

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-706



Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale

**Conception, implantation et évaluation
d'un programme intégré des pratiques de soutien**

*Louise St-Arnaud
Catherine Briand
Marc Corbière
Marie-José Durand
Renée Bourbonnais*

*Micheline Saint-Jean
Mariève Pelletier
Stéphanie Delisle
Evelyn Kedl*



Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour.

De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.
www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST.
Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2011
ISBN : 978-2-89631-571-0 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
septembre 2011



Réadaptation au travail

Études et recherches

■ RAPPORT R-706

Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale

Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Louise St-Arnaud¹, Catherine Briand², Marc Corbière³,
Marie-José Durand³, Renée Bourbonnais¹, Micheline Saint-Jean²,
Mariève Pelletier¹, Stéphanie Delisle¹, Evelyn Kedl¹*

¹Université Laval

²Université de Montréal

³Université de Sherbrooke



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site Web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à reconnaître la contribution financière de l'IRSST, grâce à laquelle la réalisation de cette activité de recherche a été rendue possible, mais également celle du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de leurs partenaires en milieu de travail du CSSS, qui ont soutenu cette recherche financièrement.

Nos remerciements s'adressent particulièrement à toutes les travailleuses et à tous les travailleurs qui ont accepté de participer à cette démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail. Nous souhaitons de plus, reconnaître la participation de tous les membres du comité-conseil à la recherche qui ont participé à ses différentes étapes. Nous aimerions souligner la confiance et la contribution efficace et généreuse de la direction générale du CSSS qui a rendu possible le bon déroulement de cette recherche. Enfin, notre reconnaissance s'adresse également au personnel du service de santé qui a bien voulu se prêter aux exigences de la recherche ainsi qu'aux supérieurs immédiats qui ont participé aux rencontres avec leurs employés absents du travail ainsi qu'aux entrevues d'évaluation de la démarche.

SOMMAIRE

Les problèmes de santé mentale au travail représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail, et ce phénomène a connu une croissance marquée au cours des deux dernières décennies. Les travaux entrepris dans le domaine de la réadaptation professionnelle et de la santé mentale au travail ont permis de mettre en évidence l'importance d'une démarche de collaboration entre les acteurs concernés par le processus de retour au travail. Toutefois, si quelques études ont porté précisément sur la réintégration professionnelle de travailleurs déjà insérés en emploi et qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale, très peu d'entre elles ont porté sur la conception et l'implantation de programmes de retour au travail.

Ce document porte sur la conception, l'implantation et l'évaluation d'un programme intégré de pratiques de soutien au retour au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale. Le projet de recherche découle d'une demande paritaire faite par un établissement de santé et de services sociaux du Québec pour intervenir sur la problématique des absences et du retour au travail, liée à la santé mentale, au sein de son personnel. Pour ce projet, l'équipe de recherche a mis en place une démarche paritaire à plusieurs volets, en concertation avec un comité-conseil, représentatif de l'ensemble des acteurs concernés. Le mandat du comité-conseil était de participer à une définition consensuelle du problème et des moyens à mettre en œuvre pour soutenir le retour au travail et le maintien en emploi des personnes à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale. Ce comité avait également le mandat d'assurer l'élaboration d'une démarche qui s'appuie sur la cohérence des pratiques entre les différents acteurs du milieu et de convenir des stratégies aptes à favoriser la mobilisation de l'ensemble du personnel de l'organisation autour de cette problématique. Son travail a mené à la conceptualisation d'une théorie de programme et à sa modélisation opérationnelle.

La méthode utilisée pour mettre au point le programme de retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale s'appuie sur une démarche structurée de collectes d'informations à partir d'une analyse des données d'absence et d'entrevues auprès des acteurs engagés dans le processus de retour au travail afin de déterminer leurs pratiques actuelles; la consultation de documents organisationnels en matière de retour au travail; une recension de la littérature scientifique sur le sujet; une prise en compte des pratiques courantes mises en place dans les milieux de travail concernés par le problème. Ces renseignements ont permis de conceptualiser la théorie de programme composée d'un modèle théorique, d'un modèle logique et d'un modèle opérationnel. Avec la collaboration du comité-conseil, l'équipe de recherche a mis au point une démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail destinée aux employés absents de leur travail pour des raisons de santé mentale. Cette démarche visait à cibler les facteurs cliniques, personnels et organisationnels qui ont contribué à leur arrêt de travail. La recherche de solutions pour aider les employés à revenir et à se maintenir en emploi a été pour la plupart d'entre eux, un exercice positif. De plus, l'importance accordée à l'accueil, au soutien au travail, à la mise en œuvre de pratiques de rassurance pendant l'arrêt de travail et à la possibilité pour les personnes d'apporter des changements dans le travail apparaît ici être des déterminants pour un retour au travail réussi.

Cette recherche a également permis de mettre en évidence que la réussite d'un tel programme de retour au travail ne peut être assurée sans que des conditions essentielles soient présentes: l'établissement d'un climat de confiance marqué par le respect, une communication efficace et

une collaboration entre les différents acteurs internes ou externes visés par le retour au travail. Finalement, il est aussi intéressant de constater que les interventions effectuées auprès des personnes absentes peuvent également toucher les autres travailleurs exposés à ces mêmes facteurs de risque. Ultimement, l'approche individuelle d'une telle démarche pourra passer à une démarche organisationnelle touchant les autres travailleurs exposés. Ce rapport de recherche présente donc en détail les différentes étapes de la recherche et les principaux résultats et constats qui en ont découlé.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	I
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIERES	V
1. PROBLÉMATIQUE.....	1
1.1 Objectifs de la recherche.....	2
1.2 Déroulement de la recherche	2
2. DÉMARCHE COLLABORATIVE AVEC LE MILIEU DE TRAVAIL.....	3
2.1 Les enjeux d'une démarche collaborative avec le milieu de travail.....	4
3. ÉLABORATION DE LA THÉORIE DE PROGRAMME	7
3.1 Portrait de la situation initiale d'absence dans l'organisation	7
3.1.1 Une situation d'absence des plus préoccupantes	8
3.2 Description des pratiques et des paradigmes du milieu	9
3.2.1 Les enjeux des organisations, les valeurs et l'engagement des acteurs	9
3.3 Pratiques organisationnelles en matière de gestion des absences et de retour au travail	11
3.3.1 Un regard sur les pratiques organisationnelles	13
3.4 Fondements théoriques en matière de gestion des absences et de retour au travail.	13
3.5 Théorie de programme.....	18
3.5.1 Modèle théorique	20
3.5.2 Modèle logique	20
3.5.3 Modèle opérationnel	23
3.6 Mise en œuvre du modèle opérationnel	24
3.6.1 Vision de soutien et engagement de la haute direction.....	24
3.6.2 Démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail en santé mentale.....	27
3.6.3 Le renversement des facteurs de risque en pratiques préventives : une stratégie gagnante	35
4. ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE À COURT TERME.....	39

4.1	Des pratiques qui ciblent l'essentiel	39
4.2	Des participants qui ont apprécié la démarche, mais des changements encore frileux	40
4.3	Des supérieurs intéressés, mais encore incertains des orientations réelles de la haute direction	40
5.	PASSER DE LA RÉADAPTATION À LA PRÉVENTION : UN DÉFI À RELEVER... ..	43
6.	CONCLUSION	44
7.	APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS	44
8.	RETOMBÉES ÉVENTUELLES	45
9.	LISTE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES PUBLIÉS DANS LE CONTEXTE DU PROJET	46
	BIBLIOGRAPHIE.....	49
	ANNEXES.....	59

1. PROBLÉMATIQUE

Au cours des dernières décennies, les milieux de travail ont connu des transformations majeures : la mondialisation des marchés, l'augmentation de la compétitivité et de la concurrence, les fusions d'entreprises, les pratiques de rationalisation des effectifs et l'évaluation de plus en plus individualisée, ont entraîné de nouvelles exigences dans le domaine, une diversification des formes d'emploi, une intensification du rythme, ainsi qu'une précarisation des emplois et des collectifs de travail. Tous ces changements qui secouent l'univers du travail ne sont pas sans effet sur la santé des travailleurs et sur leur capacité à se maintenir en emploi. Un des phénomènes les plus marquants que l'on constate depuis les dernières années est l'augmentation du nombre de travailleurs qui s'absentent en raison d'un problème de santé mentale (voir l'ANNEXE A pour une définition des problèmes de santé mentale). Les problèmes de santé mentale au travail constituent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail, et ce phénomène a connu une croissance marquée au cours des dernières années (Dewa, Goering, Lin & Paterson, 2002; Dewa, McDaid & Ettner, 2007; Gabriel & Liimatainen, 2000; Henderson, Glozier & Elliott, 2005; Houtman, 2007; Nystuen, Hagen & Herrin, 2001; Vézina & Bourbonnais, 2001). Aussi, les médecins du travail, épidémiologistes, ergonomes, sociologues et psychiatres se sont intéressés aux facteurs qui causent les problèmes de santé mentale au travail (Bourbonnais, Brisson, Vézina, Mâsse & Blanchette, 2005; Brun & Martel, 2003; Daniellou, 1999; Dejours, 1993, 1995; Stansfeld, Fuhner, Shipley & Marmot, 1999; Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet & Laurendeau, 1992; Vézina & al., 2001; Vézina, Bourbonnais, Brisson & Trudel, 2004). Cependant, malgré les préoccupations suscitées par ces problèmes de santé et l'importance du phénomène, les recherches sur les pratiques de retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale sont pratiquement inexistantes (voir l'ANNEXE A pour une recension des études sur le sujet). Peu de programmes de retour au travail sont formalisés et élaborés en concertation avec les différents partenaires (Briand & al., 2007). Aussi, les entreprises commencent-elles à ressentir le besoin de se doter d'approches plus complètes et plus intégrées tant au chapitre de la gestion des absences qu'à celui de la santé et de la productivité des employés (Wyatt, 2005). L'urgence d'agir signe la nécessité d'assurer de bonnes pratiques de gestion de l'absence aptes à favoriser le retour au travail et le maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentés pour des raisons de santé mentale.

Les difficultés croissantes qu'éprouvent les milieux de travail à assurer le maintien en emploi d'une main-d'œuvre active et fonctionnelle exigent l'élaboration et la mise en œuvre de pratiques de soutien qui favorisent le rétablissement, le retour au travail et le maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentés pour des raisons de santé mentale. Les travaux entrepris dans le domaine de la réadaptation professionnelle et de la santé mentale au travail ont permis de mettre en évidence l'importance d'une démarche de collaboration entre les acteurs concernés par le processus de retour au travail. Toutefois, si quelques études ont porté précisément sur la réintégration professionnelle de travailleurs déjà insérés en emploi et qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale, très peu d'entre elles ont porté sur la conception et l'implantation de programmes de retour au travail (Briand, Durand, St-Arnaud & Corbière, 2007).

1.1 Objectifs de la recherche

L'objectif général du projet de recherche est de modéliser et d'implanter un programme intégré de pratiques de soutien qui favorise le retour au travail et le maintien en emploi à la suite d'une absence liée à un problème de santé mentale, en concertation avec une organisation en santé et services sociaux et ses différents partenaires. Les objectifs spécifiques sont :

- Dresser un portrait de la situation actuelle d'absence dans l'organisation;
- Déterminer les pratiques actuelles et les paradigmes qui sous-tendent la gestion des absences et les pratiques de retour au travail dans le milieu de travail;
- Relever les fondements théoriques et pratiques organisationnelles en matière de gestion des absences et de retour au travail;
- Élaborer, en partenariat avec le milieu de travail, une théorie de programme de soutien au retour au travail et un modèle opérationnel;
- Mettre en œuvre le modèle opérationnel du programme;
- Évaluer certaines dimensions du programme à court terme.

1.2 Déroulement de la recherche

Les milieux de travail font actuellement face une montée vertigineuse du taux d'absence liée à des problèmes de santé mentale et dont les coûts rattachés à l'assurance-salaire ne cessent de monter. Conscient de cette réalité, les milieux de travail tentent de remédier à cette situation, mais ne se sentent pas outiller pour agir efficacement sur la problématique. C'est pourquoi cette étude s'appuie sur une démarche collaborative permettant une compréhension commune de la problématique, mais aussi un approfondissement des facteurs pouvant faire obstacle à un retour au travail réussi. La section 2 présente les grands enjeux d'une démarche collaborative. La section 3 présente toutes les étapes qui ont mené à l'élaboration de la théorie de programme. Dans un premier temps, nous avons tracé un portrait de la situation initiale d'absence dans l'organisation (section 3.1). Par la suite, nous avons procédé à des entrevues individuelles auprès des acteurs clés du milieu de travail impliqués dans le processus de retour au travail afin de mettre en lumière leurs pratiques ainsi que les paradigmes qui sous-tendent la gestion des absences dans l'organisation (section 3.2). Une recherche sur les pratiques organisationnelles en matière de gestion des absences et de retour au travail dans les différentes entreprises de la province de Québec a également permis à l'équipe de recherche de faire ressortir les tendances générales en matière de pratiques (section 3.3). Par la suite, nous avons réalisé une mise à jour de la littérature portant sur les différentes pratiques de soutien au retour au travail (section 3.4). Ce tour d'horizon a donné lieu à l'élaboration d'une théorie de programme (section 3.5) comprenant un modèle théorique (section 3.5.1), un modèle logique (section 3.5.2) et un modèle opérationnel (section 3.5.3) adapté au milieu comprenant les différentes étapes à franchir pour l'implantation d'un programme de soutien au retour au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale. Par la suite, la mise en œuvre dans l'organisation des pratiques pertinentes retenues dans le modèle opérationnel de la théorie de programme est présentée (section 6.6). Enfin, une évaluation de la démarche à court terme a été réalisée (section 4) à partir d'entrevues individuelles et de questionnaires auprès des travailleurs et des supérieurs qui ont participé à la démarche ainsi qu'à l'aide d'analyses statistiques des données colligées auprès des travailleurs qui ont participé au programme. Relativement nouvelle, cette approche centrée sur le travailleur permet de lever le voile sur des facteurs de l'environnement psychosocial de travail

pouvant jouer un rôle important sur la situation d'absence du travail et d'entrevoir la possibilité de prendre en compte ses différents éléments à titre de levier pour agir en prévention primaire.

2. DÉMARCHE COLLABORATIVE AVEC LE MILIEU DE TRAVAIL

Cette étude découle d'une demande portée par une organisation du domaine de la santé et des services sociaux particulièrement préoccupée par l'ampleur des absences au travail liée à des problèmes de santé mentale et à la pénurie de moyens pour soutenir le retour au travail et le maintien en emploi de ses travailleurs. Le milieu de travail visé par l'étude est un Centre de Santé composé de près de 3500 employés offrant des services de santé de première ligne, des soins de longue durée et des services sociaux. Ces services visent à réduire ou à résoudre les problèmes de santé et les problèmes sociaux auxquels la population fait face. Les employés sont principalement des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires, des travailleurs sociaux, des psychologues, des préposés à la cuisine et des employés de soutien. L'organisation regroupe différents centres locaux de services communautaires, des centres d'hébergement, des unités de médecine familiale et des consultations externes spécialisées. Un portrait plus détaillé de la situation initiale d'absence est présenté à la section 3.1 et à l'annexe B.

Les préoccupations du milieu ainsi que son engagement et son intérêt à participer au cheminement ont incité l'équipe de recherche à s'investir dans une démarche collaborative où l'on tente à la fois de construire et d'améliorer les pratiques de gestion des absences et de retour au travail. Avant tout, l'équipe de recherche a mis en place un comité-conseil de la recherche composé de chercheurs et de représentants des principaux acteurs du milieu de travail concernés par les absences au travail en raison d'un problème de santé mentale et par les pratiques de retour au travail. Plusieurs études ont fait état du rôle stratégique de la haute direction, des supérieurs immédiats, du syndicat et des responsables du dossier de la santé au travail dans la mise en œuvre d'un programme de retour au travail (Baril & al., 2003; Franche & al., 2005; St-Arnaud, St-Jean & Damasse, 2004, 2006; Stock, 2005). Ainsi, à ce comité siégeaient le directeur général, le directeur des ressources humaines, deux acteurs du service de santé et de sécurité au travail (responsable et agent), trois supérieurs immédiats et trois représentants syndicaux. En plus de ces acteurs, il a été proposé d'inviter, lors de certaines rencontres, un responsable du plan d'action sur la présence au travail du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de favoriser le transfert des connaissances. Le mandat du comité consultatif, d'une durée de trois ans, était de :

- Se doter d'une compréhension et d'une vision partagée de la problématique de l'absentéisme au travail et des moyens à mettre en œuvre pour agir efficacement sur la résolution du problème;
- Soutenir et de s'assurer d'une cohérence, entre les différentes démarches et actions en matière de présence au travail au sein de l'établissement;
- Convenir de stratégies appropriées afin de favoriser la mobilisation de l'ensemble du personnel de l'organisation autour de cette problématique.

2.1 Les enjeux d'une démarche collaborative avec le milieu de travail

Dans le but d'actualiser la démarche participative avec les acteurs du milieu de travail, la première étape de cette étude a consisté à former un groupe de travail composé des principaux acteurs du milieu engagés dans le processus de retour au travail des personnes qui s'étaient absentes. Le soutien et l'engagement de la haute direction demeurent des éléments-clés dans l'élaboration et l'implantation d'une intervention qui touchera l'organisation du travail et les pratiques de gestion. Selon Baril et al. (2000), les valeurs des hauts dirigeants ont une incidence significative sur la réussite des interventions. Suivant ces principes, le directeur général s'est engagé à faire partie du comité-conseil de la recherche. Cette présence a permis de soutenir la crédibilité du projet au sein de l'organisation. De plus, les rapports entre la direction et les syndicats sont également perçus comme ayant une influence majeure sur les programmes de retour au travail (Baril & al., 2003). Les comportements de confrontation diminuent lorsque les syndicats et la direction partagent l'objectif commun du bien-être et de la santé des travailleurs lors du retour au travail. Les présidents syndicaux de trois instances syndicales représentatives de plus de 95 % des travailleurs de l'organisation ont donc accepté de participer aux activités du comité-conseil. Leur participation s'avérait essentielle à l'élaboration du programme de retour au travail du fait qu'ils sont plus susceptibles, alors, de souscrire aux mesures de retour au travail proposées (Baril & al., 2003; Stock & al., 1999).

En ce qui concerne les supérieurs immédiats, leur rôle demeure également central. Ils sont les premiers concernés lors du retour au travail d'un employé et ils ont l'autorité pour mettre en place certains ajustements dans le travail, notamment en matière de charge de travail, d'horaire, ou encore de façons de faire. C'est également à eux que revient la tâche de négocier certaines modifications de l'organisation du travail avec la haute direction (Franche & al., 2005). Trois représentants des supérieurs se sont aussi portés volontaires pour faire partie du comité-conseil. Enfin, la responsable du service de santé ainsi que les agents de gestion de l'absence ont également été ciblés comme étant des acteurs incontournables du processus. Ainsi, tous ces éléments ralliaient les conditions essentielles à la réussite d'un programme de retour au travail : l'établissement d'un climat de confiance marqué par le respect, une communication efficace et une collaboration entre les différents acteurs internes ou externes visés par le retour au travail.

