lieu dans la ville de résidence du participant et dans un lieu déterminé d'un commun accord par le participant et l'étudiante et correspondant au caractère confidentiel du sujet. Les entrevues ont été d'une moyenne de 90 minutes. Considérant la nature du sujet, le participant avait la possibilité de compléter l'entrevue en deux séances afin de réduire le niveau de fatigue et de stress pouvant être engendré par la situation, mais aucun d'eux ne s'est prévalu de cette option. Il a été libre de mettre fin à l'entretien en tout temps et il a eu la possibilité de reprendre la séance ultérieurement, selon sa volonté. Gauthier (2009) définit l'entrevue semi-dirigée comme étant :

Une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par un rythme et un contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant de la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé (p. 340).

La méthode de collecte de données par l'entremise de l'entrevue semi-dirigée a pour avantage de permettre aux répondants de s'exprimer librement et ouvertement sur les différentes composantes abordées dans la recherche. L'entrevue semi-dirigée permet également de recueillir la dimension émotive du sujet : élément essentiel dans notre étude (Savoie-Zajc, 1992). Le guide d'entrevue a été construit pour nous permettre de

connaître le point de vue des travailleurs ayant vécu un accident de travail afin de comparer les données recueillies, découvrir s'il existe des interrelations entre les différents facteurs et déterminer la présence de liens avec les écrits scientifiques sur les traumatismes psychologiques. Pour appuyer ce processus, nous avons : 1) validé nos instruments de collecte de données par le biais de personnes ayant plus ou moins les mêmes caractéristiques de la population cible; 2) réalisé les entrevues; 3) transcrit les verbatim; 4) analysé l'ensemble des données recueillies.

3.10 Traitement et analyse des données

L'étude du matériel recueilli a été inspirée de l'analyse de contenu thématique. Dans cette méthode, l'analyse de contenu est définie comme une technique de recherche objective, systématique et quantitative de description du contenu manifeste de la communication. L'analyse de discours doit considérer l'ensemble des moments et des composantes de la démarche méthodologique. L'analyse thématique est bien adaptée aux recherches portant sur des problèmes sociaux en sciences sociales appliquées, notamment concernant les recherches visant à approfondir les connaissances de la vie sociale tant au niveau des attitudes que des différenciations sociales et comportementales se rapportant aux situations étudiées (Berger et Luckmann, 1996).

3.11 Procédure d'analyse

Chaque entrevue a été retranscrite selon les termes exacts (verbatim) à l'ordinateur par l'étudiante. Des codes ont été attribués chaque fois qu'un thème ou sous-thème découlant des dimensions et des composantes de notre cadre conceptuel a été soulevé. Si des thèmes et sous-thèmes nouveaux ont surgi dans les discours, ces derniers ont également été codifiés.

Chaque entrevue a ensuite été résumée retenant l'essentiel des propos sous forme de fiche synthèse selon les codes qui ont été identifiés. Cette étape nous a permis de rassembler et de circonscrire les thèmes codifiés afin d'en faciliter la rentrée dans des matrices permettant d'effectuer des comparaisons entre les différentes données recueillies. Certains termes et phrases clés ont été repris textuellement afin de ne pas perdre les nuances exactes énoncées par les participants.

La matrice est un tableau où l'on emmagasine les données classées selon les thèmes et sous-thèmes appropriés. Les thèmes et sous-thèmes ont été placés en ordre du nombre de participants énonçant les mêmes propos sur les différentes dimensions afin de bien percevoir les distinctions et les nuances entre chacune des dimensions identifiées.

3.12 Limites de la recherche et biais

Ce projet a été réalisé dans le cadre d'une maîtrise en travail social. Considérant qu'il s'agit d'une recherche qualitative de type exploratoire, l'étude se limite à porter un éclairage sur la problématique en tenant compte du soutien social du travailleur accidenté et des facteurs associés à un traumatisme psychologique. Les parties impliquées dans l'accident n'ont pas été interrogées (employeur, collègues et famille). Le choix du recrutement et le nombre de participants interviewés ont pour but de dégager suffisamment de données pour répondre aux objectifs fixés, et ce, jusqu'à l'atteinte de la saturation. Les résultats de cette recherche qualitative de type exploratoire ne sont pas généralisables, mais possiblement transférables à d'autres accidentés.

3.13 Considérations éthiques

Dans le but de protéger l'anonymat des participants, un nom fictif a été attribué à chacun. Les bandes sonores ont été retranscrites en toute confidentialité. Selon les normes présentées dans la 2^e édition de l'Énoncé de politique des trois Conseils, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, l'Institut de recherche en santé du Canada. Tout le matériel écrit de cette recherche, comprenant les coordonnées des participants, sera conservé sous clé pendant une période de deux (2) ans, permettant ainsi, le cas échéant, de se servir des données encodées pour d'autres analyses dans le cadre du même projet. Le tout sera détruit au terme de cette période. Le matériel sonore a été détruit dès que la transcription par écrit a été effectuée. Les informations sur les participants à cette recherche ne seront transmises à aucune personne ni aucun établissement, y compris à la CSST, sous aucune considération. Toutefois, les résultats de l'étude seront transmis à l'ATTAAT, à la CSST et aux participants. Ce document sera dépourvu de données nominatives. Chaque participation à cette étude a été faite sur une base volontaire et les participants pouvaient, en tout temps et sans conséquence, se retirer sans devoir justifier leur décision. Les participants ont été au fait du caractère indépendant de cette recherche et de l'absence de risque pour eux vis-à-vis le lien qui les unit à la CSST et à l'ATTAAT advenant l'acceptation ou le refus d'y participer. Un formulaire de consentement a été présenté aux participants avant chaque entretien (Annexe 1).

Par ailleurs, aucune interview auprès de travailleurs avec séquelles psychologiques recevant des services de l'étudiante au moment de l'étude n'a été réalisée par celle-ci, et ce, afin d'éviter toute apparence de conflit d'intérêts et ainsi porter atteinte à la dimension éthique de la recherche.

Considérant que le sujet étudié implique une part de risque à la retraumatisation des travailleurs interrogés, une consultation auprès d'une travailleuse sociale professionnelle a été accessible sans frais pour les participants qui en éprouveraient le besoin pendant les jours suivant la rencontre avec l'étudiante. Le participant pouvait alors communiquer avec madame Suzanne Boucher, travailleuse sociale en pratique privée, qui avait accepté d'assumer ce rôle. Advenant que le besoin soit supérieur à une séance, madame Boucher avait la consigne d'en informer l'étudiante pour convenir d'un soutien adapté au besoin. Les coordonnées de madame Boucher ont été transmises aux participants au début de chaque entrevue.

3.14 Mérites de la recherche

Rappelons que le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue est au premier rang de l'exploitation des ressources naturelles, ce qui implique un haut taux d'emplois manuels. Cette réalité contribue à l'augmentation du risque des accidents de travail auprès de ces travailleurs. De ce fait, la recherche vise l'approfondissement des connaissances sur le sujet. Les résultats seront portés à la connaissance de l'ATTAAT et de la CSST afin de les sensibiliser aux rôles du soutien social entourant les traumatismes psychologiques à la suite d'un accident de travail. Cette recherche examine une catégorie de traumatismes sur trois, celle se rapportant aux accidents causés par la main de l'homme ou l'erreur technique; les données se dégageant de l'étude permettront d'entrevoir s'il existe des spécificités entourant le traumatisme issu d'un accident de travail et de comparer les données recueillies avec la littérature.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Ce chapitre fait état des données recueillies auprès de neuf travailleurs accidentés ayant participé à la présente étude. La première partie traite des caractéristiques sociodémographiques des participants. Dans la seconde partie, les thèmes et les sous-thèmes abordés sont définis et repris sous forme de résultats. Considérant que le but de cette étude est d'approfondir la connaissance en précisant le rôle du soutien social auprès des personnes ayant subi un traumatisme psychologique suite à un accident de travail, les informations recueillies couvrent : l'origine des blessures, la sécurité au travail, les conséquences de l'accident, le climat de travail avant l'accident, les attitudes de l'entourage et du travailleur suite à l'accident et finalement le soutien. Afin de préserver l'anonymat des participants, il est à noter que tous les prénoms contenus dans cette étude sont fictifs.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

Cette étude s'adresse à des travailleurs accidentés dans l'exercice de leurs fonctions depuis plus de six mois ayant reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique par un professionnel de la santé, femme ou homme majeur prestataire de la CSST. L'échantillon de cette étude se chiffre à neuf participants, dont huit hommes et une femme (tableau 4.1). L'échantillonnage homme/femme s'avère conforme à la réalité dans la mesure où la région de l'Abitibi-Témiscamingue emploie le plus grand nombre de travailleurs du secteur primaire. Ce secteur d'activités est principalement

constitué de professions manuelles davantage occupées par des hommes et ayant pour conséquence d'élever les risques de blessures chez les travailleurs (L'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2009; CSST, 2010). La moyenne d'âge des participants est de 50 ans, le plus jeune a 36 ans et le plus âgé a 64 ans. Quatre des participants (n=4) sont célibataires au moment de l'entrevue, les cinq autres (n=5) vivent en couple et un seul (n=1) d'entre eux n'a pas d'enfant. Sur les quatre participants célibataires (n=4), trois d'entre eux (n=3) étaient en couple au moment de l'accident et, selon eux, la rupture est directement reliée aux conséquences de l'accident. Deux participants sur huit (n=2) ont des enfants mineurs à charge. Nous avons rencontré cinq camionneurs (n=5), deux opérateurs de machinerie lourde (n=2), un mineur (n=1) et un commis (n=1) dans un supermarché. Six participants sur neuf (n=6) n'ont pas de diplôme d'études secondaires. Les trois autres (n=3) détiennent un diplôme d'études professionnelles (DEP).

Sur les 52 302 lésions professionnelles répertoriées par la CSST en 2013, 1897 de ces lésions, soit 2,3 %, concernent des travailleurs de l'Abitibi-Témiscamingue. Six travailleurs de la région ont trouvé la mort sur 63 au Québec. Ce nombre représente 9,5 % des décès des suites d'un accident de travail en province (Rapport annuel CSST, 2013). Le rapport ne fait pas de distinction entre les sexes et il ne précise pas les secteurs d'activités concernés par ces accidents. Les données sociodémographiques des travailleurs rencontrés dans la présente étude sont illustrées au tableau ci-dessous.

Tableau 4.1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques sociodémographiques des participants	Nombre (9)	Pourcentage
Sexe		
Masculin	8	89 %
Féminin	1	11 %
Âge au moment de l'accident		
De 30 à 40 ans	1	11 %
De 40 à 50 ans	4	44 %
De 50 à 60 ans	4	44 %
État civil		
Union libre	5	55,5 %
Célibataire au moment de l'accident	1	11 %
Célibataire après l'accident	3	33 %
Responsabilité parentale		
Parent d'enfants adultes	7	78 %
Parent d'enfants mineurs	2	22 %
Métier		
Camionneur	5	55,5 %
Opérateur de machinerie lourde	2	22 %
Mineur	1	11 %
Commis en alimentation	1	11 %
Scolarité		
Aucun diplôme d'études secondaires	6	67 %
Diplôme d'études professionnelles (DEP)	3	33 %

La prochaine partie fait état du récit de chaque participant au sujet de l'accident de travail.

4.2 L'origine des blessures

Cette section couvre les informations relatives à l'accident de travail de chaque travailleur. Elle décrit le contexte et la nature de l'événement accidentel. Dans tous les récits, les questions relatives au « pourquoi moi? » et « comment est-ce

possible? » sont présentes. Les travailleurs cherchent encore à comprendre l'événement qui a fait basculer le cours normal de leur vie.

4.2.1 Description de l'accident

Les participants rencontrés relatent avec précision l'accident de travail dont ils ont été victimes. Tous (n=9) sont unanimes sur l'impact de cet événement sur leur vie. Lors de l'entrevue, les neuf (n=9) participants ont ressenti le besoin de décrire l'accident avec force et détails. Chaque récit (n=9) est teinté d'émotivité. Malgré le fait que l'accident s'est produit il y a plus d'un an, dans tous les cas le souvenir est encore omniprésent pour chacun d'entre eux.

Trois participants sur neuf (n=3) ont été victimes d'un accident de la route, deux d'entre eux (n=2) ont fait une chute, deux autres (n=2) ont reçu un coup, un (n=1) a été intoxiqué au monoxyde de carbone et finalement un travailleur (n=1) a soulevé une charge provoquant une blessure permanente au dos.

Concernant les accidents de la route, trois camionneurs (n=3) rapportent avoir été confrontés à des situations inattendues qui ont pour effet de les rendre anxieux sur la route. Ces trois récits en témoignent.

Moé, c'est un gars qui a voulu se suicider. Il m'a foncé dessus alors que je conduisais mon camion... J'ai toujours peur que quelqu'un me fonce dessus sur la route. J'ai comme pu confiance aux autres. Je dors pu ben. Je dois prendre des pilules pour dormir. (Lucien)

J'étais stationné juste après une entrée d'autoroute. Je sais que le véhicule s'en venait à une très bonne vitesse. Y'a donné un coup de roue, pis y'a juste accroché le coin gauche de ma deuxième remorque. Moé ç'a faite un BANG, j'ai vu de la poussière, la poussière de la remorque... Je suis venu à bout de regarder dans mon miroir pis y'était rendu là. Je l'ai vu là, y m'a frappé, y'é

parti de travers. Pis là, y me fonce dans la porte. J'su allé me ramasser la tête sur le banc d'à côté. (George)

Quand j'ai voulu enlever mon *snatchel* en dessous du siège parce que ça empêchait le siège de « springner » comme on dit... je me suis levé en me tenant après le volant pour enlever mon maudit *snatchel*, mais je me suis retrouvé sur l'autre voie... Le camion s'est retrouvé dans le fossé sur le côté. (Fernand)

Un mineur de monterie (n=1) raconte son accident impliquant une chute de 16 pieds provoquant une blessure permanente à un bras. La plateforme de travail était surélevée et en pente. En plus des conditions dangereuses, le mineur rapporte que la notion de performance est bien ancrée dans le domaine des mines.

On était en train d'installer ça (tuyau de 20') sur une rampe en descendant. Pis là, j'ai comme été poussé en même temps que la *rod* (tuyau), pis j'ai tombé en bas avec le tuyau. Pis le tuyau est tombé sur un autre tuyau pis j'avais le bras entre les deux. (Maxime)

Un camionneur et un opérateur de machinerie lourde (n=2) font une corrélation entre la pression du milieu de travail et l'accident. Les travailleurs perçoivent qu'ils doivent être efficaces le plus vite possible. L'un d'entre eux a soulevé une charge faute d'équipement approprié, provoquant une blessure au dos.

Ben j'aurais pu attendre passé la courbe. Mais j'aurais pu me parquer au bord du chemin. J'aurais pu me dire de me parquer sur le bord du chemin pis perdre quelques secondes c'est pas ben ben grave ça. Mais non, on est habitué de prendre le moins de temps possible... (Fernand)

Au moment de l'accident, j'étais chauffeur de *loader*. On m'avait demandé d'aller chercher un rouleau de géotextile dans un conteneur... On n'avait pas de barre à la compagnie pour entrer dans le trou, le lever pis le sortir du conteneur. Moé, j'ai essayé de lever ça. Je ne savais pas que c'était aussi pesant que ça. Pis de le sortir de là. Mais quand j'ai essayé de le tourner pour sortir ça, j'ai senti un « crack » dans le dos... C'est le manque de temps pis de personnel. Tout le monde, on était surchargé. (Mario)

Pour deux autres travailleurs (n=2), le contexte de l'accident découle des conditions de travail difficiles ou l'éloignement du lieu de travail qui complexifie l'exécution des tâches, le rendant ainsi plus dangereux. Un travailleur rapporte avoir reçu un coup à la tête alors qu'il était seul dans la forêt.

C'est là que j'ai eu un arbre sur la tête à (nom d'une région), j'étais en train d'attacher un voyage de bois à 3 heures dans nuit, pas d'éclairage, pas d'escaliers pour être sécuritaire, pas besoin de ça, tu sais ben (ironique). J'étais en train de placer un câble, pis là j'ai entendu « bang » ben là, le temps que je m'aperçoive, j'étais assommé. (Alain)

Un travailleur forestier (n=1) logeant dans une roulotte à proximité du chantier de coupe fait état du contexte d'une intoxication au monoxyde de carbone.

C'était pour dire là, mais c'est un manque d'entretien du frigidaire... Moi, mon intoxication a fait que je me suis couché le soir et je me suis jamais réveillé le lendemain matin parce que le problème c'était le frigidaire parce que la cheminée était trop sale. Cette nuit-là, Il (Dieu) est venu me chercher. Pourtant, dans le jour, il y en avait deux qui dormaient dans la roulotte. (Claude)

En plus de vivre les conséquences d'un accident de travail, deux travailleurs (n=2) rapportent avoir été victimes de harcèlement psychologique lors d'une réaffectation à des travaux légers durant leur période de convalescence.

Après ça, le directeur a commencé à me dire que les personnes qui avaient mal au dos avaient des problèmes psychiatriques... Pis je me faisais aussi écœurer par d'autres... Ensuite y'é arrivé un autre événement, la fille qui m'a plaquée me harcelait. Elle continuait à me plaquer et à me frapper les talons avec le chariot et elle me faisait de l'intimidation. Elle me regardait en pleine face et elle m'empêchait de passer... Une fois, la direction m'a dit : « Tu ne le vois pas qu'on fait tout pour que tu partes! » (Marie)

J'étais méfiant, j'avais peur de me faire casser la gueule par mon employeur, j'osais plus sortir. J'étais surveillé par mon employeur, ils m'ont suivi durant

ma convalescence pensant me pogner à travailler et ensuite pouvoir me clarier. Ils m'ont ridiculisé durant mes travaux légers. (Fred)

4.3 Sécurité au travail

Cette partie couvre la perception du travailleur face à la sécurité dans le milieu de travail. Pour six d'entre eux (n=6), il ressort que l'équipement et les véhicules sont considérés comme étant sécuritaires. Selon eux, l'inspection et l'entretien sont conformes aux exigences. Ils rajoutent que cet aspect est pris en compte essentiellement pour éviter les pertes de profits, car un véhicule défectueux ou hors d'usage n'est pas rentable.

Pour l'entretien des véhicules, les propriétaires n'ont pas le choix. Y faut que ce soit *top shape*. Un véhicule en panne ce n'est pas payant pour eux autres. (George)

Oui, l'entretien des camions y'étaient ben strict là-dessus. Parce que c'était à leur avantage parce que les contrôleurs auraient dit : « Ces camions-là, vous sortez ça de sur la route si ce n'est pas en ordre. » (Fernand)

Pour d'autres travailleurs (n=7), la sécurité des employés n'est pas une priorité pour l'entreprise.

Aucunement, aucunement, j'ai vu des affaires que je ne comprenais pas que s'était encore là. Comme la girafe, c'est une échelle qui monte un peu en biais avec des roulettes. C'est fait pour se déplacer et aller en hauteur. Tu te mettais le pied là-dessus, ça glissait, ça ne barrait plus. Mon gérant m'a obligée à le lever sur le lift sans qu'il s'attache. Les règles de sécurité ne sont jamais respectées. (Marie)

Les travailleurs font une distinction entre l'entretien de l'équipement et les normes de sécurité touchant directement le travailleur. Pour ces travailleurs (n=6), l'entretien

de l'équipement prime sur la sécurité du travailleur, car les coûts d'une irrégularité sont plus conséquents pour l'employeur. Au sujet de la sécurité des individus, Alain, travailleur forestier dira : « Y (patrons) partent du principe que c'est pas supposé arriver. Ils (patrons) se fient au gros bon sens des travailleurs ». Pour sa part, un camionneur dit à ce sujet :

Pour l'entretien des véhicules, les propriétaires ont pas le choix. Y faut que ce soit *top shape*. Un véhicule en panne, c'est pas payant pour eux autres. Par contre, des fois, y faut les pousser dans le dos. Mon métier est physique. C'est sûr qu'il y a des risques quand tu montes sur la remorque pour aller attacher ou détacher les bâches. J'ai tombé 3 fois en bas de la remorque. J'ai été chanceux de ne pas me blesser. (George)

Concernant les normes du travail, la référence est faite ici aux heures travaillées et aux règles de sécurité. Seulement deux travailleurs (n=2) considèrent que leur employeur ne fait pas d'entorse aux normes. Tous les camionneurs interrogés falsifient les heures dans le livre de bord au vu et au su de son employeur. Le mot d'ordre des supérieurs : prendre les moyens pour éviter les contraventions.

Mes horaires!!! Mes horaires c'étaient mes *lockbooks*. Y'a des normes de temps de conduite, mais y'a pas un camionneur qui respecte ça. C'est le fun en Abitibi les feuilles des *lockbooks* ne sont pas reliées ensemble. C'est plus facile de tricher les heures. Ce n'est pas un hasard que ce soit des feuilles mobiles. (George)

Ceux qui couchaient dans leur camion une semaine de temps, mais là eux autres y forçaient leur affaire et ils falsifiaient.... Ah ben c'est sûr qu'ils (patrons) le savaient. C'est comme autre chose, quand c'est à leur avantage y disaient aux gars : « Faites-vous pas pogner là ». « Couchez-vous, prenez le temps de dormir ». Mais si le voyage arrivait avant ou qui avait un voyage de plus à la fin de la semaine y'étaient ben contents. (Fernand)

En ce qui concerne la sécurité en forêt, le défi semble de taille, le territoire est vaste et le contrôle quasi inexistant. Un travailleur s'exprime ainsi :

La sécurité sur les aires de chargement en forêt, c'est laissé au bon vouloir. Pis les compagnies maintenant s'en lavent les mains parce que c'est toutes des entreprises indépendantes. C'est l'entreprise qui est responsable, pis si personne fait de plainte et si la CSST fait pas son ouvrage, ben les accidents arrivent, j'en ai eu un. La sécurité en forêt, c'est secondaire. Tant que t'as ton chapeau dur pis ton harnais, le restant... En plus, les dirigeants sont loin. Avant, ils venaient sur les chantiers. Maintenant, les *boss* sont à Toronto, y s'foutent ben de nous autres.... La sécurité et les coûts c'est ben relié ensemble. Les coûts sont diminués lorsqu'il ni a pas trop de sécurité. C'est juste plus de profit pour eux. (Alain)

4.4 Conséquences de l'accident

Cette section présente les différentes conséquences directement liées à l'accident de travail. Les conséquences sont répertoriées sous trois catégories. La première concerne la santé physique, la seconde aborde la santé psychologique des travailleurs et la troisième couvre la dimension sociale.

4.4.1 Conséquences sur la santé physique

Sept travailleurs sur neuf (n=7) rapportent avoir subi des blessures physiques permanentes et six d'entre eux (n=6) révèlent souffrir de douleurs chroniques des suites de l'accident nécessitant une prise de médicaments de façon permanente. Voici quelques citations faisant état des douleurs physiques engendrées par l'accident de travail. Alain dira : « J'ai des hernies, je fais de l'arthrite dans la colonne à cause des accidents et c'est pas une bonne place pour faire de l'arthrite. Dans les temps humides, c'est encore plus douloureux ». Deux autres travailleurs ont soutenu :

Je serai plus jamais pareil physiquement et psychologiquement. C'est comme ma cheville. Je la traîne comme un boulet... J'y demandais des médicaments plus forts, mais elle (médecin) me laissait avec mes douleurs. (Fred)

J'ai fait une entorse cervicale sévère au niveau de c-1 et c-2, pis un début d'hernie dans la semaine qui a suivi, un début d'hernie avec inflammation au niveau c-6, c-7... c'est la jonction entre le cou pis le dos. Quand je viens tout enflé, ça vient dur, dur, pis là c'est les 2 trapèzes qui engourdissent pis ça me descend dans les 2 bras. Ça me donne d'énormes maux de tête. (George)

Pour ces travailleurs, les médicaments font maintenant partie de leur vie depuis l'accident de travail afin de contrer la douleur et la dépression. Alain nous dira : « Maintenant je prends deux antidépresseurs et des pilules pour la douleur à vie ». Pour Maxime, sa réalité est similaire : « Depuis l'accident, du matin au soir, je prends une quinzaine de pilules par jour ».

Quatre travailleurs (n=4) ont subi des interventions chirurgicales liées aux blessures causées par l'accident. Pour deux d'entre eux (n=2), ils ont subi des opérations importantes dans le dos, un a été opéré au bras et l'autre au pied. Tous rapportent que la ou les opérations n'ont pas corrigé les dommages physiques causés par l'accident, ni éliminé ou réduit la douleur.

C'est que le cartilage de la cheville a fendu, ben y'a craqué, y'appelle ça une souris, c'est un morceau de cartilage qui ballottait dans la cheville. Après ça, j'ai eu une opération pour enlever le morceau de cartilage de 5,3 grammes. (Fred)

Pour sa part, Maxime dira : « Après ça, de l'hôpital, y m'ont envoyé à Amos pour une opération immédiate au bras ».

Des troubles du sommeil sont également rapportés par six travailleurs (n=6) et les raisons évoquées sont : la douleur, les cauchemars (*flashbacks* de l'accident) et l'anxiété reliés aux conséquences de l'accident. George nous dira : « Le docteur X

me donne un médicament pour m'aider à dormir ». Pour un autre travailleur, il précise dans son récit :

Ah je dormais pu ni jour ni nuit, ma fille se levait la nuit pis a venait me frotter le bord du dos, parce que j'étais pas capable de me coucher, j'étais à genoux à côté de mon lit, le corps couché sur le lit. Elle me disait : « Tu as mal dans le dos papa, viens je vais te frotter dans le dos ». Je la vois encore (ému, larmes aux yeux). (Alain)

Seulement un travailleur sur neuf (n=1) est considéré par la CSST comme étant invalide. Ce qui signifie que les séquelles physiques de l'accident sont considérées par des médecins spécialistes comme étant incompatibles avec tout emploi. Il est donc prestataire de la CSST jusqu'à son admissibilité à la pension de vieillesse. Son état de santé physique dû à l'accident est considéré incompatible avec toute forme de travail. Il se déplace à l'aide d'une canne, il ressent des douleurs aiguës au dos. Sa condition ne lui permet plus la conduite de véhicules motorisés.

Non, à partir du dernier accident, j'ai pu être capable de travailler. C'est reconnu par la CSST, y peuvent plus essayer de me replacer sur le marché du travail. Chu trop magané. (Alain)

Pour les autres (n=8), ils sont soumis au processus de réhabilitation sur le marché du travail dans un emploi compatible aux limitations fonctionnelles diagnostiquées par un médecin spécialiste de la CSST. Le tableau ci-dessous résume les conséquences sur la santé physique des travailleurs.

Tableau 4.2
Conséquences sur la santé physique

Conséquences sur la santé physique	Nombre (n=9)	Pourcentage
Blessures physiques permanentes	7	78 %
Douleurs chroniques	6	67 %
Médication permanente	6	67 %
Troubles du sommeil	6	67 %
Intervention chirurgicale liée à l'accident	4	44 %
Invalidité totale reconnue par la CSST	1	11 %

La prochaine section fait état des séquelles psychologiques générées par l'accident de travail.

4.4.2 Conséquences sur la santé psychologique

L'ensemble des travailleurs (n=9) soutient avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les séquelles résultent en un dysfonctionnement général avec la présence de cauchemars, d'attitudes d'isolement, d'évitement et des comportements d'hypervigilance.

Y (médecin de la CSST) m'a diagnostiqué 5 % de stress post-traumatique... Je suis plus capable de voir une van venir, y faut qu'elle soit vraiment sur son bord. Si elle me suit, je mets la pédale au fond, je prends de l'avance ou ben je me tasse pour la laisser passer. (George)

Après l'accident, je pensais que tout le monde voulait me foncer dessus avec leur auto, les camions j'avais pas peur, c'était surtout les autos... Mais par la suite, j'ai commencé à boire graduellement jusqu'à temps que ça explose. (Lucien)

L'ensemble des travailleurs interrogés (n=9) rapporte vivre du stress et de l'anxiété en lien avec les conséquences de l'accident. Fernand témoigne du stress ressenti depuis l'événement, il précise que le bruit des camions le rend anxieux : « Le bruit m'agresse un peu plus. Je vais entendre un bruit de camion ou de bicyclette à gaz, c'est pas mêlant, je viens les nerfs irrités, je ne suis pas capable ».

Pour Claude, il soutient que l'accident n'a pas causé de blessure physique apparente. Toutefois, les conséquences se sont davantage fait sentir au niveau psychologique. Il rapporte :

Aucune douleur physique, mais de l'incapacité... Pour moi ç'a été difficile à gérer. Moi, je me suis renfermé, j'sortais pu, c'était rendu que j'avais peur de respirer la fumée de cigarette, j'pouvais pas sentir un parfum autour de moi, j'avais quasiment peur de mon ombre. (Claude)

Le stress et l'anxiété se situent également au niveau financier. Devant leur incapacité de reprendre le travail, les travailleurs vivent dans la crainte d'une fin des prestations de la part de la CSST. Pour tous les travailleurs (n=9), l'arrêt de travail a généré une baisse de salaire importante, entraînant des difficultés à rencontrer leurs obligations.

Ç'a touché toutes les sphères de ma vie. Le moral parce que ton salaire n'est plus pareil. Tu te retrouves aux indemnités réduites. Pis là, faut que tu ailles quêter pour pouvoir nourrir ta famille. Y faut que tu ailles dans les organismes à but non lucratif. Je suis allé chercher des denrées au centre d'aide... C'est dévalorisant pas mal pis très insécurisant.... C'est démoralisant, ça vient te chercher en dedans de toé. (Fred)

Ces travailleurs vivent également du stress en lien avec leur état de santé (n=8). Souffrants et conscients des conséquences de l'accident sur eux, ils s'inquiètent pour leur avenir professionnel.

Y (CSST) m'ont donné une formation de 15 heures pour les ordinateurs. Là, y disent que je serais bon pour faire un commis aux pièces. Pis j'ai comme de la misère à accepter ça. C'est pas évident, c'est pas ça mon métier. (Maxime)

Le camionneur George exprime son inquiétude dans ces propos : — « Tu peux plus travailler, tu peux plus faire le métier que tu faisais avant. T'es rendu à 62 ans bientôt 63, pis y (CSST) me font de la pression pour que je retourne travailler ».

Six travailleurs (n=6) reçoivent un diagnostic et une médication contre la dépression. Une maladie méconnue pour eux et synonyme de faiblesse.

J'ai des petites *jobs* qui faut que je fasse au printemps, je ne l'ai pas fait encore. Je le sais y'a pas personne d'autre qui va venir les faire à ma place. Mais juste à penser qui faut que je les fasse, je me mets à *shaker*, pareil comme si je serais pas capable. (George)

Mario dira à ce sujet : « J'étais en crise émotionnelle. J'ai comme perdu le contrôle de mes sentiments de moi-même. Je me suis senti un moins que rien ».

Un travailleur (n=1) parle de son état dépressif avec un sentiment d'amertume face au système. Le fait d'être laissé à lui-même, sans référence à des services spécialisés, engendre un problème de dépendance à l'alcool et accentue son état dépressif.

J'ai tombé dans la bouteille pis la dépression. Pis là c'est ça, j'ai appelé à la CSST pour leur dire que ça marchait pas, que je devais changer de métier. Y'ont dit : « Non t'es correct toé là ». Ç'a pris deux ans avant qu'y reconnaissent (CSST) que j'avais un problème... Avant l'accident, j'étais bon, j'aimais rire, je dormais bien (rire). Maintenant je fais des promesses pis je les tiens pu. Ben des choses de même. J'ai moins d'intérêt... Maintenant, je me choque beaucoup plus vite. Je me choque partout, dans les épiceries, (inaudible), c'est tout de suite. J'arrive plus à me contrôler. J'ai pu le temps de niaiser (rire). Pis là, je me fais haïr par du monde. (Lucien)

Six d'entre eux (n=6) reconnaissent avoir eu des idéations suicidaires. Le sentiment d'être devenu un fardeau a contribué au désir d'en finir avec la souffrance.

Je ne voudrais pas que ça arrive, pis y'a d'autres fois où je vois pas d'autres alternatives (émotif). Autant ça me libérerait de ma douleur physique. Ah mon Dieu, ma femme n'aurait plus de problèmes, de troubles avec moé. (George)

Deux travailleurs (n=2) sont hospitalisés pour ce motif et l'un d'entre eux (n=1) présente des idéations homicidaires.

C'est l'instinct de survie qui embarque. Tu voudrais faire des choses, mais t'as pas les moyens. T'as pas la santé pour les faire, t'as pas la santé mentale pour les faire. Y t'abaissent tellement que tu te dis que ta vie vaut pas grand-chose. Là, c'est là que ça t'amène à penser au suicide. Tant qu'à partir pis laisser tes proches dans cette misère-là, t'es aussi ben de les amener avec toé (pleurs)... En 2008, j'ai fait une dépression majeure sévère. Y restait pas ben ben de temps avant que je le fasse. Le « plan », le « comment », le « où », le « quand », je les savais. (Fred)

De plus, sept travailleurs (n=7) témoignent de leurs préoccupations concernant les impacts sur leur relation conjugale.

Sauf que sur le coup, ça sort, bang! Après que c'est que c'est sorti, je me dis pourquoi t'as fait ça, t'avais pas besoin d'y parler comme ça. Elle a un bon moral, mais un moment donné a peut peut-être se tanner. (George)

Le sentiment d'injustice occupe une place importante dans le récit des travailleurs interrogés (n=8). Ils se sentent pris en otage par un système complexe qui, de leur point de vue, favorise davantage l'employeur et l'état. Ils doivent continuellement faire la preuve de leur incapacité à reprendre le travail. L'impression d'être perçu comme des imposteurs aux yeux de plusieurs personnes ravive le sentiment d'injustice et de honte.

Hernies discales avec compression de la moelle épinière de plus de la moitié (soupirs). 6 ans plus tard, j'étais un hypocrite, un chialeux, je voulais profiter du système (selon la CSST). (Alain)

C'est ce qui m'a affecté et que j'en suis venu à te rencontrer, c'est à cause de ça là. Je m'éloignais de ces situations-là parce que je me disais : « Ils vont penser que chu un profiteur du système ». (Claude)

Un travailleur (n=1) verbalise sa crainte lorsque viendra le moment où il devra prendre une décision sur son avenir professionnel. Selon lui, les séquelles physiques et psychologiques liées à l'accident ne peuvent lui permettre d'être fonctionnel dans aucun emploi.

Je mets un temps le matin pis l'après-midi pis quand ça fait 1 heure ou 2 que je suis debout dans la même position, y faut que je m'étende. Fait que l'employeur va me fournir un petit lit?... Je regardais un petit gars tantôt au comptoir, on voit qu'il a un handicap intellectuel. Je ne peux même pas faire ça. Le poids de la « mope », les mouvements répétitifs. Je ne peux même pas. (George)

Trois travailleurs sur neuf (n=3) se sentent responsables de l'accident et de ce fait, vivent un sentiment de culpabilité. Fernand nous dira : « Le caractère ne m'a pas changé, l'humeur pis toute. La seule chose qui me désole c'est le décès. J'y pense souvent au pauvre gars qui est mort par ma faute ». Un autre camionneur livre dans son récit :

Ben sûr que je me fais des reproches, pis ça, j'ai mis du temps à m'en débarrasser. Même les 2 premiers psychiatres que j'ai vus à la demande de la CSST y m'ont posé une question similaire, oui, j'essaie, je creuse à tous les jours. Qu'est-ce que j'aurais pu faire pour pas que ça l'arrive. (George)

Les neuf travailleurs (n=9) interrogés vivent de la colère et un sentiment d'impuissance face à leur situation. Ils ont l'impression d'avoir perdu le contrôle de leur vie. Cette situation a également pour effet de leur faire vivre de l'insécurité. Ils

sont irritables et se sentent agressifs vis-à-vis les conséquences de l'accident. Marie nous dira : « Ma tolérance est rendue basse. Maintenant je sors à la dernière limite. Je m'isole. Je suis méfiante. J'ai toujours peur que les gens soient méchants ». D'autres travailleurs rapportent des propos illustrant colère et désarroi face à la situation :

Je suis devenu extrêmement agressif. Fait que c'est sûr même avec ma femme pis nos enfants je me suis renfermé beaucoup. Je me suis isolé beaucoup. Pis là, j'ai tombé dans une déprime et je me serais enfermé dans le garde-robe pendant... (Pleure). (Mario)

Je suis plus agressif, beaucoup moins patient. Je me suis même cassé une jointure en fessant dans un mur, chose que je faisais jamais avant. J'avais fessé sur le gars, mais à l'âge qu'on est rendu, je trouvais que ç'avait pas d'allure, j'ai aimé mieux fesser dans le mur. (Lucien)

Six travailleurs (n=6) connaissent une perte d'autonomie et de jouissance, ils soutiennent également avoir perdu confiance en eux. Maxime : « J'étais quelqu'un enjoué, actif, positif, dehors tout le temps. J'avais confiance en moi et en mon avenir. Je fais pu grand-chose. Je ne suis plus le même ». George soutient : « Avant j'avais pas de difficulté à prendre des décisions. Je faisais ce que j'avais à faire. Aujourd'hui, j'ai peur de tout, j'ai tout le temps peur de me tromper ».

En ce qui a trait à la perte de jouissance, plusieurs travailleurs (n=6) font état des deuils à faire concernant les loisirs et le rêve d'une retraite active.

C'est une douleur extrême et je dois accepter. Ma douleur est 8 sur 10. Je peux plus faire de 4 roues, *sea-doo*. Je dois faire le deuil des voyages avec le *pack* sac sur le dos. J'ai plein de deuils à faire c'est incroyable. (Mario)

Avant j'étais très active. Maintenant je ne fais plus rien. J'ai vendu mes vélos. Ça faisait tellement mal. Je ne suis plus capable d'aller à Santé et forme... La douleur a pris la place et la patience n'est plus là. Même planter des fleurs je ne peux pas. (Marie)

Ça l'a changé ben des choses, c'est sûr que ça occasionne des problèmes d'incapacité, ça a même affecté les capacités sexuelles, ça a affecté ben des affaires; j'peux pas jouer au hockey avec mes petits neveux comme que je voudrais, la durée d'endurance elle est vraiment pas longue. C'est vraiment là que ça a changé ma vie. (Claude)

Beaucoup d'impacts. Je ne suis plus capable de rien faire dans la maison. Je suis plus capable d'aider ma femme. Ben là maintenant un peu plus, j'ai eu ma tablette j'ai ça qui m'ont donné. J'ai une chaise pour prendre ma douche. J'étais même pas capable de me laver. (Mario)

Sept d'entre eux (n=7) se disent affectés par le fait qu'ils doivent faire le deuil de leur métier et de leur mode de vie face aux blessures physiques et psychologiques causées par l'accident. Cette réalité est difficile, car dans leur discours, le travail représente un sentiment de fierté et une reconnaissance sociale. Un travailleur forestier s'exprime ainsi :

Après l'accident, ben côté professionnel, ça a tout arrêté. Ma carrière de travailleur forestier elle a fini « dret » là. J'su pu jamais retourné travailler dans le bois. J'aurais pas pensé que ça se finirait de même. (Claude)

Pour sa part, Alain dit à ce sujet : « Avant 2005, j'ai pas eu de deuil à faire comme tel parce que je travaillais même si j'étais blessé. C'est après, quand j'ai pu être capable de travailler. Ça change complètement l'orientation présente et future ».

Trois travailleurs (n=3) font état d'un sentiment de honte et d'humiliation. Ils craignent le jugement d'autrui et ils ont le sentiment d'avoir perdu de la valeur face à leur incapacité professionnelle. De plus, la honte et l'humiliation augmentent leur conviction d'être perçus comme étant des fraudeurs.

Beaucoup de jugement. Même venant de la CSST et même des médecins. C'est comme si j'étais un fraudeur. Tu le vois là (montre les yeux et soupire). J'ai de la misère. Oui, j'ai de la misère, parce que je sais que la marde s'en vient. Je le dis pas que je suis sur la CSST. Je dis que je suis rentier, que j'ai des blocs. C'est gênant, c'est humiliant de dire qu'on est sur la CSST. J'ai pas envie que les gens sachent ça. (Mario)

Pour ma parenté, je suis un profiteur, c'est pas vrai que j'ai mal dans le dos. « On te voit marcher, tu te promènes dans la cour ». C'est pas parce que t'as eu un accident de travail que t'as perdu ton cerveau. J'ai le goût de, le goût de... c'est pas parce que je fais trois pelletés de terre noire que je suis capable de faire ça toute la journée... Je me sens plus observé, plus jugé. Non je dirais pas plus surveillé, plus épié. Quand on est surveillé, on le sait, mais quand on est épié tu le sais pas, on fait ça en cachette dans notre dos. Des jugements prédéfinis. (Alain)

Suite à l'accident, deux travailleurs sur neuf (n=2) développent un problème de consommation d'alcool et de drogue.

La morphine si je vous dirais moé je connais les deux, entre la morphine pis le cannabis pis entre la boisson pis le cannabis on serait mieux d'arrêter la boisson pis la morphine.... Le cannabis, ça soulage pas la douleur. Ça la rend plus acceptable. J'en prends à tous les jours pour me soulager. (Alain)

Depuis l'accident, je dois prendre des pilules pour dormir. Avant les pilules, je dormais de 4 à 6 heures par nuit. Pis là, je buvais pour pouvoir dormir. Pis quand je me réveillais, j'en buvais encore 4 à 5 pour pouvoir me rendormir... C'est parce que moé, ce qui arrivait, j'étais stressé. Pis quand j'arrivais chez nous, je commençais à boire, j'ai commencé par une bière, deux bières, six bières, une douze pis à fin je conduisais chaud. (Lucien)

Finalement, deux d'entre eux (n=2) rapportent avoir subi du harcèlement psychologique de la part du milieu de travail. Ils font état de pressions dans le but de provoquer leur départ définitif de l'entreprise. Les travailleurs concernés parlent de stress, d'isolement, de la peur de représailles. Des citations faisant état de harcèlement psychologique sont rapportées dans la section traitant du soutien par le

milieu de travail. Le tableau ci-dessous illustre la nature des séquelles psychologiques et le nombre de travailleurs qui en souffrent.

Tableau 4.3
Conséquences sur la santé psychologique

Conséquences sur la santé psychologique	Nombre (n=9)	Pourcentage
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	9	100 %
Dépression	6	67 %
Idéations suicidaires	6	67 %
Idéations homicidaires	1	11 %
Sentiment d'injustice	8	89 %
Sentiment de culpabilité	3	33 %
Perte de confiance/d'autonomie/jouissance	6	67 %
Honte/Humiliation	3	33 %
Incapacité d'exercer son métier	7	78 %
Anxiété/Stress	9	100 %
Colère et impuissance face à la situation	9	100 %
Agressivité/Isolement/Irritabilité	9	100 %
Insécurité financière	9	100 %
Harcèlement psychologique de l'employeur	2	22 %
Problème de consommation drogue/alcool	2	22 %

La partie qui suit couvre les conséquences se rapportant à la dimension sociale vécue par les travailleurs.

4.4.3 Conséquences sur la dimension sociale

Les neuf travailleurs (n=9) interrogés révèlent avoir pour conséquence la perte de leur emploi suite à l'accident. Les séquelles physiques et psychologiques sont déclarées incompatibles avec les tâches attribuées à leur travail par la CSST (n=4) ou encore le travailleur est congédié par son employeur suite à l'accident (n=5).

Y'a eu un accident, y'é responsable de son accident, tiens on a un bon moyen pour le mettre à la porte. C'est un bon moyen ça j'étais responsable. Tiens dehors, on a pu besoin de toé. Bon, moé j'ai l'impression que c'est de même qu'ils ont réagi. (Fernand)

Bien jusqu'à l'accident. Pu maintenant. La dernière fois, j'ai *jumpé*, mangez de la merde! Lorsque j'ai recommencé à travailler, je devais conduire le véhicule d'escorte et monter les maisons. Mais y m'ont fait tout de suite recommencer sur le camion en partant. Pis ça j'étais pu capable. (Lucien)

Un seul (n=1) d'entre eux est considéré inapte au travail. Il n'a donc pas l'obligation de se trouver un emploi face aux limitations fonctionnelles identifiées par les médecins. Pour les autres, le processus de réintégration pour un emploi doit être fait à défaut de quoi la pénalité financière s'impose.

Sur les huit travailleurs (n=8) aptes à réintégrer un travail compatible à leur capacité physique et psychologique, deux travailleurs (n=2) ont fait le choix d'une retraite anticipée.

J'avais pu d'intérêt à travailler. Je me forçais pour aller travailler. Là je me disais *jumper* pis me trouver une job ailleurs, je vais recommencer au pied de l'échelle. Ça m'intéresse pas, j'aimais autant persister. De toute façon, j'ai 58 ans; aller à 65 c'est pas ben ben long avant ma retraite. Pis y'a eu ça. Ç'a été un mal pour un bien. (Fernand)

Tous (n=9) rapportent que l'accident a pour effet de les appauvrir. Marie dit : « Je ne suis plus capable de travailler, je me suis, par la force des choses, appauvrie ». Quatre travailleurs sur neuf (n=4) soutiennent vivre sous le seuil de la pauvreté.

Tu te retrouves aux indemnités réduites. Pis là, faut que tu ailles quêter pour pouvoir nourrir ta famille. Y faut que tu ailles dans les organismes à but non lucratif. Je suis allé chercher des denrées au Centre Bernard-Hamel. (Fred)

Un travailleur (n=1) âgé de 54 ans a fait le choix de retourner vivre avec sa mère dans le but d'amoindrir les dépenses, sortir de l'isolement et se soutenir mutuellement : « Je paie ma part pis j'entretiens le tour de la maison. Si j'su pas capable d'en faire plus, mais là, j'ai pas de boss. Je fais ce que je suis capable. Y'a des jours, j'su pas capable pantoute ».

Huit travailleurs (n=8) verbalisent que les conséquences de l'accident ne leur permettent plus d'exercer les loisirs pratiqués avant l'événement pour des raisons relevant de leur incapacité physique et financière. Ils considèrent que cette situation influence leur moral et leur estime. Mario parle avec émotivité de sa réalité depuis l'accident : « J'écoute la T.V. Je pleure ben souvent, je me couche pour passer le temps. Qu'est-ce que tu veux que je fasse? (émotif) ». De plus, l'arrêt des loisirs pénalise également les autres membres de la famille.

Mes amis de mine, j'ai vois moins souvent. On faisait des activités ensemble, maintenant je fais plus grand-chose. Je suis un peu plus isolé... C'est voulu, c'est surtout monétairement. J'su pu capable des suivre aussi ben. Je fais encore la chasse à l'original c'est sûr, mais j'ai toute lâché les petites chasses comme le chevreuil, c'est un luxe. J'su pu capable de suivre financièrement.
(Maxime)

Plus de la moitié des travailleurs (n=7) soutiennent avoir connu des ruptures de lien avec des amis ou des membres de leur famille pour les raisons suivantes : changements dans leur mode de vie, difficultés financières, isolement et irritabilité de la part du travailleur, sentiment de honte, peur du jugement. Pour Alain, son réseau social l'a délaissé : « J'avais une dizaine de copains, j'en ai gardé un. Pis c'est juste depuis son accident d'auto qu'il est revenu pour que je lui remonte le moral ». D'autres diront :

Premièrement, j'ai perdu des amis pis, comme j'ai dit au début, je suis devenu extrêmement agressif. Fait que c'est sûr même avec ma femme pis nos enfants je me suis renfermé beaucoup. Je me suis isolé beaucoup. (Mario)

Je pense que mon entourage n'ont assez entendu parler qui fait qu'aujourd'hui y'a pu personne qui m'en parle. Y vont s'informer comment je vais et comment va mon cou. Y vont plutôt s'informer de mon état physique, mais pas l'accident comme tel. (George)

Je m'isolais... T'sais, j'étais capable de parler, j'étais capable d'agir. Quelqu'un qui me voyait rire autour d'une table de restaurant, pour lui j'étais normal. C'est ce qui m'a affecté, c'est à cause de ça là que je m'éloignais de ces situations-là parce que je me disais : « Ils vont penser que chu un profiteur du système ». (Claude)

Trois travailleurs (n=3) subissent une séparation suite à l'accident. Selon eux, les changements d'humeurs et l'incertitude financière ont eu raison de la relation amoureuse.

Quand j'ai eu mon accident, ma conjointe m'a dit : « Là on aura plus d'argent » et elle est partie avec un autre homme et elle m'a laissé ma fille de 3 ans, les meubles sauf le poêle, le frigidaire, laveuse, sècheuse. (Alain)

Pour sa part, Maxime fait état des répercussions de l'accident en ces termes : « J'en ai eu, je me suis séparé. Ça commençait à aller mal et ça l'a achevé (la relation), mettons ».

Finalement, un seul travailleur sur neuf a perdu son permis de conduire. La propension à un malaise physique en situation de conduite est trop élevée. Sa sécurité et celle d'autrui justifie cette décision.

Parce que moi, en plus, j'ai perdu mon permis de conduire, j'ai des spasmes musculaires dans les épaules... C'est assez dur à avaler, mais je m'en doutais, alors j'avais commencé à diminuer. Je ne voulais pas provoquer un accident par ma faute. (Alain)

Le tableau ci-après résume les conséquences encourues sur la dimension sociale des participants.

Tableau 4.4
Conséquences sur la dimension sociale

Conséquences sur la dimension sociale	Nombre (n=9)	Pourcentage
Perte d'emploi	9	100 %
Appauvrissement	9	100 %
Perte de loisirs	8	89 %
Rupture de lien (amis/famille)	7	78 %
Séparation	3	33 %
Perte du permis de conduire	1	11 %

Nous avons trouvé pertinent d'évaluer le climat de travail perçu par les travailleurs avant l'accident afin de vérifier la dynamique au travail.

4.5 Climat de travail avant l'accident

Cette section traite des relations interpersonnelles et du climat de travail perçus par le travailleur avant l'événement. Ces données ont pour but de vérifier si le climat et les relations peuvent avoir une incidence sur l'accident lui-même. De plus, ces informations nous permettent d'évaluer si l'accident a eu un impact sur les relations entre le travailleur et son milieu de travail.

Huit travailleurs (n=8) rapportent que le climat de travail entre collègues et supérieurs était très bon avant l'accident. Les échanges entre eux se passaient dans un climat positif et empreint de respect mutuel. Les travailleurs appréciaient être en compagnie de leurs confrères de travail et de leur supérieur.

C'était super, c'était enjoué, un très bon climat, les gars s'entraidaient, y'avait pas de rivalité. Une gang de chums. C'était convivial. C'était très bon aussi avec le *boss*, pas de problème, y pouvait me demander n'importe quoi, je le faisais. (Fred)

Le camionneur, George, aime son métier en partie parce qu'il favorise le sens de l'autonomie et la possibilité de travailler seul de longues périodes. Toutefois, il précise aussi passer du temps avec ses confrères pour échanger avec eux : « J'étais ben chum avec eux. J'étais ben proche des *dispatchers* aussi. Ça allait super ben aussi avec mes *boss*. On se retrouvait dans les *truckstops* pour manger ou pour prendre un café ».

L'entraide mutuelle et la solidarité font partie de leur quotidien. Convivialité et camaraderie sont également présentes. Un autre travailleur (Mario) s'exprime avec enthousiasme : « Mes rapports avec mes collègues, super, des supers de bons rapports. Mon supérieur, j'avais des bons rapports aussi, premièrement c'était mon voisin ».

Un seul travailleur (n=1) rapporte une détérioration au niveau du climat de travail suite à des changements dans la direction. Selon lui, ces changements accentuent l'individualisme portant ainsi atteinte à l'esprit initial fondé sur le bien-être des employés. L'entreprise familiale qui l'a embauché devient une multinationale. Fernand verbalise dans son récit : « À l'heure actuelle, étant donné que c'est pour (*nom de la compagnie*), les grosses compagnies de même, je pense que c'est complètement frette, y s'en foutent eux-autres des travailleurs. C'est chacun pour soi ». La cueillette des données sur le climat de travail avant l'accident figure au tableau suivant.

Tableau 4.5
Climat de travail avant l'accident

Climat de travail avant l'accident	Nombre (n=9)	Pourcentage
Relation positive collègues/supérieur	8	89 %
Entraide mutuelle/solidarité	8	89 %
Convivialité/camaraderie	8	89 %
Fonctionnement individualiste	1	11 %

4.6 Attitude de l'entourage suite à l'accident

Cette section fait état des attitudes de la famille, des amis et du milieu de travail vis-à-vis le travailleur suite à l'accident. Les attitudes de l'entourage sont celles perçues et vécues par le travailleur.

4.6.1 La famille

Sept travailleurs sur neuf (n=7) soutiennent que leurs proches manifestent des craintes se rapportant à leur état de santé physique et psychologique. Les travailleurs verbalisent se sentir impuissants et dépassés par l'ampleur des conséquences de l'accident sur leur famille.

George nous dira : « Elle a peur que je mette fin à mes jours. J'essaie de pas trop en parler avec elle parce que ça la rend extrêmement nerveuse ». En ce qui concerne les tâches physiques, il est difficile pour lui de la laisser assumer ces corvées. Il précise : « Mais elle, c'est pas de même qu'elle le voit. Elle me dit : « C'est pas logique de travailler dehors, t'as mal dans le cou, arrête je vais m'occuper de ça ».

Ma famille (parenté) avait peur que je fasse une crise cardiaque (prise de poids). Ils me disaient de me prendre en main, pis toute... C'est sûr que ç'a aussi été dur par moment pour ma conjointe, surtout quand elle a su que je

voulais partir avec eux autres (Fait référence aux idées homicidaires). Là pour elle, elle me quittait, a me quittait, elle en avait parlé à mes 2 nièces et non moé je le quitte. Le lendemain, elle a décidé de venir me voir à l'hôpital et de prendre une décision après. Non, elle a vite compris que je n'étais pas l'homme qu'elle avait marié et que j'étais malade. (Fred)

Pour Maxime, sa famille s'inquiète de son état psychologique, car il s'isole et se montre irritable. Il dit : « Ben, elle (sa mère) a essayé de m'aider financièrement et je pouvais l'appeler. Elle venait chercher ma fille. Elle était plus présente ».

Les deux tiers (n=6) se sentent soutenus par leur famille et tous ressentent un sentiment de gêne et d'inconfort face aux gestes de compassion des proches à leur égard. L'inquiétude des autres à leur sujet a pour effet de leur faire prendre davantage conscience de leur vulnérabilité. Sentiment perçu par eux comme étant synonyme de faiblesse.

Une chance que j'ai une chr... de bonne femme. Elle comprend. Elle est à côté de moé. Mais du côté psychologique, elle est dépassée, pis je sens qu'elle est tout le temps là à surveiller par-dessus mon épaule gauche. Je me sens mal à l'aise. Elle me fait des petites affaires. Je lui dis : « Bébé, bébé appelle-moi voyons donc. » « Non y faut que tu te reposes! » J'ai ben de la misère avec ça. (George)

Mario verbalise avec émotion l'importance de la présence de ses proches à ses côtés. « Ma femme m'aime extrêmement. C'est ça qui m'a fait tenir le coup, sauf que je me saurais enfermé dans un garde-robe pis je serais resté là tellement j'avais honte ».

Avec ma femme, je me sens épaulé, c'est une personne qui a fait des cours universitaires elle a des connaissances en médecine. C'est une personne qui est très très éduquée. Elle me rassure. (George)

Trois travailleurs (n=3) rapportent une distanciation et des ruptures de lien avec des membres de leur famille suite à l'accident. Commentaires et jugements des proches et irritabilité des travailleurs ont eu raison de certaines relations. Fred : « C'est sûr qu'admettons après une couple d'années, le monde disait : « Oui, mais là passe à autre chose. Fais de quoi de ta vie ». Un autre travailleur raconte :

Je ne me tiens plus avec ma parenté. Je suis plus solitaire. En gros, c'est ça. J'étais beaucoup plus sociable avant. Je me suis tapé deux grosses dépressions depuis ce temps-là. Je me suis renfermé comme en dedans de moi, puis je suis devenu agressif envers les autres. (Lucien)

Pour trois travailleurs (n=3), l'insécurité financière générée par les conséquences de l'accident provoque également des réactions négatives dans les relations conjugales. Selon Alain, le stress financier relié à l'accident de travail a eu raison de sa relation avec sa conjointe.

Finalement, deux travailleurs (n=2) considèrent vivre dans l'indifférence totale des proches en regard de leur situation. Fernand et Marie sont unanimes sur l'absence de soutien et de compassion de la part de leur entourage. Ils se sont plutôt sentis dérangeants et incompris : « Je pense, nous dit Fernand, que je suis plus une nuisance pour elle. Je me sens plus une nuisance que positif ». Marie pour sa part : « Ben, je me sens un peu plus comprise depuis que ma fille s'est fait une entorse lombaire. Elle comprend un peu mieux ce que je ressens, mais avant elle s'en foutait ».

4.6.2 Les amis

La majorité des travailleurs (n=7) interrogés connaissent des ruptures de liens avec des amis proches. Selon eux, les raisons se justifient essentiellement par le fait de leur incapacité d'exercer avec eux les mêmes loisirs physiquement,

psychologiquement et financièrement. Le changement de mode de vie suite à l'accident provoque également une perte de contact doublée d'un isolement dans lequel les travailleurs se placent dans le but de se protéger.

Maxime rapporte : « J'su pu capable de suivre financièrement. Y faut que je m'occupe de ma famille ». Lucien soutient : « Ah, j'ai perdu beaucoup d'amis, je pogne les nerfs à rien, je ne suis plus le même depuis l'accident ». Le sentiment de déranger et la peur d'être perçu comme étant plaintif entraînent l'isolement.