Le mandat du comité-conseil était de participer à une définition consensuelle du problème et des moyens à mettre en œuvre pour soutenir le retour au travail et le maintien en emploi des personnes à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale. Le comité a commencé à se rencontrer 1 an avant le début du projet, soit au moment de l'élaboration du protocole de recherche pour se poursuivre sur toute la durée du projet, soit sur une période de 4 ans. Ce comité devait également assurer la mise en œuvre d'une démarche qui s'appuie sur la cohérence des pratiques entre les différents acteurs du milieu et convenir de stratégies aptes à favoriser la mobilisation de l'ensemble du personnel de l'organisation autour de la problématique. Toutefois, en dépit des efforts déployés pour s'assurer de la représentation des acteurs concernés par la démarche, l'équipe de recherche a dû composer avec de nombreux changements parmi les membres du comité-conseil. En effet, bien que la répartition des membres soit restée la même, plusieurs d'entre eux ont dû être remplacés à la suite de départs à la retraite, de changement de fonctions ou devant quitter pour des problèmes de santé. Cette situation a eu un effet sur la capacité d'assurer une bonne compréhension du processus, et ce, en dépit des efforts déployés

par l'équipe de recherche pour rappeler les objectifs de la recherche et décrire le processus et les étapes déjà réalisées et pour rédiger des comptes rendus de toutes les réunions. Ceci soulève l'effet difficilement transférable de la participation aux décisions dans l'élaboration de la démarche. Ainsi, la participation aux discussions qui ont mené à certains choix n'est pas sans effet sur l'appropriation de ces décisions. Cette hypothèse s'appuie sur une théorie avancée par Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2003) mettant en lumière l'importance de *l'effet catalyseur* dans la réussite d'une démarche nécessitant la mobilisation des acteurs du milieu. Les auteurs stipulent que l'engagement des acteurs dès le début d'un projet revêt toute son importance dans le maintien de l'implication et du désir de conserver la coopération entre les différents membres du comité. L'effet catalyseur se manifeste lorsque chaque membre d'un groupe participe à l'élaboration d'une démarche commune visant à mobiliser la compétence des parties dans la prise de décisions. Il a pour effet de responsabiliser les acteurs et de leur donner un pouvoir décisionnel et le sentiment d'être engagés personnellement et collectivement dans une démarche de changement.

3. ÉLABORATION DE LA THÉORIE DE PROGRAMME

La méthode utilisée pour mettre au point le programme de retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale s'appuie sur une démarche scientifique en théorie de programme qui considère à la fois les données scientifiques et empiriques (Chen, 2005; Rossi, 2004; Weiss, 1997). La théorie de programme décrit « l'ensemble des postulats sur la manière dont un programme est relié aux bénéfices qu'il est censé produire, la stratégie et les tactiques qu'il a adoptées pour atteindre ses buts et ses objectifs » (Rossi, 2004).

Selon les recommandations de plusieurs auteurs (Chen, 2005; Patton, 1997; Rossi, 2004; Weiss, 1997), l'élaboration de la théorie de programme s'appuie sur : une démarche structurée de collectes d'informations à partir d'une analyse des données d'absence et d'entrevues auprès des acteurs engagés dans le processus de retour au travail afin de déterminer leurs pratiques actuelles; la consultation de documents organisationnels en matière de retour au travail; une recension de la littérature scientifique sur le sujet; une prise en compte des pratiques courantes mises en place dans les milieux de travail concernés par le problème. Ces renseignements ont permis de conceptualiser la théorie de programme composée d'un modèle théorique, d'un modèle logique et d'un modèle opérationnel. Les étapes suivantes ont mené à la création de la théorie de programme :

- À partir de la consultation d'une base de données de gestion des invalidités, tracer le portrait de la situation de l'absence au travail dans l'organisation au cours de l'année qui précédait l'établissement d'un programme de soutien au retour au travail.
- Déterminer les pratiques actuelles et les paradigmes qui sous-tendent la gestion des absences et les pratiques de retour au travail dans l'organisation à l'étude afin de produire une schématisation des pratiques usuelles en vigueur avant l'implantation du programme.
- Relever les fondements théoriques concernant le retour au travail en mettant à jour la littérature scientifique et normative sur le sujet.
- Recenser les pratiques de gestion des absences et de retour au travail mises en place dans différentes entreprises à partir d'entrevues réalisées auprès des responsables de la gestion des programmes ou des protocoles de retour au travail.
- À la lumière des résultats obtenus aux étapes précédentes et en partenariat avec le comité-conseil, élaborer un modèle théorique, un modèle logique et un modèle opérationnel d'un programme de soutien au retour au travail.

Les points 3.1 à 3.5 qui suivent présentent le détail méthodologique ainsi que les résultats de chacune de ces étapes.

3.1 Portrait de la situation initiale d'absence dans l'organisation

Cette étape vise à décrire la situation actuelle d'absence en raison d'un problème de santé mentale. Les données colligées, qui couvrent la période d'avril 2005 à mars 2006, proviennent d'une banque de données d'absence dont les informations portent notamment sur la personne (sexe, âge, ancienneté), l'emploi et le diagnostic. L'analyse de cette banque de données a permis de décrire l'évolution de la prévalence et de la durée des absences liées à un problème de santé mentale telle que diagnostiquée par le médecin traitant, en fonction du type de problème, du statut et du type d'emploi (voir l'ANNEXE B pour le détail des résultats).

3.1.1 Une situation d'absence des plus préoccupantes

Le portrait de la situation initiale des absences pour un problème de santé mentale trace une réalité des plus inquiétantes pour l'organisation. L'organisation comptait au total 3527 travailleurs. De ce nombre, 720 (20 %) travailleurs s'étaient absentés de leur travail entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006 en raison d'un problème de santé pour toute cause, 37 % des cas relevaient d'un problème de santé mentale. La prévalence des problèmes de santé mentale est de 8 % pour l'ensemble de l'organisation. Ce constat témoigne d'une problématique inquiétante pour l'organisation surtout lorsque l'on sait que les problèmes de santé mentale sont ceux qui génèrent les plus longues durées d'absence (Dewa & al., 2007). Une analyse de la base de données nationale sur les absences constituée par le réseau de la santé du Québec révèle que les problèmes de santé mentale constituent 34 % des diagnostics d'absence pour maladie chez les employés du secteur de la santé. C'est 44 % des sommes consacrées à l'assurance salaire qui va aux travailleurs touchés par cette problématique.

Ces résultats vont dans le sens des études réalisées à ce sujet. Selon Henderson et al. (2005), les problèmes de santé mentale « communs » tels que la dépression et l'anxiété contribuent davantage à l'augmentation des absences pour maladie en milieu de travail que les troubles mentaux sévères. Les troubles d'adaptation sont généralement les problèmes de santé les plus fréquents chez les travailleurs (Nieuwenhuijsen & al., 2003). Ce sont des troubles habituellement transitoires qui se manifestent par différents symptômes émotionnels (anxieux ou dépressifs) ou comportementaux (irritabilité, imprudence) en réaction à un événement stressant de la vie personnelle ou professionnelle. Des études avancent que plus de 50 % des personnes en arrêt de travail pour un problème de santé mentale auraient un diagnostic de trouble d'adaptation (LISV, 2000, dans Nieuwenhuijsen & al., 2003; van der Klink & al., 2003). Toutefois, Casey (2001) souligne qu'il est difficile d'en estimer l'importance puisque le diagnostic de trouble d'adaptation n'est pas considéré dans la plupart des études de prévalence des troubles mentaux. De façon générale, les absences des personnes qui ont un trouble d'adaptation sont estimées à de courtes durées variant de 4 à 6 semaines, le temps pour elles de se remettre des événements stressants (MSSS, 2009). Toutefois, lorsque la situation stressante perdure, les symptômes risquent de s'aggraver et de conduire à un problème de santé plus important, dont la dépression majeure (Vézina & al., 1992).

Les troubles de l'humeur, dont la dépression majeure, sont associés à de plus longues périodes d'absence (Brenninkmeijer & al., 2008; Kessler & al., 2006; Nieuwenhuijsen & al., 2006). L'analyse des données d'une enquête de population menée en France auprès d'un échantillon représentatif de travailleurs révèle une prévalence des troubles de l'humeur de 10 % chez les hommes et de 14 % chez les femmes (Cohidon & al., 2009). Cette catégorie inclut également les personnes qui souffrent de troubles bipolaires, une maladie qui survient généralement avant l'âge de 35 ans et qui se distingue par la présence de périodes anormalement euphoriques et de dépression majeure. Les troubles anxieux sont ceux qui génèrent les plus longues périodes d'absence, notamment parce que les personnes ont plus de difficultés à consulter. On y trouve le trouble de panique, les phobies, le trouble obsessionnel-compulsif et l'anxiété généralisée. L'étude de Cohidon et al. (2009) révèle une prévalence de troubles anxieux de 17 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes. La prévalence des troubles anxieux, tous diagnostics confondus, serait plus élevée que celle de la dépression majeure (Pélissolo & al., 2002; Waghorn

& Chant, 2005) soit de 20 % à 25 % (Cohidon, 2009; Kessler & al., 1994; Leon, Portera & Weissman, 1995). Ces diagnostics peu fréquents chez les sujets de la présente étude sont aussi ceux dont la durée moyenne d'absence est la plus élevée. La durée moyenne totale des absences en raison d'un problème de santé mentale étant de 158 jours soit 207 jours pour les troubles de l'humeur, 126 jours pour les troubles d'adaptation et 299 jours pour les troubles anxieux.

En plus de ces problèmes de santé mentale, certains travailleurs peuvent présenter des dysfonctions sur le plan de la personnalité. Ces dysfonctions ne sont pas nécessairement considérées comme une maladie bien qu'elles puissent générer des difficultés sur le plan relationnel ou comportemental. Aussi, dans une proportion beaucoup plus faible, certains travailleurs peuvent avoir des troubles psychotiques, dont la schizophrénie. Ces problèmes de santé sont plus associés à des troubles mentaux sévères pour lesquels l'intégration professionnelle et le maintien en emploi demeurent un défi majeur (Corbière, Lesage, Villeneuve & Mercier, 2006; Corbière, 2008). Par ailleurs, dans la présente étude, la majorité des épisodes d'absence pour un problème de santé mentale sont survenus chez des travailleurs à temps complet et à temps partiel régulier. Cependant, c'est chez les employés à temps complet temporaire que l'on trouve les absences de plus longue durée. Soulignons aussi que les infirmières et les préposés aux bénéficiaires sont les types d'emploi parmi lesquels il y a eu le plus d'épisodes d'absence pour un problème de santé mentale et que c'est chez les travailleurs de bureau et les infirmières que la durée moyenne d'absence est la plus élevée. À ce sujet, une étude réalisée dans le secteur de la santé auprès de 1454 infirmières de la région de Québec montre également que les problèmes de santé mentale se classaient au premier rang des diagnostics les plus fréquents avec 25 % des épisodes qui duraient en moyenne 70 jours, suivis des problèmes musculosquelettiques (18 %) qui duraient 41 jours en moyenne (Bourbonnais & al., 2005).

3.2 Description des pratiques et des paradigmes du milieu

L'objectif de cette étape consiste à mettre en lumière les pratiques actuelles et les paradigmes qui sous-tendent la gestion des absences et les pratiques de retour au travail du milieu afin de schématiser le modèle opérationnel des pratiques en vigueur. Pour réaliser cet objectif, l'équipe de recherche a :

- Réalisé 31 entrevues individuelles auprès des acteurs-clés de l'organisation (7 cadres supérieurs, 10 supérieurs immédiats, 7 représentants des services de santé au travail, 6 représentants syndicaux et représentants des travailleurs) pour cerner, à partir de questions et de récits de cas, les groupes d'acteurs visés, leurs rôles, leurs pratiques et leurs relations avec les autres acteurs;
- Consulté les documents actuellement utilisés dans la gestion des absences et le retour au travail.

La méthodologie utilisée pour les entrevues et les résultats est présentée à l'ANNEXE C.

3.2.1 Les enjeux des organisations, les valeurs et l'engagement des acteurs

L'analyse des pratiques et des paradigmes des acteurs du milieu montre que l'organisation est au centre d'un système complexe composé de différents groupes d'acteurs aux pratiques et aux cultures différentes. Un système où les acteurs prennent des décisions et mènent parfois des actions qui ont des objectifs et des finalités différentes. Un système également marqué par de multiples exigences parfois même contradictoires. Les travaux de Contandriopoulos,

Champagne, Denis et Avargues (2000) ont montré que la capacité d'un tel système à atteindre ses objectifs dépend du degré de cohérence entre ses différentes parties. Cette cohérence a été évaluée à partir d'une analyse des rôles et responsabilités, des mécanismes d'action et de prise de décisions, des ressources et des principes et valeurs de chacun des groupes d'acteurs engagés dans le processus de gestion des absences et de soutien au retour au travail.

Les rôles et les pratiques des cadres supérieurs en matière de soutien et d'accompagnement du retour au travail consistent principalement à assurer la transmission des orientations de l'organisation en matière de gestion des absences et de pratiques, notamment, auprès des cadres intermédiaires, soit les supérieurs immédiats. Les cadres supérieurs ont aussi la responsabilité de suivre les coûts d'absence dans leur direction et de voir à leur diminution, en plus de soutenir et d'outiller les supérieurs immédiats pour la réalisation de leur mandat. L'analyse des valeurs et des principes véhiculés par les cadres supérieurs a permis de dégager l'existence de visions et perspectives dissemblables au sein des directions. Ces différences génèrent des pratiques contradictoires entre les acteurs, mais elles contribuent aussi à semer la confusion auprès des supérieurs immédiats et des acteurs du service de santé qui auront à opérationnaliser les attentes de la haute direction. Une des conséquences possibles serait la mise en œuvre de pratiques qui ont des effets à court terme, ou encore, chez les cadres, les supérieurs et les acteurs du service santé, de pratiques ayant une incidence rapide sur les coûts en assurance salaire. De plus, les valeurs et les principes véhiculés par les supérieurs immédiats en matière de gestion des absences et de retour au travail traduisent leur difficulté à passer d'une représentation « individualisante » et « psychologisante » du problème à un paradigme multicausal qui tient compte de la complexité de la démarche. Cette difficulté prend la forme d'une multitude de principes qui guident une diversité de pratiques chez ce groupe d'acteurs. Or, des études ont montré que les supérieurs qui adoptent des comportements de soutien lors du retour au travail ont plus de succès en matière de réadaptation (Corbière & Lecomte, 2007). De plus, les travaux de Corbière et al. (2009) ont montré que l'estime de soi en tant que travailleur, chez les personnes qui ont un trouble mental grave et qui ont obtenu un emploi, augmente lorsque la relation avec le supérieur immédiat est satisfaisante.

En ce qui concerne les membres du personnel du service de santé, ils sont parmi les premiers à intervenir dans le processus. C'est à eux que revient la responsabilité de gérer le dossier d'invalidité en assurance salaire. Ils vont également assurer un suivi des absences auprès des travailleurs et mettre en place certaines mesures d'évaluation médicale et de surveillance du plan de traitement. À ces fonctions s'ajoute également celle d'offrir un soutien aux travailleurs pendant leur absence; dans plusieurs cas, ils seront de fait les premiers à entrer en contact avec eux. Le personnel du service de santé doit aussi apporter son soutien aux supérieurs immédiats qui le consultent parfois pour la gestion de l'absence et lors du processus de retour au travail. Pris à l'interface des besoins des travailleurs et des demandes des supérieurs, il aura à conjuguer avec des demandes contradictoires. Il est également encouragé par la haute direction à soutenir les personnes absentes tout en ressentant une vive pression pour diminuer le taux d'absences. Ces exigences paradoxales de sa mission se traduisent également dans ses rapports avec les supérieurs qui, selon leurs visions et principes, auront des demandes plus axées sur les pratiques de soutien ou sur un contrôle accru des motifs d'absence et de la durée du retrait de certains employés. Aussi, nous avons vu comment le recours à l'expertise psychiatrique permet de tracer une ligne entre cette zone grise liée à l'exercice d'une mission paradoxale. Ainsi, on peut se

demander si cette dualité appuie réellement la vision de soutien de l'organisation compte tenu du fait que la gestion de l'absence est davantage associée à l'atteinte de finalités comme la diminution de coûts liés à l'absentéisme, laissant peu de place à la création d'un environnement favorisant des attitudes de respect, d'écoute, d'ouverture, d'empathie face à la situation d'absence pour des raisons de santé mentale.

Enfin, les acteurs syndicaux ont principalement pour rôle et responsabilités de soutenir les travailleurs dans le processus de rétablissement, de retour au travail et de maintien en emploi. Souvent les derniers avertis de l'absence d'un travailleur, ils seront les premiers à devoir intervenir en cas de litige, puisqu'ils vont recevoir ses plaintes et l'accompagner dans ses démarches. Or, ils doivent également tenir les rênes de la convention collective et s'assurer que les droits de tous les travailleurs sont respectés. Toutefois, les conventions collectives, qui réservent souvent les travaux les moins exigeants physiquement aux travailleurs ayant le plus d'ancienneté, peuvent constituer un obstacle à l'accommodement des travailleurs lors d'un retour au travail (Baril & al., 2003). Selon Baril-Gingras (2003), les valeurs véhiculées par les acteurs seront grandement déterminantes dans les changements visés par une entreprise. Ces valeurs serviraient aussi de guide de conduite aux différents acteurs (Schwartz, 1992), lorsqu'elles sont partagées, les membres d'une organisation s'identifient les uns aux autres et ont tendance à mieux s'orienter vers des buts communs et à s'accorder sur les moyens de les atteindre (Schwartz & Sagie, 2000). Or, les logiques d'action qui sous-tendent les pratiques des acteurs-clés rencontrés dans le cadre de cette étude s'inscrivent au sein de trois rationalités : 1) la rationalité économique, dominée par une logique d'assurance et une préoccupation majeure des coûts élevés engendrés par les absences pour cause de maladie; 2) la rationalité organisationnelle, centrée sur les conditions de travail difficiles et la raréfaction de la main-d'œuvre; 3) la rationalité humaine et subjective, concernée avant tout par la santé et le bien-être au travail.

L'analyse du discours des différents acteurs-clés a permis de faire émerger la nécessité d'une prise de position claire sur les valeurs et les orientations de la direction en matière de gestion des absences et du retour au travail. Il est intéressant de constater que même en témoignant de sa prise de position marquée pour une approche de soutien des personnes et de l'organisation, le directeur général faisait le constat du maintien de visions différentes et souvent contradictoires au sein de son organisation. Cette étape de la recherche a conduit le comité-conseil à s'engager : 1) dans l'élaboration d'un cadre de référence définissant la vision de soutien proposée par l'organisation ainsi que 2) dans un travail de concertation entre les différents groupes d'acteurs permettant de décrire et de préciser leurs rôles et leurs responsabilités liés à la démarche de soutien au retour au travail. Ce constat a également mis en lumière la nécessité de désigner un responsable qui assurerait l'interface entre les différents rôles des acteurs afin de favoriser la collaboration et la cohérence des pratiques.

3.3 Pratiques organisationnelles en matière de gestion des absences et de retour au travail

Cette étape vise à recenser les pratiques de gestion des absences et de retour au travail mises en place dans différentes entreprises à partir d'entrevues réalisées auprès des responsables de la gestion des programmes ou de protocoles de retour au travail. Cette étude a permis de mettre en

lumière les différentes pratiques de gestion des invalidités dans ces différents milieux de travail. Aussi, dans le but d'obtenir un modèle d'intervention plus généralisable, la sélection des entreprises a été effectuée sur la base de la diversité; les entreprises choisies illustrent différents modèles de pratiques organisationnelles. Ces entreprises devaient avoir un programme de retour au travail construit pour leurs travailleurs et être administré par l'entreprise elle-même, et non par une firme externe. Des organisations des secteurs public, parapublic et privé de la province de Québec ont été ciblées. De plus, différents secteurs d'activités (primaire, secondaire et tertiaire) ont été sélectionnés afin de couvrir un éventail plus large des différents types de pratiques organisationnelles. L'échantillonnage a été constitué selon la méthode non-probabiliste, c'est-à-dire en fonction de certaines caractéristiques précises de la population (Chauchat, 1985, cité par Poupart & al., 1997). Au total, 17 entrevues ont été réalisées auprès de représentants ou d'intervenants dans le cadre de protocole ou de programme de retour au travail au sein de 13 entreprises des secteurs public, parapublic et privé. Pour connaître les détails sur les données recueillies lors des entrevues réalisées auprès de représentants du programme de retour au travail ainsi que la description des pratiques de retour au travail des entreprises sélectionnées (voir ANNEXE D).

3.3.1 Un regard sur les pratiques organisationnelles

Certaines entreprises ont commencé à s'intéresser au retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale et elles ont eu l'audace de mettre en œuvre certaines pratiques. L'étude a d'ailleurs permis de faire ressortir la grande variabilité de ces pratiques. Il a aussi été observé que les protocoles ou les programmes de retour au travail sont rattachés à différents services dans l'organisation et qu'ils sont offerts par des intervenants qui possèdent des formations assez variées. Pour chacune des entreprises, un modèle opérationnel a été élaboré dans le but de résumer les pratiques organisationnelles mises en œuvre dans le cadre de son programme ou son protocole de retour au travail. L'analyse des différents modèles a permis de faire émerger un certain nombre de pratiques communes à l'ensemble des entreprises. Toutefois, une des limites importantes de cette étude est l'absence de validation auprès des autres acteurs du milieu; elle a en effet essentiellement été réalisée auprès des responsables du programme. Dans quelle mesure ces pratiques ont-elles bel et bien été implantées et quels en sont les résultats ? Une analyse plus approfondie permettrait de mieux préciser ces dimensions.