Ben, je pense qui m'ont assez entendu parler qui fait qu'aujourd'hui y'a pu personne qui m'en parle. Y vont s'informer comment je vais et comment va mon cou. Y vont plutôt s'informer de mon état physique, mais pas l'accident comme tel. (George)

Seulement un travailleur (n=1) reçoit un soutien significatif de la part d'un ami.

Pis là y'a une de mes amies de ce temps-là qui a vu mon changement beaucoup. A me connaissait avant l'accident pis après, pis là elle m'a dit : « Lucien, ç'a pas de sens, moé je t'amène à l'hôpital ». Elle m'a faite rencontrer du monde icitte au CLSC. (Lucien)

Finalement, un travailleur (n=1) n'a aucun réseau social avant l'accident. Fernand nous dit à ce sujet : « Je ne me tiens pas avec des amis trop, trop, je suis pas mal plus solitaire, ben j'ai toujours été solitaire ».

4.6.3 Le milieu de travail

La majorité des travailleurs (n=8) disent ne pas avoir reçu de soutien et d'empathie de la part du milieu de travail suite à l'événement. Huit travailleurs (n=8) se montrent surpris par ce constat. Partant du principe qu'ils étaient des employés travaillants et

appréciés de leur milieu, ils s'attendaient à une réaction compatissante et à un soutien de leurs collègues. Leur sentiment face à l'employeur en est un de déception. Cet état de fait est perçu comme un abandon et une trahison :

Ben, mon *boss*, mon ancien *boss*. Je pensais qu'il était plus humain. (Songeur, silence)... Ça fait à peu près 2 mois que je suis arrêté. Je m'adonne à aller au bureau pour leur donner le fameux papier brun qu'il (médecin) me donne. Je sors du bureau, j'arrive face à face avec mon *boss*. Moé, je suis content de le voir, ça fait longtemps que je ne lui ai pas parlé. Y commence mon fou : « Tu connais pas ça les travaux légers. Voyons donc, on n'arrête pas de travailler pour un petit mal de cou ». Ça m'a comme mis à l'envers ça parce que c'était un gars que j'admirais énormément. (George)

Tant que je ne me suis pas blessé, ça allait bien. Au lieu de dire on va te mettre aux travaux légers pendant une couple de jours et voir comment ça se passe, tout de suite en revenant c'est « badang » à matin tu fais les poubelles, ensuite y m'ont mis sur le *truck* à *fuel* à me battre avec des vents de 90 km/h. J'ai trouvé ça un peu ridicule. Me semble que quelqu'un qui revient qui vient d'avoir un accident de travail, y devrait être réintégré graduellement pour faire sûr que sa blessure est correcte. En tout cas, c'est mon avis. (Mario)

Quatre (n=4) travailleurs parlent du non-respect de l'employeur concernant l'assignation des travaux légers durant la période de convalescence. Trois d'entre eux (n=3) accusent l'employeur de ne pas avoir fourni d'assistance médicale au moment de l'accident.

Je n'ai pas perdu conscience (après une chute de 16 pieds). Pis ils m'ont laissé partir de la mine avec mon véhicule en plus. C'est vraiment broche à foin. Normalement, c'est une ambulance même si le gars y bouge... Il doit être immobilisé pour prévenir les blessures au dos! J'aurais pu avoir une commotion en m'en allant. Ça, je l'ai trouvé pas mal *cheap*. (Maxime)

Trois travailleurs (n=3) soutiennent avoir vécu du harcèlement psychologique de la part de l'employeur et, selon eux, dans le seul but de les amener à démissionner de leur poste. Ce qui est le cas pour deux d'entre eux (n=2).

... Ensuite y'è arrivé un autre événement, la fille qui m'a plaquée me harcelait. Elle continuait à me plaquer et à me frapper les talons avec le chariot et elle me faisait de l'intimidation. Elle me regardait en pleine face et elle m'empêchait de passer... Une fois, la direction m'a dit : « Tu ne le vois pas qu'on fait tout pour que tu partes! » (Marie)

Deux (n=2) soutiennent avoir été congédiés suite à l'accident de travail. Un d'entre eux (n=1) est remercié de ses services le lendemain de l'accident. Le travailleur est encore en état de choc lorsqu'il a appris son congédiement.

... y'a eu un accident, y'è responsable de son accident, tiens on a un bon moyen pour le mettre à la porte. C'est un bon moyen ça j'étais responsable, tiens dehors, on n'a pu besoin de toé. Bon, moé j'ai l'impression que c'est de même qu'ils ont réagi. T'es responsable, t'avais juste à pas avoir de moment d'inattention. Si tu n'es pas responsable, c'est correct. Si j'avais pas été responsable, y m'auraient donné un autre camion, pis va faire un autre transport. T'es responsable, là c'est pas pareil, là on peut te claquer sur les doigts. (Fernand)

Pis là, j'ai été congédiée. L'employeur disait que j'étais problématique. Mais je suis pas folle, certains employés me jappaient dans les oreilles et ils me poursuivaient dans le *parking* en me grognant après. Là, j'en avais là! (montre le dessus de sa tête). (Marie)

Pour sa part, un travailleur (n=1) souligne avoir reçu du soutien et beaucoup d'attention de la part de son employeur tout au long du processus de rétablissement. L'employeur se montre compréhensif et présent. Claude précise : « Tu me verras jamais dire un mot de travers de mon employeur, ç'a été merveilleux ». Le tableau 4.6 reprend l'ensemble des données recueillies auprès des participants au sujet des attitudes de la famille, des amis et du milieu de travail suite à l'accident.

Tableau 4.6
Attitudes de l'entourage suite à l'accident

Attitudes de l'entourage suite à l'accident	Nombre (n=9)	Pourcentage
La famille		
Craintes pour la santé physique/psychologique	7	78 %
Soutien	6	67 %
Distanciation/rupture de lien	3	33 %
Insécurité financière	3	33 %
Indifférence face au vécu du travailleur	2	22 %
Les amis		
Rupture de lien	7	78 %
Soutien	1	11 %
Absence de réseau social	1	11 %
Le milieu de travail		
Absence de soutien et d'empathie	7	78 %
Non-respect des assignations/travaux légers	4	44 %
Non-assistance médicale au moment de l'accident	3	33 %
Harcèlement psychologique	3	33 %
Congédiement	2	22 %
Soutien	1	11 %

4.7 Attitude du travailleur suite à l'accident

Cette section fait état des réactions du travailleur face à son entourage (famille/amis et milieu de travail) suite à l'accident. Elle fait ressortir la réponse et l'ouverture du travailleur vis-à-vis les différents comportements de son environnement social toujours en lien avec les répercussions de l'accident sur sa vie en général. Les informations recueillies sont présentées en deux volets : le premier couvre les attitudes du travailleur face à sa famille et ses amis et le second fait état de ses réactions face à son milieu de travail.

4.7.1 Le travailleur face à la famille et aux amis

Dans la majorité des cas (n=6), le travailleur se sent démuni face aux démonstrations d'empathie et de sympathie.

C'est bizarre à dire, on dirait que ma condition ne me permet pas de me faire traiter de même. C'est correct pour un mourant, t'sé. Mais elle (sa conjointe) c'est pas de même qu'elle le voit. Elle me dit : « C'est pas logique de travailler dehors, t'as mal dans le cou, arrête je vais m'occuper de toé ». Je me sens mal à l'aise. (George)

Dans la même proportion (n=6), la tendance à l'isolement devient l'attitude privilégiée par le travailleur afin d'éviter ce genre de situation.

Premièrement, j'ai perdu des amis pis, comme j'ai dit au début, je suis devenu extrêmement agressif. Fait que c'est sûr même avec ma femme pis nos enfants je me suis renfermé beaucoup. Je me suis isolé beaucoup. Pis là, j'ai tombé dans une déprime et je me serais enfermé dans le garde-robe... (Mario)

Le même nombre (n=6) trouve plus facile d'accepter les expressions de sympathie en provenance de leur conjointe. George nous dira : « Une chance que je l'ai (fait référence à sa conjointe) ».

Elle est restée, mais elle a trouvé ça dur, très dur. Je lui lève mon chapeau qu'elle ne soit pas partie. Souvent j'étais en crise, c'est ben beau t'encourager, pis t'encourager, mais elle a pu d'idées comme pour te raccrocher. (Fred)

Un peu plus de la moitié des participants, soit cinq travailleurs (n=5) sur neuf, verbalisent se considérer comme un fardeau pour leurs proches. Ce sentiment accentue l'impression d'inutilité et de faiblesse.

Y disent que ceux qui veulent se suicider y'en parlent pas pis y passent à l'acte. J'en ai parlé... C'est drôle comment je le vis ça... Je voudrais pas que ça arrive... pis y'a d'autres fois où je vois pas d'autres alternatives... (émotif). Autant ça me libérerait de ma douleur physique... Ah mon Dieu, ma femme aurait plus de problème, de troubles. (George)

Pour leur part, quatre travailleurs (n=4) rapportent avoir tenu des propos agressifs envers leurs proches. Ils considèrent être devenus colériques et irritables à la moindre contrariété.

Ma fille me dit tout le temps que je suis plus chialeux. J'suis comme révolté en dedans... j'ai de la misère moé-même à m'endurer. Fait que je ne me vois pas avec une autre fille toute suite. (Maxime)

J'en ai perdu beaucoup (amis) parce que j'en ai envoyé chier. J'étais plus agressif, beaucoup moins patient. Je me suis même cassé une jointure en fessant dans un mur, chose que je faisais jamais avant. (Lucien)

Deux travailleurs (n=2) soulignent avoir peur du jugement de leur entourage. Ils craignent être perçus comme étant des profiteurs. Claude nous dit : « Je m'éloignais de ces situations-là (rencontres sociales) parce que je me disais : « Ils vont penser que chu un profiteur du système ».

Finalement, les deux travailleurs (n=2) qui ont été confrontés aux attitudes d'indifférence de la part de leurs proches rapportent avoir été blessés par cette attitude et précisent avoir ressenti de la colère à leur endroit. Fernand s'est senti blessé par l'attitude de son épouse : « J'ai de la misère à me situer par rapport à elle à cause de ça. Elle a l'air de se foutre de ce que ça me fait vivre l'accident ».

4.7.2 Le travailleur face au milieu de travail

L'attitude du travailleur face à son milieu de travail s'exprime davantage par un sentiment de colère.

Quand j'ai eu mon accident, (Nom du supérieur) est venu sur les lieux pour voir, mais y'é même pas venu me demander pour voir si j'allais bien, rien. Je l'ai vu passer à côté de moé. Y m'a même pas demandé : « As-tu quelque chose? T'es-tu fait mal? » Pantoute! Je me suis dit : « C'est de même que ça marche maintenant ». Ça m'a mis en maudit! (Fernand)

L'expression de ce sentiment chez sept travailleurs (n=7) se retrouve essentiellement dans les situations où l'employeur s'est montré absent et indifférent aux conséquences de l'accident (n=7). Cette attitude d'indifférence a généré une déception profonde sur ces sept travailleurs.

Ça fait à peu près 2 mois que je suis arrêté. Je m'adonne à aller au bureau pour leur donner le fameux papier brun qu'il me donne. Je sors du bureau, j'arrive face à face avec mon *boss*. Moé, je suis content de le voir, ça fait longtemps que je ne lui ai pas parlé. Y commence mon fou : « Tu connais pas ça les travaux légers? Voyons donc, on n'arrête pas de travailler pour un petit mal de cou ». Ça me comme mis à l'envers ça parce que c'était un gars que j'admirais énormément. (George)

La majorité, soit cinq travailleurs (n=5), exprime avoir le sentiment de ne plus être utiles, ni importants aux yeux de leur employeur. Les propos de Maxime en témoignent : « À partir du moment où je me suis blessé, je me sentais plus important pour eux. Les contracteurs c'est de même ».

Fred, pour sa part, livre dans son récit : « Ben moé je vois ça de même, je me sentais plus bon. C'est vraiment comme ça que je me sens, que je me sentais ».

Trois d'entre eux (n=3) ont d'ailleurs démissionné en réaction au manque de considération de leur milieu de travail (n=3). Lucien : « Mes relations avec mon *boss* étaient bien jusqu'à l'accident. Pu maintenant. La dernière fois j'ai jumpé, mangez tous de la merde! ».

Seulement un travailleur (n=1) interrogé se sent reconnaissant de l'attitude de son milieu de travail. L'employeur s'est montré présent et compréhensif tout au long du processus de convalescence malgré le fait qu'il n'a jamais pu réintégrer son emploi. Claude soutient : « J'ai rien à dire de mon *boss*, y a été parfait sur toute la ligne ». Voici le tableau qui présente les informations relatives aux attitudes du travailleur suite à l'accident.

Tableau 4.7
Attitudes du travailleur suite à l'accident

Attitudes du travailleur suite à l'accident	Nombre (n=9)	Pourcentage
Le travailleur face à la famille et aux amis		
Isolement/Distanciation	6	67 %
Reconnaissance vis-à-vis leur conjointe	6	67 %
Fardeau pour ses proches	5	55,5 %
Agressivité verbale/Colère/Irritabilité	4	44 %
Peur du jugement	2	22 %
Colère face à l'indifférence de ses proches	2	22 %
Le travailleur face au milieu de travail		
Sentiment de colère	7	78 %
Déception profonde	7	78 %
Sentiment de ne plus être utile et important	5	55,5 %
Démission	3	33 %
Reconnaissance	1	11 %

4.8 Soutien

Cette partie couvre les types de soutien offert aux travailleurs accidentés par des proches, des professionnels et le milieu de travail.

4.8.1 Famille/amis

Sept travailleurs sur neuf rapportent recevoir différentes formes de soutien de la part des membres de leur famille et des amis. Ceux-ci se montrent plus présents, ils signifient leur soutien par des gestes compatissants et par de l'accompagnement à des rendez-vous médicaux ou autres.

... une de mes amies de ce temps-là qui a vu mon changement beaucoup. A me connaissait avant l'accident pis après, pis là elle m'a dit : « Lucien, ç'a pas de bon sens, moé je t'amène à l'hôpital ». Elle m'a fait rencontrer du monde icitte au CLSC. (Lucien)

Deux travailleurs (n=2) interrogés acceptent un soutien financier, car la perte de revenus ne leur permet plus d'honorer la totalité des charges engagées.

Ben c'est sûr que financièrement ça allait ben avant l'accident, j'avais de l'argent tout le temps, j'avais besoin de quelque chose, j'y allais, j'me cassais pas la tête, aujourd'hui c'est plus dur... elle (ma mère) a essayé de m'aider financièrement et je pouvais l'appeler. Elle venait chercher ma fille. Elle était plus présente. (Maxime)

4.8.2 Professionnel

Pour l'ensemble des travailleurs (n=9), le recours à une aide professionnelle n'a jamais été nécessaire avant l'accident de travail. Après l'accident, quatre travailleurs (n=4) font la demande d'un soutien psychologique à la CSST, en vain. Leur demande est refusée malgré les symptômes de désordre psychologique liés à l'accident. Par la suite, un médecin généraliste réfère en urgence ces quatre travailleurs (n=4) à des professionnels du réseau public.

Pis là le médecin y m'a faite un papier comme de quoi je devais voir un psychologue. Mais entre-temps, moé, je prenais toujours des pilules pour dormir. Pis à toutes les fois que je voyais le médecin, y me disait que ça me prenait un psychologue. Moé, j'amenais ça à la CSST, eux autres y faisaient rien. Fait que nous autres y'a fallu qu'on passe à côté de la CSST, pour aller me faire soigner par moi-même. (Lucien)

Cinq des travailleurs rencontrés font appel aux services de l'ATTAAT afin de recevoir soutien et conseils. Le sentiment d'être laissé à soi-même est important et engendre de l'insécurité. Alain nous dit à cet effet : « J'ai commencé à aller un peu de l'association. Y m'ont donné un coup de main. Je savais pu où aller cogner pour avoir des conseils. Pis, de fil en aiguille, je me suis lié d'amitié avec X ».

J'ai appelé l'association, là y m'ont dit d'y aller, j'y suis allé pis je leur ai parlé de mes intentions (suicidaires et homicidaires). Ben y avait une stagiaire en travail social qui commençait, elle m'a dit : « Non, non je te laisse pas partir comme ça ». Y m'ont amené à l'hôpital et j'ai été hospitalisé je pense 13 jours (Il pleure). (Fred)

Seulement trois travailleurs (n=3) reçoivent un soutien psychologique assumé par la CSST. Ce qui implique que les travailleurs référés sont pris en charge par des professionnels affiliés à la CSST en lien avec les séquelles de l'accident.

Ça s'est ben déroulé je trouve. La CSST pis tout ça. Aussitôt que la femme de la CSST a su que j'avais resté pris dans mon camion y'ont traité ma demande tout de suite et les services ont suivi. Mais non ça ben été. (Fernand)

Avec mes rencontres à la CSST, j'ai décidé de dire où ce que j'en étais, plutôt que de cacher tout le temps ma situation. J'ai rencontré une nouvelle agente à la CSST et c'est elle qui m'a référé à une thérapeute, pis ça m'a vraiment aidé. (Claude)

Deux des répondants (n=2) sont toujours en attente de services psychosociaux dispensés par le réseau de la santé et des services sociaux.

T'sais quand tu es épuisée, que rien ne fonctionne et que tu rentres toujours dans un mur. Tu rencontres ton syndicat, ils ne font rien, on te dit : « Va voir telle association », y font rien. Tu vas au CLSC pour recevoir un support psychologique, j'ai jamais passé, je suis sur une liste d'attente. (Marie)

Un seul travailleur (n=1) a fait le choix de recourir aux services d'un professionnel en pratique privée. Tous (n=9) se sont sentis diminués dans le fait d'avoir besoin d'une aide professionnelle.

Le CSLC y faut que tu sois référé par un médecin; j'ai demandé à mon médecin de me référer, mais y sont débordés. Y'a des listes d'attente de 1 an et demi à 2 ans d'attente. Pis aller en privé, c'est des frais. Fait que moi, ce que je fais, on a droit à 500 \$ par mois pour ma femme et mes enfants pour me faire masser, fait que je vais voir Cindy pis je me fais masser quand je suis pu capable d'endurer la douleur. (Mario)

4.8.3 Milieu de travail

En majorité, les travailleurs (n=8) sont surpris et profondément déçus de l'attitude du milieu de travail à leur endroit. Partant du principe qu'ils se sentaient utiles et appréciés de leur milieu de travail, ils s'attendaient à davantage de considération et

de soutien de leur employeur. Tous les participants rencontrés, à l'exception d'un seul, soulignent ne pas avoir reçu de soutien ni avoir ressenti d'empathie de la part de leur employeur face aux conséquences générées par l'accident. Maxime nous dira : « À partir du moment où je me suis blessé, je ne me sentais plus important pour eux ».

Au contraire, ils se sentent jugés et perçus comme étant responsables des désagréments engendrés par l'accident. L'expression : « profiteur du système » ressort dans six récits (n=6). Ces travailleurs sont persuadés qu'ils sont maintenant considérés comme tels par leur employeur. Mario livre dans son récit : « Beaucoup de jugement. Même venant de la CSST et même des médecins. C'est comme si j'étais un fraudeur. Tu le vois là (soupir) ».

Trois travailleurs (n=3) soutiennent avoir subi du harcèlement psychologique venant du milieu de travail.

Fait qu'un moment donné je retourne travailler pis là : « Toé, ma tab..., t'as fini de nous écœurer, t'as-tu ben compris? Mets ça dans ta boîte carrée, t'sais les 4 coins. » Pis y sacrait, mais j'avais une enregistreuse. Parce que je n'en pouvais plus. (Marie)

Le même nombre (n=3) considère ne pas avoir reçu l'assistance médicale au moment de l'accident.

Pis au lieu de me sortir en ambulance y m'ont faite sortir en autobus scolaire à sauter ça d'haut dans le bus. J'avais mal. Je leur ai dit : « Vous auriez pu me sortir en ambulance ». C'est complètement ridicule. (Mario)

Deux (n=2) rapportent un congédiement suite à l'accident. Finalement, un seul travailleur (n=1) est satisfait de l'attitude générale de son employeur tout au long du

processus. Il est reconnaissant du soutien moral et technique de son employeur. Le tableau 4.8 de ce chapitre fait état du soutien reçu.

Tableau 4.8
Soutien

Soutien	Nombre (n=9)	Pourcentage
Famille/amis		
Présence/accompagnement/gestes compatissants/support	7	78 %
Soutien financier	2	22 %
Professionnel		
Soutien psychologique refusé par la CSST et référé par un médecin généraliste	4	44 %
Soutien psychologique accordé par la CSST	3	33 %
Soutien ATTAAT	5	55,5 %
Liste d'attente réseau public	2	22 %
Service privé	1	11 %
Milieu de travail		
Absence de soutien et d'empathie	8	89 %
Harcèlement psychologique	3	33 %
Non-assistance médicale au moment de l'accident	3	33 %
Non-respect des assignations/travaux légers	4	44 %
Congédiement	2	22 %
Soutien	1	11 %

4.9 État de santé psychologique des répondants et soutien social reçu

Tous les répondants souffrent d'un TSPT accompagné de conséquences importantes sur leur santé psychologique liées à l'accident de travail (tableau 4.4). Seulement quatre d'entre eux (n=4) ont reçu un soutien psychologique d'un professionnel; de ce nombre, trois ont reçu l'aide dispensée par la CSST et un travailleur a été dans

l'obligation de faire appel à un professionnel en pratique privée afin d'éviter l'attente dans le réseau de la santé et des services sociaux.

CHAPITRE V

ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre fait état de l'analyse des résultats dégagés précédemment. Il contient l'ensemble des principales données recueillies auprès des travailleurs interrogés en lien avec la littérature sur le sujet, en tenant compte du contexte théorique de la présente étude. Il tente de répondre à la question de recherche : quels rôles le soutien social joue-t-il dans le développement des séquelles psychologiques, à la suite d'un accident de travail subi par des travailleurs recevant des services de la CSST de l'Abitibi-Témiscamingue?

Six thèmes sont abordés et analysés dans l'étude pour accéder à une réflexion sur les forces et les limites de cette recherche. Le premier thème traite de l'origine des blessures. Le second se rapporte à la sécurité au travail. Le troisième analyse les conséquences de l'accident sous trois axes : la santé physique, la santé psychologique et la dimension sociale. Le quatrième thème couvre le climat de travail avant l'accident et le cinquième qualifie les attitudes de l'entourage et du travailleur suite à l'accident. Enfin, le sixième thème traite du soutien en provenance des proches, du milieu de travail et des professionnels.

Des liens entre le cadre théorique et les résultats viendront clore ce chapitre par des pistes de réflexion sur des modèles d'intervention à préconiser auprès de cette clientèle et sur d'éventuelles recherches ayant pour objectif d'approfondir le sujet.

5.1 L'origine des blessures

Pour le traitement des thèmes se rapportant à l'origine des blessures, on ne peut passer sous silence le risque d'accident encouru par les travailleurs manuels.

Rappelons que tous les travailleurs accidentés interrogés occupent un emploi manuel au moment de l'accident et huit d'entre eux (n=8) œuvrent dans le secteur primaire, secteur d'activité qui emploie 1,2 % de la population active en Abitibi-Témiscamingue contre 0,4 % au Québec (L'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2012).

Dans cette étude, trois travailleurs (n=3) ont eu un accident de la route, camionneurs de profession, deux d'entre eux (n=2) effectuaient des transports de longue distance. Les deux camionneurs ont été victimes d'un accident avec collision. Pour le premier, l'origine de l'accident était hors de son contrôle puisqu'il s'agissait d'une collision frontale avec un automobiliste qui tentait de se suicider. Le camionneur n'a subi aucune blessure physique. Toutefois, selon les propos de son médecin, cet événement a généré, sur une période de deux ans, un trouble de stress post-traumatique entraînant une comorbidité reliée à la surconsommation d'alcool. Pour le second camionneur, l'accident s'est produit alors qu'il tentait de réintégrer la circulation sur une autoroute. Selon lui, l'accident a eu lieu par sa faute, car il a pris pour acquis que le fardier qui arrivait dans sa direction allait se déporter d'une voie. Dans la situation du troisième camionneur, il s'est retrouvé dans la voie inverse au moment où il tentait de retirer un sac sous son siège. Inattentif à la route durant quelques secondes, il a heurté une voiture arrivant en sens inverse. Selon les statistiques de la CSST, les risques de lésions s'accroissent considérablement dans cette catégorie de travailleurs puisque les camionneurs s'exposent de façon intensive à des collisions, à des pertes de contrôle du véhicule et à des conditions atmosphériques difficiles (CSST, 2010).

Le degré de risque de ce secteur d'activité est considéré extrême par la CSST. Entre 2001 et 2010, 192 290 accidents de la route sont répertoriés à la CSST (CSST, 2010). Ce nombre représente 10,1 % d'accidents rencontrés dans ce type d'emploi.

Il est à noter que sept travailleurs interrogés sur neuf (n=7) occupent un emploi lié au domaine du transport au moment de l'accident. On compte cinq camionneurs (n=5) et deux opérateurs de machinerie lourde (n=2).

Concernant les accidents impliquant une chute, deux travailleurs sur neuf (n=2) ont été victimes de ce type d'accident, soit un mineur et un camionneur. Dans la situation du mineur, celui-ci a fait une chute de 16 pieds de hauteur à partir de sa plate-forme de travail, entraîné par un tuyau de 20 pieds de longueur et de 8 pouces de diamètre. Selon lui, l'origine de l'accident se justifie par le fait que le plancher de la plate-forme était en pente et qu'il n'était pas attaché. Cette pratique apparemment courante serait supportée par les entrepreneurs, car elle représente un gain de temps dans l'exécution du travail. Plus risqué pour le mineur, mais beaucoup plus rentable pour l'employeur et le mineur. Dans le domaine minier, les chutes de niveau inférieur représentent 8,3 %, soit 6559 accidents survenus entre 2001 et 2010 (CSST, 2010). Le degré de risque d'accident dans les mines est considéré élevé par la CSST (2010).

Pour sa part, le camionneur explique sa blessure au pied par la chute de son camion. La benne basculante du déchargeur était défectueuse, ce qui impliquait qu'il devait descendre du véhicule à chaque déchargement dans le but d'enclencher le mécanisme manuellement. Selon lui, plusieurs descentes, la fatigue et l'instabilité du terrain ont contribué à sa chute. Dans le domaine du transport, les accidents comprenant une chute se chiffrent à 18 %, soit 367 557 accidents couvrant 2001 à 2010. Les chutes sont la deuxième cause d'accident dans le domaine du transport après les efforts excessifs évalués à 20,6 % (CSST, 2010).

Deux travailleurs interrogés ont reçu un coup causant des blessures physiques et psychologiques. Les deux secteurs d'activités impliqués dans ces accidents sont le transport et le commerce au détail. Le camionneur a reçu un tronc d'arbre sur la tête alors qu'il s'affairait à attacher son chargement de bois sur son fardier. Selon ses dires, il travaillait dans des conditions difficiles et non conformes aux normes. Il se trouvait seul dans la forêt la nuit, sans équipement approprié (éclairage et échafaudage). Le risque d'accident dans ce secteur d'activité est estimé à un niveau extrême (CSST, 2010). Entre 2001 et 2010, les travailleurs forestiers ont été au nombre de 19 476 à être victimes d'un accident de travail se rapportant à un coup, soit 8 % (CSST, 2010).

Dans le domaine du commerce de détail, un travailleur a été victime d'une voie de fait de la part d'un collègue. Il rapporte avoir été frappé volontairement d'un coup d'épaule provoquant une blessure au dos. 107 769 accidents se rapportant à des voies de fait sont répertoriés dans ce secteur d'activité au Québec, soit l'équivalent de 7,3 % contre 30,7 % pour des effets excessifs, soit 452 065 accidents. Mentionnons que pour la CSST (2010), le niveau de risque d'accident dans ce domaine se qualifie de modéré.

Un des travailleurs interrogés a subi une intoxication sévère au monoxyde de carbone durant son sommeil. L'accident a été causé par un manque d'entretien à la cheminée du réfrigérateur au propane de la roulotte forestière. Obstrué par la saleté, le monoxyde de carbone s'est infiltré dans la roulotte, plongeant le travailleur dans un état comateux. La CSST a répertorié 300 intoxications au monoxyde de carbone au cours des dix dernières années – une maladie à déclaration obligatoire. Bien qu'elles ne soient pas toutes attribuables au froid, il n'en reste pas moins que l'hiver est directement la cause dans la plupart des cas (CSST, Prévention au travail, 2014).

Un autre travailleur a été gravement blessé au dos en voulant soulever une charge. Il justifie cette blessure par un manque de jugement de sa part et par des conditions de travail qu'il qualifie de mauvaises. Il soutient que son équipe travaillait sous pression et que l'équipement était insuffisant et désuet. Voulant gagner du temps en évitant de faire appel à un collègue, il entreprend de soulever à bras un rouleau de géotextile faute de perche à *loader* à sa disposition. Dans le domaine de l'entreposage, la CSST enregistre 46 658 accidents se rapportant à un effort excessif en soulevant un poids. Cela représente 27,6 % des causes d'accidents dans ce secteur d'activité, soit le motif le plus important. Les blessures pour efforts excessifs dans le secteur primaire représentent un risque élevé d'accidents de travail (CSST, 2010).

En résumé, l'origine des blessures se répartit comme suit : trois des travailleurs (n=3) interrogés ont été victimes d'un accident de la route. Les accidents de la route avec et sans collision représentent 10,1 % des lésions professionnelles dans le domaine du transport routier. Toujours dans le domaine du transport, l'effort excessif figure au premier rang des lésions, ce qui représente 19,9 %, suivi de la chute d'un niveau estimée à 19,5 %. Les cinq camionneurs rencontrés (n=5) font état de ces types d'accidents dans leurs récits. Ils rapportent être tombés au moins une fois du chargement alors qu'ils s'affairaient à attacher la cargaison. Tous se souviennent avoir subi des blessures mineures à la suite d'un effort excessif. Deux travailleurs (n=2), soit 22 %, ont fait une chute causant une blessure permanente. La chute au même niveau est la première cause d'accident chez les travailleurs manuels, et ce, dans l'ensemble des secteurs d'activités (CSST, 2010). La chute d'un niveau et le saut arrivent au septième rang des lésions professionnelles. Deux des travailleurs interrogés ont également reçu un coup provoquant une blessure permanente. Ce genre d'accident occupe le troisième rang des lésions, soit 10 262 travailleurs accidentés entre 2005 et 2007. Un seul travailleur rencontré a été blessé au dos en soulevant une charge. Ce type d'accident se situe au deuxième rang des accidents les plus répandus dans le classement de la CSST, ce qui représente 10 608 travailleurs manuels ayant

été blessés pour ce motif entre 2005 et 2007 (IRSST, 2012). Finalement, un travailleur, soit 11 %, a été victime d'une intoxication au monoxyde de carbone durant son sommeil. Nous n'avons trouvé aucune statistique précise à ce sujet.

5.2 Sécurité au travail

À la question « Est-ce que vous considérez votre milieu de travail sécuritaire et pourquoi? », les trois quarts des travailleurs répondent que l'équipement et les véhicules sont tenus en ordre par l'employeur et, de ce fait, le milieu de travail est sécuritaire. Nous faisons le constat qu'il existe une confusion chez les travailleurs entre ces deux éléments : l'entretien de l'équipement et la sécurité. L'entretien de l'équipement est sans contredit un élément important de la sécurité au travail, mais il n'assure pas à lui seul sa viabilité (Grusenmeyer, 2000). Dans tous les récits, des entorses aux normes de sécurité en vigueur sont sciemment exercées de part et d'autre. Le travailleur nous dira que dans certaines situations, l'employeur ferme les yeux sur les mesures de sécurité. Dans d'autres, il ira même jusqu'à demander à ses employés de contrevenir aux normes dans le but de gagner du temps. On retrouve principalement ce comportement dans le secteur des mines et du transport. Le but ultime identifié par les travailleurs : l'appât du gain pour l'employeur et pour eux-mêmes. Aux dires de ces travailleurs, l'employeur favorise la productivité par le biais de bonis au rendement ou par l'encouragement formel ou informel des heures supplémentaires. Ce principe se compare au modèle de gestion employé dans les mines souterraines, fonctionnement fondé sur la prime au rendement. Un système qui, pour Beaupré (2012), permet aux entreprises de maintenir un niveau de performance de la part de leurs employés, et ce, dans des contextes et des lieux où le contrôle et la surveillance sont quasi impossibles.

Les travailleurs sont conscients que l'employeur porte une attention particulière à l'entretien de l'équipement dans le but de prévenir les bris et les contraventions : conséquences directes sur la rentabilité de l'entreprise. Sept travailleurs (n=7) rapportent que l'employeur se montre moins rigoureux sur la sécurité de son personnel. Selon eux, le patron part du principe que cette responsabilité incombe en premier lieu au travailleur. Pour les camionneurs et le mineur, le contrôle de leur travail est quasi impossible, car ils sont seuls et souvent inaccessibles. Dans ces conditions, le rapport de confiance s'établit sur le principe du donnant-donnant (Beaupré, 2012). Les travailleurs rapportent avoir contribué volontairement à ce système du donnant-donnant pour des raisons purement pécuniaires.

Dans le cas des camionneurs, le mode de paiement au rendement (selon la performance, selon la distance parcourue ou autres incitatifs monétaires) peut aussi pousser les conducteurs à conduire trop longtemps (Williamson, 2007). De plus, malgré les restrictions sur les heures de conduite et l'obligation de compléter des carnets à ce sujet, des chauffeurs contournent la loi, de leur propre initiative ou parce qu'ils sont incités à le faire par l'employeur (Quinlan, 2001; Tzamalouka, Papadakaki et Chliaoutakis, 2005). Tous les camionneurs interrogés confirment cette pratique.

Les camionneurs interrogés relatent leur état de fatigue au volant dû au manque de sommeil et aux longues journées de travail. D'ailleurs, ces caractéristiques figurent au premier rang des facteurs de risque dans l'industrie du camionnage. Quelques études documentent ces données et appuient le fait qu'elles diminuent le niveau de sécurité des conducteurs de poids lourds, mais aussi de tous les usagers de la route (Stout, 2007). Cette pratique prédispose les conducteurs à la fatigue au volant et peut causer des accidents. *The Royal Society for the Prevention of Accidents (RoSPA)* (2001) fait référence à une étude australienne menée par Arnold et Hartley (1998) qui établit que 67 % des conducteurs de camion dont les horaires sont irréguliers ont été impliqués

dans un accident lié à la fatigue, comparativement à 38 % des conducteurs ayant un horaire de travail régulier.

Au Québec, les heures de travail autorisées ne sont pas les mêmes pour le conducteur de véhicule lourd de longues distances. Les règles sont relativement complexes avec la possibilité de suivre l'un des deux cycles autorisés. Ces cycles interdisent de conduire après avoir accumulé : 1) 70 heures de travail au cours d'une période de sept jours consécutifs ou : 2) 120 heures de travail au cours d'une période de 14 jours consécutifs et 70 heures de travail sans avoir pris 24 heures de repos consécutives. Si le travailleur a cumulé ces heures, il doit prendre une période de repos dont la durée dépend du cycle choisi. Avec ce règlement, il est actuellement permis aux conducteurs de véhicule lourd d'être au volant pendant plus d'heures au Québec qu'aux États-Unis. De plus, les règles sont basées à la fois sur le poste de travail et sur la journée. De façon plus simple, il est interdit de conduire après 13 heures de conduite ou 14 heures de travail au cours d'une même journée (SAAQ, 2009b). Pour assurer un suivi des heures de conduite, il est obligatoire au Québec de remplir une fiche journalière. Les conducteurs qui ne dépassent pas un rayon de 160 kilomètres du terminus d'attache ne sont pas obligés de tenir un registre, mais leurs employeurs doivent le faire (Arnold et al., 1997). Cette réglementation soulève du scepticisme chez les camionneurs quant aux intentions réelles du législateur, car elle n'est respectée par aucune instance et parce qu'elle est instrumentée de telle sorte qu'elle est très facile à déjouer. Selon les participants à l'étude, tout le monde fait semblant de respecter cette loi. Le camionneur falsifie les données pour une raison pécuniaire, certains employeurs encouragent ouvertement cette pratique et d'autres ferment les yeux pour maximiser leurs profits, les contrôleurs routiers et les policiers tolèrent, car il est difficile de prouver l'infraction lors d'intervention n'impliquant pas d'accident.

Des études démontrent (Beaupré 2012; Brangier, 1997) qu'un des éléments pouvant interférer sur la sécurité au travail se trouve dans le fait d'être à l'emploi d'un sous-

traitant. Cette corrélation se fonde essentiellement sur deux aspects : 1) les contrats sont obtenus par le biais du plus bas soumissionnaire : le travail doit impérativement se faire rapidement dans le but de décrocher un plus grand nombre de contrats. La rapidité d'exécution devient donc capitale pour assurer la pérennité de l'entreprise; 2) les primes de rendement sont plus importantes, il est donc plus difficile d'obtenir le principe de régulation. Principe qui consiste à ralentir la production par les travailleurs dans le but d'éviter la hausse du niveau de production par l'employeur. Deux travailleurs appuient cette donnée dans leur récit. La rapidité d'exécution est d'ailleurs un élément important dans le discours des travailleurs interrogés. Elle est synonyme de rentabilité, de reconnaissance et de valorisation, au risque de s'exposer davantage à des dangers.

Trois travailleurs (n=3) font état de leur perception du rôle de la CSST dans les milieux de travail. Pour eux, le fait de prévenir l'employeur de leur visite présage de leur intention réelle, celle de ne pas avoir à gérer des écarts de conduite concernant les règles de sécurité à observer au travail. Selon eux, cela représente une gigantesque mise en scène de la part des entreprises et de la CSST.

Un seul travailleur (n=1) considère que son milieu de travail respectait les normes de sécurité au travail. La maintenance de l'équipement avait pour but d'assurer la rentabilité et la sécurité du personnel. Selon lui, les risques d'accident sont réels sur un chantier forestier et il est impossible de tout prévoir. Dans cette situation, l'intoxication au monoxyde de carbone serait directement reliée à un manque d'entretien résultant d'une méconnaissance de la part de l'entreprise. Depuis cet accident, les cheminées au propane seraient nettoyées régulièrement et les détecteurs au monoxyde de carbone opérationnels en tout temps.

5.3 Conséquences de l'accident

Cette partie analyse les impacts de l'accident sur la santé physique, la santé psychologique et sur la dimension sociale des travailleurs victimes d'un accident de travail.

5.3.1 Conséquences sur la santé physique

Sept des neuf travailleurs (n=7) interrogés rapportent avoir subi des blessures physiques permanentes ayant pour conséquences d'altérer leur capacité physique et leur endurance. Tous rapportent que la blessure en elle-même ne les a pas affectés en soi, car le risque de blessure physique fait partie du métier. C'est la douleur chronique et la perte de capacité qui rendent l'acceptation difficile, car elles affectent leur qualité de vie et les contraignent à abandonner leur métier. Rappelons ici que les études sur la douleur persistante due à un trouble musculo-squelettique font ressortir la thématique d'effondrement (Beaton, Tarasuk, Kath, Wright et Bonbardier, 2001; Garro, 1994; Shaw, Segal, Polatajko et Harburn, 2002; Soderberg, Jumisko et Gard, 2004). Tout comme le soulignent Baril et al. (1994), Charmaz (1983), Lawlon (2003) et Shaw et al. (2002), la notion de perte peut affecter plusieurs dimensions constituant l'équilibre personnel : l'estime de soi, le sentiment d'être utile et l'image de soi. Cette description correspond en tout point aux conséquences des blessures retrouvées chez les travailleurs interrogés. Ils ont l'impression de ne plus avoir de place et ils se sentent inutiles. Malgré le fait que les travailleurs n'excluent pas la possibilité d'être victime d'un accident de travail, aucun n'était préparé à l'éventualité d'une blessure avec des séquelles permanentes. La douleur chronique et la perte de capacité alimentent le sentiment d'avoir perdu le contrôle sur leur vie (Beaton et al., 2001; Walker, Holloway et Sofaer, 1999) et accentuent la difficulté de reconstruire une

image de soi tenant compte de cette nouvelle réalité (Garro, 1994). La permanence des blessures et les conséquences qu'elles encourent sur l'ensemble des sphères de vie semblent influencer négativement sur leur capacité d'adaptation. Six d'entre eux ressentent des douleurs chroniques importantes nécessitant la prise de médicament au quotidien et de façon continue. Une autre réalité difficile à accepter pour eux, car la prise de médicament revêt une signification se rapportant à un signe flagrant de faiblesse et de vulnérabilité.

De plus, pour huit travailleurs, l'absence de soutien de la part du milieu de travail paraît affecter considérablement le rétablissement et l'acceptation de leurs nouvelles conditions de vie. Nous sommes à même de constater que pour certains des travailleurs, le soutien du milieu tient un rôle déterminant dans la prise en charge de leur situation. Cet aspect sera davantage élaboré à la section du soutien.

Il est observé que plusieurs participants se retrouvent dans le modèle peur-évitement décrit par Vlaeyen et al. (1995), Vlaeyen, Linton (2000) et Waddell, Burton (2005). La douleur leur fait craindre une aggravation de leur condition, entraînant une résistance face au processus de réadaptation proposé par la CSST. Toutefois, deux travailleurs (n=2) rencontrés correspondent au concept de l'efficacité personnelle décrit par Bandura (1977) que la croyance qu'a la personne envers ses capacités la conduit à se mobiliser pour s'adapter à sa nouvelle condition. Pour se faire, ils ont tous deux adapté leurs comportements à leur nouvelle réalité. Un a choisi de devancer sa retraite et vivre en fonction de ses capacités physiques et l'autre a trouvé un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. Dans le discours de ces deux travailleurs, le désir de retrouver une vie normale et la croyance qu'ils ont du pouvoir sur leur situation sont plus forts que la crainte d'aggraver leur condition physique.

Une des conséquences sur la santé physique réside dans le trouble du sommeil. Six travailleurs (n=6) soutiennent éprouver de la difficulté à dormir depuis l'accident. Ils

se sentent envahis par la situation, ils vivent du stress concernant leur avenir. Ils rapportent également être souffrants physiquement. Certains d'entre eux font des cauchemars en lien avec l'accident. Le trouble du sommeil est une des séquelles du trouble de stress post-traumatique (Brillon, 2007; Foa, 2000; Roques, 2004; Serven-Schreiber, 2003; Shapiro, 2007). Cette conséquence engendre de la fatigue, de l'anxiété, de l'irritabilité et une distorsion dans la perception des événements (Brillon, 2007; Williams et Poijula, 2006).

5.3.2 Conséquences sur la santé psychologique

Il nous est permis de constater que les conséquences psychologiques sont nombreuses chez tous les travailleurs rencontrés. Les impacts de l'accident sur leur vie en général les rendent vulnérables au niveau psychologique. Le fait de ne plus être en mesure d'exercer leur métier a pour conséquence de leur donner le sentiment de ne plus être importants aux yeux des autres. Ne plus être actif sur le marché du travail leur procure la sensation d'avoir perdu leur identité. Dans le discours, l'identité personnelle de chacun est fondée principalement sur leur métier. Ils sont camionneurs, mineurs, forestiers avant d'être Maxime, Alain, etc. De plus, leur métier leur donne le sentiment d'être utiles et indispensables pour la population, car leur travail est en lien direct avec les besoins de base. Tous sont déstabilisés et expriment avoir perdu leurs repères. Le sentiment d'inutilité les amène à penser qu'ils sont devenus un fardeau pour leur entourage. Avant l'accident, chacun se définissait comme étant le principal pourvoyeur. Huit travailleurs (n=8) parlent de leur métier avec passion et fierté. Ils verbalisent avoir perdu une grande partie d'eux-mêmes avec l'accident.

Le récit de chacun est empreint d'émotivité. Tous acceptent de répondre aux questions avec beaucoup de générosité bien que le sujet soit difficile pour eux. Ils

disent avoir peu de place pour parler de leurs vécus en lien avec l'accident de travail. Ils n'osent plus s'exprimer à ce sujet de crainte d'être perçus comme étant des rabat-joie.

Maltais et al., (2002) traite de l'ensemble des conséquences qu'une catastrophe peut causer dans la vie des personnes touchées par un événement tragique, imprévu, non souhaité et qui, de surcroît, dans certaines situations, portent atteinte à l'intégrité physique, pouvant laisser des séquelles permanentes. Les conséquences sont similaires à celles décrites par les participants à l'étude. Plusieurs auteurs rapportent que ces personnes sont susceptibles de développer un trouble de stress post-traumatique à la suite de l'événement, car elles ont perçu une menace à leur intégrité physique ou à leur vie et que des facteurs de risques pré, péri et post-traumatiques peuvent les prédisposer à s'enliser dans le souvenir traumatique (Brillon, 2007; Foa, 2000; Kilpatrick et al., 1989; Maximehand et Brillon, 1999; Pitman, Atman et Macklin, 1989). Ce trouble (TSPT) se caractérise par une réaction de stress à la suite d'un événement ayant un caractère traumatique. L'expérience est considérée traumatique dans la mesure où la personne est victime, témoin ou confrontée à un ou des événements qui représentent une menace pour sa vie ou pour son intégrité physique ou encore pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. De plus, la personne doit avoir réagi face à cette expérience avec un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur (DSM-IV, 2013).

Six travailleurs sur neuf (n=6) rapportent avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique plusieurs mois après l'accident. Submergés par un sentiment d'injustice, de peur, de colère, de culpabilité et de souffrance physique, ils se sont retrouvés aux urgences en crise suicidaire. Les six ont eu, et pour certains ont encore, des pensées suicidaires, mais aucun d'entre eux n'a fait de tentative. L'un d'entre eux a également eu des idéations homicidaires. Il envisageait de tuer son épouse et ses enfants avant de s'enlever la vie. Selon ses dires, ce geste avait pour but d'éviter de

les laisser dans « la misère » après son suicide. Selon Léveillé, Lefebvre et Marleau (2009), les idéations homicidaires proviennent principalement d'une crise suicidaire et sont motivées par un sentiment de perte. Tous ont cru qu'ils devenaient « fous » n'ayant jamais eu ce comportement et ce type de pensées auparavant. Mélancoliques, ils sont obnubilés par l'accident. Ils revivent la situation en boucle et tentent de donner un sens aux questions : « Pourquoi moi? » et « Qu'est-ce que j'ai fait pour que ça m'arrive? » Ce comportement est typique du TSPT. Il ébranle les croyances établies, fait perdre toute certitude et maintient la personne dans l'événement (Brillon, 2007; Maltais et al., 2002).

Le TSPT entraîne également chez l'individu des comportements d'évitement persistants face aux stimuli associés à l'événement ainsi qu'un émoussement des réactions générales, des symptômes soutenus d'activation neurovégétative, la reviviscence de manière incessante de l'événement traumatique et une altération importante du fonctionnement (c.-à-d. des difficultés au travail ou dans ses relations interpersonnelles) (Brillon, 2007). Tout comme nous l'avons constaté chez nos participants, au plan psychologique, la souffrance engendrée par le TSPT peut être si élevée que suite au développement de ce trouble, des problèmes d'anxiété, d'isolement, de dépression, d'abus de psychotropes, le divorce et même le suicide chez les personnes peuvent apparaître (Brillon, 2007; Kessler et al., 1995; Maximehand et Brillon, 1999; Norris, 1993).

La dépression est également une conséquence importante sur la santé psychologique des travailleurs accidentés. Six d'entre eux ont un diagnostic de dépression et reçoivent une médication à cet effet. Pour eux, ce diagnostic est plus difficile à accepter, car il est synonyme de faiblesse. Ils se jugent sévèrement et croient qu'il s'agit d'un manque de volonté de leur part.

La dépression chez l'homme se manifeste fréquemment par de l'irritabilité, de la colère, de l'hostilité, de l'agressivité et des comportements abusifs, qu'il s'agisse de violence, de consommation d'alcool et de drogues ou d'échappatoires (Cochran et Rabinowitz, 2003). Chez nos participants, deux travailleurs (n=2) ont développé un problème de consommation d'alcool et de drogues. Ils ont trouvé dans ce comportement un anesthésiant à la douleur physique et psychologique ayant pour conséquence d'aggraver leur état de santé.

Il semble que certaines situations ou circonstances soient particulièrement difficiles pour les hommes et, de ce fait, deviennent des catalyseurs de dépression. Certains auteurs maintiennent que pour les hommes, des questions entourant la perte et le deuil deviennent fondamentales à certains moments de leur vie (Doka et Martin, 1998). Quand ils surviennent dans des contextes où la vulnérabilité est plus grande, les « stress » de nombreux hommes deviennent, à divers degrés, des problèmes de deuil et de perte (Cochran et Rabinowitz, 1996). Une rupture, la perte d'un emploi ou d'un statut social peut enfreindre l'équilibre établi et le faire basculer dans un état dépressif. Il est possible que ces épreuves remettent en question les idéaux masculins reçus en grande partie dans l'éducation. Chez les hommes de quarante ans et plus, les stéréotypes inhérents à la robustesse, à la puissance, à l'importance de ne pas exprimer ses émotions sont davantage ancrés. Devant ce qu'ils perçoivent comme un échec, il se peut qu'ils se sentent faibles et démunis (Charbonneau et Houle, 1999; Dulac, 2001; O'Neil, Good et Holmes, 1995; Pleck, 1981, 1995; Tremblay, Thibault, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004; Tremblay, Cloutier, Antil, Bergeron et Lapointe-Goupil, 2005). Selon ces auteurs, cette construction des rôles de genre associés à la masculinité aurait un effet sur le développement de certains problèmes sociaux, notamment la violence, la toxicomanie et le suicide. Le sentiment d'injustice est également très présent dans le discours des travailleurs interrogés. Huit d'entre eux (n=8) se sentent lésés par le système, ils ont la nette impression d'avoir été abandonnés par l'employeur. Ils sont méfiants, craignent le retrait de la CSST

entraînant la fin de l'indemnisation. Le stress, l'anxiété et l'insécurité financière générés par la situation leur font vivre de la colère et un sentiment d'impuissance. Ce sont des sentiments générateurs de détresse psychologique qui contribuent au maintien de l'état dépressif (Cochran et Rabinowiz, 1996).

D'autres conséquences observées chez tous les travailleurs suite à l'accident : l'agressivité ressentie envers eux-mêmes et envers autrui, l'isolement et l'irritabilité. Tous se décrivent comme étant explosifs, impatientes et blessants dans leurs propos. Ils ne se reconnaissent plus la capacité de prendre du recul. La réaction est immédiate et disproportionnée à partir du moment où ils sont confrontés à un imprévu, une contrariété ou une divergence d'opinions. Pour parvenir à éviter le déclenchement de ces réactions, l'isolement s'avère un moyen efficace pour eux. La littérature soutient que les hommes ont tendance à agir leur état dépressif contrairement aux femmes qui, elles, réagissent davantage par l'intériorisation (Cook, 2006; Hart, 2001; Kilmartin, 2005; Lynch et Kilmartin, 1999). La dépression est associée à une vision pessimiste de l'avenir, à de faibles espoirs de dénouements positifs, à des déficits de motivation ainsi qu'au retrait général des activités sociales, récréatives et professionnelles (Beck et al., 1979). Il est possible que les personnes déprimées aient de la difficulté à se motiver à participer aux activités qui pourraient potentiellement améliorer leur guérison. Ce constat est présent chez les participants à l'étude. Le manque d'entrain, l'inquiétude, la douleur et l'isolement peuvent contribuer à maintenir cet état.

Les blessures physiques et psychologiques ont causé de nombreuses pertes chez les participants, à voir : la confiance personnelle, l'estime de soi et la jouissance. Les études de Baril et al. (2000) et Shaw et al. (2002) mettent en corrélation l'absence du soutien social provenant du milieu de travail et l'atteinte de l'estime de soi. Ces travailleurs accidentés sont d'autant plus vulnérables à la dépression devant le fait qu'ils se perçoivent comme étant faibles dans cette épreuve et ce sentiment est légitimé par l'absence du milieu de travail.

Sept d'entre eux (n=7) sont dans l'incapacité d'exercer leur métier. Une situation conséquente à tout point de vue. Ils rapportent se sentir humiliés d'avoir perdu leur travail et de ne pas être en mesure de réintégrer le marché du travail. L'insécurité financière génère du stress et de l'anxiété chez tous les travailleurs interrogés.

Finalement, deux travailleurs (n=2) rapportent subir du harcèlement psychologique du milieu de travail lors des travaux légers après l'accident. Déjà déstabilisés par les conséquences de l'accident de travail, ils se sentent démunis et atterrés par la situation. Croyant trouver du soutien et de la compassion, ils sont confrontés à de l'hostilité. Ils se sentent exclus et comprennent qu'ils ne font plus partie des leurs. Dejours (2001) fait état des effets dévastateurs du harcèlement psychologique en milieu de travail. Phénomène insidieux dont ses tendances portent les germes de la violence. Il est conséquent pour celui qui le subit, mais il provoque aussi un morcellement dans les rapports sociaux au travail.

En outre, les conséquences sur la santé psychologique des travailleurs sont sévères et nombreuses. Bien que l'accident remonte à plus de deux ans dans tous les cas, les séquelles se révèlent très vives. L'événement fait partie de leur quotidien et il module leurs comportements et leur mode de vie. Nous sommes à même de constater que leur vie se divise maintenant en deux parties : le « avant » et le « après » l'accident, même constat observé dans l'étude de Labra et Maltais (2014).

5.3.3 Conséquences sur la dimension sociale

Les conséquences sur la dimension sociale suite à l'accident de travail se révèlent importantes et nombreuses pour l'ensemble des travailleurs. Les conséquences les plus marquantes pour eux se situent dans la perte de leur emploi et, bien qu'ils soient indemnisés par la CSST, leur niveau de vie qui a considérablement baissé. Tous

soutiennent que l'accident a eu pour effet de les appauvrir allant jusqu'à ne plus être en mesure de rencontrer la totalité de leurs obligations. Le calcul de l'indemnisation de remplacement du revenu équivaut à 90 % du salaire net après deux semaines d'absence. Ce calcul se fait à partir du revenu régulier (CSST, 2014). Les primes, bonis au rendement et surtemps ne sont pas considérés dans le calcul, ce qui a pour effet de réduire considérablement le revenu des travailleurs manuels. Huit d'entre eux (n=8) confirment que plus de la moitié de leur salaire provenait des bonis et du surtemps, un seul recevait l'équivalent du salaire minimum sans possibilité de revenu supplémentaire. Dans tous les cas, le changement du niveau de vie s'est fait de façon drastique. Devant leur incapacité d'assumer la totalité des paiements des biens acquis en cours d'emploi, ils se sont retrouvés dans l'obligation de se départir de biens essentiellement liés aux loisirs (VTT, roulotte, moto, équipement de golf, etc.). Des choix qui ont eu pour effet d'accroître le sentiment d'injustice, de colère et d'humiliation. Mesrine (2000), dans une étude sur les conséquences du chômage auprès de travailleurs ayant perdu leur emploi, soutient que le fait de ne pas contribuer à la vie active peut être la cause d'une part de l'excès de mortalité des personnes inactives. La pauvreté relative, l'isolement social, la perte d'estime de soi (Baril et al., 1994; Shaw et al., 2002), l'adoption de comportements à risque pour la santé et l'impact de l'inactivité sociale sur la nature de l'emploi ultérieur (plus précaire ou plus risqué) en seraient les vecteurs.

Racine et Siirianinen (2007) stipulent que l'exclusion est une conséquence à l'appauvrissement. En fait, l'appauvrissement apparaît seulement comme une composante de l'exclusion (Castel, 1994). Les deux concepts (pauvreté et exclusion) entraînent à penser en termes de privations et/ou de carences, mais surtout de mise à l'écart des processus normatifs de vie de société. L'exclusion, ou la pauvreté avant elle, représenterait un cumul de ruptures, non seulement sur les plans matériel et économique, mais également sur les plans des relations sociales (lien social, réseaux, sociabilité) de la participation aux mécanismes politiques qui régissent le vivre

ensemble (les formes d'organisation sociale, politique, économique, culturelle, etc.). L'appauvrissement est en soi une réalité difficile à assumer, mais l'exclusion s'avère encore plus douloureuse du fait qu'elle marginalise l'individu dans toutes ses sphères de vie (Castel, 1994; Clavel, 1998; Martin et Baril, 1995; Roy, 1995; Schecter et Paquet, 2000; Vidalenc, 2001). Le sentiment d'exclusion est très présent chez les participants, il est causé en partie par l'appauvrissement, le changement de mode de vie, les séquelles de l'accident, mais également par la perception qu'ils ont d'eux-mêmes depuis l'accident.

La diminution de leurs revenus contraint ces personnes à modifier leur mode de vie d'autant plus profondément que l'inactivité dure : dans ce dernier cas, les restrictions de dépenses touchent, entre autres, à l'alimentation (Fournier et al., 1984; Portier et al., 1990). Le manque de moyens financiers joint à l'isolement social peut également conduire à une négligence face aux soins de santé alors qu'à l'égard de nos résultats, ils sont en moins bonne santé que l'ensemble de la population. Toujours selon Fournier et al. (1984) et Portier et al. (1990), la persistance de l'inactivité sociale s'accompagne souvent de troubles psychologiques qui peuvent amener à des comportements à risques (alcoolisme, tabagisme, etc.) et, dans les cas extrêmes, au suicide. Dans le récit des participants, le fait de ne pas avoir choisi d'être inactifs socialement contribue en partie à la détresse psychologique ressentie.