Cette étude a également permis de faire émerger trois éléments qui semblent avoir favorisé l'élaboration de pratiques organisationnelles, soit les coûts engendrés, les obligations légales et la santé du personnel. En effet, les absences pour des raisons de santé mentale engendrent des coûts importants et les organisations visitées avaient pour objectif de réduire ces coûts. De plus, la création d'obligations légales, telles que l'obligation d'accommodement et la disposition de la Loi sur les normes du travail portant sur le harcèlement psychologique, a aussi été mentionnée comme un facteur ayant aidé les organisations à commencer leurs interventions. Ces deux types de préoccupations influent sur le recours à certaines pratiques qui sont parfois contradictoires. De plus, la majorité des activités de prévention répertoriées dans les organisations visent la prévention secondaire et tertiaire des problèmes de santé mentale. Peu d'activités touchent à la prévention primaire. Précisons enfin que toutes les entreprises visitées ont des intervenants exclusivement dédiés à la réalisation des activités prévues dans le cadre des protocoles de retour au travail. Ces intervenants assurent des niveaux variés d'interventions, passant du simple contrôle des absences à la coordination d'activités plus structurées auprès des différents acteurs du milieu.

3.4 Fondements théoriques en matière de gestion des absences et de retour au travail

Pour les fins de cette recherche, il s'est avéré nécessaire de réaliser une mise à jour de la littérature portant sur les différentes pratiques de soutien à l'emploi des travailleurs et travailleuses absents en raison d'un problème de santé mentale ou physique. Pour ce faire, différentes banques de données ont été consultées : CINAHL, Meldine, PsycInfo, Current Contents, American Business Index, Proquest, Science Direct, Sociological Abstracts et ASSIA. La recension des études s'est faite à l'aide des mots-clés suivants : *workplace, return to work, rehabilitation, job re-entry, sick leave, absenteeism, program evaluation, evidence-based practice, mental illness, mental health, depression, burnout, anxiety, adjustment disorders, psychological distress, disability management, human resource management, compensation costs, organizational behaviour, psychosocial work environment, organizational factors,*

stakeholder relationships. Dans l'objectif de rendre cette partie complète, différents documents non publiés tels que des rapports de recherche, des articles soumis ainsi que des résumés de présentations scientifiques ont été consultés. De plus, une recherche sur le Web a mené à la description d'autres programmes de gestion et de retour au travail pour lesquelles aucune étude scientifique n'avait été effectuée. Cette étape a permis d'établir les fondements théoriques et les bonnes pratiques en matière de gestion des absences et de retour au travail.

Les études portant sur la réintégration au travail en santé mentale nous incitent à tenir compte des facteurs individuels, mais également à bien considérer le rôle du soutien offert en milieu de travail pour aider les personnes à réintégrer leur emploi. Le modèle de la dynamique des facteurs liés au processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle en santé mentale au travail (St-Arnaud & al., 2003) ainsi que le guide et les outils proposés pour le maintien et le retour au travail en matière de troubles musculosquelettiques (Stock & al., 2005) ont permis d'appliquer les fondements théoriques à la mise en œuvre d'une approche intégrée de la gestion de l'incapacité et du retour au travail en santé mentale. Le modèle dynamique des facteurs liés au processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle, présenté à la figure 3 (St-Arnaud & al., 2003), met en évidence le fait que la santé mentale et la capacité de travail sont définies par l'interaction dynamique qu'exercent entre eux les caractéristiques individuelles, l'environnement psychosocial de travail et les événements de la vie hors travail.

Ce modèle permet également de situer l'évolution du processus de réintégration professionnelle dans le temps en fonction des événements qui ont précédé l'arrêt de travail, du processus de restauration des capacités et de la gestion médico-administrative de l'absence, et enfin des conditions de travail qui favorisent le rétablissement de l'état de santé et le recouvrement des capacités de travail. Le retour au travail ne marque pas nécessairement le recouvrement de la santé et des capacités de travail. En effet, ce dernier ne se fait pas à l'issue d'un recouvrement complet de la santé, mais plutôt à travers un processus continu où, peu à peu, la santé se reconstruit au sein même de l'activité de travail. La possibilité de revenir progressivement au travail, de bénéficier de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs, mais surtout, l'aménagement de l'environnement psychosocial de travail sont un déterminant majeur d'un retour au travail réussi, qui marquent les conditions d'un passage d'une vulnérabilité menacée à une vulnérabilité rassurée. Suivant ce modèle, il s'avère donc important d'intervenir sur l'environnement de travail si l'on veut favoriser un retour au travail réussi et un maintien en emploi.

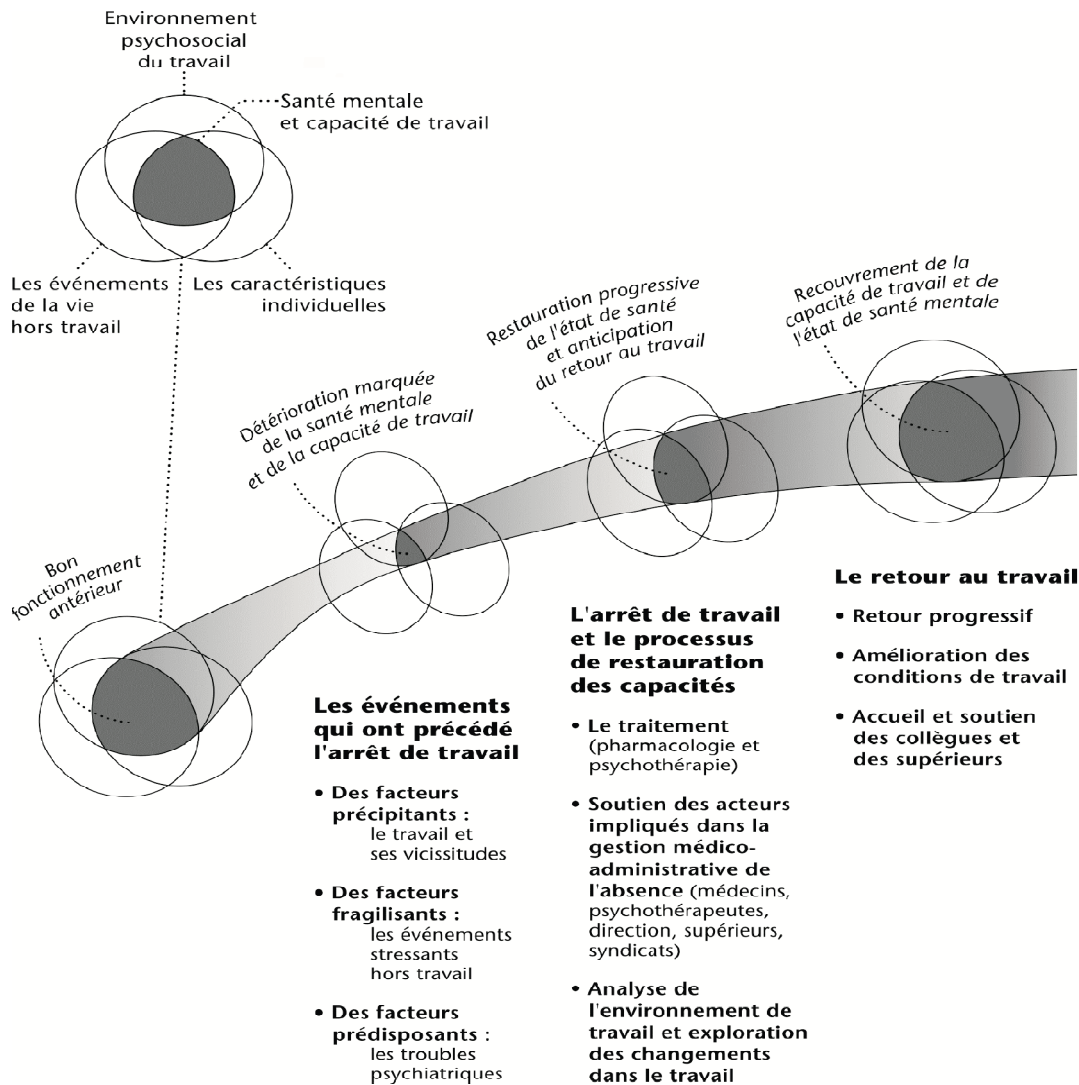


Figure 3 - Modèle dynamique des facteurs liés au processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle (Saint-Arnaud & al., 2003)

Le retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale demeure particulièrement difficile et précaire si l'on ne tient pas compte des facteurs de risque liés au travail. Le manque de reconnaissance au travail, un faible soutien social de la part des supérieurs et des collègues, l'absence de pouvoir décisionnel pour décider « comment faire le travail » sont parmi les plus importants facteurs de risque à la santé mentale au travail (Jonhson & Hall, 1988; Karasek, 1979; Siegrist, 1996). À l'inverse, se sentir soutenu dans les situations difficiles, avoir de l'influence sur son travail, se sentir respecté et estimé sont des facteurs de prévention des problèmes de santé mentale au travail. Ces facteurs de prévention peuvent devenir les facteurs-clés du soutien au rétablissement et au retour au travail réussi en opérant un renversement des facteurs de risque en un facteur de soutien au rétablissement et au retour au travail (voir figure 4, ANNEXE E).

Selon plusieurs études, au plan organisationnel, l'engagement de la haute direction en matière de santé et sécurité contribue à la réduction des lésions (Habeck, Scully, van Tol & Hunt, 1998;

Shannon, Mayer & Haines, 1997). Les valeurs et les attitudes de la direction ont un effet significatif sur la réussite des interventions. Ceci se traduit par une préoccupation de la santé et sécurité des travailleurs et un appui soutenu aux programmes de retour au travail, aux interventions de prise en charge et aux programmes de prévention. De plus, en privilégiant un style de gestion participative au sein de l'entreprise, la haute direction permet aux travailleurs et aux supérieurs immédiats d'être partie prenante à la planification et à l'implantation d'un programme de retour au travail (Stock & al., 1999). Ce mode de gestion rallie les conditions essentielles à la réussite d'un programme de retour au travail : l'établissement d'un climat de confiance marqué par le respect, une communication efficace et une collaboration entre les différents acteurs internes ou externes concernés par le retour au travail (Baril & al., 2003; Stock & al., 1999). À l'inverse, les recours légaux réduisent la confiance et interfèrent dans le processus de retour au travail. Ils sont considérés comme des obstacles au retour au travail (Baril & al., 2003). Un retour au travail réussi dépend de l'adhésion et du consensus chez toutes les parties du milieu de travail incluant la haute direction, les syndicats et les superviseurs (Baril & al., 2000). La concertation des différents acteurs touchés par le processus de retour au travail, leurs connaissances des objectifs et des rôles de chacun sont des éléments qui devraient aussi favoriser le retour au travail dans de meilleures conditions, diminuer le risque de rechutes et contribuer au maintien en emploi (Baril & al., 2003; Durand & Loisel, 2001; Franche & al., 2005; James, Cunningham & Dibben, 2002; McLellan, Pransky & Shaw, 2001; St-Arnaud & al., 2003, 2006). Cette concertation des divers acteurs demeure un élément-clé pour établir les différents enjeux du retour au travail et dégager des objectifs communs sur lesquels il sera possible de s'appuyer pour mettre en œuvre une approche intégrée de la gestion de l'incapacité. Une des façons de construire un programme en partenariat avec les acteurs est d'utiliser une démarche de théorisation de programme (Rossi, 2004).

La volonté de la haute direction se manifeste également dans le choix des objectifs de résultat qui sont soumis aux gestionnaires. Les paramètres retenus ne doivent pas se limiter seulement aux indicateurs de performance traditionnels (taux d'absence, nombre de jours perdus), mais doivent intégrer des mesures sur les pratiques visant l'amélioration des conditions de santé dans les milieux de travail (Roy, Desmarais & Cadieux, 2005). À cet effet, l'élaboration et la mise en place de mesures de soutien des travailleurs et leur arrimage avec les activités de production peuvent s'avérer un indicateur pour évaluer l'efficacité des interventions. Une meilleure articulation entre la production et les interventions en prévention de l'incapacité évite les situations de conflit de rôle chez les supérieurs immédiats et favorise leur engagement (Stock & al., 1999). De plus, afin de soutenir des changements durables dans leurs attitudes à l'égard des travailleurs qui manifestent de l'inconfort, les pratiques de gestion de l'incapacité doivent faire partie intégrante des évaluations régulières de rendement des supérieurs immédiats (McLellan & al., 2001). Plusieurs études attribuent un rôle significatif au supérieur de par sa position et ses attitudes à l'égard des employés (Gates, 1993; Holmgren & Ivanoff, 2007; Linton, 1991; McLellan & al., 2001; Shaw, Robertson, Pransky & McLellan, 2006; Wood, 1987). Sa réceptivité à l'égard du travailleur et la sensibilisation des pairs sur l'effet de l'incapacité dans le cours du travail ont des répercussions importantes sur le retour au travail (Gates, 1993). Dans le cas d'une absence liée à un problème de santé mentale, la récupération des capacités de travail sera influencée par les attitudes et les comportements de soutien des collègues et du supérieur dans la mesure où le rapport au travail de l'employé sera jugé favorablement (St-Arnaud, Saint-Jean & Damasse, 2004).

Une formation destinée aux supérieurs immédiats sur les facteurs contribuant au retrait du travail et ceux facilitant la réinsertion professionnelle à la suite d'un problème de santé mentale leur permettrait donc d'acquérir les connaissances nécessaires sur la prévention et la réadaptation en santé mentale au travail et d'acquérir un savoir-faire au plan des habiletés comportementales et communicationnelles. Comme le suggère l'étude de Wood (1987), un atelier pourrait traiter de la prise de contact avec l'employé absent par le supérieur, de la transmission d'un message positif et de la proposition de modification dans les tâches. De plus, une démarche systématique serait proposée aux supérieurs immédiats comportant un contact avec l'employé pendant la période de réadaptation, une rencontre de préparation du retour au travail et une autre de suivi pour l'évaluation des résultats (Linton, 1991). Les contacts avec l'employé absent se caractérisent par une attitude d'empathie et des interventions de rassurance afin de protéger le processus de rétablissement. Les études portant sur les interventions efficaces en gestion de l'incapacité en santé physique ont utilisé une approche de la prévention de l'incapacité axée sur la rassurance du patient (Loisel & al., 2001). L'adoption d'une telle approche nécessite de passer d'une perspective parcellaire à une perspective systémique de la réadaptation au travail qui considère la personne et son environnement, et ce passage requiert des changements importants dans les rôles des acteurs concernés et dans les processus (Durand & al., 2001). Des mesures médico-administratives pourraient s'appliquer de façon à ne pas compromettre ce processus. La préparation du retour au travail implique en premier lieu une évaluation des différents facteurs qui ont participé à l'absence en vue de déterminer les mesures de soutien appropriées au retour au travail (St-Arnaud, 2004).

Il est également suggéré que des stratégies en milieu de travail soient mises en œuvre pour améliorer la communication entre les médecins traitants et le milieu de travail : la création d'un formulaire qui serait acheminé au médecin traitant, contenant des informations sur les limitations fonctionnelles ou les restrictions du travail destinées à guider le milieu de travail quant à la sélection de tâches modifiées, ou un contact téléphonique au médecin traitant afin de discuter du retour au travail (Baril & al., 2003; Stock & al., 1999). Cette procédure évite de placer le médecin en conflit de rôle entre le rétablissement de son patient et les préoccupations de l'entreprise en matière d'absentéisme (Stock & al., 1999). L'élaboration d'un plan de retour au travail permet également de déterminer les stratégies qui contribuent à la restauration des capacités de travail et qui assurent un équilibre entre les objectifs de réadaptation et les objectifs de rendement (utilisation d'une mesure de retour progressif accompagnée de possibilités d'aménagement des conditions de travail, soit une progression dans la tâche et dans le temps) (St-Arnaud, 2004). Une attention sera portée pour que des tâches valorisantes soient attribuées à l'employé afin de renforcer le processus de reconstruction du sens au travail. Différents éléments doivent aussi être pris en considération dans le choix des tâches : la faisabilité, l'organisation du travail, le respect d'une convention collective, les ressources disponibles et le point de vue du travailleur et de ses collègues (Stock & al., 2005). D'ailleurs, cette appréciation permettra d'évaluer les répercussions d'un retour au travail d'un employé sur la charge de travail des collègues, de préserver les rapports sociaux de travail et de mettre en place les conditions assurant la réussite du retour et du maintien en emploi. À l'étape du retour, il est recommandé d'effectuer un suivi immédiat afin de s'assurer que les exigences du travail correspondent aux capacités de l'employé (Stock & al., 2005). Il y a lieu aussi de vérifier la présence de facteurs qui contribuent significativement à la restauration des capacités de travail : un retour progressif, des modifications aux conditions qui ont contribué au retrait ainsi que l'accueil et le soutien du

supérieur et des collègues. Par la suite, un suivi périodique permettrait de faire les ajustements requis dans le travail en fonction de la condition de l'employé (Stock & al., 2005). Il est important que cette démarche s'inscrive dans une perspective d'utilisation optimale des capacités de l'employé sans qu'il y ait précipitation du retour au travail (Stock & al., 2005). Le retour au travail ne se fait pas à l'issue d'un recouvrement complet de la santé, mais plutôt à travers un processus continu où, peu à peu, la santé se reconstruit au sein même de l'activité de travail, et ce, à l'aune des exigences du travail (St-Arnaud, 2001). Enfin, l'amélioration des pratiques se fait à travers une démarche concertée, en partenariat avec les acteurs concernés, favorisant la réflexion à la fois sur les pratiques actuelles et sur les données probantes (Patton, 1997; Weiss, 1997). La mise en œuvre de programmes (et de bonnes pratiques) doit aussi s'appuyer sur une démarche systématique d'élaboration d'une théorie de programme qui considère à la fois les données scientifiques et empiriques (Chen, 2005; Rossi, 2004; Weiss, 1997).

3.5 Théorie de programme

Deux présentations ont suivi ces premières étapes du projet de recherche, l'une au comité-conseil, l'autre au comité de régie de l'organisation, soit à tous les directeurs et cadres supérieurs de l'organisation. La première visait à présenter les résultats des entrevues menées auprès des acteurs-clés de l'organisation. Ce fut l'occasion, pour le comité-conseil d'en arriver à un premier constat d'importance : l'inexistence d'une vision commune dans l'organisation en matière d'absence pour maladie et de retour au travail. La deuxième présentation visait à présenter les pratiques organisationnelles mises en place dans différentes entreprises en ce qui concerne la gestion des absences et du retour au travail et les fondements théoriques. À la suite de cette présentation, le comité-conseil a dû se prononcer sur les bonnes pratiques proposées et construire la théorie de programme, en partenariat avec l'équipe de recherche. Cinq rencontres ont eu lieu à intervalles d'une semaine afin de bâtir conjointement la théorie de programme. Chaque rencontre débutait par une présentation de l'avancement des travaux résultant de l'analyse des commentaires et suggestions de la rencontre précédente. Une fois la théorie de programme approuvée par le comité-conseil, l'équipe de recherche procédait à sa modélisation afin de faciliter l'évaluation ultérieurement. La théorie de programme élaborée dans le cadre de ce projet comporte un modèle théorique du problème, un modèle logique du programme et un modèle opérationnel. Le modèle théorique du problème documente les fondements théoriques et empiriques de la situation problématique sur laquelle on veut agir avec le programme. Le modèle logique présente l'objectif ultime du programme visant à agir sur la situation problématique, les objectifs d'intervention qui répondront à l'objectif ultime et les objectifs de production destinés à réaliser plus précisément les objectifs d'intervention. Le modèle opérationnel a pour but de concrétiser le modèle logique en un plan d'action. Ainsi, chacun des objectifs de production se voit attribuer un processus d'action représentant ce qui doit être réellement mis en place pour réaliser le programme. Pour une description détaillée du modèle théorique, du modèle logique et du modèle opérationnel (voir figure 5).