Huit travailleurs sur neuf rapportent avoir cessé de pratiquer leurs loisirs suite à l'accident de travail. Les raisons évoquées sont en lien avec les difficultés financières et la vente de l'équipement tel que mentionné plus haut, mais également parce que les activités de loisirs se pratiquaient majoritairement avec les collègues de travail. Le sentiment d'appartenance à un groupe, à une culture organisationnelle, favorise les rapprochements. Dubar (1993) et Sainsaulieu (1998) évoquent l'importance de la socialisation en milieu de travail. Ils mettent l'accent sur les interactions au travail, lesquelles seraient centrales dans la structuration de l'identité personnelle et

professionnelle. Or, sept travailleurs ont connu des ruptures de liens avec des amis et des membres de la famille. Ruptures de liens qu'ils expliquent essentiellement par le fait de se sentir différents, inintéressants et exclus. Des liens rompus par l'absence au quotidien de leur mode de vie relié à l'emploi. Ils verbalisent que leur attitude a largement contribué à faire le vide autour d'eux. Il est important de rappeler que les attitudes attribuables à l'irritabilité et à l'isolement sont des symptômes connus du TSPT (Brillon, 2007).

Nonobstant l'appauvrissement financier et les ruptures de liens, la perte de l'emploi porte atteinte à une grande partie de leur identité. Pour huit des neuf participants (n=8), le travail représente le fondement de leur existence personnelle et sociale. Malgré que le travail ait perdu sa centralité dans la vie des individus, il demeure à la fois un lieu, un facteur de formation et de transformation identitaire (Alvesson et Willmott, 2002; Casey, 1995; Dubar, 2000; Gini, 1998; Legault, 2003). Pour eux, la perte de leur emploi les prive du lieu principal où la réalisation de soi, la socialisation et la reconnaissance sont possibles. Selon Dejours (1993,1998), la reconnaissance permet au travailleur d'accéder au sens de son rapport vécu au travail, fondant ainsi la construction de son identité. À cet égard, la reconnaissance renvoie à une forme de rétribution symbolique qui consacre au travailleur son appartenance, sa liberté, son originalité et son individualité. La perte de ce lieu identitaire provoque, chez la majorité des participants à l'étude, le sentiment d'être inutiles et de ne plus avoir de valeur aux yeux d'autrui. Il a pour ainsi dire perdu sa fonction sociale, car pour lui, il se légitime comme travailleur avant toute chose.

Pour trois travailleurs (n=3), l'accident a généré une séparation. La précarité financière et les changements de comportements ont eu raison de la relation affective. Les faibles revenus et la pauvreté sont des facteurs de risques pour le divorce parce que le stress financier exerce souvent une influence négative sur la relation conjugale (Ambert, 2009). De plus, les écrits scientifiques soutiennent que le nombre croissant

de ruptures est lié à la tendance individualiste qui veut que la relation soit avant tout source de satisfaction personnelle (Amato, 2007). Comme l'explique cet auteur dans les mariages individualistes, les époux considèrent que leur mariage est précieux tant et aussi longtemps que celui-ci comble leurs besoins d'épanouissement personnel et de réalisation de soi. Amato (2007) écrit à ce sujet : « Lorsque la relation conjugale n'est plus satisfaisante sur ce plan, les époux se croient justifiés de jeter la relation par-dessus bord pour partir à la recherche de nouveaux partenaires capables de mieux satisfaire de tels besoins ». Les trois participants ont perçu qu'ils n'étaient plus à la hauteur des attentes de leur conjointe.

Pour sa part, un travailleur (n=1) mentionne avoir perdu son permis de conduire considérant que les séquelles physiques causées par l'accident génèrent des risques trop importants d'accidents de la route. Pour des raisons économiques et pratiques, il a fait le choix de retourner vivre chez sa mère dans le but de se soutenir mutuellement et de briser l'isolement.

5.4 Climat de travail avant l'accident

Huit travailleurs sur neuf parlent de leur milieu de travail avec véhémence. Ils aiment leur métier et apprécient le climat qui y règne. Ils soutiennent que le travail était sans contredit leur priorité. Selon Menger (2003), trois critères professionnels sont en effet associés à l'importance accordée au travail : 1) exercer une profession permettant l'expression de soi; 2) avoir des horaires longs et un travail qui occupe l'essentiel du temps; avoir des horaires non standards est toujours corrélé positivement avec l'importance accordée au travail; 3) être indépendant dans l'exécution de ses tâches.

Fiers de leur parcours et de leurs professions, c'est avec une pointe d'orgueil qu'ils nous rappellent avoir fait partie de la classe moyenne sans aucun diplôme

professionnel en poche. D'ailleurs, la rémunération est un facteur déterminant dans la motivation au travail (Marshall, 2003). Débrouillards, ingénieux, robustes, loyaux et solidaires, ils se définissent comme des personnes de confiance, fiables et responsables. Les patrons pouvaient compter sur eux. Elles s'investissaient dans leur travail comme s'ils étaient propriétaires de l'entreprise. L'identification au milieu de travail est encore présente dans leur discours deux ans après l'événement.

Ils soulignent une saine compétition dans leur milieu de travail. Ils justifient cette compétition par le besoin de mesurer leur niveau d'adresse dans l'exécution de leurs tâches et ils le font sous forme de défi. Brun (2001) souligne l'importance d'une saine compétition dans les milieux de travail. Elle permet la créativité et le dépassement de soi. On remarque des changements d'attitudes chez les participants lorsqu'on aborde le quotidien en milieu de travail. Ils sont joyeux et animés. Ils nous rapportent des anecdotes évoquant la complicité et le climat de camaraderie qui y régnait. Les patrons faisaient partie intégrante de cette fraternité, à l'exception d'un travailleur.

Travail d'endurance, ils soulignent l'importance de s'entraider et de veiller les uns sur les autres par souci de sécurité. Être là, solidaire dans la fatigue et la souffrance physique fait en quelque sorte partie d'un code d'honneur informel.

Ils nous diront que le travail avait pour effet de leur donner de l'importance. Tous, à l'exception d'un participant, avaient de l'estime pour leur supérieur et l'organisation dans laquelle ils œuvraient. Ils se sentaient appréciés et reconnus pour leurs compétences. Lors de situations imprévues, leur point de vue était généralement pris en compte, ce qui favorise la valorisation et la motivation au travail. De Terssac et Maggi (2003) soutiennent que la performance et l'innovation font appel à l'intelligence des salariés; les occasions de leur redonner de l'initiative doivent être favorisées. Tout salarié veut être efficace et utile, c'est ce qui donne du sens et de la fierté au travail. Il est souvent le mieux placé pour identifier les dysfonctionnements

et proposer des pistes d'amélioration de l'efficacité. Cette pratique contribue à maintenir le sentiment d'appartenance à l'équipe de travail et favorise le goût du dépassement.

La notion de plaisir au travail fait partie du discours de chacun d'entre eux. Ils aimaient se retrouver sur le temps des pauses pour échanger et avoir du plaisir ensemble. Aucun ne rapporte avoir vécu des conflits interpersonnels avant l'accident. Le climat était à l'échange et à l'entraide. Pour les camionneurs interrogés, l'autonomie que leur confère leur métier répond à un besoin de solitude et de liberté. Le temps passé avec les collègues autour d'un repas ou par échange radio avait pour but de partager les informations pouvant faciliter le trajet de tout un chacun (travaux routiers, condition de la route, radar, accidents, etc.). La solidarité des travailleurs manuels semble très présente dans tous les corps de métier que nous avons rencontrés.

Selon Brun (2001) et Menger (2003), les composantes d'un climat de travail sain et dynamique sont essentiellement fondées sur la reconnaissance des compétences et des forces de chacun, la liberté d'expression, une latitude dans l'exécution des tâches et la clarté dans les rôles de chacun. La majorité de ces composantes sont présentes dans le récit des participants à l'étude, ce qui tend à expliquer le bien-être ressenti dans leur milieu de travail.

5.5 Attitude de l'entourage suite à l'accident

Cette partie de l'analyse couvre les attitudes ou réactions de l'entourage du travailleur suite aux conséquences de l'accident. Elle examine les attitudes en provenance de la famille, des amis et du milieu de travail.

5.5.1 La famille

Dans un premier temps, ce sont des craintes liées à l'état de santé physique qui se manifestent chez les proches des sept travailleurs (n=7) ayant subi des blessures corporelles. Impuissante devant la souffrance, la famille a le réflexe d'assumer au maximum les tâches domestiques et l'entretien des lieux généralement conférés au travailleur, de peur que les mouvements et l'effort physique aggravent son état. Ce comportement de bienveillance a pour effet collatéral d'accentuer le sentiment que les travailleurs représentent un fardeau pour la famille. Même si ce geste est perçu comme du soutien, tous vivent de la gêne et de l'inconfort face aux conséquences générées par leurs limites physiques. Toutefois, l'essoufflement des proches se fait vite sentir, car les besoins domestiques sont nombreuses et demandent des efforts physiques. La fatigue et le stress engendrés par cette compensation apportent des tensions supplémentaires au sein du couple.

De nombreuses études indiquent que la prestation de soins aux proches entraîne des effets néfastes pour la santé mentale et physique des aidants (Brody et Brody 1989; Coe et Van Houtven, 2009; Given et al., 2004; Kim et al., 2006; Zarit, 1991). Elles ont démontré que l'épuisement affectif au sein de l'unité familiale peut comprendre des symptômes de maladie mentale, comme une dépression grave, de l'anxiété, de l'isolement, de l'ennui ou des troubles du sommeil, de la démotivation, de la tristesse, des sentiments d'impuissance ainsi que des conflits et de la frustration liés à des exigences conflictuelles (responsabilités personnelles, professionnelles et sociales) (Brody et Brody 1989; Coe et Van Houtven, 2009; Given et al., 2004; Kim et al., 2006; Zarit, 1991).

Il y a de plus en plus de données qui démontrent que les aidants font face à une hausse de la prévalence des problèmes de santé personnels (Biegel et al., 1991;

Cranswick, 1997; Guberman et al., 1991; Guberman, 2010). Selon diverses études, entre 15 et 33 % des aidants subissent des effets néfastes sur leur santé physique, notamment des maux de dos dus à l'obligation de lever et de tourner les bénéficiaires de soins ou à exécuter de nombreuses tâches physiques, un épuisement physique et divers maux imputables au stress comme des ulcères (Brody, 1995; NAC et AARP, 2004; Schulz et al., 1999). Il existe également des données démontrant une propension à une surconsommation de médicaments, particulièrement de psychotropes dans le but de contrer les effets du stress et de la fatigue (Schulz et al., 1995).

Aux dires de sept participants (n=7), les proches se sentent démunis et impuissants face à la manifestation des séquelles psychologiques. Inquiets de leur état de santé mentale, ils ne savent plus comment se comporter avec lui. La surprotection semble être, pour la plupart d'entre eux, le moyen privilégié pour assurer leur survie. Pour les participants, tous ces gestes de compassion et de surprotection à leur endroit contribuent à fragiliser leur état de vulnérabilité et leur sentiment de faiblesse. Malgré les effets néfastes dus à ce comportement de surprotection, six d'entre eux (n=6) verbalisent se sentir soutenus et importants aux yeux de leurs proches, plus particulièrement de leur conjointe.

Il est à noter que les personnes souffrant d'un TSPT trouvent souvent que leurs proches ne comprennent pas tout à fait ce qu'elles vivent (Brillon, 2007; Guay et al., 2006). Quant aux proches, au-delà de la surprotection, leurs réactions peuvent être très différentes. Certains peuvent en venir à ressentir de l'amertume à l'égard de la personne aux prises avec un TSPT, à la blâmer pour sa condition, à la forcer à affronter les situations évitées ou à l'accuser d'exagérer ses symptômes. D'autres font leur possible pour être compatissants, mais luttent pour bien comprendre les symptômes d'anxiété, les peurs de la personne avec un TSPT et savoir comment réagir à tout cela. L'évitement de ce qui a été associé à l'événement traumatique par

la personne anxieuse peut, par exemple, être un symptôme auquel les proches ont fréquemment de la difficulté à répondre de la façon la plus aidante. Ils ne savent pas s'il est préférable de forcer la personne à affronter ses peurs, de l'accompagner ou de la laisser tranquille, à sa demande. Il n'est donc guère facile pour les proches d'offrir un soutien approprié aux personnes souffrant d'un TSPT qui, de leur côté, se fient sur leur entourage ou sur leur conjointe ou conjoint pour les soutenir et les aider à passer à travers cette épreuve (Brillon, 2007; Guay et al., 2006).

Trois participants (n=3) rapportent avoir connu une distanciation et des ruptures de liens avec des membres de leur famille suite à l'accident. Ils expliquent ce fait principalement par des changements d'attitudes de leur part. Irritables et sensibles aux commentaires pouvant s'apparenter à des jugements, ils ont choisi d'éviter les contacts avec certains membres de leur famille. Rappelons que l'isolement et l'évitement font partie des séquelles du TSPT (Brillon, 2007; Guay et al., 2006; Guberman, 2010). Les multiples études ciblant les liens entre le TSPT et le soutien ont montré l'importance de distinguer les comportements aidants de ceux qui s'avèrent nuisibles (par exemple, blâmer la personne ou l'encourager à éviter certaines situations anxiogènes). Des recherches menées au Centre d'étude sur le trauma ont visé justement à identifier ces comportements de soutien à éviter : 1) minimiser l'ampleur de l'événement et ses conséquences; 2) la critiquer négativement sur sa façon de gérer ses difficultés; 3) minimiser ses symptômes; 4) la blâmer pour l'apparition et le maintien du trouble; 5) éviter la personne, se distancier d'elle (Guay et al., 2006).

Trois travailleurs (n=3) soutiennent que l'insécurité financière générée par les conséquences de l'accident a eu raison de la relation conjugale.

Le stress financier et les changements du mode de vie ont fait en sorte que les conjointes n'ont pu supporter cette situation. Amato (2007) fait état de l'individualité

et soutient qu'en circonstance de crise, un des membres du couple peut faire le choix de partir lorsqu'il n'a plus réponse à ses besoins personnels. Galarneau et Sturroch (1997) et Finnie (1993) soutiennent que les difficultés financières font augmenter le risque de séparation. Herpin et Dechaux (2004) et Paugam (2002) allèguent qu'il existe une corrélation importante entre l'instabilité professionnelle et l'indice d'instabilité conjugale. Les soucis financiers sont un vecteur de stress important dans un couple et l'argent figure au premier rang des sujets de dispute dans un ménage (Nezosi, 2000).

Dans le cas d'un participant, sa conjointe a décidé de maintenir la relation malgré qu'il ait eu des intentions homicidaires envers elle et ses enfants. Elle justifie ce choix par le fait que son époux souffre d'une maladie mentale et qu'elle accepte les soins inhérents à sa condition.

Pour deux participants (n=2) à l'étude, l'absence de soutien et de compassion de la part de leurs proches est totale depuis l'accident. L'indifférence des proches face à leur situation les blesse profondément. Ils se sentent nuisibles et sans valeur. Toutefois, ce comportement cache souvent un sentiment d'impuissance, d'incompréhension et d'incompétence envers la situation. Rappelons que l'absence de soutien ou le mauvais soutien peut entraîner ou maintenir le TSPT (Foa, 2000; Guay et al., 2006; Maximehand et Brillon, 1999; Williams et Poijula, 2006).

5.5.2 Les amis

Il est difficile d'identifier précisément les raisons qui justifient les ruptures de lien après l'accident de travail, car les attitudes des amis suite à l'événement relèvent de la perception des participants à l'étude. Mais à la lumière des faits recueillis, il ressort des éléments permettant de mettre en relief des comportements de part et d'autre qui

expliquent en partie le phénomène de distanciation des relations d'amitié. Les ruptures de liens du réseau social des travailleurs sont élevées. Sept participants (n=7) sur neuf verbalisent avoir perdu le contact avec des amis proches suite à l'accident. Pour eux, les ruptures de liens sont principalement initiées par les amis. Mais dans leur discours, les raisons de la distanciation sont justifiées par leur incapacité matérielle, physique et psychologique. À partir de ces données, il est également possible d'affirmer que les participants sont aussi instigateurs des ruptures de liens. Pour les travailleurs, les contacts entre amis ont été rompus en premier lieu par l'arrêt de travail dû au fait que la plupart d'entre eux étaient des collègues. Peu ont reçu la visite ou un appel après l'accident. Ils échangent brièvement sur leur situation respective lors de rencontres fortuites.

Le fait de se sentir différent, de ne plus avoir les mêmes préoccupations, d'avoir des comportements irrationnels aux yeux des autres (peurs démesurées, attitudes d'hypervigilance) crée de l'incompréhension pouvant aller jusqu'au jugement. Ils ressentent de la honte de ne plus être en mesure d'exercer leur métier, de ne pas parvenir à surmonter les peurs associées à l'accident, d'être prestataire de la CSST et de ne plus avoir le même niveau de vie. Pour éviter d'être confrontés à cette douloureuse réalité, ils préfèrent l'isolement.

Un seul travailleur (n=1) a reçu du soutien de la part d'une amie. Elle s'est montrée présente et attentive à ses besoins. Elle lui a donné des conseils et l'a accompagné vers des services professionnels. Les recherches de Guay et al. (2006) ont montré l'influence positive du soutien sur la santé mentale. Les études indiquent que plus les individus ont un réseau social développé et reçoivent un soutien adéquat, meilleure est leur santé mentale.

Selon un travailleur, l'accident n'a eu aucun impact sur ses relations sociales puisqu'il soutient qu'il n'entretenait aucun lien d'amitié avant l'événement. Il socialisait avec ses collègues sur son lieu de travail.

5.5.3 Le milieu de travail

Huit travailleurs sur neuf (n=8) se disent profondément surpris et déçus de l'attitude du milieu de travail à leur égard suite à l'accident. Ils s'attendaient à ce que les collègues et l'employeur manifestent de la compassion par le biais des petits gestes de soutien comme des appels téléphoniques ou des visites sporadiques à leur domicile. La déception vient du fait qu'ils croyaient que le milieu de travail était comme une deuxième famille. Ils prennent cruellement conscience que la solidarité professionnelle n'est valable qu'au travail. En dehors de ce cadre, le silence des pairs leur donne le sentiment de ne plus être reconnus. Or, la reconnaissance au travail est, par définition, un processus qui s'actualise exclusivement sur le lieu de travail.

Le travailleur absent de son milieu et dans l'incapacité d'exécuter ses tâches ne fait tout simplement plus partie de ce processus (Brun, 2002). Il n'en demeure pas moins que cette exclusion est douloureuse, car la reconnaissance au travail est un élément important dans l'équilibre psychologique d'un bon nombre d'individus (Baril et al., 1994; Brun, 2002; Dejours, 1987b). Ce besoin grandissant de reconnaissance au travail s'explique en partie dans le fait que l'économie étend sa sphère d'influence jusque dans les valeurs personnelles et sociales. Il ne suffit pas que l'individu soit rémunéré, il doit être reconnu d'autres manières. De plus, pour de nombreuses personnes, le travail est le lieu central de la recherche de l'identité, de la création de sens et de réalisations personnelles (Perret et Roustang cités dans Maris, 1993, p.31). Selon Maslow (1998) et Morin (2001), la reconnaissance au travail est la démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et

notre personne soient appréciées à leur juste valeur. Elle se veut un élément essentiel pour maintenir et construire l'identité des individus, donner un sens à leur existence, contribuer au bien-être et à la réalisation de soi.

Des études démontrent que la rupture de contact entre le travailleur accidenté et le milieu de travail accentue les difficultés d'un retour au travail durant et après la convalescence du travailleur victime de lésions professionnelles (Berthelette et Baril, 2002). D'entrée de jeu, les résistances d'un retour au travail avec la présence d'incapacité physique ou psychologique proviennent essentiellement de l'employeur, mais aussi des employés (Brun, 2002). La perte de contact avec le travailleur accidenté, le manque de connaissance de son état de santé général, la crainte qu'il soit un fardeau pour l'équipe, la peur d'une baisse de productivité font partie des éléments pouvant entraver la réintégration au travail et, de ce fait, contribuer à aggraver l'état de santé physique et mentale du travailleur victime de lésions professionnelles (Brun, 2002; Contandriopoulos et al., 1992; CSST, 1993). Quatre travailleurs (n=4) ont vécu une partie de leur convalescence en assignation à des travaux légers pour le même employeur et révèlent un changement d'attitudes du milieu de travail à leur égard; l'employeur et les collègues se montrent alors plus distants, la complicité n'est plus la même entre eux. Ils ont le sentiment de ne plus faire partie des leurs. De plus, ils qualifient les tâches qui leur sont confiées comme étant dévalorisantes, inutiles et ennuyeuses. Selon Brain et Conlon (1996), le retour à un poste improductif et ennuyeux entraîne souvent du ressentiment de la part des employés. Il est important d'offrir un travail significatif au travailleur. Toute condition de travail dont les caractéristiques ne respecteraient pas ces principes serait dégradante pour lui et entraînerait probablement des relations de travail difficiles (Shrey et Olsheski, 1992). Pour deux d'entre eux (n=2), les limitations fonctionnelles identifiées par le médecin n'ont pas été considérées par l'employeur. En plus de générer un sentiment de colère face au manque de considération du milieu de travail, ils ont vécu cette situation dans la crainte d'aggraver leur condition physique. À ce sujet, Brun (2002) insiste sur le

fait que l'attribution des tâches lors d'un retour précoce doit tenir compte des capacités physiques et émotionnelles du travailleur. Cette mesure vise à favoriser son intégration au sein de l'équipe de travail, à reprendre confiance en ses capacités et à réactiver son sentiment d'être utile.

Trois participants à l'étude (n=3) réagissent au fait qu'ils n'ont pas reçu d'assistance médicale de la part de leur employeur lors de l'accident. Ils ont dû se diriger seuls vers le centre hospitalier le plus près pour recevoir les soins médicaux requis par leur état. Pour eux, l'employeur a failli à sa responsabilité d'assurer une assistance appropriée lors d'un accident de travail. Ils interprètent ce geste comme étant un manque de considération à leur égard. L'article 190 de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (révisée en juin 2014), stipule que l'employeur doit immédiatement donner les premiers soins à un travailleur victime d'une lésion professionnelle dans son établissement et, s'il y a lieu, le faire transporter dans un établissement de santé, chez un professionnel de la santé ou au domicile du travailleur, selon que le requiert son état. Les frais de transport doivent être assumés par l'employeur (Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles; chapitre A-3.0001, 2014).

Trois travailleurs sur neuf (n=3) ont vécu du harcèlement psychologique de la part de l'employeur après l'accident de travail. Ils croient que cette stratégie avait pour but de les amener à démissionner. L'étude de Brun (2002) fait état des risques de dérapage lorsque des réaménagements dans le milieu de travail doivent s'effectuer pour accueillir un travailleur avec des lésions professionnelles et que le milieu n'est pas préparé à ce type de retour.

Deux participants (n=2) à l'étude soutiennent avoir été congédiés suite à l'accident de travail. Pour l'un d'entre eux, l'employeur a procédé à sa mise à pied dès le lendemain de l'accident. Aux dires du travailleur, ces circonstances ont aggravé son

état de santé psychologique. Les travaux d'Ansart (2002), Lazarsfeld et al. (1995) et Mesrine (2000) révèlent que le licenciement est un acte violent pouvant entraîner des blessures psychologiques importantes et pouvant être conséquentes de nombreuses années chez un certain nombre de personnes. L'humiliation, le sentiment d'injustice et de culpabilité, la dépression et le désir de vengeance font partie de la gamme d'émotions provoquées par le choc du congédiement.

Un seul travailleur (n=1) se dit satisfait et reconnaissant de l'attitude de son employeur pendant et après l'accident. Il s'est montré responsable, présent et empathique aux conséquences de l'accident, sur sa vie en général. Cette attitude a eu pour effet de réduire le niveau de stress en lien avec son emploi. Il a pu se consacrer entièrement à son rétablissement sans craindre les décisions de son employeur à son endroit. Plusieurs auteurs (Brun, 2002; Galvin, 1986; Shrey et Olsheski, 1992) insistent sur l'importance de maintenir des contacts réguliers avec les travailleurs accidentés lorsqu'ils sont absents du travail. Ils sont d'avis que ces contacts permettent d'établir un programme de retour au travail graduel et adapté aux conditions du travailleur (Masengarb, 1994). Cela a également pour effet d'accroître l'estime de soi du travailleur et de rassurer l'employeur sur les progrès réalisés (Guynes, 1989). Ces contacts doivent être caractérisés par l'expression d'empathie et par une attitude positive à l'égard de l'importance que l'entreprise accorde au travailleur et à son retour au travail (Akabas et al., 1992; Beaudway, 1986; Berthelette et Baril, 2002).

5.6 Attitude du travailleur suite à l'accident

Cette section analyse les réactions du travailleur face à son entourage (famille/amis/milieu de travail) suite à l'accident. Elle touche vraisemblablement des aspects déjà abordés dans la partie traitant des conséquences sur la santé

psychologique. Quoi qu'il en soit, les éléments identifiés par les participants sont tous pris en compte, mais ne sont pas rediscutés si ces données sont analysées dans la partie précédente.

5.6.1 Le travailleur face à la famille et aux amis

Les résultats démontrent que dans les trois quarts des cas (n=6), le travailleur se sent rassuré et considéré face aux gestes d'empathie et de sympathie à son égard; toutefois, ces démonstrations lui font vivre un profond malaise. Il se sent démuni et maladroit face à des représentations affectives concernant un événement qui symbolise un échec important dans sa vie. Ces démonstrations le ramène inexorablement à l'accident et lui renvoie une image de faiblesse devant cette épreuve puisqu'il ne parvient plus à exercer son métier.

Enfermés dans le stéréotype masculin, les hommes plus traditionnels ont tendance à supprimer tout élément perçu comme étant propre au genre féminin, dont l'expression des émotions (Levant, 2001; O'Neil, Good et Holmes, 1995). Ainsi, ces hommes peinent à exprimer leur détresse et toute forme d'expression se rapportant à leur vulnérabilité (Levant, 1995). Cette contrainte de la masculinité hégémonique (Pollack, 1999) les limite à rester au registre expressif dévolu aux hommes depuis des décennies : colère, frustration et impulsivité (Dulac, 2001). En fait, les règles de base de la socialisation masculine mettent particulièrement l'accent sur l'agressivité, l'ambition, l'autonomie et la compétition (Lynch et Kilmartin, 1999; Philaretou et Allen, 2001). Les hommes plus marqués par les conflits de rôle de genre (rôle traditionnel) sont les plus sujets à la dépression, à la détresse psychologique et aux idéations suicidaires (Tremblay et Morin, 2007).

Dans la même proportion (n=6), l'isolement et la distanciation deviennent des comportements de protection pour le travailleur accidenté. La souffrance psychologique engendrée par l'événement génère des comportements pouvant mener à l'exclusion. Les propos recueillis chez les participants sous-tendent que l'exclusion semble s'opérer dans les deux sens, c'est-à-dire par le travailleur lui-même et par son milieu. Par ailleurs, les événements vécus par ces personnes portent souvent atteinte à leur réputation, en plus de comporter des menaces, des trahisons et des refus à un droit légitime. Ces dernières sont alors plus facilement soumises à l'isolement. Les mêmes auteurs précisent que les personnes souffrant de détresse psychologique ont tendance à s'exclure parce qu'elles se sentent anachroniques avec le reste du monde ou elles sont susceptibles d'être rejetées parce qu'elles expriment de la détresse dans leurs comportements (colère, tristesse, agressivité, etc.) (Tousignant et Caron, 2005). Malgré une gêne suscitée par ces comportements empreints de compassion, six travailleurs (n=6) verbalisent se sentir reconnaissants et rassurés par la présence bienveillante de leur conjointe. Toutefois, ils ne se sentiraient pas en mesure d'accepter une forme de réconfort venant des proches. Plusieurs études (Cohen et Wills, 1985; Cutrona et Russell, 1990; Lazarus et Folkman, 1984) soutiennent que ce comportement est fréquent chez les hommes.

La majorité d'entre eux (n=5) considèrent être un fardeau pour leurs proches. Le fait d'avoir des revenus financiers diminués et de ne plus être en mesure d'assumer les tâches physiques contribue à accentuer ce sentiment. Les conséquences physiques et psychologiques générées par l'accident ont pour effet de les rendre hésitants et vulnérables. Ils disent avoir perdu le sens de l'initiative et ont besoin d'approbation y compris pour les choses simples. La conjointe tient également un rôle de soutien à cet égard. Ce sentiment d'être devenu un fardeau auprès des proches est essentiellement attribuable au rôle de genre que le travailleur se donne. Les rôles de genre sont des modèles que les individus construisent en fonction des représentations sociales de la masculinité et de la féminité (Pleck, 1981, 1995). Ils constituent une référence sociale

de ce qui est attendu et approprié pour chaque sexe. Selon Pleck (1995), les hommes plus traditionnels cherchent à développer des stratégies pour se conformer au modèle de la masculinité qui leur est présenté, et qu'ils perçoivent comme étant idéal. De ce fait, lorsqu'il n'est plus en mesure de répondre à cette projection, il se sent nuisible et inutile. Il devient en conflit du rôle de genre (Mahalik, Courmoyer, De Franc, Cherry et Napolitano, 1998; O'Neil, 1990; O'Neil et Good, 1997).