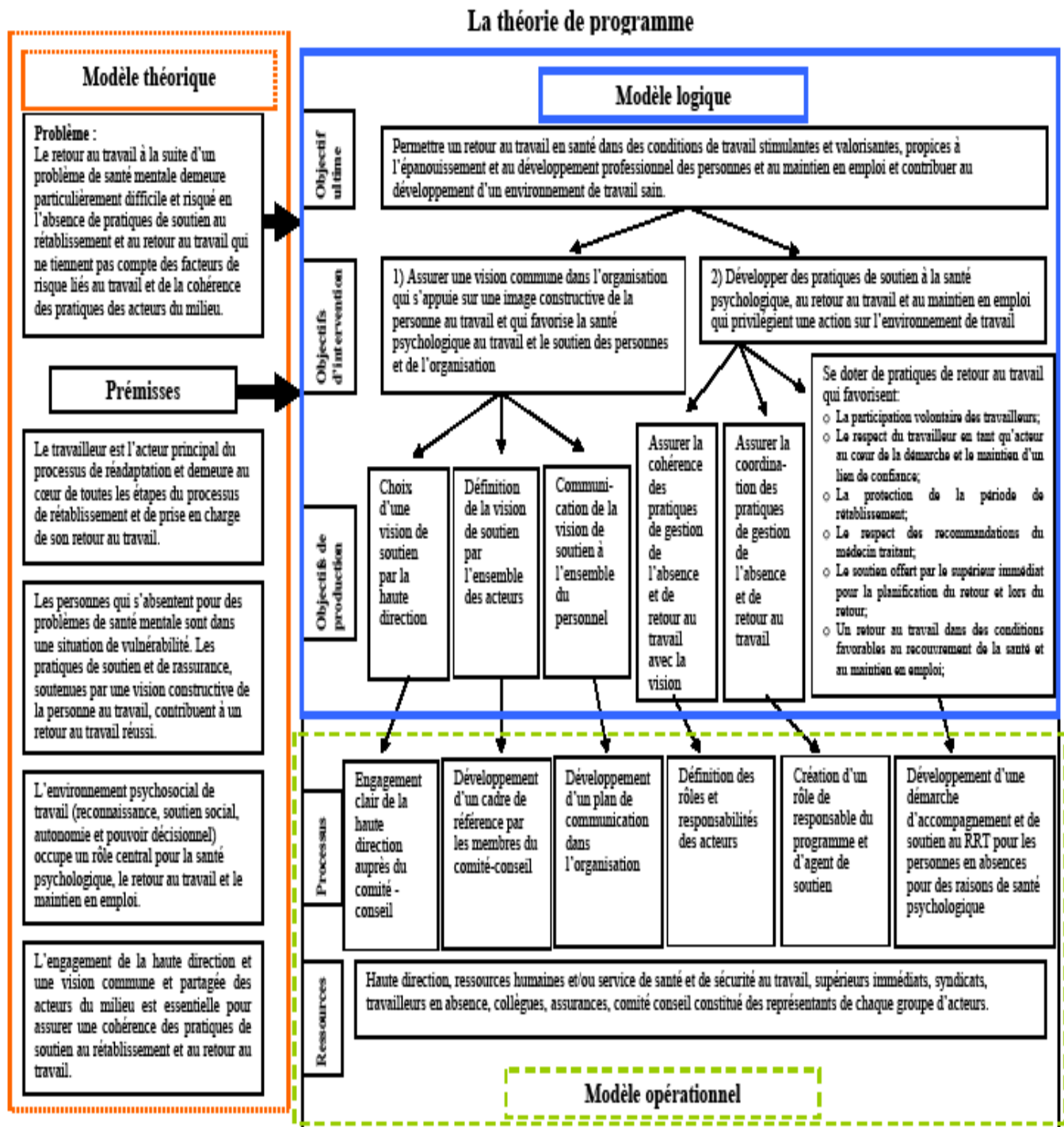


Figure 5 - Synthèse de la théorie de programme

3.5.1 *Modèle théorique*

3.5.1.1 Définition du problème

Le retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale demeure particulièrement difficile et risqué en l'absence de pratiques de soutien au rétablissement et au retour au travail qui ne tiennent pas compte des facteurs de risque liés au travail et de la cohérence des pratiques entre les acteurs du milieu.

3.5.1.2 Prémisses théoriques

Au regard de l'analyse des fondements théoriques en matière de gestion des absences et du retour au travail, quatre grandes prémisses ont été dégagées afin de soutenir l'élaboration du programme de retour au travail en santé mentale :

- Le travailleur est l'acteur principal du processus de réadaptation et demeure au cœur de toutes les étapes du processus de rétablissement et de prise en charge de son retour au travail;
- Les personnes qui s'absentent pour des problèmes de santé mentale sont dans une situation de vulnérabilité. Les pratiques de soutien et de rassurance, soutenues par une vision constructive de la personne au travail, contribuent à un retour au travail réussi;
- L'environnement psychosocial de travail (reconnaissance, soutien social, autonomie et pouvoir décisionnel) occupe un rôle central pour la santé mentale, le retour au travail et le maintien en emploi;
- L'engagement de la haute direction et une vision commune et partagée des acteurs du milieu sont essentiels pour assurer une cohérence des pratiques de soutien au rétablissement et au retour au travail.

3.5.2 *Modèle logique*

C'est donc à partir de la définition du problème et des prémisses théoriques que le modèle logique de la théorie de programme a été conçu.

3.5.2.1 Objectif ultime du programme

Permettre un retour au travail en santé dans des conditions de travail stimulantes et valorisantes, propices à l'épanouissement et au développement professionnel des personnes et au maintien en emploi en contribuant à l'aménagement d'un environnement de travail sain.

3.5.2.2 Objectifs d'intervention

- Assurer une vision commune dans l'organisation qui s'appuie sur une image constructive de la personne au travail et qui favorise la santé mentale au travail et le soutien des personnes et de l'organisation;
- Mettre en œuvre des pratiques de soutien à la santé mentale, au retour au travail et au maintien en emploi qui privilégient une action sur l'environnement de travail.

3.5.2.3 Objectifs de production

1. Afin d'assurer une vision commune dans l'organisation qui s'appuie sur une image constructive de la personne au travail et qui favorise la santé mentale au travail et le soutien des personnes et de l'organisation, il faut plus précisément : Que la haute direction choisisse une vision de soutien des personnes et de l'organisation; Que la vision de soutien soit définie par l'ensemble des acteurs concernés; Que la vision de soutien soit communiquée à l'ensemble du personnel.

1.1 Le choix d'une vision de soutien par la haute direction

Afin de s'assurer que la haute direction adhère aux grandes prémisses de la théorie de programme et qu'elle fasse le choix d'adopter une vision de soutien dans son organisation, il faut **obtenir un engagement clair de la part de la haute direction**, auprès du comité-conseil, de privilégier cette vision de soutien plutôt qu'une vision d'encadrement et de contrôle des absences. Cet engagement doit être exprimé clairement et mis par écrit, par exemple dans un compte rendu d'une rencontre du comité-conseil. De plus, l'engagement de la haute direction peut se concrétiser par la mise en place de modes de reconnaissance à l'égard des supérieurs immédiats qui mettent en place des pratiques de soutien auprès des travailleurs de leur équipe.

1.2 La définition de la vision de soutien par l'ensemble des acteurs concernés

La définition de la vision de soutien par l'ensemble des acteurs concernés peut se réaliser par **l'élaboration d'un cadre de référence sur la santé mentale au travail et le soutien des personnes et de l'organisation**. Il est important que chaque groupe d'acteurs concernés par la gestion des absences et du retour au travail participe activement à la définition du cadre de référence afin de favoriser la prise en compte des différents points de vue et réalités dans l'organisation et, ainsi, faire en sorte que chacun se reconnaisse dans cette nouvelle vision dans l'organisation. Les objectifs de l'élaboration d'un cadre de référence sont : Se doter d'une politique claire sur les orientations de la direction en matière de gestion des absences et du retour au travail visant à démontrer l'appui solide de la haute direction à une approche de soutien au rétablissement et au retour au travail; Assurer l'expansion d'une compréhension commune de cette approche dans l'ensemble de l'organisation.

1.3 Communication de la vision de soutien à l'ensemble du personnel

Concrètement, il s'agit ici d'**élaborer un plan de communication dans l'organisation** afin de diffuser la vision de soutien et ses différentes composantes à l'ensemble du personnel. Pour assurer une vision commune dans l'organisation qui favorise la santé mentale au travail et le soutien des personnes et de l'organisation, non seulement il est nécessaire d'avoir un engagement clair de la haute direction, de définir collectivement cette vision, mais aussi de la faire connaître à tous les membres de l'organisation.

2. Afin de mettre en œuvre des pratiques de soutien à la santé mentale, au retour au travail et au maintien en emploi qui privilégient une action sur l'environnement de travail, il faut :

Assurer la cohérence des pratiques de gestion des absences et du retour au travail avec la vision de soutien; Assurer la coordination des pratiques de gestion des absences et du retour au travail; Se doter de pratiques de retour au travail qui favorisent les grands fondements du soutien au rétablissement et au retour au travail.

2.1 Assurer la cohérence des pratiques de gestion des absences et du retour au travail avec la vision de soutien

Des données probantes suggèrent qu'en plus de favoriser des programmes d'intervention visant le milieu de travail, il importe de mettre l'accent sur une démarche de collaboration entre les partenaires concernés dans le processus de retour au travail (Durand & al., 2001; Durand, Loisel, Charpentier, Labelle & Nha Hong, 2004; Franche & al., 2005; Loisel & al., 2001). Les gestionnaires, les syndicats, les travailleurs, les responsables des ressources humaines, les ressources médicales et les assureurs doivent travailler ensemble et intervenir de manière cohérente à chaque étape du processus de retour au travail (Stock & al., 1999). Afin d'assurer la cohérence des pratiques entre elles et avec la vision de soutien précédemment définie, il est essentiel de **définir les rôles et les responsabilités des différents acteurs** participant à la gestion des absences et du retour au travail. Selon Baril et al. (2003), il est préférable de séparer les fonctions de contrôle des absences de celles de soutien au rétablissement et au retour au travail. Malgré cette distinction, la crédibilité des programmes de soutien au retour au travail peut être compromise. De fait, le maintien dans une même organisation d'acteurs ayant des rôles contradictoires peut jeter de la confusion sur les intentions réelles de l'organisation. Tout comme la vision du cadre de référence, les rôles et responsabilités des acteurs doivent être définis par les acteurs concernés qui sont les mieux placés pour le faire en tenant compte de leur réalité. Ensuite, les rôles et responsabilités seront revus par l'ensemble des autres acteurs pour assurer une cohérence.

2.2 Assurer la coordination des pratiques de gestion des absences et du retour au travail

Pour maintenir la cohérence des pratiques, il est important de s'assurer qu'il y a une coordination des pratiques de gestion des absences et du retour au travail. De plus en plus d'études suggèrent d'engager un intervenant responsable d'assurer la coordination des activités de soutien au rétablissement et au retour au travail (Olsheski, Rosenthal & Hamilton, 2002; Russo & Innes, 2002; Shaw, Hong, Pransky & Loisel, 2008; Young & al., 2005). Ce rôle peut comprendre à la fois une fonction d'intervention organisationnelle (responsable de programme) et une fonction d'intervention individuelle (agent de soutien au rétablissement et au retour au travail). Dans le modèle opérationnel, il s'agira de créer ces deux rôles pour assurer la coordination des pratiques sur les plans organisationnel et individuel. Les actions qui doivent être documentées et menées se situent à deux niveaux : 1) celles qui visent la détermination et la modification des facteurs de risque organisationnels touchant non seulement la personne en arrêt de travail, mais également, les autres travailleurs; 2) celles qui concernent plus précisément la situation du travailleur absent et l'arrimage avec son supérieur immédiat et les acteurs responsables de son suivi clinique ou administratif, qui peuvent avoir des buts et des contextes différents. Une position de neutralité et d'indépendance, dégagée des enjeux médicolégaux et administratifs, s'avère essentielle à la

réalisation de ce travail. Selon Shaw et al. (2008), le succès des interventions dépendrait davantage des compétences en ergonomie, en assignation de tâches modifiées, en communication et en résolution de conflits, que des compétences liées à une formation médicale.

2.3 Se doter de pratiques de retour au travail qui favorisent les grands fondements de la santé mentale au travail

Afin de se doter de pratiques de soutien au rétablissement et au retour au travail, il s'avère aidant de **mettre en œuvre une démarche structurée d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail pour les personnes absentes en raison d'un problème de santé mentale**. L'utilisation d'une méthode de cartographie des pratiques s'avère très pertinente pour visualiser le cheminement d'une personne dans la démarche et les interrelations entre les différents acteurs concernés. Cette démarche prend appui sur six grands fondements de la santé mentale au travail : La participation volontaire des travailleurs; Le respect du travailleur en tant qu'acteur au cœur de la démarche et le maintien d'un lien de confiance; La protection de la période de rétablissement; Le respect des recommandations du médecin traitant; Le soutien offert par le supérieur immédiat pour la planification du retour et lors du retour; Un retour au travail dans des conditions favorables au recouvrement de la santé et au maintien en emploi.

3.5.3 Modèle opérationnel

Le modèle opérationnel constitue un plan d'utilisation du modèle logique qui précise les actions à réaliser pour concrétiser les objectifs de production. Le modèle opérationnel a été conçu en collaboration avec le comité-conseil et à la lumière des pratiques actuelles du milieu et des différentes pratiques mises en place dans les entreprises. Le modèle opérationnel fait appel à six mesures d'intervention :

1. Obtention d'un engagement clair de la haute direction auprès du comité-conseil privilégiant une vision de soutien;
2. Élaboration d'un cadre de référence sur la santé mentale au travail et le soutien des personnes et de l'organisation;
3. Création d'un poste de responsable du programme et d'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail;
4. Définition des rôles et des responsabilités des différents acteurs;
5. Élaboration d'un plan de communication dans l'organisation visant la diffusion des éléments relatifs au programme;
6. Mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail pour les personnes absentes pour des raisons de santé mentale.

Avant d'être implantée dans le milieu de travail, chacune des six mesures a été élaborée conjointement avec les membres du comité-conseil de la recherche au cours de nombreuses rencontres prévues pour la préparation du plan d'action. Chaque mesure d'intervention était soumise à l'approbation de l'ensemble des membres du comité-conseil et de la haute direction. Des rencontres avec le comité de direction de l'organisation ont également permis de s'assurer du soutien constant et de la bonne compréhension de l'ensemble des hauts dirigeants et, ainsi, de

favoriser une plus grande diffusion de l'information relative au programme dans chacune des directions.

3.6 Mise en œuvre du modèle opérationnel

Ce volet décrit l'implantation dans l'organisation des pratiques pertinentes retenues dans le modèle opérationnel de la théorie de programme auprès d'un échantillon de travailleurs absents de leur travail pour des raisons de santé mentale.

3.6.1 Vision de soutien et engagement de la haute direction

Les fondements théoriques et l'analyse des pratiques actuelles observées chez les acteurs du milieu de travail ainsi que les pratiques organisationnelles en matière de gestion des absences et de soutien au retour au travail ont permis de soutenir l'élaboration d'une théorie de programme et sa modélisation sur le plan opérationnel. Le premier pas a consisté à conceptualiser et à opérationnaliser l'importance d'une prise de position claire de la part de la haute direction en matière de soutien au rétablissement et au retour au travail. C'est dans ce contexte qu'un travail d'équipe avec les membres du comité-conseil a été amorcé en vue de produire, ensemble, un cadre de référence précisant la vision de soutien des personnes et de l'organisation, ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs associés à la démarche de soutien proposée par l'organisation. Le défi que posait la coordination des activités des différents acteurs a également amené le comité à proposer d'engager une personne responsable de la coordination des activités de soutien, tant pour ce qui est de la communication qu'en ce qui a trait au soutien et au suivi des travailleurs absents. Enfin, un plan de communication visant à diffuser le contenu du cadre de référence devait assurer la transmission de la vision de l'organisation.

Ainsi, la haute direction fait le choix clair d'adopter une vision de soutien des personnes et de l'organisation, choix entériné par tous les représentants des groupes d'acteurs siégeant au comité-conseil. Cette décision de la direction a été rapportée dans un compte rendu d'une des rencontres du comité-conseil. Il est convenu que ce choix doit être concrétisé par la mise en place d'actions qui soulignent clairement l'engagement qu'a pris la haute direction d'adopter cette vision. L'élaboration d'un cadre de référence, sa diffusion à l'ensemble du personnel ainsi que l'attribution d'un budget particulier pour embaucher une ressource supplémentaire destinée au programme ont été jugées comme des actions concrètes permettant de montrer l'engagement sérieux de la haute direction. De plus, les membres du comité-conseil ont discuté de l'importance de reconnaître les pratiques de soutien mises en place par les supérieurs immédiats. Dans cette visée, il a été décidé que les supérieurs immédiats qui seraient appelés à participer à la démarche d'accompagnement recevraient une lettre de remerciement signée par le directeur général de l'organisation.

3.6.1.1 Cadre de référence

Effectuée en collaboration avec chacun des acteurs du comité-conseil, l'élaboration d'un cadre de référence devait préciser les orientations de la haute direction quant à la définition de la vision de soutien de la santé mentale au travail et aux valeurs de l'organisation en matière de soutien des personnes. De plus, le cadre de référence s'est avéré être un outil de choix pour clarifier les

rôles et responsabilités de chacun des groupes d'acteurs engagés dans le programme de soutien au rétablissement et au retour au travail. C'est après plusieurs rencontres avec le comité-conseil que la réalisation d'un tel cadre de référence a pu être possible, et ce, grâce à une démarche de collaboration entre les représentants des différents acteurs de l'organisation. La vision de soutien des personnes et de l'organisation a été définie comme suit :

- Basée sur des valeurs humaines qui considèrent la personne au travail comme étant d'emblée un acteur motivé par son travail et dont l'absence n'est pas souhaitée;
- Pivot de la définition des pratiques visant à aider les personnes qui vivent un problème de santé mentale à recouvrer leurs capacités socioprofessionnelles, leur bien-être et leur sentiment d'accomplissement professionnel;
- Actualisée également par la mise en œuvre d'actions concrètes qui visent l'environnement psychosocial et qui permettront d'assurer le passage des pratiques de soutien individuel à des pratiques organisationnelles axées sur la prévention;
- À l'origine de pratiques qui s'inscrivent dans un climat de confiance, une attitude basée sur le respect des personnes, l'entraide et la collaboration entre les acteurs du milieu.

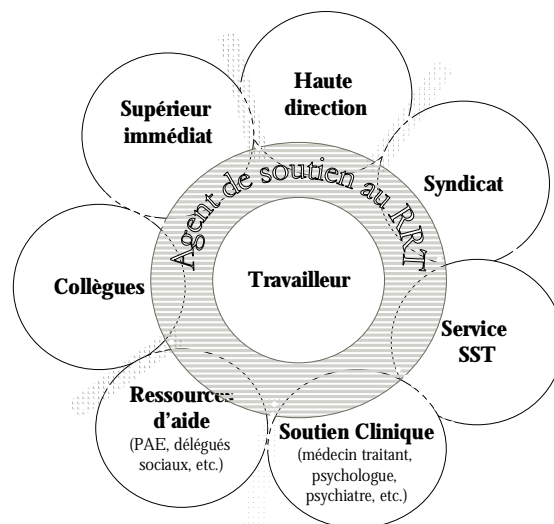


Figure 6 - Cohérence des rôles des acteurs dans la vision de soutien des personnes et de l'organisation

Il a également été décidé que le cadre de référence s'avérait un bon outil de diffusion de la vision de soutien ainsi que des rôles et responsabilités des acteurs. En collaboration avec les membres du comité-conseil, un plan de communication a ensuite été élaboré. La diffusion de ce cadre de référence devait se faire auprès de l'ensemble du personnel de l'organisation afin de l'informer de la vision de soutien à laquelle la haute direction s'était engagée, des valeurs qui étaient prônées par cette vision et des attentes de la haute direction quant aux rôles et responsabilités qui devaient être adoptés par les différents acteurs. La diffusion du cadre de référence visait par le

fait même à sensibiliser l'ensemble du personnel aux implications de l'adoption d'une vision de soutien pour l'organisation. De plus, plusieurs rencontres en comité ont permis également de définir les rôles des acteurs de l'organisation (voir ANNEXE F) pouvant tôt ou tard être visés par la démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail. Les représentants de chacun des groupes d'acteurs au comité-conseil étaient responsables de déterminer leurs rôles et responsabilités. Ensuite, tous les rôles et responsabilités ont été revus avec l'ensemble des membres du comité-conseil afin de s'assurer de leur cohésion avec la vision de soutien et de la cohésion entre les différents groupes d'acteurs.