Quatre travailleurs sur neuf soutiennent être devenus irritables et agressifs verbalement envers leurs proches. Un d'entre eux a également eu des comportements de violence physique envers des membres de la famille et des amis. Ils rapportent sentir monter un excès de colère à la moindre contrariété. D'ailleurs, ils ont un discours compréhensif envers leur conjointe, car ils se considèrent insupportables. Ils disent s'emporter en tenant des propos blessants qu'ils regrettent par la suite. Ils ne parviennent pas à contrôler cette pulsion d'agressivité. Selon Cochran et Rabinowitz (2000), l'utilisation de défenses extériorisées aide les hommes dépressifs à se détacher de leurs émotions, de telle sorte que la dépression est alors masquée par des traits facilement assimilés à une personnalité antisociale. Dans leurs recherches, Möller-Leimkühler (2002) et Winkler et al. (2004) ont trouvé que l'irritabilité constitue le critère déterminant de la dépression chez les hommes. Malheureusement, les proches, particulièrement le conjoint ou la conjointe et les enfants, sont les principaux boucs-émissaires des comportements agressifs des hommes déprimés (Lynch et Kilmartin, 1999). « Pour certains hommes, nous disent Cochran et Rabinowitz (2000 : 75), le comportement agressif, l'une des quelques formes acceptables de relâchement émotionnel valorisées pour les hommes, peut être conceptualisé comme une expression cathartique de la tristesse, du deuil ou de la dépression ». Cela amènerait certains hommes à exprimer leurs malaises par différents comportements négatifs socialement réprouvés (comportements agressifs, violents, impulsifs, etc.), à refuser l'aide et à développer divers risques sur le plan de la santé (O'Neil, Good et Holmes, 1995).

La peur du jugement de l'entourage immédiat fait office de préoccupation chez deux participants (n=2). Ils craignent principalement être perçus comme des profiteurs du système social. Étant donné que la blessure n'est pas apparente chez ces participants, cette peur les habite. Ils ne se donnent pas le droit d'être vus ayant du plaisir, à se divertir ou à faire de menus travaux. Selon eux, la blessure psychologique est beaucoup plus difficile à gérer, car elle est invisible aux yeux des autres, inhabituelle et méconnue pour eux. La peur du jugement est similaire aux réactions attribuables à la peur d'être un fardeau pour les proches. Elle contrevient à la perception du rôle de genre à l'effet que chez les hommes de type traditionnel, le travail définit son identité et la place qu'il occupe dans la société. L'inactivité professionnelle peut donc provoquer la crainte d'être jugé et rejeté (Mahalik, Cournoyer, De Franc, Cherry et Napolitano, 1998; O'Neil, 1990; O'Neil et Good, 1997).

Pour les deux travailleurs qui ont vécu de l'indifférence de la part des proches, ce comportement leur a fait vivre de la colère à leur endroit. Blessés par cette attitude, ils ont eu le sentiment de ne pas avoir de valeur, de ne pas être aimables et importants à leurs yeux. L'indifférence fait partie du soutien négatif. Ce comportement est susceptible de maintenir ou d'aggraver la détresse de la personne qui la subit (Guay et al., 2004; Kilmartin, 2005). Souvent générée par un grand sentiment d'impuissance pour la personne qui l'exerce, elle est néanmoins déconcertante et blessante pour celle qui la reçoit.

5.6.2 Le travailleur face au milieu de travail

Sept travailleurs expriment un sentiment de colère et de profonde déception face à l'attitude de l'employeur à leur égard. L'absence de démonstration de considération a eu pour effet de confirmer leur sentiment d'inutilité. Les travailleurs se sont sentis trahis et manipulés par leur milieu de travail. Ils retiennent que l'appréciation n'est

présente que lorsque l'ouvrier est en mesure d'exécuter sa fonction avec efficacité et autonomie. Ils constatent avec regret que la relation est purement utilitaire et que seul le travailleur prend tous les risques. Dans l'éventualité d'un accident, l'employeur embauche sans délai un ouvrier fonctionnel pour faire le travail à sa place. Le constat qui déçoit les participants se résume à l'absence d'humanisme dans le processus. Ils croyaient être appréciés en tant que travailleur certes, mais aussi en tant que personne.

Silva Dos Santose (2012 : 1) amorce une réflexion sur la perte de sens du travail en disant : « Ce monde actuel, où règnent les droits du marché, les biens matériels, où se cherchent la productivité et le profit, ne donne pas la possibilité à l'homme de faire un travail qui a du sens, où il puisse s'épanouir, exercer son autonomie et sa liberté, s'accomplir. Vivre comme un authentique être humain ». En fait, les travailleurs donnent du sens à leur travail par la voie de l'accomplissement alors que l'employeur applique les règles édictées par le capitalisme (Gorz, 1988; Marx, 1968). La prise de conscience de ces deux cultures a conduit trois travailleurs à démissionner, ne se reconnaissant plus dans les valeurs et la gestion du personnel de l'entreprise. Un seul travailleur se dit satisfait de l'attitude de l'employeur à son égard. Dans son entreprise, le travail avait le sens de « signification », d'« orientation » et de « cohérence », c'est-à-dire qu'il s'exécute dans le respect et la réalisation de soi, dans la perspective de répondre à des objectifs communs (employeur/employé) et en harmonie avec les tâches et les compétences de l'ouvrier (Dejours, 2010; Morin, 2006; Silva Dos Santos, 2013).

5.7 Le soutien

Cette section analyse les types de soutien que les participants ont reçu de leur milieu. Elle est divisée en trois parties : la première traite du soutien offert par la famille et

les amis, la seconde se consacre au soutien professionnel et finalement la dernière fait état du soutien du milieu de travail.

5.7.1 Famille/amis

Il nous est permis de constater que la famille et les amis se sont montrés présents et supportants, davantage par le biais de mots d'encouragement, d'accompagnement aux rendez-vous médicaux et par des gestes de compensation concernant des tâches généralement assumées par le travailleur accidenté. Ce type de support relève du soutien informel dispensé par les proches. Il a pour fonction de rassurer et de valider la reconnaissance de la valeur personnelle qui contribue à favoriser l'estime de soi (Lakey et Cassady, 1990; Sarason et al., 1990). Il influence également l'adoption de comportements sains et le désir de prendre soin de soi (Cohen et Syme, 1985). Le soutien social est reconnu pour ses impacts positifs sur la santé.

Six travailleurs (n=6) acceptent beaucoup plus facilement le soutien provenant de leur conjointe. Ils se sentent plus à l'aise de recevoir son aide et de lui exprimer ses besoins. Ils sont reconnaissants de sa bienveillance et de sa patience à leur endroit. Selon Cohen et Wills (1985), le soutien des proches aurait pour effet d'atténuer l'impact du stress en l'aidant à trouver des solutions aux problèmes rencontrés, en relativisant l'événement stressant, en facilitant l'adoption de cognitions rationnelles et en prévenant ou diminuant les réponses comportementales inadaptées.

Des études démontrent qu'il est plus facile pour les hommes de recevoir ce type de soutien de la part de leur conjointe, car il a avec elle une relation intime, ce statut leur confère la possibilité de partager plus aisément leurs préoccupations puisqu'ils ont beaucoup de choses en commun (Coventry et al., 2004; Taylor et al., 2000; Turner, 1994). Selon les mêmes auteurs, les événements incontrôlables pouvant produire des

chocs émotionnels chez les individus qui les subissent entraîneraient chez eux un besoin élevé de soutien émotionnel du type réconfort, favorisant alors le sentiment d'être rassurés. Un geste que beaucoup d'hommes limitent à leur compagne.

Sept participants (n=7) ont perçu chez leurs proches une attitude compatissante face à leur situation. Ils verbalisent être peinés de constater les répercussions de l'accident sur leur entourage. L'impuissance et l'inquiétude des proches face aux conséquences de l'accident ont pour effet d'accentuer le sentiment de culpabilité chez les travailleurs.

Selon les auteurs Rault (2004) et Smith (2000), le soutien social n'est pas toujours modérateur du stress associé à la situation de crise, il peut, dans certains cas, provoquer une accentuation de la détresse et des réactions agressives.

Les mots d'encouragement ne sont pas toujours reçus positivement de la part des travailleurs. Ils se sentent parfois bousculés par leurs propos. Ils peuvent percevoir de l'exaspération et de l'incompréhension, surtout en ce qui a trait aux changements de comportement liés aux séquelles psychologiques. L'impatience manifestée par les proches dans certaines situations accentue le sentiment de faiblesse. Le fait de se sentir incompris et différents les amène à s'isoler davantage. L'étude de Baucom, Stanton et Epstein (2003) a démontré que les personnes anxieuses contribuent à la détresse dans le couple en entraînant des émotions négatives telles que de la tension et du stress entre les partenaires. Il a également été démontré que certains conjoints non anxieux s'éloignent ou critiquent leur partenaire dans le but d'alléger leur propre détresse face à cette situation. Au fil du temps, ce conjoint peut en venir à ne plus voir son partenaire comme étant une personne confiante et compétente et allant même jusqu'à ne plus la respecter. Les conjoints non anxieux peuvent également, sans le savoir, contribuer au maintien des symptômes de troubles anxieux en encourageant l'évitement tant comportemental (p. ex. en accompagnant la personne aux rendez-

vous) que cognitif (p. ex. en conseillant d'oublier l'événement traumatique), et ce, avec l'intention d'alléger l'anxiété de leur partenaire.

Dans l'étude réalisée par Tousignant et Caron (2005) sur le soutien social chez les personnes démunies, les résultats indiquent que le réseau social des personnes qui manifestent une détresse psychologique élevée est moins fiable que celui d'individus qui ne manifestent pas de détresse. Plusieurs auteurs (Cutrona et cole, 2000; Hogan et al., 2002) réfèrent à la possibilité pour certains proches d'éprouver des difficultés à offrir du soutien positif à des êtres chers qui présentent un problème de santé mentale. Ils soutiennent l'importance de corriger les interactions sociales négatives ou inappropriées par le biais de psychoéducation donnée aux proches. Le soutien social est bénéfique pour la personne dans la mesure où il est fait dans son intérêt et qu'il est adapté à sa problématique.

De plus, il peut s'avérer difficile pour le travailleur accidenté d'accepter le soutien des proches, car cela signifie qu'il doit reconnaître et accepter son état de vulnérabilité. Des études sous-tendent que les hommes « masculins » manifestent davantage de réticence à l'égard de la demande d'aide et cette réticence est encore plus prononcée dans le cas de soutien émotif (Ashton et Fuehrer, 1993; Tremblay et al., 2007). D'après Nadler et Fisher (1986), la société occidentale demande aux personnes d'être infaillibles et autosuffisantes. Ce modèle de performance et d'individualité contribue à rendre la demande d'aide synonyme d'incompétence et d'insuffisance. Particulièrement chez l'homme, le fondement de sa dignité personnelle repose essentiellement sur son autonomie. Le fait d'avoir recours à un soutien émotif peut lui donner le sentiment que sa dignité est remise en cause et que sa valeur personnelle est menacée. Dans ce cas, le problème relève davantage de la perception qu'il a du soutien reçu. Il devient alors essentiel d'entraîner l'individu à interpréter de façon plus juste le soutien disponible et à développer des interactions plus satisfaisantes (Hogan et al., 2002). Ce réajustement est néanmoins possible dans

les situations où la personne reçoit un soutien professionnel. Enfin, il est important de favoriser le développement de nouveaux liens. Ainsi, il pourrait être pertinent pour la personne de participer à un groupe de soutien avec des individus ayant des difficultés similaires (Hogan et al., 2000).

Deux travailleurs (n=2) ont reçu du soutien financier des proches. Ce geste, bien qu'apprécié, a généré de la gêne et de l'humiliation. Pour eux, le fait d'avoir eu recours à une aide financière a eu pour effet d'actualiser et de symboliser leur « déchéance ». Selon Cutrona et Russell (1990), le soutien instrumental ou l'aide tangible contribue à diminuer le stress relié à des pertes matérielles ou à des contraintes logistiques. Ce type de soutien a pour effet de soulager les tensions générées par la situation et, par le fait même, qualifie la valeur personnelle en provenance de son entourage. Toutefois, ce type de soutien peut également porter atteinte à l'estime de soi dans les situations où l'aidé perçoit le soutien comme un signe d'infériorité ou de faiblesse (Rault, 2004; Smith, 2000). Huit des travailleurs (n=8) rencontrés étaient très fiers de leur revenu avant l'accident. Pour eux, leur situation professionnelle symbolisait leur réussite sociale.

5.7.2 Professionnel

Pour tous les travailleurs (n=9), le soutien psychologique est méconnu, voire inconnu avant l'accident. Ils nous diront qu'ils avaient la croyance que ce type de soutien n'était pas pour eux. Selon leur perception, seules les personnes faibles ont recours à ce genre de service. Ils reconnaissent avoir un préjugé défavorable face aux gens, particulièrement les hommes, qui bénéficient d'un soutien professionnel. Tous les travailleurs (n=9) ont ressenti la honte et le sentiment d'infériorité en début du processus. Des études démontrent que les hommes ont davantage de difficultés que les femmes à demander de l'aide à leurs proches et à des ressources professionnelles

(Oliver et al., 1999; Rickwood et Braithewaite, 1994). Toutefois, des études récentes (Andrews et al., 2003; Johnson et al., 2009) tendent à démontrer que malgré que les hommes aient moins tendance à faire appel au soutien formel, ils parleraient plus de leurs difficultés et critiqueraient moins leurs proches que les femmes. Ces résultats iraient donc à l'encontre de la croyance générale stéréotypée que les femmes communiquent plus, voire mieux. En effet, il apparaît ici que les hommes communiqueraient plus efficacement leurs difficultés à leurs proches et aux professionnels. À la lumière de ces résultats, l'hypothèse est que le phénomène de rumination contribuerait à cette différence de genre. Le fait de ruminer consiste à repenser aux causes, conséquences et symptômes reliés au trauma de manière répétitive et passive, ce qui est fortement associé aux symptômes dépressifs. Les ruminations amplifient les émotions de colère, d'impuissance et de culpabilité et nuisent aux relations interpersonnelles et à la capacité de résoudre des problèmes (Andrews et al., 2003; Johnson et al., 2009).

Après plusieurs mois de détresse psychologique, quatre travailleurs (n=4) demandent un soutien professionnel à la CSST. Leur demande est refusée sous prétexte qu'il n'est pas établi avec certitude que les changements psychologiques sont en lien direct avec l'accident. Ces mêmes travailleurs sont référés d'urgence à des professionnels du réseau public par leur médecin traitant. Leur état psychologique est préoccupant, ils présentent des symptômes de dépression majeure avec un risque suicidaire élevé. Deux travailleurs (n=2) ont dû être hospitalisés d'urgence en psychiatrie. Lors de l'hospitalisation, l'un d'entre eux (n=1) présente également un risque pour la sécurité de sa famille.

Dans les dernières statistiques publiées par la CSST (CSST, 2012 : 41), on relève 2161 accidents du travail avec indemnisation du revenu; de ce nombre, 75 travailleurs ont bénéficié de réadaptation psychosociale, soit 3,45 % des travailleurs accidentés.

L'état psychologique de seulement trois travailleurs des neuf rencontrés a été reconnu et assumé par la CSST.

Devant l'absence de soutien psychologique de la CSST et les listes d'attente du réseau public, cinq travailleurs (n=5) se sont tournés vers le soutien de l'ATTAAT. Cette association compte 70 membres. Elle a pour objectifs d'offrir : 1) un service de suivi de dossiers afin d'aider les travailleurs accidentés dans leurs démarches et procédures auprès des employeurs, ou de toutes instances en vertu des lois pertinentes; 2) un service de références juridiques médicales et sociales; 3) de la formation sous forme d'ateliers ou de cours sur la réglementation de la CSST ou toute autre réglementation fédérale et provinciale; 4) des activités qui permettent de faire valoir leurs intérêts (Rapport annuel ATTAAT, 2012 : 4).

Au moment de l'entrevue, deux travailleurs (n=2) étaient en attente de service du réseau public depuis plus de six mois. Un seul travailleur (n=1) a fait appel à un professionnel en pratique privée.

5.7.3 Milieu de travail

Dans notre recherche, un seul travailleur (n=1) rapporte avoir reçu du soutien de la part de son employeur. L'employeur est demeuré présent tout au long du processus. Il s'est montré patient et empathique envers son employé. Cette attitude a été grandement appréciée. Le travailleur a perçu de la considération et du respect de la part de son milieu de travail. Il soutient ne pas avoir vécu de stress à ce niveau. Il a pu mettre toutes ses énergies sur son rétablissement physique et psychologique.

Plusieurs études soulignent le rôle central des gestionnaires dans le processus du retour au travail (Caveen, Dewa et Goering, 2006; St-Arnaud et al., 2011a). De plus,

selon Gates (1993), l'engagement et l'attitude positive de la direction sont des éléments qui favorisent un meilleur succès dans les interventions auprès des travailleurs.

De leur côté, Caveen, et al., (2006) reconnaissent que l'implication et le support de la direction dans le processus du retour au travail sont des mécanismes qui favorisent et encouragent les employés à revenir dans de plus brefs délais et dans des conditions plus adaptées à leur état de santé. Parmi les facteurs qui pourraient expliquer la plus courte période d'absence des employés recensés dans leur étude, il ressort que le *leadership*, la responsabilisation et la communication entre la direction et les différents acteurs impliqués dans le retour au travail sont ceux qui ont été les plus déterminants.

D'autres travaux corroborent que l'absence de soutien de la part des collègues pendant la période de convalescence peut contribuer à l'allongement de la période où le travailleur sera absent de son travail (Post, Krol et Groothoff, 2005). Ainsi, pour préparer le retour au travail et favoriser une attitude de soutien de la part des collègues, il est impératif que l'organisation demeure en contact avec l'employé (Nieuwenhuijsen et al., 2004) et cela doit être orchestré afin de permettre au travailleur de s'engager dans son processus de retour en toute confiance (St-Arnaud et al., 2011a).

5.8 Liens entre le cadre théorique et les résultats de la recherche

L'approche constructiviste repose sur un processus dynamique entre les sujets de la recherche et le chercheur. Elle tient compte en premier lieu de la réalité des sujets et de leurs expériences vécues (Masciotra, 2007).

Il s'agit d'abord de comprendre que la connaissance, c'est-à-dire ce qui est « connu », ne peut être le résultat d'une réception passive, mais constitue au contraire le produit de l'activité d'un sujet. Ce que nous expérimentons, découvrons et savons est nécessairement constitué de nos propres éléments de construction, et seuls nos manières et moyens de construction peuvent en rendre compte (Von Glasersfeld dans Watzlawick, 1994 : 2).

La citation de cet auteur met en relief l'importance et la nécessité du modèle constructiviste dans les sciences sociales étant donné l'impossibilité de faire abstraction de l'influence des expériences vécues par chacun de nous.

Les comportements : l'isolement des participants, leurs croyances : l'identification par le travail, blessures/faiblesses, le rapport aux autres : travailleur/famille, travailleur/amis, travailleur/milieu de travail, découlent de l'interprétation que nous nous faisons de nos expériences. Cette interprétation devient notre réalité. De ce fait, si l'expérience vécue engendre chez plusieurs personnes des réactions similaires, il devient pertinent d'analyser le phénomène dans sa perspective puisqu'il est le seul à pouvoir rendre compte de l'ensemble de la situation. L'approche constructiviste donne de l'importance et de la crédibilité à la parole des participants. Bien que les fondements de ce paradigme découlent de l'expérience du sujet, nous constatons que ce processus génère bien plus qu'une cueillette scientifique d'informations. Elle suscite chez les participants le désir d'être utile pour d'autres personnes qui pourraient vivre une expérience similaire. Ils éprouvent le besoin d'être précis et généreux dans leurs propos, bien que le sujet soit douloureux. De plus, leur interprétation de la situation étant prise en compte pour une recherche entraîne un sentiment d'importance et de valorisation. Les témoignages recueillis sur leur expérience et la perception du soutien reçu font état d'une construction de nouvelles connaissances sur le sujet.

5.8.1 Liens entre le soutien social reçu et perçu par les travailleurs et leur adaptation

Tous les travailleurs rapportent avoir reçu des soins physiques suite à l'accident de travail. Toutefois, ils ont pris conscience avoir été laissés à eux-mêmes au niveau de leur état de santé psychologique. Démunis et vulnérables devant tous les changements engendrés par le TSPT, sans comprendre ni connaître leur état, ils se sont emmurés dans le silence et la peur avec la certitude qu'ils étaient faibles. Ce sentiment les a ensuite conduits à l'isolement, leur incapacité dans beaucoup de domaines leur faisant craindre le jugement d'autrui. La majorité d'entre eux (n=6) a posé des gestes suicidaires plusieurs mois après l'accident et c'est à partir de ce moment-là qu'ils ont eu accès à un soutien professionnel. Les travailleurs rencontrés soutiennent ne pas avoir résisté à ce type de soutien; bien au contraire, ils auraient souhaité recevoir l'aide psychologique requise par leur état dans les semaines qui ont suivi l'accident. Selon eux, cette prise en charge aurait permis de mieux comprendre ce qu'ils vivaient et, de ce fait, moins résister au soutien de leurs proches. Avec du recul, ils sont en mesure de dire qu'ils n'ont pas pensé aller chercher du soutien, c'est la gravité de leur état qui les a contraints à le faire. Cette particularité recoupe les données de Dulac (1997, 2001), Tremblay et al. (2005) et Charmaz (1994).

Il ressort de la présente étude que le soutien social a permis d'atténuer les séquelles psychologiques chez les travailleurs à partir du moment où ils ont pris conscience que l'accident avait causé des dommages psychologiques. Notre étude rejoint les travaux de Kelly et Hall (1992) concernant l'importance de faire de la psychoéducation auprès du patient et de ses proches, d'adapter l'approche aux besoins et au profil du patient et d'associer le milieu au processus de traitement lorsque la situation le permet.

5.9 Retombées de la recherche

Cette recherche qualitative de type exploratoire a pour objectif principal d'apporter un éclairage sur le rôle du soutien social auprès des travailleurs accidentés souffrant de TSPT des suites de l'événement. Le paradigme constructiviste a contribué à donner la parole aux principaux acteurs concernés par la situation. Les résultats révèlent les constats suivants :

- La perception et la réceptivité des hommes à recevoir du soutien social émotionnel revêtent pour beaucoup d'entre eux un caractère négatif et dévalorisant.
- Les répercussions psychologiques sont généralement prises en compte tardivement, autant par la CSST que par les autorités médicales dans le processus de soutien formel.
- L'absence généralisée de soutien du milieu de travail laisse entrevoir des répercussions préjudiciables importantes sur le travailleur accidenté.
- Les proches se sentent vite dépassés et impuissants face aux réactions engendrées par les séquelles du TSPT.
- Les approches thérapeutiques sont davantage adaptées au modèle féminin, ce qui a pour effet de rendre le processus d'évaluation des besoins imprécis et les modèles d'intervention inadaptés à la clientèle masculine.

À partir de ces constats, nous pouvons mettre en évidence la nécessité : 1) d'adapter les modèles d'intervention à la réalité des hommes; 2) d'inclure les proches dans le soutien formel offert aux personnes souffrant de TSPT; 3) d'associer le milieu de travail au processus de réhabilitation du travailleur; 4) de sensibiliser la CSST et le

milieu médical face aux séquelles engendrées par l'absence de soutien formel auprès des travailleurs accidentés.

CONCLUSION

Le but premier de cette recherche était d'approfondir le rôle du soutien social chez les personnes ayant subi un traumatisme psychologique suite à un accident de travail. Deux objectifs s'en dégagent : 1) identifier et décrire les dimensions du soutien social qui contribuent à atténuer les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail; 2) identifier et décrire les dimensions du soutien social qui entraînent ou exacerbent les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail.

Le premier objectif fait ressortir une très grande retenue par la plupart des hommes à recevoir du soutien social. Concrètement, l'acceptation facilitée par l'intervention de la conjointe leur permet d'aborder le soutien émotionnel de façon partielle. Les données recueillies démontrent qu'ils le font tardivement : ils attendent de ressentir une grande détresse avant d'admettre les retombées bénéfiques du soutien. Même constat pour le soutien formel : ils endurent le plus possible la souffrance psychologique avant de consulter, souvent en situation d'urgence. Toutefois, ils se sentent rapidement rassurés par le soutien professionnel, en partie grâce à la notion de confidentialité. Cette dimension leur procure un sentiment de sécurité. La crainte de perdre le contrôle de l'information et d'avoir à faire face aux jugements est diminuée. De plus, la psychoéducation les rassure et leur permet de mieux comprendre les changements de comportements engendrés par le TSPT.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche face au soutien social sont comparables aux données scientifiques contenues dans la littérature (Ashton et Fuehrer, 1993; Houle, 2005; Tremblay et al., 2007).

Si l'opposition des participants est entière, une fois le soutien social amorcé ils en réalisent les bienfaits. Pour ceux qui n'ont reçu aucun soutien, cette réalité vient renforcer la croyance qu'ils ne sont pas importants pour leur entourage alors qu'il peut s'agir d'une incapacité du milieu à offrir du soutien ou d'une fermeture complète de la part du participant.

Les données recueillies démontrent clairement que le soutien social s'avère être un élément important dans le rétablissement du travailleur accidenté. Malgré la présence de résistance face au soutien, les avantages sont nombreux : diminution de la détresse, manifestation de considération et de compassion envers le travailleur, diminution de l'isolement, meilleure compréhension de son état.

Le deuxième objectif fait la démonstration qu'une absence de soutien social en provenance du milieu de travail accentue les difficultés chez les travailleurs. Tous, sans exception, étaient dans l'attente et avaient la certitude que le milieu de travail ferait preuve de compassion et de soutien à leur égard suite à l'accident. Cette déstabilisation est vécue à la fois comme une trahison, un manque de respect, une absence totale de considération versus le dévouement et la loyauté à l'entreprise. En colère, ils ont le sentiment d'avoir été utilisés et manipulés par leur milieu de travail. Ils se sentent jugés et perçus comme des profiteurs du système.

Une autre dimension qui semble exacerber les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail se traduit par une lenteur de la CSST à reconnaître et à référer les travailleurs accidentés vers des services spécialisés. Si la dimension physique est prise en charge immédiatement, les manifestations de détresse psychologique sont, dans la plupart des cas, occultées, créant ainsi une cristallisation renforcée des séquelles.

Le fait d'être prestataire de la CSST joue un rôle dans la difficulté d'acceptation du soutien social sans crainte de jugement et de reproches de la part de l'entourage. Les participants ont verbalisé avoir souffert de ce préjugé. Le manque d'accessibilité aux services publics a également contribué à rendre la perception du soutien formel comme étant complexe et inaccessible.

En terminant, nous souhaitons, par cette recherche, faire la démonstration de l'importance du rôle du soutien social provenant du milieu de travail sur la santé psychosociale des travailleurs accidentés. Les données recueillies sous-tendent que l'absence de ce type de soutien interfère négativement sur le processus de rétablissement du travailleur. L'absence du milieu de travail renforce chez le travailleur le sentiment de ne pas être à la hauteur, de ne plus être utile et de ne plus exister aux yeux des autres, le travail étant, pour la plupart d'entre eux, le médium principal identitaire socialement reconnu et accepté.

ANNEXE 1
Formulaire de consentement

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE :	Le rôle du soutien social associé à un traumatisme psychologique suite à un accident de travail
ÉTUDIANTE :	Danielle Lynch Étudiante à la maîtrise en travail social
DIRECTEUR DE LA RECHERCHE :	Monsieur Oscar Labra, Ph. D. Professeur, département des sciences du développement humain et social
INSTITUTION :	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
DURÉE DU PROJET :	De juin 2012 à décembre 2012
COMMANDITAIRE OU SOURCE DE FINANCEMENT :	Aucun
CERTIFICAT ÉTHIQUE ÉMIS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAT LE :	

Préambule :

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique des travailleurs accidentés de l'Abitibi-Témiscamingue. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer si vous avez des questions concernant le déroulement de la recherche ou vos droits en tant que participant.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

But de la recherche :

Le but de cette étude est d'approfondir la connaissance en précisant le rôle du soutien social chez les personnes ayant subi un traumatisme psychologique suite à un accident de travail.

Pour ce faire, nous comptons rencontrer un minimum de 15 personnes résidant en Abitibi-Témiscamingue ayant été victimes d'un accident de travail depuis six mois et plus, prestataires de la CSST et ayant reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique par un médecin.

Cette recherche a pour objectifs :

1. Identifier et décrire les dimensions du soutien social qui contribuent à atténuer les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail.
2. Identifier et décrire les dimensions du soutien social qui entraînent ou exacerbent les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail.

Description de votre participation à la recherche :

Nous sollicitons votre participation à une entrevue d'environ quatre-vingt-dix minutes, dans un endroit de votre localité et déterminé au préalable avec vous afin de répondre à des questions sur les circonstances entourant votre accident de travail. Dans l'éventualité où une rencontre de 90 minutes vous semble trop longue, il sera possible de faire l'entrevue en deux séances. L'entrevue sera enregistrée sur bande sonore pour ensuite être retranscrite aux fins d'analyse et détruite par la suite.

Avantages pouvant découler de votre participation :

Nous sommes conscients que votre participation à cette recherche ne vous apportera aucun bénéfice direct. Toutefois, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques.

Risques et inconvénients pouvant découler de votre participation :

Considérant que le sujet étudié fait référence à des souvenirs douloureux de votre vie, une consultation auprès d'une thérapeute qualifiée en matière de traumatismes psychologiques pourra vous être dispensée sans frais si le besoin s'en faisait sentir. Les coordonnées de la thérapeute qualifiée vous seront remises au début de l'entrevue et il vous suffira de communiquer avec cette dernière pour prendre rendez-vous. La durée de l'entrevue peut constituer un inconvénient.

Engagements et mesures visant à assurer la confidentialité :

Afin de protéger votre anonymat, un numéro vous sera attribué aux fins d'analyse. La liste des noms des participants et du numéro attribué à chacun seront accessibles uniquement à l'étudiante et à son directeur de recherche. L'étudiante transcrira les bandes sonores en toute confidentialité. Celles-ci seront détruites suite à leur transcription. Selon les normes, les documents écrits seront conservés sous clé pendant toute la durée de la recherche, puis pour une période de deux (2) ans après l'étude. Les fichiers électroniques seront conservés durant la même période et ils seront protégés par un mot de passe. Le tout sera détruit au terme de cette période. Pour aucune considération, les informations sur les participants à cette recherche ne seront transmises à d'autres personnes ou établissements. Seuls, l'étudiante et son directeur de recherche auront accès aux données et tous deux s'engagent à respecter la confidentialité de ces informations.

Indemnité compensatoire :

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour la participation à la recherche.

Commercialisation des résultats et/ou conflits d'intérêts :

Les résultats de cette recherche ne seront pas commercialisés et aucun conflit d'intérêt réel, éventuel ou apparent n'est présent dans le processus de cette recherche.

Par ailleurs, aucune interview auprès de travailleurs avec séquelles psychologiques recevant des services de l'étudiante au moment de l'étude ne sera réalisée par celle-ci et ce, afin d'éviter toute apparence de conflit d'intérêts et ainsi porter atteinte à la dimension éthique de la recherche.

Diffusion des résultats :

Les résultats de la recherche feront l'objet de la publication d'un mémoire. Ils seront remis à l'ATTAAT et à la CSST dans un format rendant impossible l'identification des participants. De plus, un résumé des résultats de la recherche sera transmis à votre attention à votre adresse postale.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez l'étudiante ou l'UQAT de leurs obligations légales et professionnelles à votre égard.

Participation volontaire et droit de retrait :

Nous tenons à vous assurer que votre participation à cette étude est volontaire et que vous pouvez, en tout temps, vous retirer sans devoir justifier votre décision. Le cas échéant, nous vous demanderons de simplement nous signaler verbalement votre retrait. De plus, advenant un retrait de votre part, il vous sera possible de demander la destruction des données vous concernant après avoir participé à une partie ou à la totalité de l'entrevue.

Pour tout renseignement supplémentaire concernant vos droits, vous pouvez vous adresser au Comité d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains (UQAT), vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche, 445, boul. de l'Université, Bureau B-309, Rouyn-Noranda (QC), J9X 5E4, tél. (819) 762-0971 poste 2252, courriel : maryse.delisle@uqat.ca

CONSENTEMENT

Je, soussigné, accepte volontairement de participer à l'étude : Le rôle du soutien social associé à un traumatisme psychologique suite à un accident de travail.

Nom du participant (lettres moulées)

Signature du participant

Date

Ce consentement est obtenu par :

Nom de l'étudiante

Signature

Date

Questions :

Si vous avez d'autres questions plus tard et tout au long de cette étude, vous pouvez rejoindre :

Danielle Lynch au 819-444-7118 ou par courriel : danielle.lynch@uqat.ca

Directeur de la recherche : Monsieur Oscar Labra : 819-762-0971 poste 2335, courriel : oscar.labra@uqat.ca

Veillez conserver un exemplaire de ce formulaire pour vos dossiers.

ANNEXE 2
Grille d'entrevue auprès des travailleurs accidentés

Thématiques	Objectifs	Questions
Métier	<p>Connaître les tâches et responsabilités que le travailleur exerçait au moment de l'accident.</p> <p>Connaître son niveau d'expérience.</p> <p>Obtenir la valeur que le travailleur donne à son métier.</p>	<p>Parlez-moi de votre métier au moment de l'accident?</p> <p>Depuis combien de temps exercez-vous ce métier avant l'accident?</p> <p>Qu'est-ce que vous procurait votre métier?</p> <p>Décrivez-moi le travail que vous deviez effectuer dans l'entreprise où s'est produit l'accident?</p> <p>Quelles étaient vos responsabilités dans l'entreprise?</p> <p>Quelles sont vos qualités au travail?</p>
Milieu de travail	<p>Recueillir des informations sur le milieu de travail (climat, horaire, sécurité, traitement des employés par l'employeur)</p>	<p>Quels étaient vos horaires de travail?</p> <p>Décrivez-moi une journée typique au travail?</p> <p>Parlez-moi de l'ambiance, du climat qui régnait dans votre milieu de travail?</p> <p>Quels étaient vos rapports avec vos collègues?</p> <p>Quels étaient vos rapports avec vos supérieurs?</p> <p>Est-ce que vous considérez ce milieu de travail sécuritaire?</p>

<p>Personnalité</p>	<p>Dresser le profil psychologique du travailleur.</p>	<p>Comment définissez-vous votre caractère?</p> <p>Comment pensez-vous qu'est perçu votre caractère par votre entourage?</p> <p>De façon générale, quelles sont vos premières réactions lorsque vous devez faire face à un imprévu?</p> <p>Quels impacts les imprévus ont sur vous?</p> <p>Parlez-moi de vos humeurs en général?</p> <p>Quels sont les symptômes physiques ressentis lorsque vous êtes stressé?</p> <p>Quels moyens utilisez-vous pour évacuer le stress?</p> <p>Que pensez-vous de vous comme travailleur?</p> <p>Quels sont vos liens avec votre famille, vos amis... ?</p>
<p>Accident de travail</p>	<p>Connaître les circonstances de l'accident.</p> <p>Connaître les réactions physiques et psychologiques du travailleur au moment de l'accident.</p> <p>Connaître le niveau de responsabilité du travailleur et/ou de l'employeur.</p> <p>Vérifier la présence de blessures physiques.</p> <p>Connaître l'état d'esprit dans lequel le travailleur se trouvait au moment de l'événement (peur pour sa vie ou pour celle d'autrui).</p>	<p>Comment expliquez-vous la ou les causes de l'accident?</p> <p>Quelles ont été vos réactions durant l'événement? (physiques et psychologiques)</p> <p>Avez-vous subi des blessures? Si oui, lesquelles?</p> <p>Est-ce que l'accident implique d'autres personnes? Ont-elles été blessées?</p> <p>Avant cet événement, comment qualifieriez-vous votre vie? (calme, mouvementée, stressante...)</p>

Traumatismes antérieurs	<p>La présence de traumatismes antérieurs peut interférer dans l'assimilation de l'accident de travail. La connaissance de cette donnée s'avère donc importante.</p> <p>Vérifier la présence de traumas antérieurs de l'enfance jusqu'à l'accident de travail.</p>	<p>À votre souvenir, avez-vous déjà vécu des situations dans votre vie qui vous rappelle l'accident de travail? (émotions, sensations, réactions, etc.)</p> <p>Avez-vous déjà été victime d'accident avant celui-ci? Si oui, de quelle nature?</p>
Conséquences de l'accident sur le travailleur	Vérifier si l'accident a eu des répercussions d'ordre moral, physique et matériel dans la vie du travailleur.	<p>Selon vous, l'accident a-t-il apporté des changements dans votre vie?</p> <p>Au niveau : Personnel Professionnel</p> <p>Avez-vous observé des changements dans vos comportements et dans votre façon de voir les choses? Si oui, lesquels?</p> <p>Quels sont les changements observés par votre entourage?</p>
Réactions de l'entourage immédiat	Obtenir les informations relatives au vécu du travailleur concernant les réactions de son entourage face à l'accident	<p>Comment votre entourage a-t-il réagi à l'accident?</p> <p>Avez-vous observé des changements de comportement à votre égard. Si oui, lesquels?</p> <p>Votre entourage a-t-il manifesté des inquiétudes relativement à votre santé, votre travail, à l'aspect financier etc.?</p>
Réactions de votre milieu de travail	Obtenir les informations relatives au vécu du travailleur concernant les réactions de son entourage face à l'accident	<p>Comment votre milieu de travail a-t-il réagi à l'accident?</p> <p>Avez-vous observé des changements de comportement à votre égard. Si oui, lesquels?</p> <p>De quelle façon votre milieu de travail s'est-il comporté durant votre période de convalescence?</p>
Soutien	Vérifier si le travailleur a reçu du soutien de la part de son entourage et/ou d'un professionnel et quel en est son appréciation.	<p>Avez-vous reçu du soutien de vos proches ou d'autres personnes après l'accident? Si oui, par qui et comment?</p> <p>Précisez-moi vos réactions face à ce soutien?</p> <p>Selon vous, qu'est-ce que ce soutien vous a apporté?</p>

		<p>Qu'auriez-vous souhaité recevoir comme soutien?</p> <p>Avez-vous reçu un soutien professionnel?</p> <p>Ce soutien répondait-il à vos besoins?</p> <p>Selon vous, la référence a-t-elle été faite en temps opportun?</p> <p>Comment réagissez-vous à vos proches depuis l'accident?</p> <p>Quels sont vos rapports avec vos collègues et vos supérieurs depuis l'accident?</p>
--	--	--

ANNEXE 3

Lettre sollicitant l'appui de l'ATTAAT

Amos, le 20 juin 2012

Monsieur Yvan Arsenault
Directeur général de l'ATTAAT
332, rue Perreault Est, Bureau 211
Rouyn-Noranda (Québec)
J9X 3C6

Objet : Projet de recherche concernant des travailleurs accidentés de l'Abitibi-Témiscamingue.

Monsieur,

Suite à notre conversation téléphonique ce jour, la présente veut vous apporter des précisions concernant mon projet de recherche sur les travailleurs accidentés de la région. Cette étude est effectuée dans le cadre de la maîtrise en travail social à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Elle vise à approfondir la connaissance du rôle du soutien social auprès des personnes ayant subi un traumatisme psychologique suite à un accident de travail.

Cette recherche a pour objectifs de :

1. Identifier et décrire les dimensions du soutien social qui contribuent à atténuer les séquelles associées à un Traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail.
2. Identifier et décrire les dimensions du soutien social qui entraînent ou exacerbent les séquelles associées à un traumatisme psychologique à la suite d'un accident de travail.

Ma démarche auprès de votre organisme vise principalement à :

- La prise de connaissance du projet
- Recueillir votre appui
- Solliciter votre collaboration pour le recrutement des participants.

Je désire apporter ma contribution à l'élargissement des connaissances scientifiques et, pour ce faire, votre participation s'avère essentielle à la poursuite de ce projet. À ce jour, mon projet de maîtrise a été accepté par le Comité Scientifique de l'UQAT et il est à l'étude au Comité Éthique dudit établissement.

L'ensemble de cette démarche est encadrée par l'UQAT et répond à des critères scientifiques et éthiques régis par *l'Énoncé de politique des trois Conseils*.

En terminant, je vous demande de bien vouloir me faire parvenir votre soutien par écrit afin poursuivre ma démarche.

Je vous prie de croire, Monsieur Arsenault, à l'expression de mes sentiments respectueux.

Danielle Lynch
Étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAT
Tél : 819-444-7118
Courriel : danielle.lynch@uqat.ca

P.J : résumé du projet

ANNEXE 4
Lettre d'invitation aux travailleurs accidentés

Amos, le

Objet : Invitation à participer à une recherche concernant des travailleurs accidentés

Madame, monsieur,

Je suis étudiante à la maîtrise en travail social à l'UQAT.

Ma recherche vise à identifier et à mieux comprendre le rôle que joue le soutien social offert par les proches et par son milieu de travail à la personne accidentée souffrant de trouble de stress post-traumatique.

J'ai fait appel à l'Association des Travailleurs et Travailleuses Accidentés de l'Abitibi-Témiscamingue (ATTAAT) afin de vous inviter à participer à cette recherche si vous répondez à l'ensemble des critères ci-dessous;

La participation de 15 travailleurs accidentés est nécessaire aux fins de cette étude :

1. Être prestataire de la CSST
2. Avoir subi un accident de travail depuis six mois et plus
3. Être employé par une entreprise de l'Abitibi-Témiscamingue au moment de l'accident
4. Avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique par une autorité médicale
5. Être un homme ou une femme âgé(e) de plus de 18 ans

Soyez assuré du traitement confidentiel des informations obtenues dans le cadre de cette recherche. Votre participation se veut libre et volontaire. Pour vous situer, une rencontre individuelle de 90 minutes environ se déroulera dans un lieu situé dans votre municipalité permettant un échange en toute confidentialité. Dans l'éventualité où cette durée vous apparaît trop longue, il sera possible de faire l'entretien en deux séances. Des questions en lien avec votre accident vous seront posées. La rencontre sera enregistrée sur bande audio pour fins d'analyse.

Pour de plus amples informations, je vous invite à communiquer avec moi par téléphone au [819-444-7118](tel:819-444-7118) ou par courriel : danielle.lynch@uqat.ca

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

Je vous remercie pour l'attention que vous saurez accorder à cette demande.

Veillez recevoir, madame, monsieur, mes respectueux sentiments.

Danielle Lynch
Étudiante à la maîtrise en Travail Social

BIBLIOGRAPHIE

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-94.

Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity : Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899-922.

Akabas, S.H., Gates, L.B. et Galvin, D.E. (1992). *Disability management, a complete system to reduce costs, increase productivity, meet employee needs, and ensure legal compliance*. Amacom.

Aldwin, C. M. (1993). Coping with traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 4 (3), 1-3.

Alvesson, M. & Willmott, H. (2002). Identity regulation as organizational control : producing the appropriate individual. *Journal of Management Studies*, 39, 5, 619-44.

Amato, P.R. (2007). Transformative processes in marriage : Some thoughts from a sociologist. *Journal of Marriage and Family*, 69, 305-309.

Ambert, A. M. (2009). *Divorce : faits, causes et conséquences*. L'institut Vanier de la Famille. Université York, 3^e édition.

Andrews, B., Brewin, C.R. & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 421-427.

Ansart, P. (2002). *Les utopies de la communication*. Cahiers internationaux de sociologie. Université de Paris.

Antil, T., Bergeron, M.-È. et Cloutier, R. (2005). État de santé et de bien-être des hommes québécois. In Tremblay, G., Cloutier, Antil, T., R., Bergeron, M-E & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 115-142.

Arnold P., Hartley L., Corry A., Hochstadt D., Penna F. & Feyer A. M. (1997) Hours of work, and perceptions of fatigue among truck drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 29(4), 471-477.

Arnold P.K. & Hartley L.R. (1998) *It's Not Just Hours of Work: Ask the Drivers*, International Conference on Fatigue and Transportation, Murdoch University, Australia.

Ashton, W. & Fuehrer, A. (1993). Effects of gender and gender role identification of participants and type of social support resource and support seeking. *Sex roles*, 28 (8), 461-4476.

ATTAAT. (2012). *Bilan d'activités 2011-2012*. Abitibi-Témiscamingue.

Bailey, D. & Koney, K. (2000). *Strategic alliances among health and human services organizations: From affiliations to consolidations*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York : W. H. Freeman.

Banks, I. (2001). No man's land : men, illness, and the NHS. *British Medical Journal*, (323) 1058-1060.

Baril, M. (1984). *L'envers du crime*, Université de Montréal, Centre international de criminologie comparée, *Les Cahiers de recherches criminologiques*, vol. 2, 413 p.

Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C. et Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Montréal, Québec (Canada) : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Baril, R. et Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Institut de Recherche en Santé et Sécurité du Travail du Québec. Montréal.

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 71, 91-109.

Baucom, D. H., Stanton, S. et Epstein, N. B. (2003). *Anxiety Disorders*. In *Treating Difficult Couples*, D. K. Snyder et M. A. Whisman (Ed.), p. 57-87. New York : The Guilford Press.

Beaton, D. E., Tarasuk, J. N., Katz, J. N., Wright, J. G. & Bombardier, C. (2001). Are You Better? A Qualitative Study of the Meaning of Recovery. *Arthritis Care and Research*, 45, 270-279.

Beaudway, D.L. (1986). 3M: A disability management approach. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17, 3, 20-22.

Beaupré, S. (2012). *Des risques, des mines et des hommes. La perception du risque chez les mineurs de fond de l'Abitibi-Témiscamingue*. Québec, Québec (Canada) : Presse de l'Université du Québec.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York : Gilford Press.

Berger, P. L. & Luckmann, L. (1996). *The social construction of reality. Journal of organizational change management*. New York.

Bergeron, M.-È. et Cloutier, R. (2005). Qui sont les hommes québécois et quelles sont leurs conditions de vie? Dans Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M-E & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 31-70.

Berthelette, D. et Baril, R. (2002). *Les dimensions des interventions organisationnelles de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles*. Édition Élise Leroux.

Biegel, D., Sales, E. & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park (CA): Sage.

Blanchard, E. B. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and therapy*, 34, 1-10.

Blowers, G. H. & O'Connor, K. P. (1996). *Les construits personnels. De la théorie à l'application clinique*. Montréal, Québec (Canada) : Presses de l'Université de Montréal.

Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications*. Paris : Éditions Elsevier Masson.

Brain, G. F. & Conlon, M. F. (1996). The case management approach to work-related injuries. *Orthopedic Clinics of North America*, 27, 4, 831-840.

Brangier, B. et Cuny, M. (1997). Prévention des risques professionnels dans les activités de maintenance sur site, *ARACT Lorraine*, 1997.

Brannon, R. (1976). *The male sex-role: our culture's blueprint for manhood, what it's done for us lately?* Reading: Addison-Wesley.

Breslau & al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.

Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 748-766.

Brillon, P., Maximehand, A. et Stephenson, R. (1996). Conceptions étiologiques du trouble de stress post-traumatique : description et analyse critique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 1 (1), 1-13.

Brillon, P. (2006). *Se relever d'un traumatisme : réapprendre à vivre et à faire confiance*. Montréal : Les éditions Quebecor.

Brillon, P. (2007). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Montréal : Les éditions Quebecor.

Brody, B., Létourneau, Y. et Poirier, A. (1990). Le coût des accidents du travail. *Relations industrielles*, vol. 45, N° 1, 94-117.

Brody, E. M. (1995). Prospects for family caregiving. In: Kane RA, Penrod JD, editors. *Family caregiving in an aging society*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

Brody, E. M. & Brody, S. J. (1989). *The informal system of health care*. In: Eisdorfer C., Kessler DA, Spector AN, editors. *Caring for the elderly: Reshaping health policy*. Baltimore (MD): Johns Hopkins Press.

Brooks, G. R. (1998). *A New Psychotherapy for Traditional Men*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.

Brun, J.-P. (2001). *Programme stratégique de prévention en santé psychologique au travail*. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations. Université Laval.

Brun, J.-P. (2002). *La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens*. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations. Bibliothèque nationale du Québec.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4, 167-182.

Cagnetta, E. & Cicognani, E. (1999). Surviving a serious traffic accident : Adaptation processes and quality of life. *Journal of Health Psychology*, 4, 551-564.

Campbell, L., Clauw, D. & Keefe, F. (2003). Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry*; 54:399-409.

Carpentier-Roy, M.-C. (1990). *Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier*. Université de Montréal, Département de sociologie, Faculté des arts et des sciences.

Carpentier-Roy, M.-C. (1995b). Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail. *Santé mentale au Québec*, XX, 2, 119-138.

Carpentier-Roy, M.-C. (2001). *Être reconnu au travail : nécessité ou privilège? Actes du colloque « Travail, reconnaissance et dignité humaine »*. Québec : Université Laval.

Casey, C. (1995). *Work, self and Society*, London & New York, Routledge.

Castel, R. (1992). *De l'exclusion comme état à la vulnérabilité comme processus*, Justice sociale et inégalités, Paris, Éditions Esprit et Le Seuil, 135-148.

Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation, *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 22, 11-27.

Caveen, M., Dewa, C.S. & Goering, P. (2006). The Influence of Organizational Factors on Return-to-Work Outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health Problem*, 25 (2), 121-414.

Chalmers, A. (1987). *Qu'est-ce que la science? La Découverte*.

Champagne, F., Denis, J. L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service social : L'avenir des services ou services d'avenir*, 41, 1, 143-163.

Charbonneau, L. et Houle, J. (1999). *Une socialisation propice au suicide*. In M. Chabot & L. Charbonneau (Dir.), *La souffrance au masculin*. Montréal : Association Québécoise de suicidologie, 9-20.

Charbonneau, J. et Turcotte, M. (2001). Connaître, débattre et décider : la contribution d'une enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale. *Chapitre IV, Réseaux sociaux. Santé et Bien-Être. Institut de la Statistique du Québec*, 320.

Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5, 168-195.

Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35 (2) 269-88.

Charreine, S. et Huault, I. (2001). Le constructivisme dans la pratique de recherche : une évaluation à partir de seize thèses de doctorat. *Finance Contrôle Stratégie*-Volume 4, no 3, 31-38.

Clavel, G. (1998). *La société d'exclusion. Comprendre pour en sortir*. Paris, Presse universitaires de France, 272 pages.

Cochran, S. & Rabinowitz, F. (1996). Men, loss, and psychotherapy. *Psychotherapy*. 1996; 33 (4):593-600.

Cochran, S. & Rabinowitz, F. (2000). *Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives*. Washington: APA.

Cochran, S. & Rabinowitz, F. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pr* 2003; 34(2):132-40.

Coe, N. & Van Houtven, C. (2009). *Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent*. Occasional Paper, University of Tilburg.

Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Cohen, S. et Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds) *Social support and health*, San Francisco, Academic Press.

Comeau, Y. (1994). *L'analyse des données qualitatives*. Montréal : Département de Counseling et orientation Université Laval.

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*.

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L. et Pineault, R. (1992). *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal, 27.

Cook, I. (2006). Western Heterosexual Masculinity, Anxiety and Web Porn. *The Journal of Men's Studies*, 14 (1) 47-64.

Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*, XXI, 1 : 209-228.

Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C. & Martin, N. G. (2004). Perceived Social Support in a Large Community Sample: Age and Sex Differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39, 625-636.

Cranswick, K. (1997). Canada's caregivers. *Canadian Social Trends* 47: 2-6.

Crocq, L. (1994). Les victimes psychiques, *Victimologie*, Paris, N.H.A. Communication, n° 1, 25-34.

CSST. (1993). *Le maintien du lien d'emploi. Pour un prompt et durable retour au travail*. Québec.

CSST. (2010). *Rapport annuel de gestion et données statistiques*. Montréal.

CSST. (2013). *Rapport annuel de gestion et données statistiques*. Montréal.

CSST. (2014a). *Lois et règlements, normes et politiques*.

CSST. (2014b). *Prévention au travail*. Site Web.

Currie, S. & Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*; 107:54-60.

Cutrona, C. & Cole V. (2000). *Social support: Measurement and intervention*. Oxford, University press.

Cutrona, C. & Russel, D. W. (1990). *Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching*, in Sarason, B.R. et al., édés., *Social Support, An Interactionnal View*, New York, John Wiley and Sons.

Dejours, C. (1980a). *Travail : usure mentale, Essai de psychopathologie du travail*. Paris : Le centurion.

Dejours, C. (1980b). *La charge psychique du travail : Équilibre ou fatigue par le travail?* Paris : Entreprise moderne d'édition.

Dejours, C. (1985). *Organisation du travail-clivage-aliénation*. Paris : Entreprise moderne d'édition.

Dejours, C. (1987a). *Aspects psychopathologiques du travail : Traité de psychologie du travail*. Paris : Presse universitaires de €.

Dejours, C. (1987b). *Plaisir et souffrance dans le travail*, Tome 1. Paris : Éditions de l'AOCIP.

Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale*. Paris, Bayard.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Paris, Seuil.

Dejours, C. (2001). *Désolation et harcèlement moral*. Le Monde, 10 avril, 10.

Dejours, C. (2010). *Travail, usure mental*. Paris : Bayard Editions.

De La Ville, V.I. (1997). *Recherche idéographique et enjeux du processus de modélisation dans le champ de la stratégie* », Actes du Colloque Constructivisme(s) et sciences de gestion, Lille, octobre, tome 2, 269-281.

De Ridder, D. & De Wit, J. (2006). *Selfregulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues*. In Anonymous (Ed.), *Self-regulation in Health Behavior* (pp. 1-23-21-23). New York: John Wiley and Sons Ltd.

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative*. Montréal : Mc Graw-Hill.

De Terssac, G. (2003). *La théorie de la régulation sociale de Jean Raynaud. Débats et prolongations*, Paris, La découverte.

Devault, A., Péladeau, N. et Bouchard, C. (1992). *Étude des préoccupations, des difficultés et des sources de soutien social des pères de familles monoparentales : une comparaison avec les mères*. Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale et Département de psychologie, UQAM.

Donnini, E. (2007). *Quand la peur prend les commandes : Comprendre et surmonter le traumatisme psychologique*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.

Doka K.J. & Martin T. (1998) Masculine responses to loss: clinical implications. *Fam Stud.*; 4 (2):143–58.

Dozois, D., Dobson, K., Wong, M., Hughes, D. & Long, A. (1995). Factors associated with rehabilitation outcomes in patients with low back pain (LBP): Prediction of employment outcome at 9-month follow-up. *Rehabilitation Psychology*; 40:243-259.

Dray, D. (1999). *Victimes en souffrance. Une ethnographie de l'agression à Aulnay-sous-Bois*. La Collection Droit et Société, 318.

Druss, B., Rosenbeck, R. & Sledge, W. (2000). Health and disability costs of depressive illness in a major US corporation. *American Journal of Psychiatry*; 157:1274-1278.

DSM-IV. (2013). *Critères diagnostiques*. Paris : Éditions Masson.

Dubar, C. (1993). *Le travail, lieu et enjeu des constructions identitaires*. Ceras, Paris, France.

Dubar, C. (2000). *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation*, Collection Le lien social, PUF.

Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.

Dulac, G. et Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.

Dulac, G. (2001). *Aider les hommes... aussi*. Montréal : VLB Éditeur.

Eccheston, C. & Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull*; 125(3):356-366.

Engel, F. (1993). *Le stress post-traumatique et les victimes d'actes criminels*. Études de la documentation, 159.

Farberow, N.C. (1985). Mental health aspects of disaster in smaller communities. *The American Journal of Social Psychiatry*, 4, 43-55.

Feuerstein, M. A. (1991). Multidisciplinary approach to the prevention, evaluation, and management of work disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*; 1:5-12.

Finnie, R. (1993). *Women, men, and the economic consequences of divorce: Evidence from Canadian longitudinal data*. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 30, 205-241.

Flaherty, J. & Richman, J. (1989). Gender differences in the perception and utilization of social support: theoretical perspectives and empirical test. *Social Science and Medicine*, 12, 1221-1228.

Flannery, R. B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 593-612.

Flick, U. (1993). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Aperçu général et introduction*. In U. Flick (Ed.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales* (pp. 11-71). Paris (France) : L'Harmattan.

Flynn, J. & al. (1994). Gender, race and perception of environmental health risks. *Risks Analysis*, 14 (6), 1101-1108.

Foa, E. B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), 43-48.

Fournier, G, Glaude, M. et Reynaud, E. (1984). Familles ouvrières et chômage : des budgets difficilement compressibles. *Économie et statistique*, no 170, 37-52.

Friedrich, E. (1952). *The condition of the working Class in England in 1844*. London : Allen and Unwin.

Furnham, A. (1994). Explaining health and illness: lay beliefs on the nature of health. *Personality and individual differences*, 17(4), 455-466.

Galarnau, D. et Sturroch, J. (1997). Family income after separation. *Perspectives on Labour and Income*, 9, 18-28.

Galvin, D. E. (1986). Health promotion, disability management, and rehabilitation in the workplace. *Rehabilitation Literature*, 47, 9-10, 218-223.

Garbarino, J. (1993). ChallengeGalvin, D.E. (1986). Health promotion, disability management, and rehabilitation in the workplace. *Rehabilitation Literature*, 47, 9-10, p. 218-223.s we face in understanding children and war: A personal essay. *Child Abuse and Neglect*, 17 (6), 787-793.

Garro, L. C. (1994). Narrative representations of chronic illness experience: cultural models of illness, mind, and body in stories concerning the temporomandibular joint (TMJ). *Social science & medicine*, 38(6), 775-788.

Gates, L. B. (1993). The role of the supervisor in successful adjustment to work with a disabling condition: Issues for disability policy and practice. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 3, 179-90.

Gaudreault, A. (2002). *Victime de crime et de catastrophes : des parallèles à établir*. Université du Québec à Chicoutimi.

Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presse de l'Université du Québec.