3.6.1.2 Le passage d'un paradigme biomédical à un paradigme psychosocial : un peu, beaucoup, à la folie...

Un des premiers éléments marquants lors de la formalisation des rôles et des responsabilités de chacun des acteurs a été la confusion entre le rôle exercé par le service de santé et celui confié plus précisément à l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail. En effet, la démarche d'intervention auprès des travailleurs s'est actualisée sur la base d'une participation volontaire des travailleurs absents. De façon systématique, toutes les personnes absentes en raison d'un problème de santé mentale ont été invitées à participer à la démarche. Il a été décidé que les personnes qui ne souhaitent pas y participer et celles qui n'ont pas répondu à l'invitation recevraient le suivi habituel offert par l'organisation. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le service de santé a mis en place deux types de pratiques, l'une axée sur le soutien et l'autre plus centrée sur des pratiques de contrôle. Suivant cette seconde perspective, les représentants du service de santé ont maintenu le recours aux expertises médicales menant à une anticipation de la date de retour au travail prévue par le médecin traitant. Le maintien de cette pratique comme processus de contrôle des motifs et des durées d'absence est venu fragiliser la vision de soutien, notamment, du point des acteurs syndicaux qui ont perçu ces pratiques comme allant à l'encontre des objectifs du programme. Par ailleurs, un des défis majeurs de l'agent de soutien était de gagner la confiance du travailleur tout en préservant sa crédibilité auprès des gestionnaires et des autres intervenants (MacEachen & al., 2006). Une position de neutralité et d'indépendance, dégagée des enjeux médicalisés et administratifs s'avérait essentielle à la réalisation de ce travail. De fait, le maintien dans une même organisation d'acteurs ayant des rôles contradictoires a jeté de la confusion sur les intentions réelles de l'organisation. Cette position du service de santé à maintenir son double rôle est également venue fragiliser la portée de la prise de position de la direction en matière de soutien des personnes et de l'organisation.

La résistance du service de santé à passer d'un paradigme de contrôle des absences et d'une vision centrée sur une définition clinique du problème à un paradigme de santé mentale au travail qui tient compte de la relation entre la personne et son environnement pourrait s'expliquer en partie par la formation des intervenants. En effet, la formation du personnel du service de santé relève essentiellement de pratiques cliniques issues du *nursing*, de la médecine et de la psychologie. Selon Shaw et al. (2008), le succès des interventions en matière de soutien au retour au travail dépendrait davantage de compétences en communication, en résolution de conflits, en ergonomie et en assignation de tâches modifiées que de compétences liées à une formation médicale. Ces nouvelles façons de faire exigeaient de prendre une position différente, plus neutre, avec les supérieurs immédiats et de redonner un espace de parole aux personnes absentes

afin de prendre en compte leurs préoccupations. À cette mesure s'ajoutait l'absence de pratiques de contrôle, notamment le recours à l'expertise psychiatrique, parfois engagée à la demande des supérieurs immédiats afin de forcer le retour au travail des personnes considérées comme absentes pour des motifs jugés non valides, par exemple, un départ à la suite d'une menace de mesure disciplinaire. Or, les pressions exercées par le personnel d'encadrement sur le service de santé peuvent rendre plus difficile le maintien d'une position neutre.

3.6.2 Démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail en santé mentale

Avec la collaboration du comité-conseil, l'équipe de recherche a mis au point une démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail, destinée aux employés absents de leur travail pour des raisons de santé mentale. La démarche a été schématisée en fonction de la définition établie pour la vision de soutien et le cadre de référence ainsi qu'à partir des pratiques et structures actuelles du milieu en matière de suivi administratif des absences et de retour au travail. Cette schématisation est présentée aux figures 7a, 7b et 7c. Cette illustration de la démarche a été présentée à l'équipe de santé et sécurité au travail du milieu afin d'en vérifier la faisabilité d'implantation. La démarche comporte 6 étapes:

- 1- Procédures administratives et invitation à participer à la démarche d'accompagnement;
- 2- Établissement d'un premier contact avec les participants;
- 3- Accompagnement et inventaire des obstacles et leviers liés au rétablissement et au retour au travail;
- 4- Préparation du retour au travail et du plan de retour;
- 5- Retour au travail et mise en œuvre du plan de retour;
- 6- Suivi du retour et réajustement.

L'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail était la personne responsable de mener la démarche et d'accompagner les participants du début de leur absence jusqu'au suivi après leur retour au travail.

- Étapes de la démarche**
1. Procédures administratives et invitation à participer à la démarche d'accompagnement
 2. Établissement d'un premier contact avec les participants
 3. Accompagnement et identification des obstacles et leviers au rétablissement et au retour au travail
 4. Préparation du retour au travail et du plan de retour
 5. Retour au travail et mise en œuvre du plan de retour
 6. Suivi du retour et réajustements

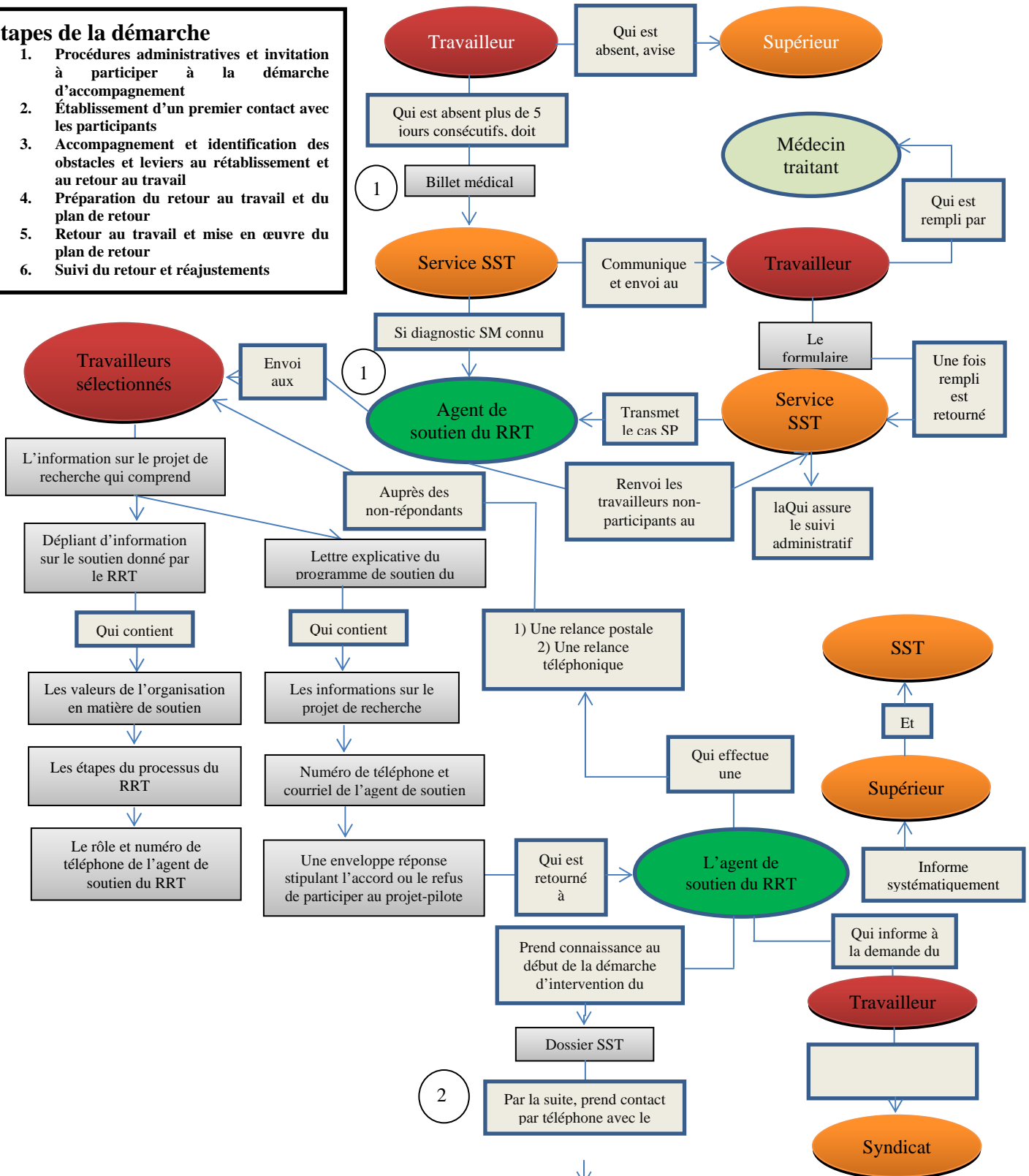


Figure 7a - Démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail étape 1 et 2

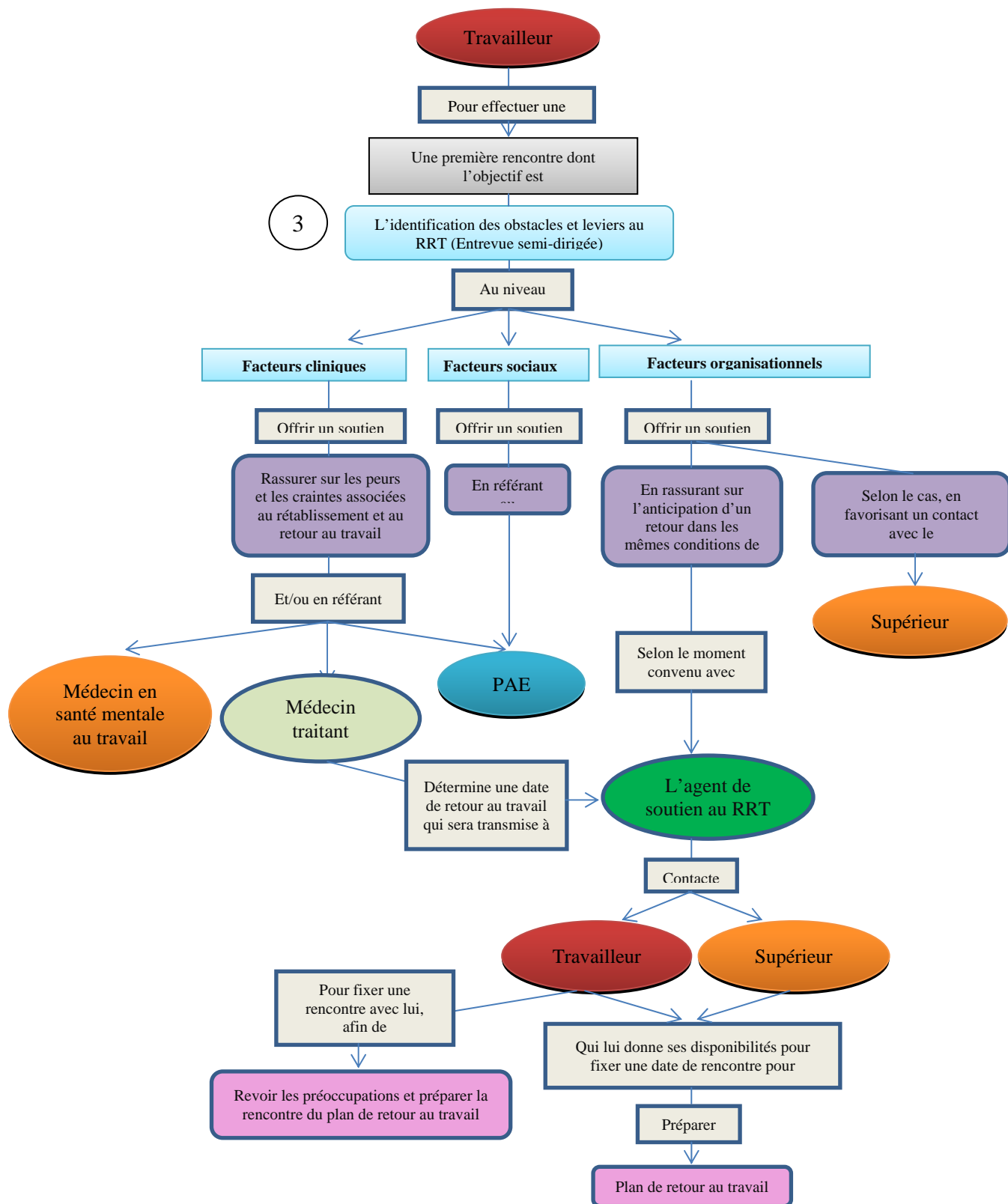


Figure 7 b - Démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail, étape 3

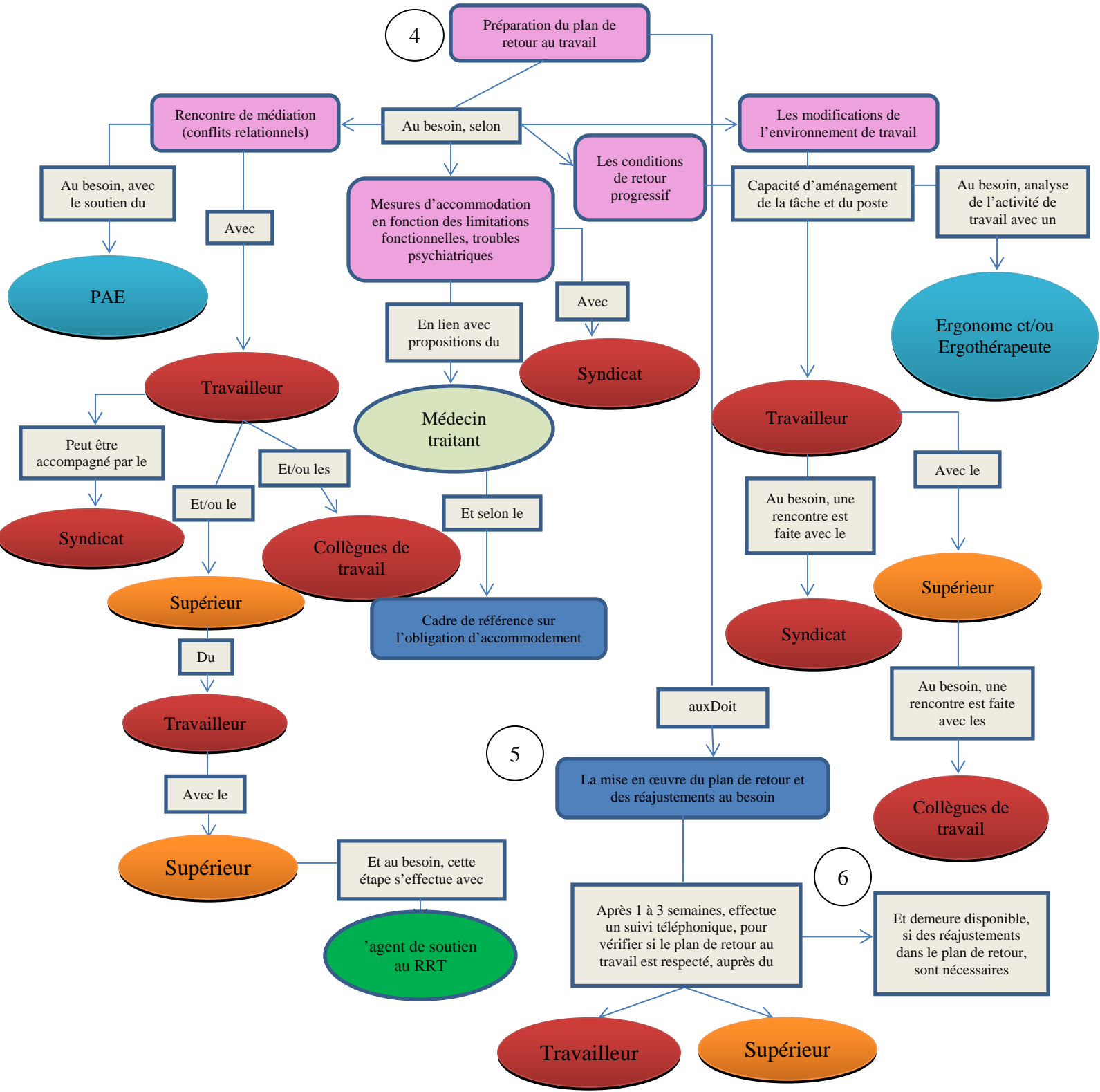


Figure 7c - Démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail, étapes 4-5-6

Procédures administratives et invitation à participer à la démarche d'accompagnement

Dans le cadre de cette étude, les travailleurs et les travailleuses de l'organisation absents pour un problème de santé mentale certifié par leur médecin traitant étaient systématiquement invités à participer à la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement avant leur retour au travail. À partir du moment où une personne était absente plus de cinq jours consécutifs, un dossier d'absence était ouvert par le service de santé et de sécurité au travail. À cette étape, le service de santé et de sécurité au travail entraînait en communication avec la personne afin de lui transmettre un formulaire d'invalidité qu'elle devait faire remplir par le médecin traitant avant de le renvoyer au service de santé et de sécurité au travail. Par la suite, le dossier de cette personne était transmis à l'agent de soutien. Pour chaque nouvelle absence liée à un problème de santé mentale, un dossier était acheminé par le service de santé et de sécurité au travail à l'agent de soutien, qui envoyait une lettre d'invitation à participer à la démarche à chacune de ces personnes. Après dix jours, si l'agent de soutien n'avait reçu aucune réponse, une deuxième lettre d'invitation était envoyée, précisant qu'un appel téléphonique suivrait dans les dix jours pour vérifier l'intérêt de la personne à participer à la démarche. L'appel téléphonique permettait également de mieux préciser les objectifs du programme, de répondre aux éventuelles questions et de rassurer le travailleur ou la travailleuse sur la démarche. La participation à la démarche demeurait volontaire du début à la fin. À tout moment au cours du processus, une personne ayant accepté de participer pouvait décider de se retirer. Aucune conséquence négative n'était associée au fait de ne pas participer à la démarche. Tous les employés qui ont refusé de participer au projet pilote étaient suivis selon la procédure habituelle par le service de santé et de sécurité au travail.

3.6.2.1 Établissement d'un premier contact avec les participants

L'employé qui acceptait de participer au programme recevait un appel de l'agent de soutien dans le but de déterminer quel serait le meilleur moment pour fixer une première rencontre. Cet appel était l'occasion de répreciser les objectifs du programme et les modalités de sa participation et de le rassurer quant au rythme individualisé de la démarche et à la confidentialité. Dans plusieurs cas, la position de neutralité de l'agent de soutien a eu un effet sécurisant. Pour certains employés, ce premier contact téléphonique était aussi l'occasion de partager leurs préoccupations quant à leur absence ou à leur retour au travail et de donner parfois un aperçu de leur état de santé actuel ou de leur niveau d'énergie. À la suite de ce premier contact téléphonique avec le travailleur, l'agent de soutien avisait le supérieur immédiat de la participation de son employé à la démarche. Ce dernier était informé de ce qu'impliquerait sa participation dans le cadre de la démarche et du rôle qu'il aurait à jouer lors de la rencontre préparatoire au retour au travail de l'employé. L'agent de soutien expliquait les étapes de la démarche, mais, également, son rôle et ses responsabilités en tant qu'agent de soutien. Tous les supérieurs immédiats des employés ayant accepté de participer au projet pilote ont été joints et se sont associés à la démarche, certains ayant plus d'un employé qui participait au programme de soutien.

3.6.2.2 Accompagnement et inventaire des obstacles et leviers liés au rétablissement et au retour au travail

Au moment où le travailleur se sentait en mesure de le faire, généralement quelques semaines après le début de l'absence pour maladie, selon ce qui avait été convenu lors de l'appel initial, il était invité à une première entrevue avec l'agent de soutien. Le but de cette rencontre était de faire l'inventaire, avec lui et selon sa perception des choses, des obstacles et des leviers liés à son rétablissement et à son retour au travail. L'entretien se déroulait en dehors des lieux de travail de l'employé, dans le bureau de l'agent de soutien, comme il en avait été convenu avec le comité-conseil. Cette mesure visait à préserver la neutralité de l'agent de soutien et à assurer une certaine discrétion pour l'employé qui ne désirait pas nécessairement rencontrer ses collègues ou son supérieur à ce moment précis de la démarche. Tous les participants ont eu une première entrevue avec l'agent de soutien. Cette première rencontre individuelle débutait par une brève revue de l'histoire professionnelle du travailleur jusqu'au dernier emploi occupé avant l'arrêt de travail. Le travailleur était invité à parler des facteurs personnels et organisationnels ayant participé à la détérioration de son état de santé, de son arrêt de travail, de ses démarches de consultation et de son état de santé actuel. Cette entrevue était menée à l'aide de questions ouvertes de façon à permettre à l'employé de formuler, en ses mots, sa propre interprétation de sa situation. Lorsque le travailleur se sentait en mesure de parler de son travail, l'entretien permettait de s'intéresser plus en profondeur aux éléments du travail. Le participant était alors questionné sur ses tâches, ses relations avec son supérieur et ses collègues ainsi que sur ses inquiétudes à l'idée de revenir au travail. Cette démarche offrait aux travailleurs un espace pour « penser » son travail, leur donnant l'occasion de mettre des mots sur une expérience souvent mal définie, parfois mal comprise et, progressivement, de cerner l'importance relative de leurs besoins.

L'entrevue permettait également de préciser les ressources et les besoins du travailleur en matière de soutien clinique et de soutien social hors du travail. En explorant les aspects de leur vie à l'extérieur du travail, l'agent de soutien s'assurait que les personnes avaient le soutien nécessaire pour les aider dans leurs problèmes personnels et les informait des services spécialisés disponibles pour les aider au besoin. Le soutien de l'entourage et le fait de pouvoir reprendre les activités hors du travail ou de « changer d'air » étaient généralement vécus comme très aidants durant la période de rétablissement. Selon le cas, il pouvait être recommandé au travailleur de consulter le programme d'aide aux employés (PAE) de son entreprise, qui offre un service d'orientation pour aider les travailleurs aux prises avec des problèmes d'ordre personnel, ou encore de consulter des services de soutien clinique plus spécialisés en santé mentale et santé au travail, et ce, avec le soutien de son médecin traitant. L'objectif visé par ces recommandations était d'assurer un meilleur plan de traitement, en offrant au travailleur et à son médecin traitant l'accès à des ressources spécialisées. Cette pratique devait être réalisée en accord avec le travailleur et son médecin traitant. De plus, le Questionnaire sémiologique quadridimensionnel (QS4D), qui porte sur les malaises et les symptômes ressentis au cours de la dernière semaine, a permis de suivre les personnes sur le plan clinique et de les aider à préciser leur besoin d'aide. De façon systématique, la perception qu'avaient les personnes de leur état de santé général concordait avec les résultats du QS4D.

L'objectif ultime de la première rencontre était d'établir un lien de confiance avec le travailleur tout en favorisant la reconstruction d'un lien positif avec son travail. Cette dernière démarche se

fonde sur le fait que le travail représente un élément très puissant dans le processus de rétablissement et dans la découverte de son « pouvoir d'agir » sur les situations. Par contre, il était souvent trop tôt à cette étape pour aborder les solutions qui lui permettraient d'envisager le retour au travail. La personne ressent souvent le besoin de décrocher du travail, de se recentrer sur elle, sur sa santé, et sur ses intérêts personnels. Certains supérieurs immédiats se sont interrogés sur l'opportunité de communiquer avec leurs employés au cours de leur absence. L'entrevue permettait de vérifier si le participant souhaitait être contacté par son supérieur immédiat durant cette période. L'agent de soutien pouvait ainsi agir comme lien entre le supérieur et l'employé. Entre le moment de la première entrevue et le moment où la personne s'apprêtait à revenir au travail, et en accord avec elle, l'agent de soutien effectuait des suivis réguliers permettant de maintenir une relation d'aide et un lien de confiance. Lors de ces appels, non seulement la personne donnait spontanément un aperçu de l'évolution de son état de santé et de ses besoins particuliers, mais ces échanges permettaient également de suivre son cheminement dans ses réflexions et dans ses actions (recherche de solutions pour améliorer son état de santé, pour répondre à ses préoccupations, sur le plan personnel et professionnel; reprise des activités hors du travail). Les employés avaient également la possibilité de demander des conseils, des renseignements administratifs sur des ressources d'aide ou concernant des conventions collectives. Certains travailleurs en profitaient pour discuter de leurs appréhensions concernant la rencontre prévue avec le supérieur immédiat (préparation du plan de retour).

3.6.2.3 Préparation du retour au travail

Lorsque le travailleur était prêt à revenir au travail et que le médecin traitant avait fixé une date de retour officielle, l'agent de soutien offrait de rencontrer à nouveau le participant afin de préparer l'entrevue éventuelle avec le supérieur immédiat. La rencontre précédente avait permis au travailleur de recenser et d'exprimer ses inquiétudes en matière de rétablissement et de son retour au travail. Cette deuxième rencontre individuelle avait lieu lorsque l'employé était sur le point de revenir au travail et elle demeurait volontaire. D'ailleurs, dans certains cas, la rencontre de préparation au retour au travail se faisait en même temps que la première. La rencontre de préparation visait plus précisément à cerner, parmi l'ensemble des préoccupations exprimées par le travailleur, celles qui étaient plus déterminantes pour lui et qui pourraient faire l'objet d'une discussion avec son supérieur immédiat afin de trouver quelques pistes d'action susceptibles de favoriser son retour au travail et son maintien en emploi. Cette rencontre avait également pour effet d'agir sur l'anticipation des conditions de retour au travail et de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle en travaillant sur le pouvoir d'agir.

Une fois que les préoccupations du travailleur avaient été bien cernées, l'agent de soutien préparait un canevas préliminaire du plan de retour au travail, reprenant chacun des points soulevés par le travailleur. Généralement, celui-ci avait ciblé trois à quatre préoccupations plus importantes. Le canevas du plan de retour au travail servait d'outil de travail pour la rencontre de planification du retour au travail avec le supérieur immédiat. L'agent de soutien communiquait ensuite avec le supérieur immédiat afin d'organiser la rencontre de planification du retour au travail. Lors de cet appel, l'agent de soutien pouvait, au besoin, rassurer le supérieur immédiat quant à son rôle et au déroulement de la rencontre. La rencontre de planification du retour au travail entre le travailleur, son supérieur immédiat et l'agent de soutien visait à définir un plan de

retour au travail qui ciblait, au besoin, des éléments de l'environnement de travail pouvant être modifiés pour soutenir le retour au travail et le maintien en emploi.

3.6.2.4 Préparation du plan de retour au travail : rencontre entre travailleur, supérieur immédiat et agent de soutien

Cette rencontre entre le travailleur et le supérieur immédiat, menée par l'agent de soutien, visait à les accompagner dans l'élaboration d'un plan de retour au travail écrit. Chaque préoccupation du travailleur était d'abord amenée par l'agent de soutien, expliquée par le travailleur et discutée avec le supérieur immédiat. Le supérieur et le travailleur étaient alors invités à adopter une position d'ouverture basée sur une écoute active et centrée sur la recherche de solutions. Des pistes d'action pouvaient être explorées en tenant également compte des contraintes de l'organisation du travail soulevées par le supérieur. Les différents niveaux d'action possibles étaient : des mesures d'ajustement temporaires pour favoriser un retour progressif; des ajustements permanents à l'environnement du travail; des activités de résolution de conflits ou de médiation; des perspectives de réaffectation à un autre poste de travail ou dans une autre unité; des mesures d'accommodement. Enfin, le plan de retour permettait également de déterminer les activités d'accueil prévues pour soutenir le travailleur au moment de son retour au travail. En plus de permettre au travailleur de s'exprimer, d'écouter son supérieur immédiat et de discuter avec lui de ses préoccupations face à son travail, cette rencontre était l'occasion pour les deux de se comprendre, d'entendre les contraintes de part et d'autre, d'appréhender la réalité de chacun et celle de l'organisation. Par ailleurs, les supérieurs immédiats recevaient alors un soutien fort bienvenu dans la démarche d'accompagnement du retour au travail, plusieurs d'entre eux ne sachant parfois pas quoi faire ou quoi dire. Somme toute, cette rencontre facilitait, de part et d'autre, le retour du travailleur. Une copie du plan de retour au travail était remise à chacun dès le retour du travailleur.

3.6.2.5 Retour au travail et mise en œuvre du plan de retour

C'est dans le plan de retour au travail qu'étaient prévues la date du retour et les modalités d'accueil convenues entre le travailleur et le supérieur. Généralement, le supérieur immédiat ou une autre personne mandatée par lui était présent pour accueillir le travailleur. Selon le rôle préalablement défini pour le supérieur immédiat, ce dernier était responsable de l'application du plan de retour au travail.

3.6.2.6 Suivi du retour et réajustement

De son côté, l'agent de soutien faisait un suivi téléphonique, après une à trois semaines suivant le retour au travail, auprès des travailleurs et auprès des supérieurs immédiats pour savoir comment se passait le retour, si le plan de retour au travail était respecté, et si des ajustements étaient nécessaires. Les participants et les supérieurs immédiats étaient aussi invités à entrer en contact avec l'agent de soutien à n'importe quel moment, après le retour au travail, pour discuter de certaines préoccupations ou pour vérifier certains points concernant le retour au travail. Il fallait également être en mesure d'ajuster les modalités du plan de retour au travail aux situations réelles rencontrées par le travailleur lors de son retour au travail. Des réajustements pouvaient être nécessaires en raison de l'évolution plus ou moins stable de son état de santé, mais

également en raison des nombreux changements susceptibles d'intervenir dans l'organisation du travail.

3.6.3 Le renversement des facteurs de risque en pratiques préventives : une stratégie gagnante

Les fondements théoriques et l'analyse des pratiques des acteurs ont tout de même permis de mettre en évidence l'importance de remettre le travailleur au cœur du processus de son retour au travail et d'actualiser la démarche d'accompagnement auprès des personnes absentes de leur travail qui se sont portées volontaires. Or, les personnes qui s'absentent en raison d'un problème de santé mentale sont dans une situation de vulnérabilité où l'estime de soi et la confiance en leurs capacités d'agir sont plus souvent qu'autrement fragilisées. C'est pourquoi il a été décidé de mettre en œuvre de façon systématique, auprès des personnes absentes en raison d'un problème de santé mentale ayant accepté d'y participer, des pratiques de rassurance opérationnalisées tout au long du processus. La peur d'être perçu comme quelqu'un de faible en raison de l'incapacité à résister à la pression du travail fait partie des craintes qui ont été mentionnées pour rendre compte du refus de consulter un médecin et de s'absenter du travail. À l'inverse, des travailleurs se sont sentis coupables de s'absenter, comme si l'effritement de leur état de santé signalait leur faiblesse et leur laisser-aller, et ce, en dépit de symptômes réels et particulièrement invalidants (St-Arnaud & al., 2004, 2009). Selon Haslam, Atkinson, Brown et Haslam (2005), les problèmes de santé mentale génèrent toujours une forte résistance en milieu de travail en raison des préjugés qui y sont associés. Ce premier constat permet de comprendre toute l'importance des pratiques de rassurance et de soutien. Ainsi, la première étape de la démarche d'accompagnement a été de rassurer le travailleur absent en lui offrant un soutien tout au long de son processus de rétablissement et de retour au travail.

Quelques semaines après le début de l'absence pour cause de maladie, le travailleur a été convié à une première rencontre avec l'agent de soutien pour déterminer, avec lui et selon sa perception des choses, les obstacles et les leviers liés à son rétablissement et à son retour au travail. Toutefois, c'est au travailleur à décider du moment où il se sent en mesure de faire cette première entrevue. Avant de penser au travail, il faut d'abord récupérer (St-Arnaud & al., 2004). La perception qu'ont les personnes de leur état de santé demeure une dimension importante à considérer dans le processus de réadaptation. Plusieurs études ont montré que la perception qu'ont les personnes de leur état de santé est généralement une perception juste et valable (Moller, Kristensen & Hollnagel, 1996 ; Shalbolt, 1997). Lors de cette rencontre, les facteurs cliniques, sociaux et organisationnels ont été examinés. L'entrevue a débuté par une brève revue de l'histoire professionnelle jusqu'au dernier emploi occupé avant l'arrêt de travail. Aussi, l'analyse des ressources et des besoins en matière de soutien clinique et de soutien social révèle plusieurs demandes de prolongation des services psychologiques offerts par le programme d'aide aux employés. À quelques reprises, le recours à des soins spécialisés en psychiatrie a permis de répondre à des besoins cliniques plus précis. Cette aide clinique spécialisée s'est inscrite en soutien au médecin traitant du travailleur qui se voyait offrir un complément de traitement. Réalisée en accord avec le travailleur et son médecin traitant, cette pratique a permis de mieux soutenir la prise en charge de la personne face à son plan de traitement. L'évaluation de la mesure du Questionnaire sémiologique quadridimensionnel (QS4D) sur les malaises et les symptômes ressentis au cours de la dernière semaine n'a fait que confirmer la perception

qu'avait le travailleur de son état de santé. L'utilisation d'un tel outil pourrait donc être remise en question si l'on se centre sur les activités qui visent à permettre à la personne de reprendre confiance en son jugement et en ses capacités de penser et d'agir.

La mise en lumière des obstacles et des leviers liés au travail et l'espace de parole pour en discuter avec le supérieur immédiat constituent un des points majeurs de cette démarche. Cette activité a permis au travailleur de parler de ce qui l'inquiétait et, progressivement, de se positionner comme acteur dans son processus de rétablissement, en clarifiant ce qu'il considérait avoir été une source de perturbation de son état de santé et ce qu'il anticipait toujours comme étant un obstacle à son retour au travail (ex. : surcharge de travail, conflit avec un collègue, etc.), ainsi que de préciser ses besoins en matière de soutien lors du retour au travail. Ce qui était dit dans le cadre de la rencontre initiale avec l'agent de soutien était décanté pour en arriver à préciser deux à trois préoccupations majeures que le travailleur souhaitait aborder avec son supérieur immédiat et pour lesquelles il souhaitait avoir du soutien. Cet exercice représente un puissant travail sur la prise en charge du processus de changement par le travailleur et sur son pouvoir d'agir sur son retour au travail et son maintien en emploi. Selon Le Bossé (2003), le pouvoir d'agir ou plus précisément l'*empowerment* consiste à augmenter la capacité de la personne à influencer sur la réalité selon ses aspirations. Cette démarche repose sur deux aspects importants : la disponibilité et l'accessibilité des ressources du milieu, mais aussi la volonté et la capacité de la personne à prendre sa vie en main. Il n'y a point de changement si les ressources nécessaires pour y parvenir sont inexistantes et encore moins si l'individu n'a pas la volonté de passer à l'action. Il y a interdépendance entre ces deux aspects. Cette démarche se veut englobante par une prise en compte de la personne dans son environnement de travail, elle est concrète et contextualisée. Toujours selon Le Bossé (2003), une démarche basée sur l'*empowerment* implique nécessairement que la personne concernée se retrouve au cœur de la définition du changement voulu. Avec l'aide de l'agent de soutien, l'individu arrive à agir consciemment dans cette démarche de changement. En plus de l'importance de l'accueil, du soutien au travail et de la mise en œuvre de pratiques de rassurance pendant l'arrêt de travail, la possibilité pour les personnes d'apporter des changements dans le travail apparaît ici être un des grands déterminants d'un retour réussi (Brenninkmeijer & al., 2008; Caveen, Dewa & Goering, 2006; St-Arnaud & al., 2007). L'anticipation d'un retour dans des conditions difficiles peut être une source d'anxiété pouvant nuire au processus de rétablissement (St-Arnaud & al., 2006), alors qu'à l'inverse la possibilité d'agir sur leur environnement de travail est un déterminant majeur d'un retour au travail réussi (St-Arnaud, 2007).

La rencontre entre le travailleur, son supérieur immédiat et l'agent de soutien visait plus particulièrement à définir un plan de retour au travail qui tiendrait compte des éléments de l'environnement du travail favorables au retour au travail et au maintien en emploi. Le supérieur était invité à adopter une position d'ouverture basée sur une écoute active et centrée sur la recherche de solutions. Les pistes d'action explorées prenaient en considération à la fois les besoins du travailleur et les contraintes de l'organisation du travail exprimés par le supérieur. Différents niveaux d'intervention ont été prévus, soit des mesures d'ajustement temporaires pour favoriser un retour progressif, des ajustements permanents à l'environnement du travail, des activités de résolution de conflit ou de médiation, des perspectives de réaffectation à un autre poste de travail ou dans une autre unité, ou des mesures d'accommodement. Le plan de retour a également permis de préciser les activités d'accueil prévues pour soutenir le travailleur au

moment de son retour au travail. La possibilité de revenir progressivement au travail, de bénéficier de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs, mais, surtout, l'aménagement de l'environnement psychosocial de travail sont un déterminant majeur d'un retour au travail réussi qui marque les conditions d'un passage d'une vulnérabilité menacée à une vulnérabilité rassurée (St-Arnaud & al., 2003; St-Arnaud & al., 2007). Les premiers jours du retour au travail sont souvent marqués par un sentiment de vulnérabilité et la crainte d'une rechute. Ce n'est que progressivement que les personnes arrivent à retrouver confiance en leur capacité de travail et à sentir qu'elles sont en mesure de bien fonctionner dans leur travail (St-Arnaud & al., 2004). L'accueil et le soutien du supérieur et des collègues demeurent cruciaux lors du retour. De plus, un suivi du retour au travail doit être réalisé tant auprès du travailleur que du supérieur immédiat. Dans certains cas, des réajustements ont dû être effectués en raison de l'évolution plus ou moins stable de l'état de santé de la personne, mais, également, en raison des changements intervenus dans l'organisation du travail. L'agent de soutien a fait appel à la collaboration des autres acteurs de l'organisation et de la direction afin que les éléments du plan soient respectés. Un des défis majeurs de l'organisation dans le cadre de cette étape de la démarche était de soutenir la réalisation des plans de retour au travail. Or, comme nous le verrons lors de l'évaluation des pratiques des supérieurs, la mise en place des changements et le suivi des interventions demeurent encore difficiles.

4. ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE À COURT TERME

Ce volet vise à produire une évaluation de l'expérience des travailleurs et des supérieurs à partir d'entrevues individuelles, de questionnaires et d'analyses statistiques des données colligées auprès des travailleurs qui ont participé au programme. Les éléments ayant servi à mettre en œuvre cette évaluation de la démarche à court terme sont : un portrait des participants au programme; des analyses statistiques obtenues en comparant les résultats obtenus par le groupe de travailleurs qui a participé à la démarche à ceux d'un groupe témoin; la distribution aux participants de questionnaires destinés à mieux cerner leur expérience; des entrevues réalisées auprès des supérieurs immédiats (voir ANNEXE G).

4.1 Des pratiques qui ciblent l'essentiel

L'analyse du portrait des participants au programme révèle que la grande majorité des personnes rencontrées ont reconnu le travail comme étant une des principales causes de leur problème de santé et de leur arrêt de travail. En effet, c'est 45 % des travailleurs qui considère le travail comme la cause principale de leur absence, pour 42 % elle est liée à la fois à leur vie personnelle et professionnelle alors que 13 % l'associent essentiellement à leur situation personnelle. Ces résultats vont dans le sens des travaux de recherche menés à ce sujet (Cohidon & al., 2009; St-Arnaud & al., 2007). Par ailleurs, une analyse plus précise de la durée moyenne de l'absence selon la cause de l'arrêt révèle que, pour les personnes qui se sont absentes essentiellement en raison du travail, la durée moyenne d'absence est plus courte que chez les autres participants. À l'inverse, ceux qui se sont absentes pour des raisons personnelles semblent prendre plus de temps avant de revenir au travail. Ces résultats pourraient refléter l'effet d'une intervention qui vise à agir sur l'anticipation du retour au travail et le renforcement du sentiment d'efficacité personnelle. À cet effet, l'étude de St-Arnaud et al. (2007) montrait que ceux qui avaient ciblé le travail comme principale cause de leur arrêt de travail étaient moins nombreux à revenir au travail. Toutefois, parmi ceux qui étaient de retour, on observe que c'est ceux pour qui un changement favorable avait été effectué lors de leur retour au travail qui présentaient le meilleur profil de résolution de leur problème de santé.