Gilmore, D. D. (1990). *Manhood in the making: cultural concepts of masculinity*. New Haven : Yale University Press.

Gini, A. (1998). *Moral leadership and business ethics*. In *Ethics, the Heart of Leadership*, ed. Joanne Ciulla, 27-45.

Girod-Séville, M. et Perret, V. (1999). *Fondements épistémologiques de la recherche*, chapitre 1, in R.A. Thiétart et coll., *Méthodes de recherche en management*, Dunod, p. 13-33.

Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D. et Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum* 31(6): 1105-1117.

Glaser, B. G. & Strauss, L. (1970). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative researrth*. Chicago : Aldme Publishmg Co.

Glasersfeld, E. von. (1994). Pourquoi le constructivisme doit-il être radical? *Revue des sciences de l'éducation*, vol. XX, no°1, 21-27.

- Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle*. Paris : Les éditions Robert Laffont.
- Good, M. J., Brodwin, P., Good, B. & Kleinman, A. (1992). *Pain as Human Experience : An Anthropological Perspective*. Berkeley, California: University of California Press.
- Gorz, A. (1988). *Métamorphoses du travail*. Paris : Gallimard.
- Gottlieb, B. H. & Selby, P. M. (1989). Social support and mental health: a review of the literature. Document inédit. Disponible à l'Université de Guelph, Ontario.
- Gottlieb, B. H. Underwood, L. G & Cohen, S. (1994). Social support Measurement and intervention. University Press Oxford, 246.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7 (3), 341-362.
- Green, M. & al. (1993). Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Medical Journal of Australia*, 159, 529-534.
- Grimaldi, J. V. (1972). *La sécurité du travail : responsabilité de direction*. Note documentaire N°13. Centre international d'informations de sécurité et d'hygiène du travail, Genève, juin 1966.
- Grusenmeyer, C. (2000). Organisation de la maintenance et interactions maintenance-production dans une fonderie d'aluminium. Vandoeuvre, INRS, coll. *Les notes Scientifiques et Techniques de l'INRS*, NS 0182, 96.
- Guay, S., Billette, V. & Maximehand, A. (2006). « Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support: Processes and potential research avenues. » *Journal of Traumatic Stress*, 19, 327-338.
- Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Maximehand, A. & Mainguy, N. (2004). Thérapie de couple et trouble de stress posttraumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 4, 81-88.
- Guba, E. (1990). *The paradigm dialog*. New York : SAGE Publications.
- Guberman, N. (2010). *Les aidants naturels : leur rôle dans le processus de réadaptation*. Université de Montréal.

Guberman, N., Maheu, P. et Maillé, C. (1991). *Et si l'amour ne suffisait pas? : Femmes, familles et adultes dépendants*. Montréal (QC): Les Éditions du Remue-ménage.

Guynes, D. (1989). Work Hardening can cut costs. *Safety & Health*, 40-43.

Hanson, R. K. (1990). The psychological impact of sexual assault on woman and children : A review. *Annals of Sex Research*, 3, 187-232.

Harms, L. et Talbot, M. (2007). Les suites de traumatismes routiers : Perceptions de survivants de traumatismes et de croissance. *Santé et Social travail*, vol. 32, 129-137.

Harris, I. A. (1995). *Messages men hear. Constructing masculinities*. London : Taylor et Francis.

Hart, A. D. (2001). *Unmasking Male Depression*. Nashville : Word Publishing.

Hébert, G. (1976). Management et prévention des accidents du travail – Les responsabilités des cadres à l'égard de la prévention. *Relations industrielles*, vol. 31, n° 1, 3-31.

Heinrich, H. W. (1959). *Industrial accident prevention: A scientific approach*. Mc Graw-Hill, 4^e éd.

Hemström, O. (1996). Is marriage dissolution linked to differences in mortality risks for men and women? *Journal of marriage and the family*, 58, 366-378.

Herpin, N. et Dechaux, J-H. (2004). Entraide familiale, indépendance économique et sociabilité. *Économie et statistiques*, 373 : 3-32.

Hogan, B. E., Linden, W. & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work ? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.

Horne, R., Weinman, J., Myers, L. B. & Midence, K. (1998). *Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models*. In Anonymous (Ed.), *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam (Netherland): Harwood Academic, 25-50.

Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Thèse de doctorat. Montréal : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

House J. S. (1981). *Work, Stress and Social Support*, Reading, MA, Addison-Wesley.

Hu, Y. & Goldman, N. (1990). Mortality differentials by marital status: An international comparison. *Demography*, 27, 233-250.

Hudson, L. & Ozanne, J.L. (1988). Alternative Ways of Seeking Knowledge in Consumer Research, *Journal of Consumer Research*, vol. 14, 508-521.

Hume, D. (1963). *An enquiry concerning human understanding* New York, NY : Washington Square Press (1^{re} éd., 1758).

IRSST. (2003). « *Service d'expertise et de soutien statistique, données compilées à partir du Dépôt de données central et régional (DDCR) de la CSST* ».

IRSST. (2012). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2005-2007 : Tableau du classement par industrie-catégorie professionnelle*.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.

Jansz, J. (2000). *Masculine identity and restrictive emotionality*. Cambridge University Press.

Jeavons, S., Greenwood, K. & Horne, D. (1996). Reported consequences following road accidents. *Australian Journal of Primary Health- Interchange*, 2(2), 29-35.

Johnson, J.L., Greaves, L. & Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health soc. Work*, 8 (14).

Kant, I. (1787). *Kritik der reinen Vernunft* (vol. III - Werke, Koenigliche Preussische Akademie der Wissenschaften). Berlin : Reimer (2^e éd., 1911).

Kant, I. (1881-1884). *Opus postumum*. (éd. Par R. Reicke). In *Altpreussische Monatsschrift*, vol. XIX.

Kaplan, R. M., Sallis, J. F. J. R. & Patterson, T. L. (1993). *Health and Human Behaviour*, New York, McGraw Hill.

Kaplan, R. M. & Simon, H. J. (1990). *Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions*. University of California, San Diego.

Karasek, R. & Theorell T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books.

Karasek, R., Triantis, K. P. & Chaudhry S. S. (1982). Coworker and Supervisor Support as Moderators of Associations between Task Characteristics and Mental Strain », *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 3, N° 2, 181-200.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*, 2 volumes. New York : Norton.

Kelly, K. R. & Hall, A. S. (1992). Toward a developmental model for counseling men. Special issue: Mental health counseling for men. *Journal of Mental Health Counseling*, 14 (3) 257-273.

Kessler & al. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kilmartin, C. (2005). Depression in men: communication, diagnosis and therapy. *Journal of Men's Health and Gender*, 2 (1) 95-99.

Kilpatrick & al. (1989). Victim and crime factors associated with the development of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.

Kim, Y., Bakwer, F., Spillers, R. & Willis, D. (2006). Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles. *Psycho-Oncology* 15(9): 795-804.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York : Basic Books.

Kori, S. H., Miller, R. P. & Todd, D. D. (1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manage*, 3, 35-43.

Krause, E. & al. (2001). *Gender, trauma themes and posttraumatic stress*. 17^e Congrès de l'International Society for Traumatic Stress Studies, New Orleans, USA, 2001).

Labra, O. (2013a). Positivisme et constructivisme : une analyse à l'égard de la recherche sociale. *Revue un espace critique pour la réflexion en travail social*. Université Centrale, Santiago, Chili, N°7-année, ISSN 0718- 4182. pp. 12 –21.

Labra, O. et Maltais, D. (2014). Le séisme de 2010 dans la vie de sept personnes âgées de la ville de Talca au Chili. *Revue vie et vieillissement*, vol. 11 n°3, 38-43.

Labra, O. (2013). Conséquences psychosociales chez les adultes suite au Séisme 8,8 de la ville de Talca au Chili. *Collection Santé, assistance, interventions sociales et problèmes sociaux*, GRIR, UQAC.

Laflamme, L. et Vinet, A. (1988). Accident du travail et modernisation du processus de production : le cas de l'industrie forestière québécoise. *Relations industrielles*, vol. 43, N° 3, 591-608.

Lakey, B. & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343.

Lakey, B., McCabe, K. M., Fisicaro, S.A. & Drew, J.B. (1996). Environmental and personal determinants of support perceptions: Three generalizability studies. *Journal of personality and social psychology*, 70, 1270-1280.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.

Lawton, J. (2003). Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of health and illness*, 25(NS), 23-40.

Lazarsfeld, P. & Katz, F. (1995). *Personal Influence*. Free Press, New York, USA.

Leaf, P. J. & Bruce, M. L. (1987). Gender differences in the use of mental health-related services: A re-examination. *Journal of Health and Social Behavior*.

Legault, G. A. (2003). *La crise d'identité professionnelle : le point de vue des ordres professionnels*. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.

Le Moigne, J. L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*, PUF.

Levant, R. F. (1995). *Toward a reconstruction of masculinity*. In. R.F. Levant & W.S. Pollack (Dir.), *The New Psychology of Men*. New York : Basic Books.

Levant, R. F. (2001). *Understanding normative male alexithymia*. Communication présentée au symposium Are Males Really Emotional Mummies: What Do the Data Indicate? San Francisco : American Psychological Association Congress.

Léveillé, S., Lefebvre, J. et Marleau, J.D. (2009). Profil psychosocial des familicides commis au Québec entre 1986 à 2000 : Annales Médico psychologique. *Revue psychiatrique*, volume 167, issue 8, 591-596.

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L. et al. (1997). *Illness Representations: Theoretical Foundations*. In K. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perception of Health and Illness*. Amsterdam (Netherlands) : Harwood Academic Publishers, 19-45.

Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. & Rachman, S. (1980). The common sense representation of illness danger. In Anonymous (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (vol. 2, pp.7-30-37-30). Oxford (England): Pergamon Press.

Linsey, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.

L'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2009.

L'observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, 2012.

Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (révisée en juin 2014). Chapitre A-3.0001. Gouvernement du Québec.

Loisel, P. et Durand, M-J. (2001). *La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique*. Perspectives interdisciplinaire sur le travail et la santé.

Lotters, F., Hogg-Johnson, S., Burdock, A., Pole, J. & Franche R. (2006). The prognostic value of depressive symptoms, fear-avoidance, and self-efficacy of lost-time benefits in workers with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine in press*.

Lynch, J. & Kilmartin, C. (1999). *The pain behind the mask. Overcoming masculine depression*. New York : The Haworth Press.

Maggi, B. (2003). *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être et l'apprentissage*. Toulouse : Octarès.

Mahalik, J. R., Courmoyer, R. J., De Franc, W., Cherry, M. & Napolitano, J. M. (1998). Men's gender role conflict and use of psychological defenses. *Journal of Counseling Psychology*, 45 (3), 247-255.

Maltais, D., Denis, H., Gaudreault, A. et Lebigot, F. (2002). *Catastrophes et état de santé des individus, des intervenants et des communautés*. Université du Québec à Chicoutimi.

Maltais, D., Gauthier, S. et Pouliot, E. (2010). *Le construit social des catastrophes dites naturelles : retombées pour la pratique du travail social*. Université du Québec à Chicoutimi, Département des sciences humaines, Unité d'enseignement en travail social.

Maranda, M.-F. (1998). Compromis fordiste et individualisation des stratégies de défense. *Stress, Santé et Intervention au Travail*, Presses inter Universitaires, 7,151-158.

Maris, B. (1993). *Le travail n'est plus l'emploi*. Le Monde section « l'économie », 28-29 mars, 31.

Markesteyn, T. (1993). *Les répercussions psychologiques des actes criminels à caractère non sexuel sur les victimes*. Solliciteur général du Canada, 73.

Marshall, K. (2003). *Les avantages de l'emploi*. Perspective.

Martin, J.-C. et Baril, R. (1995). L'exclusion comme effet de trajectoire administrative et de cheminement individuel. *Revue internationale d'action communautaire*. ISSN. Université de Montréal, École de service social.

Marx, K. (1968). *Économie et Philosophie*. Dans *Philosophie*, de Karl Marx, Paris : Galimard, 137-222.

Masciotra, D. (2007). Le constructivisme en termes simples. *Vie pédagogique*, n°143.

Masengarb, L. (1994). Formulating an in-house disability management program. *Employment Relations Today*, 21, 3, 307-317.

Maslow, A. (1998). *Toward a psychology of being*. 3^e édition, New York, Wiley.

Maximehand, A. et Brillon, P. (1999) Le trouble de stress post-traumatique, in *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*. Gaëtan Morin Éditeur : Boucherville, Qc, 149-182.

Maximehand, A. et Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*. Montréal : Les éditions Stanké.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthode de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

Mayou, R. & al. (1997). Long-term outcome of motor vehicle accident injury. *Psychosomatic Medicine*, 59, 578-584.

McMillen, J. C., Smith, E. M. & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739.

McWilliams, L. Cox, B. & Enns, M. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain*;106:127-133.

Mendel, G. (1985). *La crise est politique*. Paris : Payot.

Menger, P-M. (2003). *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisation, évolutions*. Colloquium, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris.

Mesrine, A. (2000). La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage? *Économie et statistique*, no 334, 2000-4.

Messner, M. & Sabo, D.F. (1990). *Toward a critical feminist reappraisal of sport, men and the gender order*. In M. Messner & D.F. Sabo (Dir.), *Sport, Men and the Gender Order: Critical Feminist Perspectives* (pp 1-15). Champaign, IL: Human Kinetic Books.

Mikulincer, M. & Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 308-313.

Mikulincer, M. & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality*, 3 (4), 269-284.

Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, (71) 1-9.

Morin, E. (2001). *Une approche humaniste dans les organisations*. Conférences et documents du protocole en gestion des ressources humaines organisé par CHUQ, Québec.

Morin, E. (2006). Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel. *Études et recherches*, IRSST, Montréal : HEC Montréal.

Moynihan, C. (1998). Theories of masculinity. *British Medical Journal*, (317) 1072-1075.

Mucchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*, France, PUF, Collection : Que sais-je?

Mucchielli, A. (2008). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.

Mucchielli, A. (2004). *Le constructivisme dans les études sur la communication*. Béziers : Édition de Montpellier 3.

Muller, J., Hicks, R. & Winocur, S. (1993). The effects of employment and unemployment on psychological well-being in Australian clerical workers: Gender differences. *Australian Journal of Psychology*, 45 (2), 1103-1108.

Murray, M., Bennett, P. & Weinman, J. (1990). Lay representations of illness. In P. Bennett, J. Weinman & P. Spurgeon (Eds.), *Current developments in health psychology* (p. 63-92). London : Harwood academic publishers.

Nadeau, M.A. (1987). *L'évaluation de programme : théorie et pratique*. Québec : Presse de l'Université Laval.

Nadler, A. & Fisher, J. D. (1986). The role of self-esteem and perceived control in recipient reaction to help: theory development and empirical validation. *In advances experimental Social Psychology*, vol. 19, New York, Academic Press.

Nadler, A., Maler, S. & Friedman, A. (1984). Effects of helper's sex, subject's sex, subject's androgyny and self-evaluation on male's and female's willingness to seek and receive help. *Sex Roles*.

National Alliance for Caregiving and AARP. (2004). *Caregiving in the U.S.* Bethesda: National Alliance for Caregiving. Washington (DC) : AARP.

Nezosi, G. (2000). Quelques éclairages sur les conséquences du chômage sur la famille. CNAF. *Recherches et Prévisions* n°60.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.H., de Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B. & van Dijk, F.J.H. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 817-823.

Norris, F. H. (1993). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.

Oliver, J., Reed, C., Katz, B. & Haugh, J. (1999). Student's self-reports of help-seeking the impact of psychological problems stress and demographic variables on utilization of formal and informal support. *Social behavior on personality*, 27 (2), 109-128.

O'Neil, J. M. (1981). Patterns of gender role conflict and strain: sexism and fear of feminity in men's lives. *The personnel and guidance Journal*, 60, 203-210.

O'Neil, J. M. (1990). *Assessing men's gender role conflict*. In D. Moore & F. Leafgren (Dir.), *Men in conflict: Problem solving strategies and interventions*. Alexandria, VA: American Counseling Association.

O'Neil, J. M. & Good, G. E. (1997). Men's gender role conflict: Personal reflections and overview of recent research (1994-1997). *Society for the Psychological Study of Men and Masculinity Bulletin*, 3 (1), 10-15.

O'Neil, J. M., Good, G. E. & Holmes, S. (1995). Fifteen years of theory and research on men's gender role conflict: New paradigms for empirical research. In R.F. Levant & W.S. Pollack (Dir.), *A New Psychology of Men* (p. 164-206). New York : Basic Books.

Paugam, S. (2002). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, Puf.

Perloff, L. S. (1983). Perceptions of vulnerability to victimization. *Journal of Social Issues*, 39 (2), 41-61.

Perret, B. et Roustang, G. (1993). *L'économie contre la société*. Seuil, Paris.

Philaretou, A.G. & Allen, K.R. (2001). Reconstructing masculinity and sexuality. *The Journal of Men's Studies*, 9 (3), 301-321.

Pihl, R.O. & Peterson, J.B. (1992). Etiology. *Annual Review of Addiction Resources and Treatment*. 1-23.

Pires, A. P. et al. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique dans La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

Pitman, R., Altman, B. & MacKlin, M. (1989). Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 667-669.

- Pleck, J. H. (1981). *The Myth of Masculinity*. Cambridge : MIT Press.
- Pleck, J. H. (1995). *The gender role strain paradigm: An update*. In R.F. Levant & W.S. (Dir.). *New psychotherapy for men* (pp. 147-166). New York : Wiley.
- Plummer, K. (1983). *Documents of live. An introduction to the problems and literature of a humanistic method*. London : George Allen Unwin. Pollard, C.A. (1984). Preliminary validity study of the pain disability index. *Perceptual and Motor Skills* 1984; 59(3):974.
- Pollack, W. (1995). *Mourning, melancholia, and masculinity: Recognizing and treating depression in men*. Dans Levant, R.F. & Pollack, W.S. (Dir.). *New psychotherapy for men* (pp. 147-166). New York : Wiley.
- Pollack, W. (1999). *Real Boys : Reswing our sons from the myths of boyhood*. OWL Books, New York, USA.
- Pollack. (Dir.), *The New Psychology of Men* (p. 11-32). New York : Basic Books.
- Portier, S., Rabier, R., Salvatori, P. et Viatte, R. (1990). *Des difficultés budgétaires accrues pour les chômeurs ouvriers*. *Données sociales*, Insee, 194-196.
- Post, M., Krol, B. & Groothoff, J. (2005). Work-related determinants of return-to-work of employees on long-term sickness absence. *Disability & Rehabilitation*, 27(9), 481-488.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. & Di Clemente, C. (1994). *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York : L. W. Morrow and Company Inc.
- Quinlan, M. (2001). *Report of Inquiry into Safety in the Long Haul Trucking Industry, School of Industrial Relations and Organisational Behaviour*, University of New South Wales , Sydney, 353.
- Racine, J. B et Siirianinen, F. (2007). *Retour sur l'analyse économique en droit substantiel*, *Revue internationale de droit économique*, De Boeck Supérieur (éd.), 140.
- Raine, R. (2000). Does gender bias exist in the use of specialist health care? *Journal of Health Services Research and Policy*, 5 (4) 237-249.

Rault, F. (2004). *L'identité masculine : permanences et mutations*. Paris : La documentation française.

Rezai, M. & Cote, P. (2005). *Which came first - the depression or the pain?* In: IWH editor. Book Which came first - the depression or the pain? City: www.iwh.on.ca/archive/linkage.php.

Rhodes, A. & Goering, P. (1994). Gender differences in use of outpatient mental health services. *The Journal mental health administration*.

Rickwood, D. & Braithwaite, V. (1994). Social psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science and medicine*, 39 (4), 563-572.

Rondeau, G. (2004). *Les hommes : s'ouvrir à leur réalité et répondre à leurs besoins*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Roques, J. (2004). *EMDR : Une révolution thérapeutique*. Paris : Les éditions La méridienne.

Roth, S. H. & Newman, E. (1992). The role of helplessness in the recovery process for sexual trauma survivors. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24 (2), 220-232.

Roy, S. (1995). L'itinérance : forme exemplaire d'exclusion sociale? *Lien social et Politiques* — RIAC, vol. 34, 73-80.

Ruch, L.O., Chandler, S.M. & Harter, R.A. (1980). Life change and rape impact. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 248-260.

Rush, A.J., Polatin, P. & Gatchel, R.J. (2000). Depression and chronic low back pain: establishing priorities in treatment. *Spine*;25(20):2566-2571.

SAAQ Société de l'assurance automobile du Québec (2009B) *Obligations des utilisateurs de véhicules lourds*, Société de l'assurance automobile du Québec, Contrôle routier Québec, Ministère des Transports du Québec, Commission des transports du Québec, ISBN 978-2-550-56586-4, C-4846 (09-08), 112.

Sainsaulier, R. (1985). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.

Sainsaulieu, R. (1998). *La construction des identités au travail : culture et identité*. Sciences Humaines, Auxerre, France.

Saint-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M., Durand, M.-J., Bourbonnais, R., St-Jean, M., Pelletier, M., Delisle, S. et Kedl, E. (2011a). Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien au retour au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale. *Études et recherches/Rapport 0099-5390*, Montréal, IRSST, 134.

Saint-Laurent, D. et Tennina, S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*. Québec : Gouvernement du Québec.

Sarason, I.G. Sarason, B.R. & Pierce, G.R. (1990). Social support: the search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 133-147.

Savoie-Zacj, L. (1992). « L'entrevue semi-dirigée » dans B. Gauthier. *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillon scientifique valide? *Recherche qualitative, Hors-série*, 5, 99-111.

Schade, V., Semmer, N., Main, C., Hora, J. & Boos, N. (1999). The impact of clinical, morphological, psychosocial and work-related factors on the outcome of lumbar discectomy. *Pain*; 80:239-249.

Schechter, S. et Paquet, B. (2000). Inclusion et exclusion à l'aune de la sociologie luhmannienne : l'exemple de la pauvreté au Canada, *Sociologie et sociétés*, vol. 32, no 2, 212-233.

Schulz, R. & Beach, S. (1999). *Caregiving as a risk factor for mortality*. The Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 282(23): 2215-2219.

Schulz, R. & Heckhausen, J. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, vol. 102, No. 2. 284-304.

Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété, la dépression sans médicament ni psychanalyse*. Paris : Les éditions Robert Laffont.

Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR principes, protocoles, procédures*. Paris: Inter Editions.

Shaw, L., Segal, R., Polatajko, H. & Harburn, K. (2002). Understanding return to work behaviours: promoting the importance of individual perceptions in the study of return to work. *Disability & Rehabilitation*, 24(4), 185-195.

Shrey, D.E. & Olsheski, J.A. (1992). Disability management and industry-based work return transition programs. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 6, 2, 7

Silva Dos Santos, R. (2012). La perte de sens du travail et les conséquences sur la santé. 2^e congrès TRANSFORMARE, 19-20 mars 2012, Paris.

Simonds, R. H. & Grimaldi, J. V. (1955). *Safety management*. Illinois : Howewood.

Smith, M. K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (24), 149-158.

Söderberg, S., Jumisko, E. & Gard, G. (2004). Clients' experiences of a work rehabilitation process. *Disability & Rehabilitation*, 26(7), 419-424.

Solomon, Z., Mikulinger, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support and combat related posttraumatic stress disorder: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (2), 279-285.

Statistique Canada, recensement de 2006.

Stout N. A. (2007). *The NIOSH Traumatic Injury Research and Prevention Program Evidence Package Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health*. 205 appendix.

Streeter, C. L. & Franklin, C. (1992). *Defining and measuring social support: guidelines for social work practitioners*. University of Texas at Austin.

Sullivan, M. J. L., Reesor, K., Mikail, S. & Fisher R. (1992). The treatment of depression in chronic low back pain: Review and recommendations. *Pain*; 50:5-13.

Sullivan, M. J. L. & Stanish, W. D. (2003). Psychologically based occupational rehabilitation: the Pain-Disability Prevention Program. *Clin J Pain*; 19(2):97-104.

Sullivan, M., Adams, H., Thibault, P., Corbiere, M. & Stanish, W. (2005). Initial depression severity and the trajectory of recovery following cognitive-behavioral intervention for chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*; in press.

Taylor, C. (1992). *Grandeur et misère de la modernité*. Montréal : Bellarmin, L'Essentiel.

Taylor, S. E., Cousino Klein, L., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R. et Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral Responses to Stress in Females : Tend-and-befriend, not Fight-to-flight. *Psychological Review*, vol. 107, no 3, 411-429.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. London : Sage Publications.

The Royal Society for the Prevention of Accidents (RoSPA). (2001). *Driver Fatigue and Road Accidents*, A Literature Review and Position Paper, 24.

Thoits, P.A. (1995). Stress, Coping and Social Support Processes: Where are We ? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, Numéro spécial, 53-79.

Tousignant, M. et Caron, J. (2005). *Quand le malheur frappe les bénéficiaires de la sécurité du revenu : Sur qui peuvent-ils s'appuyer?* PMC Canada, Manuscrit d'auteur.

Tremblay, G., Cloutier, Antil, T., R., Bergeron, M-E et Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tremblay, G., Morin, M-A., Desbiens, V. et Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Études et Analyses. Université Laval.

Tremblay, G., Thibault, Y., Fonséca, F. & Lapointe-Goupil, R. (2004). La santé mentale et les hommes : État de situation et pistes d'intervention. *Intervention*, 121, 6-16.

Turner, H. (1994). Gender and Social Support: Taking the Bad with the Good. *Sex Roles*, vol. 30, 521-541.

Turk, D. (1996). *Biopsychosocial perspective on chronic pain*. In: R Gatchel, D Turk, editors. *Psychological Approaches to Pain Management*. New York : Guilford.

Tzamalouka G., Papadakaki M., Chliaoutakis J.E. (2005) Freight transport and non-driving work duties as predictors of falling asleep at the wheel in urban areas of Crete. *J Safety Res*, 36, 75–84.

Updegraff, J. A. & Taylor, S. E. (2000). *From vulnerability to growth: Positive and negative affects of stressful life events*. Philadelphia : Brunner-Koutledge.

Varela, F., Thompson, E., et Rosch, E. (1993). *L'inscription corporelle et l'esprit : sciences cognitives et expérience humaine*. Paris : Éditions du Seuil.

Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research and intervention*. Preager Publishers, 346.

Vézina, M. (2000). *Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail*. Laval : Les Presses de l'Université Laval.

Vidalenc, R. (2001). *La confiance et le contrat : éléments du processus de lutte contre l'exclusion*, Paris, L'Harmattan, 133.

Vico, G. (1710). *De Antiquissima Italorum sapientia*. Naples : Stamperis de Classicis Latini, 1858.

Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G. & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62 (3Using Smart Source Parsing Sep), 363-372.

Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332.

Von Glasersfeld, E. (1986). *Introduction à un constructivisme radical*. Dans Watzlawick, P. (Éd) *L'invention de la réalité*, Seuil.

Vowles, K., Gross, R. & Sorrell, J. (2004). Predicting work status following interdisciplinary treatment for chronic pain. *European Journal of Pain* ; 8(4):351-358.

Waddell, G. (1998). *The Back Pain Revolution*. London UK : Churchill Livingstone.

Waddell, G. (2004). *The Back Pain Revolution*. Edinburgh : Churchill Livingstone.

Waddell, G. & Burton, A. K. (2005). Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Practice & Research in Clinical Rheumatology*, 19(4), 655-670.

Walker, J., Holloway, I. & Sofaer, B. (1999). In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain*, 80(3), 621-628.

Watzlawick, P. (1988). *L'intervention de la réalité. Comment savons-nous ce que nous croyons savoir?* Paris : Édition du seuil.

Weaver, T. L. & Clum, G.A. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 15(2), 115-140.

Weisskopf-Joelson, E. (1968). *Meaning as an integrating factor*. In Buhler, C. & Massarik, F. (Eds), *The course of human life. A study of goals in a humanistic perspective*. New York : Springer.

Williams, G. (1984). The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. *Sociology of Health and Illness*, 6, 175-200.

Williams, M. et Poijula, S. (2006). *Le trouble de stress post-traumatique. Un guide pratique d'intervention*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.

Williamson, A., Boufous S. (2007) A data-matching study of the role of fatigue in work-related crashes, *Transportation Research Part F*, 10, 242–253.

Winnubst, J. A. M., Buunk, B. P., Maximeelissen, F. H. G. (1988). *Social support and stress: Perspectives and processes*, In, *Handbook of life stress, cognition and health*, FISCHER S., REASON J. 511–528, Chichester, Wiley.

Winkler, D., Pjrek, E., Heiden, A., Wieseegger, G., Klein, N., Konstantinidis, A. & Kasper, S. (2004). Gender differences in the psychopathology of depressed inpatients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 209-214.

Young, J. T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of health & illness*, 26(1), 1-31.

Zarit, S. (1991). *Interventions with frail elders and their families: Are they effective and why?* editors. *Stress and coping in later-life families*. New York (NY): Hemisphere.

Zúñiga, R. (1993). La théorie et la construction des convictions en travail social. *Service Social, École de service social*. Université Laval, vol. 42, n° 3, 33-43.