Une analyse comparative avec un groupe témoin constitué des non-participants au programme a aussi permis de préciser certaines différences entre les deux groupes en fonction des durées d'absence. En effet, les participants à la démarche semblent avoir pris plus de temps à revenir au travail à court terme. Toutefois, une fois entrés dans le processus de soutien au rétablissement et au retour au travail, il semble qu'il leur soit plus facile de revenir au travail. Ces résultats renforcent l'hypothèse à l'effet que cibler les facteurs de l'environnement psychosocial de travail agirait sur l'anticipation du retour au travail et aiderait le retour au travail. Les résultats de cette étude permettent également d'observer qu'il n'y a pas de différence en fonction du diagnostic. Toutefois, ces résultats portent essentiellement sur les troubles d'adaptation et de dépression. Des résultats différents pourraient être observés pour d'autres diagnostics. De plus, l'évolution des durées d'absence suit sensiblement le même parcours, soit un retour plus rapide chez le groupe témoin, mais une proportion moins grande de personnes en longue durée. Aussi, le pourcentage cumulé de la durée d'absence en mois pour un diagnostic de trouble d'adaptation permet de constater que les sujets du groupe participant reviennent moins rapidement au travail, mais qu'à partir du 5^e mois d'absence, ils sont plus nombreux à être de retour au travail. Dans le même sens, le pourcentage cumulé de la durée d'absence en mois pour un diagnostic de dépression

permet de constater que les sujets du groupe participant reviennent moins rapidement au travail, mais qu'à partir de 6 mois et demi d'absence, ils sont plus nombreux à être de retour au travail. Enfin, en ce qui concerne le retour progressif, le groupe de participant présente une durée moyenne significativement plus élevée que celle du groupe témoin. Ces résultats s'expliqueraient par la nature de la démarche qui, lors du suivi de l'absence et du retour au travail, offre un soutien constant au travailleur. Ainsi, plusieurs participants ont demandé à avoir une prolongation de leur durée de retour progressif, ou encore ce sont les discussions avec le supérieur qui ont mené à ce type de proposition. Il serait intéressant de voir si, lorsque les participants au programme reviennent après une durée moyenne de leur retour progressif plus longue que chez les sujets du groupe témoin, leur problème de santé mentale semble résolu plus souvent que pour le groupe témoin, ce qui pourrait se manifester par moins de récurrences. Rappelons toutefois que ces conclusions ont été établies à partir d'un échantillon restreint.

4.2 Des participants qui ont apprécié la démarche, mais des changements encore frileux

Les questionnaires maison envoyés aux travailleurs ayant participé à la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail ont permis d'obtenir, anonymement, leur appréciation des différents éléments de la démarche. Toutefois, les résultats sont à considérer avec prudence puisque le taux de réponse se situe à 58 %, ce qui donne un taux de non-répondants de 42 %. Néanmoins, les résultats concordent avec le contenu des suivis, pendant l'absence et à la suite du retour au travail, exercés par l'agent de soutien auprès des participants. Les résultats aux questionnaires indiquent qu'en général les participants ont grandement apprécié le fait de pouvoir bénéficier de la démarche d'accompagnement, et les réponses sont particulièrement très positives en ce qui concerne le rôle de l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail. Ces résultats positifs laissent présumer que la démarche a permis au travailleur de créer un lien de confiance avec l'agent de soutien, ce qui a favorisé la reconstruction d'un rapport positif avec l'organisation. Les questions ouvertes ont également permis d'appuyer l'hypothèse selon laquelle la position d'écoute et de neutralité de l'agent de soutien était un élément très apprécié des participants qui ont affirmé se sentir respectés et non jugés. De plus, la démarche a permis aux participants de cerner les facteurs qui ont contribué à leur arrêt de travail, de trouver des solutions pour les aider à revenir et à se maintenir en emploi, ce qui a favorisé leur capacité à revenir au travail. Les appréciations plus négatives de la démarche ont essentiellement porté sur l'apport de changements concrets touchant leur travail ou leur milieu de travail, de même que sur le respect des conditions du plan de retour au travail et de son suivi par le supérieur immédiat. En effet, certains supérieurs immédiats ont hésité à s'engager totalement dans la démarche. Les messages contradictoires qu'ils recevaient sur la place et l'importance de la démarche ont pu fragiliser leur engagement à adopter pleinement leur rôle dans la réalisation des plans de retour au travail et leurs suivis, rôle qui impliquait généralement de remettre en question l'environnement de travail.

4.3 Des supérieurs intéressés, mais encore incertains des orientations réelles de la haute direction

Les entrevues réalisées auprès des supérieurs immédiats ayant participé à la démarche ont mis en évidence les nombreux avantages que ces derniers lui ont attribués. Entre autres le fait d'avoir un

moment privilégié avec le travailleur en présence d'un agent de soutien neutre, de mieux saisir le point de vue et la situation du travailleur, de pouvoir bénéficier de l'appui de l'agent de soutien qui fait le travail préparatoire avec le travailleur et qui orchestre le déroulement de la rencontre ainsi que le plan de retour au travail et, aussi, de mieux préparer le retour au travail avant la date prévue pour le retour. Les entrevues ont aussi révélé que les supérieurs immédiats perçoivent certaines limites à la démarche, notamment le fait de ne pas rencontrer individuellement l'agent de soutien avant la rencontre avec le travailleur. Cette façon de faire résulte d'une décision de l'équipe de recherche qui a été entérinée par le comité-conseil. Selon Le Bossé (2003), il y aurait seulement les personnes en processus de suivi qui auraient une expérience tangible des difficultés engendrées par la situation dans laquelle elles se trouvent, c'est pourquoi l'équipe de recherche a pris la décision de se baser sur le point de vue des travailleurs vivant une situation d'absence en raison d'un problème de santé mentale avant tout autre point de vue. Cette pratique vise non seulement à préserver le lien de confiance entre l'agent de soutien et le travailleur, mais aussi à protéger la confidentialité de ce qui a été discuté dans les rencontres individuelles. L'agent de soutien s'assure que la discussion se déroule bien et demeure constructive, le respect mutuel étant toujours priorisé. S'appuyer sur les préoccupations de la personne permet au supérieur immédiat d'accéder à la vision qu'a le travailleur de sa situation et de partir de ce point de vue pour engager la discussion, ce qui favorise une ouverture sur des pratiques de reconnaissance au travail. L'agent de soutien n'a pas le rôle d'exprimer à la place du travailleur le contenu de la rencontre. La personne est jugée comme étant la mieux placée pour parler de ses préoccupations et l'agent appuie l'expression des préoccupations de la personne. De plus, le travailleur a le choix de décider de ce qu'il se sent prêt à dire et de déterminer les limites de ses propos. Le supérieur immédiat, quant à lui, n'a pas à prendre une décision immédiate quant aux solutions à inscrire dans le plan de retour au travail, une ouverture lui étant toujours possible pour aller vérifier certaines choses avant de les inscrire dans le plan de retour au travail.

En dehors d'une telle démarche, il peut être difficile pour les travailleurs de réussir à se faire entendre de leur supérieur immédiat, parfois parce que ce dernier est trop pris, ou encore parce qu'il est jugé inaccessible ou intimidant par ses employés. Il peut aussi apparaître menaçant pour un travailleur d'exposer sa vulnérabilité auprès de son supérieur immédiat, c'est pourquoi la position d'écoute et de soutien de ce dernier est jugée essentielle à la réussite de la démarche. Adopter une position de soutien signifie ne pas se fonder sur les cas d'exception et apprendre à laisser de côté ses préjugés, prendre le risque de s'appuyer sur la prémisse que toute personne est d'emblée motivée par son travail, donc que l'absence n'est pas souhaitée. Lorsque les supérieurs immédiats se retrouvent dans ce paradigme, ils agissent directement dans la dynamique de la reconnaissance au travail : reconnaître que la personne n'a pas souhaité sa situation d'absence, que ce qu'elle vit dans le cadre du travail est important, qu'on lui fait confiance. Or, pour réussir à tenir cette position, il importe d'effectuer un passage d'un paradigme de contrôle des absences à un paradigme de soutien des personnes, et ce passage est plus difficile à opérer en présence de valeurs et de pratiques paradoxales. Reconnaître le rôle de l'environnement psychosocial de travail et de la centralité des pratiques de gestion sur la santé des personnes est aussi une des prémisses au cœur de la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail. Dans le cadre des entrevues, plusieurs supérieurs ont confié vivre une grande surcharge de travail et ne pas avoir le temps de réfléchir aux effets de l'organisation du travail sur la santé mentale, notamment parce qu'ils ont toujours, tels des pompiers qui doivent éteindre plusieurs feux, des priorités plus urgentes à régler.

Pour Six (2000), la surcharge des cadres intermédiaires peut s'expliquer par le fait qu'ils ont à prendre en compte une diversité d'acteurs, chacun y allant de ses prescriptions en fonction d'objectifs aux critères contradictoires. Les supérieurs immédiats sont dès lors considérés comme des travailleurs, soumis eux aussi à des prescriptions venant de leur direction, qui gèrent une multiplicité de contraintes issues des différentes logiques dont ils sont porteurs et élaborent des compromis complexes dans leur activité. Selon Brun et al. (2007), la charge de travail des supérieurs immédiats est généralement très lourde, ce qui représente un facteur de risque non seulement pour leur santé, mais également pour l'implantation de changements organisationnels visant le bien-être et l'amélioration de la santé mentale des travailleurs. Leur surcharge de travail les empêche de penser le travail et de réfléchir sur les actions possibles pour améliorer la santé mentale de leur personnel. De plus, les facteurs de l'environnement psychosocial de travail reconnus comme ayant des effets sur la santé mentale (reconnaissance, soutien social, autonomie décisionnelle et charge de travail) interpellent directement les pratiques de gestion (Brun & al., 2002). Une hypothèse serait qu'il peut être difficile pour un supérieur immédiat, qui met lui-même en place les pratiques de gestion, de reconnaître le rôle qu'a pu jouer l'environnement de travail sur la santé mentale du travailleur qui s'est absenté. De plus, les supérieurs immédiats peuvent aussi se sentir pris entre les demandes de la haute direction pour réduire les coûts d'assurance invalidité et leur responsabilité au regard de la santé et du bien-être de leurs travailleurs (Franche & al., 2005). Se faire entendre de la haute direction et être appuyés dans leurs pratiques de soutien au retour au travail est un défi de taille. Les supérieurs immédiats ont indéniablement un rôle stratégique à jouer dans l'accompagnement et le soutien au retour au travail, notamment pour aider le travailleur à déterminer quels éléments de l'environnement pourraient être modifiés afin de faciliter son retour au travail et d'assurer son maintien en emploi. Plusieurs études favorisent la mise en œuvre de programmes de formation visant à aider les supérieurs à mieux saisir l'importance de leur rôle et des facteurs de l'environnement psychosocial dans une problématique de santé mentale au travail (Nieuwenhuis, Verbeck, De Boer, Blonk & van Dijk, 2004). En effet, ces activités de formation pourraient contribuer à faciliter le passage d'un paradigme de contrôle des absences à un paradigme de soutien des personnes (Shaw, 2005). Toutefois, à se centrer sur des programmes de formation sans tenir compte des limites liées aux orientations de la haute direction, il y a un risque d'augmenter la pression faite au supérieur immédiat et de maintenir un cercle vicieux qui s'enracine dans un rapport social avant tout défensif où le silence des uns répond à la surdité des autres. Le rôle du supérieur immédiat, jugé comme étant central dans les pratiques de soutien au retour au travail, ne saurait être rempli correctement sans un appui de la part du reste de l'organisation et surtout de la haute direction.

5. PASSER DE LA RÉADAPTATION À LA PRÉVENTION : UN DÉFI À RELEVER

Prise individuellement, chacune des interventions sur l'environnement psychosocial de travail favorise le retour au travail et le maintien en emploi des personnes qui s'absentent en raison d'un problème de santé mentale. Toutefois, ces pratiques se limitent à une gestion selon le cas. L'intérêt ici est d'arriver à passer d'une approche de cas par cas à la détermination des facteurs de l'environnement psychosocial de travail susceptibles de toucher d'autres travailleurs. À cet effet, une analyse transversale des différentes préoccupations signalées par les travailleurs ainsi que des cibles d'action sur l'environnement psychosocial de travail proposées dans le cadre du plan d'action permettra de passer d'une approche individuelle à une approche organisationnelle qui vise l'ensemble des travailleurs. L'exercice consiste ici à caractériser les facteurs de l'environnement psychosocial de travail définis par les travailleurs et les supérieurs immédiats lors du suivi et à dégager les facteurs susceptibles de concerner d'autres travailleurs. Ce travail de caractérisation peut se faire à l'aide d'une grille d'analyse des facteurs de risque à l'environnement psychosocial de travail (Vézina, Chénard, Bourbonnais, Brisson, Brun, Gourdeau & coll., 2009). De plus, une démarche de validation auprès des acteurs du milieu (DRH, responsables syndicaux, responsables de la santé au travail, etc.) permettra de mieux cerner les thèmes qui rejoignent les préoccupations organisationnelles du milieu. Le passage du soutien à la réadaptation au soutien à la prévention (voir figure 12) est une condition essentielle à une stratégie d'intervention efficace pour assurer le retour et le maintien en emploi des travailleurs.

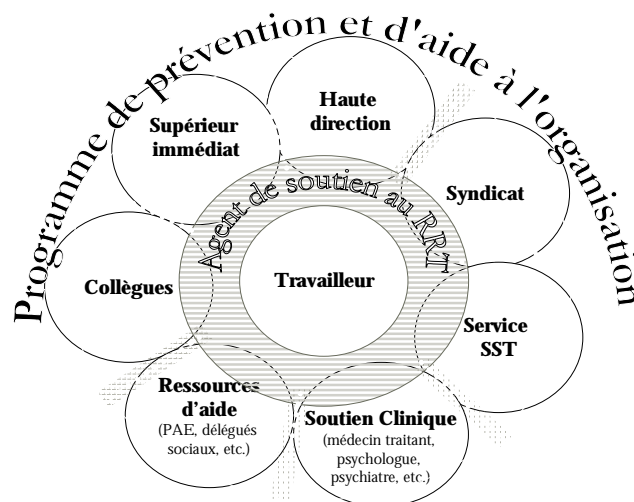


Figure 12 – Vision de soutien des personnes et de l'organisation permettant un passage de la réadaptation à la prévention en santé mentale au travail

6. CONCLUSION

L'élaboration systématique d'un programme de gestion des absences et de retour au travail ciblant précisément les travailleurs atteints de troubles de santé mentale est une contribution scientifique majeure au domaine de la santé mentale au travail. Avant la tenue de ce projet, il n'y avait aucun programme intégré de retour au travail en concertation avec un milieu de travail et ses différents partenaires n'avaient pas été systématisés. Les résultats de ce projet de recherche ont permis de mieux cerner l'importance des pratiques de soutien dans le processus de rétablissement et de retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale. Ces constats ont mené à la mise en œuvre d'une démarche d'accompagnement et de soutien destinée aux entreprises et aux personnes absentes pour cause de maladie, qui se déroule en diverses étapes soit : 1) l'inventaire des obstacles et leviers liés au rétablissement et au retour au travail; 2) la préparation d'un plan de retour au travail avec le supérieur; 3) l'accueil lors du retour et le suivi des conditions de retour. La démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail a permis de mettre en évidence la nécessité de passer d'une approche de gestion biomédicale des absences à une approche de soutien. Portant une attention particulière aux facteurs de risque de l'environnement psychosocial de travail, la démarche d'accompagnement vise à favoriser le maintien en emploi à long terme de la personne qui revient au travail en ouvrant la voie à des pratiques concrètes qui visent la prévention primaire des problèmes de santé mentale au travail. Cette approche s'est traduite par le renversement des facteurs de risque à la santé mentale (faible reconnaissance, faible soutien et faible pouvoir décisionnel) par l'actualisation, auprès des gestionnaires, de pratiques de gestion qui visent à aider les travailleurs, dans le cadre d'une entrevue préparatoire au retour au travail, à se sentir soutenus dans les situations difficiles, à avoir de l'influence sur leur travail et à se sentir respectés et estimés. Cette recherche a également permis de mettre en évidence l'importance d'une démarche de collaboration entre les acteurs concernés dans le processus de retour au travail et de la problématique sous-tendue par le maintien de visions paradoxales. Or, on constate que l'engagement de la haute direction ne suffit pas à orienter les pratiques de l'ensemble des acteurs. Des activités de formation et de suivi d'implantation sont essentielles à la consolidation d'une vision commune. Par ailleurs, la participation volontaire des supérieurs immédiats à une telle démarche passe par le soutien qu'ils recevront de la haute direction et la mise en place de mesures concrètes visant à reconnaître leurs pratiques de soutien envers les employés.

7. APPLICABILITÉ DES RÉSULTATS

Le programme, ainsi construit, peut être appliqué à l'ensemble des milieux de travail intéressés à améliorer leurs pratiques de soutien au retour au travail. Les utilisateurs potentiels sont principalement les entreprises qui ont des taux d'absence élevés, soit nombre d'employeurs des secteurs privé et public. Les résultats du projet permettent d'avoir une vision plus intégrée et concertée de la gestion des absences et du retour au travail en précisant les rôles et responsabilités de chacun des acteurs et les pratiques à privilégier. De plus, les résultats s'appuient sur la littérature scientifique et sur les expériences d'autres entreprises de différents secteurs ainsi que sur l'expérience d'un milieu de travail pour ce qui est des pratiques pertinentes à améliorer, de la faisabilité et du contexte favorable à la mise en œuvre.

8. RETOMBÉES ÉVENTUELLES

Cette recherche novatrice dans le domaine de la santé mentale au travail a mené à la modélisation d'une théorie de programme tenant compte des données à la fois empiriques et scientifiques qui va faciliter la généralisation des résultats à d'autres milieux qui voudraient améliorer leurs pratiques de gestion des absences et de retour au travail. Le projet de recherche a permis de mieux documenter, de concevoir et de mettre en place, dans un milieu de travail, des pratiques de soutien au rétablissement et au retour au travail destinées à des travailleurs en arrêt du travail en raison d'un problème de santé mentale. Ce fut également l'occasion de rendre compte de l'importance du rôle des différents acteurs engagés dans le processus de retour au travail et de définir, en partenariat avec un milieu de travail, les rôles et les responsabilités de chacun des groupes d'acteurs en matière de soutien au rétablissement et au retour au travail. Par ailleurs, les travaux du comité-conseil ont permis de structurer un cadre de référence sur la santé mentale au travail et le soutien des personnes et de l'organisation, favorisant la mise en œuvre d'une démarche commune et intégrée. En élaborant une démarche d'accompagnement au retour au travail destinée à des travailleurs absents pour maladie en raison d'un problème de santé mentale, il devenait concevable de passer d'une approche biomédicale centrée sur des interventions cliniques à une approche psychosociale centrée sur la mise en lumière des facteurs de l'environnement de travail susceptibles de contribuer au retour au travail et au maintien en emploi. Cette recherche a permis de constater que les interventions effectuées auprès des personnes absentes pour cause de maladie peuvent également toucher les travailleurs qui sans s'être absents se trouvent exposés aux facteurs de risque qui sont à l'origine de l'absence d'autres travailleurs. Une des retombées futures de ce projet de recherche sera l'intégration à la démarche d'un cadre d'analyse permettant de passer d'une approche de soutien individuel à une approche organisationnelle qui tienne également compte des autres travailleurs. Ce cadre d'analyse permettra ultérieurement de passer d'une approche individuelle de réadaptation à une approche organisationnelle de prévention touchant les autres travailleurs exposés à la même situation à risque.

9. LISTE DES ARTICLES SCIENTIFIQUES PUBLIÉS DANS LE CONTEXTE DU PROJET

- Delisle, S., St-Arnaud, L., Briand, C., Durand, M-J, Corbière, M., Saint-Jean, M., & Bourbonnais, R. (2008) Programmes de retour au travail en santé psychologique au sein des organisations : analyse critique, 3e conférence internationale CIST sur les facteurs psychosociaux au travail, De la connaissance à l'action, ICOH-WOPS 2008, Québec.
- Delisle, S., St-Arnaud, L., Briand, C., Durand, M-J., & Corbière, M. (2008). Protocoles et programmes de retour au travail en santé psychologique en entreprise et fondements théoriques, 15e congrès de psychologie du travail et des organisations, AIPTLF, Québec.
- St-Arnaud, L., Briand, C., & Pelletier, M. (soumis). Paradoxical Challenges in Managing Employees' Absences for Mental Health Reasons and Practices to Support Their Return to Work. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*.
- St-Arnaud, L., Briand, C., Durand, M-J., Saint-Jean, M., Corbière, M., Bourbonnais, R., & Pelletier, M. (2008). Managing the Return to Work-Related Mental Health, 3rd ICOH-WOPS. International Conference On Psychosocial Factors At Work. From Knowledge to Action. 2008. Quebec.
- St-Arnaud, L., Briand, C., Saint-Jean, M., Durand, M.-J., Corbière, M., Bourbonnais, R., & Pelletier, M. (2008). Approche participative pour le développement d'un programme de retour intégré des bonnes pratiques de gestion du retour au travail en santé mentale au travail, 15e congrès de psychologie du travail et des organisations, AIPTLF, Québec.
- St-Arnaud, L., Briand, C., Saint-Jean, M., Durand, M.-J., Corbière, M., Bourbonnais, R., & Pelletier, M. (2008). Participatory approach and best practices for managing return-to-work, Work, stress and health, Washington, Mars.
- St-Arnaud, L. (2009). Les enjeux du retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale. Stimulus, juin 2009, Paris.
- St-Arnaud, L. (2009). Les enjeux du retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale. Symposium Franco-Québécois en droit santé travail, juin 2009. Lille
- St-Arnaud, L., Briand, C., Durand, M-J., Saint-Jean, M., Corbière, M., Bourbonnais, R., & Pelletier, M. (2009). Mental health at work: a support-base approach to return to work. APA NIOSH, novembre 2009. Porto Rico
- St-Arnaud, L. (2009). Démarche d'accompagnement au retour au travail.. Forum Commission de la Santé et Sécurité au Travail, novembre 2009. Québec.
- St-Arnaud, L. (2009). Santé mentale et retour au travail: un pensez-y bien. Colloque du conseil des délégués de L'Institut professionnel de la fonction publique du Canada, mai 2009, Manoir du Lac des sables, Oxford.
- St-Arnaud, L. (2010). Soutien au rétablissement et au retour au travail en santé mentale. Ministère des Ressources naturelles et de la Faune. Février 2010. Québec.
- St-Arnaud, L. (2010). Santé mentale et retour au travail. Transport Canada. Colloque des gestionnaires. Hôtel Delta, Février 2010. Trois-Rivières.
- St-Arnaud, L. (2010). Démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail. Réseau des transports en commun du Québec. RTC de Québec. Février 2010. Québec.
- St-Arnaud, L. (2010). Les enjeux d'une démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail en santé mentale. Collège de Sainte-Foy. Mars 2010. Québec.
- St-Arnaud, L., Pelletier, M., Briand, C., Saint-Jean, M., Durand, M.-J., Corbière, M., & Kedl, E. (à janvier 2011). Mental health and return to work : A support-based approach to

rehabilitation and return to work. In Occupational Health and Safety, edited by Sharon Clarke, Ronald J. Burke and Cary L. Cooper. Gower Publishing Ltd: England.

BIBLIOGRAPHIE

- Amick, B. C., Habeck R. V., Hunt, A., Fossel, A. H., Chapin, A., Keller, R. B., & Katz, J. N. (2000). Measuring the impact of organizational behaviours on work disability prevention and management. *Journal of occupational rehabilitation*, 10(1), 21–38.
- Anderzen, I. & Arnetz, B. B. (2005). The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47(7), 671-682.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1996). *Les troubles anxieux : Orientations futures de la recherche et du traitement*. Rapport de recherche adressé à Santé Canada. Université de Toronto. <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/pubs/anxieux/annexe.htm> Anxiety
- Arnetz, B.B., Sjogren, B., Rydehn, B., & Meisel, R. (2003). Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 45, 499–506.
- Baril, R., & Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Rapport de recherche présenté à l'IRSST (R-238). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., Cole, D., & Work-Ready Group. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science & Medicine*, 57(11), 2101-2114.
- Baril-Gingras, G. (2003). Santé et sécurité et transformation du travail: réflexions et recherches sur le risqué professionnel. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 58(3), 560-562.
- Blanchet, L., Laurendeau, M.-C., Paul, D., & Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale: Préparer l'avenir*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The presence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986
- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagervelt, S. E., & Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparaison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work & Stress*, 20(2), 129-144.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., Mâsse, B., & Blanchette, C. (2005). Psychosocial work environment and certified sick leaves among nurses during organizational changes and downsizing. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 60(3), 483-508.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., & Lower, A. (2006a). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental in an acute care hospital. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 326-334.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., & Gaudet, M. (2006b). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 335-342.

- Brenninkmeijer, V., Houtman, I., & Blonk, R. (2008). Depressed and absent from work : predicting prolonged depressive symptomatology among employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(4), 295-301.
- Briand, C., Durand, M. J., St-Arnaud, L., & Corbière, M. (Soumis 2007). Work and Mental Health: Learning from Return-to-Work Rehabilitation Programs Designed for Workers with Musculoskeletal Disorders. *International Journal of Law and Psychiatry, Special issue, work and mental health*.
- Brisson, C., Larocque, B., & Bourbonnais, R. (2001). Les contraintes psychosociales au travail chez les canadiennes et les canadiens. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 92(6), 460-467.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., & Ivers, H. (2002). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. Rapport de recherche adressé à l'IRSST, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval. <http://cgsst.fsa.ulaval.ca>
- Brun, J.-P., & Martel, J. (2003). *La santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions*. Rapport de recherche adressé à l'IRSST (R-342), Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval. <http://cgsst.fsa.ulaval.ca>
- Brun, J.-P., Biron, C., & Ivers, H. (2007). Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail. Rapport de recherche adressé à l'IRSST (R-514), Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval. <http://cgsst.fsa.ulaval.ca>
- Brun, J.-P. (2009). *Management d'équipe : 7 leviers pour améliorer le bien-être et l'efficacité au travail*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Casey, P. (2001). Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(1), 32-40.
- Caveen, M., Dewa, C. S., & Goering, P. (2006). The influence of organizational factors on return to work outcomes. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 121-142.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. United States of America: Sage Publications, Inc.
- Cohidon, C., Imbernon, E., & Gørdberg, M. (2009). Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *American journal of industrial medicine*, 52, 141-152.
- Conseil de gestion du régime d'assurance invalidité (2005). *Conseil national mixte de la fonction publique du Canada et Sun Life. Rapport annuel 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005*. <http://www.njc-cnm.gc.ca/auxFile.php?AuxFileID=286>.
- Contandriopoulos, A.-P., & Souteyrand, Y. (1996). La construction de l'offre locale de soins. In A. P. Contandriopoulos & Y. Souteyrand (Eds.), *L'hôpital stratège : Dynamiques locales et offre de soins* (pp. 83-111). Paris: John Libbey Eurotext.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48, 517-539.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 45-53.
- Corbière, M., Lesage, A., Villeneuve, K., & Mercier, C. (2006). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé Mentale au Québec*, XXXI(1), 215-235.

- Corbière, M., & Lecomte, T. (2007, June). *Work accommodations for recently employed people with mental illness*. Paper presented at the International Academy of Law and Mental Health-30 TH International Congress, Padua, Italy
- Corbière, M. (2008). Le point sur l'insertion socioprofessionnelle de personnes atteintes de schizophrénie et autres troubles mentaux graves. *Revue Québécoise de Psychologie*, 29(1), 95-110.
- Corbière, M., Shen, J., Rouleau, M., & Dewa, C. A (2009). Systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33(1), 81-116.
- CSST. (2006). Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information (2006/01/27). Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- Dahl-Jorgensen, C. & Saksvik, P. (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 35(3), 529-549.
- Daniellou, F. (1999). Nouvelles formes d'organisation et santé mentale. *Archives des maladies professionnelles*, 60 (6), 529-533.
- Dejours, C. (1993). *Travail et usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, (Nouvelle édition augmentée) Paris : Bayard Éditions.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. *Le Travail Humain*, 58(1), 1-15.
- Dejours C. (2003) *L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, Inra Éditions.
- Dejours, C. (2009). *Travail vivant 2 : Travail et émancipation*. Paris : Éditions Payot & Rivages.
- Dewa, C. S., Goering, P., Lin, E., & Paterson, M. (2002). Depression-Related Short-Term Disability in an Employed Population. *Journal of Occupational and Environmental Health*, 44(7), 628-633.
- Dewa, C. S., McDaid, D., & Ettner, S. L. (2007). An international perspective on worker mental health problems: Who bears the burden and how are costs addressed? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 346-356.
- Druss, B. G., Schlesinger, M., & Allen, H.M. (2001). Depressive Symptoms, Satisfaction with Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population. *The American journal of psychiatry*, 158, 731-734.
- Dubé, S., & Parent, M. (2004). Le coût croissant de la gestion des invalidités. *Avantages*, 16(2), 41-49.
- Durand, M.-J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Pistes*, 3(2), 1-16.
- Durand, M.-J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21(3), 233-242.
- Durand, M.-J., Loisel, P., Charpentier, N. Labelle, J., & Nha Hong, Q. (2004). *Le programme de Retour Thérapeutique au Travail (RIT)*. Longueuil. Centre de recherche clinique en réadaptation au travail Prévicap de l'Hôpital Charles LeMoyne.

- Eklof, M., & Hagberg, M. (2006). Are simple feedback interventions involving workplace data associated with better working environment and health? A cluster randomized controlled study among Swedish VDU workers. *Applied ergonomics*, 37(2), 201-210.
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., & The Institute for Work & Health (IWH) Workplace-Based RTW Intervention Literature Review Research Team. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.
- Franche, R.-L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005). Workplace Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-541.
- Funk, M., Saraceno, B., Miguel, J. C. A., Harnois, G., & Grigg, M. (2005). Mental health policies and programmes in the workplace. *World Health Organization*. Geneva: Switzerland.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.-R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Genève: Bureau International du Travail.
- Gates, L. (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(4), 179-190.
- Gjesdal S., & Bratberg E. (2003). Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multi-register based and prospective study. *Scandinavian journal of public health*, 31, 246-54.
- Habeck, R. V., Scully, S. M., Van Tol, B., & Hunt, H. A. (1998). Successful employer strategies for preventing and managing disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(2), 144-161.
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. S., & Haslam, R. A. (2005). Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of Affective Disorders*, 88, 209-215.
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliot, K. H. (2005). Long Term Sickness Absence. *British Medicine Journal*, 330, 802-803.
- Hinings, C.R., & Greenwood, R. (1988). *The Dynamics of Strategic Change*. New-York: Basil Blackwell Inc.
- Hogg-Johnson S., & Cole, D. (2003). Early prognostic factors for duration on benefits among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60, 244-253.
- Holmgren, K., & Ivanoff, S. D. (2007). Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process (a focus group study). *Journal of occupational rehabilitation*, 17, 93-106.
- Houtman, I. L. D. (2007). *Work-related stress*, European foundation for the improvement of living and working conditions.
- Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec: Gouvernement du Québec.
- James, P., Cunningham, I., & Dibben, P. (2002). Absence management and the issues of job retention and return to work. *Human Resource Management Journal*, 12(2), 82-94.

- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kauffeld, S., Jonas, E., & Frey, D. (2004). Effects of a flexible work-time design on employee- and company-related aims. *Human Resource Management Journal*, 12(2), 82-94.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States : Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler R. C., Akiskal H. S., Ames M., Birnbaum H., Greenberg P., Hirschfeld R. M. A., Jin R., Merikangas K. R., Simon G. E., & Wang P. S. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1561-1568.
- Kompier, M., & Kristensen, T. (2001). Organizational Work Stress Interventions in a Theoretical Methodological and Practical Context. In *Stress in the Workplace : Past, Present and Future* (pp. 164-190). London : Whurr.
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A. M., & Groothoff, J. W. (2008). Sickness absence due to depressive symptoms. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81, 711-719.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. In J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vézina, M., Durand, P. J., & Rochette, L. (2004). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(2), 30-51.
- Le Bossé, Y. (2003). De l' « habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(27), 19-22.
- Lepine, J. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal Clinical Psychiatry*, 63(14), 4-8.
- Lescarbeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2003). Profession: consultant. Dans Gaëtan Morin éditeur (4e éd.). *La mobilisation du milieu* (pp. 37-58). Montréal.
- Linton, S. J. (1991). A behavioral workshop for training immediate supervisors: The key to neck and back injuries. *Perceptual and Motor Skills*, 73, 1159-1170.
- Logan, M., & Ganster, D. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management*, 31(1), 90-107.

- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., & Tremblay, C. (2001). Disability Prevention New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disability Management Health Outcomes*, 9 (7), 351-361.
- Loisel, P., Gosselin, L., Durand, P., Lemaire, J., Poitras, S., & Abenhaim, L. (2001). Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from subacute back pain. *Applied Ergonomics*, 32, 53-60.
- MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L., & Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal Of Work, Environment & Health*, 32(4), 257-269.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., & coll. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- McLellan, R. K., Pransky, G., & Shaw, W. (2001). Disability Management Training for Supervisors : A Pilot Intervention Program. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11(1), 33-41.
- Michie, S., Wren, B., & Williams, S. (2004). Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 345-349.
- Mikkelsen, A., & Gundersen, M. (2003). The effect of a participatory organizational intervention on work environment, job stress, and subjective health complaints. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 91-110.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1989). *Notion de santé mentale*. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec.
- Moller, L., Kristensen, T. S., & Hollnagel, H. (1996). Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *Journal Epidemiology Community Health*, 50, 423-428.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24(3), 197-205.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., Siemerink, J. C. M. J., & Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(I), i21-i25.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., 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 Environmental Medicine*, 61, 817-823.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., de Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B., & Dijk J. H. Van (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorder in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(1), 67-74.
- Nystuen, P., Hagen, K.B., & Herrin, J. (2001). Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scandinavian Journal of public health*, 29, 175-182.

- Nystuen P., & Hagen K. B. (2003). Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health, BioMed Central*, 1-7.
- Olsheski, J. A., Rosenthal, D. A., & Hamilton, M. (2002). Disability management and psychosocial rehabilitation: considerations for integration. *Work*, 19, 63-70.
- Patton, M. (1997). The Program's Theory of Action. *Utilization-focused evaluation. The new century text*. Sage Publications.
- Pélissolo, A., André, C., Chignon, J. M., Dutoit, D., Martin, P., Richard-Berthe, C., & Tignol, J. (2002). Anxiety disorders in private practice psychiatric out-patients: prevalence, comorbidity and burden. *Encephale*, 28, 510-519.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Putnam, K., & McKibbin, L. (2004). Managing workplace depression: an untapped opportunity for occupational health professionals. *American Association Occupational Health Nurses Journal*, 52(3), 122-129.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). Expressing and Assessing Program Theory. Dans P. H. Rossi, M. W. Lipsey, & H. E. Freeman (7th éd.). *Evaluation, A systematic approach* (pp. 133-168). California: Sage publications.
- Rugulies, R., Bultmann, U., Aust, B., & Burr, H. (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-Year follow-up of the Danish work environment cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163(10), 877-887.
- Russo, D., & Innes, E. (2002). An organizational case study of the case manager's role in a client's return-to-work programme in Australia. *Occupational Therapy International*, 9(1), 57-75.
- Roy, M., Desmarais, L., & Cadieux, J. (2005). Améliorer la performance en SST: les résultats vs les prédicteurs. *Pistes*, 7(2), 1-11.
<http://www.pistes.ugam.ca/v17n12/articles/v17n12a10.htm>.
- Ryan, P., Hill, R., Anczewska, M., Hardy, P., Kurek, A., Nielson, K., & Turner, C. (2005). Team-based occupational stress reduction : a European overview from the perspective of the OSCAR Projects. *International Review of Psychiatry*, 17(5), 401-108.
- Schwartz, S. H. (2000). Universals in the content and structure of values : theoretical advances end empirical tests in 20 countries, *Advances in Experimental Social Psychology*, éd. M. P. San Diego, *Academic Press*, 1-65.
- Schwartz, S. H., & Sagie, L. (1995). Identifying culture-specifics in the content and structure of values. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26(1), 92-116.
- Secrétariat du Conseil du trésor (2001). *Guide des ministère et organismes concernant le traitement des périodes d'absence pour invalidité*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec, 89p.
- Sévigny, R. (1994). La maladie mentale. In F. Dumont, S. Langlois & Y. Martin (Eds.), *Traité des problèmes sociaux* (pp. 165-178). Québec: Institut de Recherche Québécois sur la Culture.

- Shalbot, B. (1997). « Some correlates of self rated health for Australian women ». *American Journal Public Health*, 87(6), 951-956.
- Shannon H. S., Mayer, J., & Haines, T., (1997). Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates. *Safety Science*, 26(3), 201-217.
- Shaw, W. S., Robertson, M. M., Pransky, G. S., & McLellan, R. K. (2006). "Training to Optimize the Response of Supervisors to Work Injuries: Needs Assessment, Design, and Evaluation". *American Association of Occupational Nurses Journal*, 54(5), 226-235.
- Shaw, W., Hong, Q., Pransky, G., & Loisel, P. (2008). A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial program and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of occupational rehabilitation*, 18, 2-15.
- Shiels, C., Gabbay, M. B., & Ford, F. M. (2004). Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *British Journal of General Practice*, 54(86-91).
- Siegrist, J. (1996) Adverse health effects of high effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1463-1473.
- Six, F. M. (2000). Le travail des cadres : Le point de vue de l'ergonomie. Le point sur... : Approfondir, 26^{ème} Congrès National de Médecine au Travail. France : Université de Lille III
- Sluiter, J., Bos, AP., Tol, D., Calff, M., Krijnen, M., & Frings-Dresen, M. (2005). Is staff well-being and communication enhanced by multidisciplinary work shift evaluations? *Intensive Care Medicine*, 31(10), 1409-1414.
- Sroujian, C. (2003). Mental health is the number one cause of disability in Canada. *Insurance Journal*, 7(8).
- St-Arnaud, L., & Vézina, M. (1993). « Santé mentale et organisation du travail », Le médecin du Québec.
- St-Arnaud, L. (2001). *Désinsertion et réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2003). De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 193-211.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Damasse, J. (2004). *La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale*. Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du Conseil du trésor. Gouvernement du Québec.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2004). Regard de l'autre et dynamique de la reconnaissance : un effet loupe sur les personnes qui ont des troubles mentaux au travail. *Revue Travailler*, 12, 99-115.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Damasse, J. (2006). Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 303-315.
- St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., St-Jean, M., & Rhéaume, J. (2007). Determinants of Return-to-Work among Employees Absents Due to Mental Health Problems. *Industrial Relations Journal*, 62(4), 690-713.

- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Damasse, J. (2009). *Rapports sociaux et anticipation des conditions de retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale*. Dans Psychopathologie du travail et maintien durable en emploi : une question antinomique ? sous la direction de M.-F. Maranda et G. Fournier, PUL, 160-184.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, F., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental medicine*, 56, 302-307.
- Stock, S., Deguire, S., Baril, R., & Durand, M. J. (1999). *Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal "Workready" Phase 1 : Volet qualitatif québécois*. Direction de la santé publique-Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, R-297.
- Stock, S., Baril, R., Dion-Hubert, C., Lapointe, C., Paquette, S., Sauvage, J., Simoneau, S., & Vaillancourt, C. (2005). *Troubles musculo-squelettiques-Guide et outils pour le maintien et le retour au travail*. Guide OMRT-Fr, Montréal, IRSST – Montréal, Direction de la santé publique.
- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders : past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7, 185-188.
- Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., & Weingarien, A.-M. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63, 724-733.
- van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work and Stress*, 13(2), 87-114.
- van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. H. (2002). The Benefits on Interventions for Work-related Stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van der Dijk, F. J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorder: A cluster randomised controlled design. *Occupational Environment Medicine*, 60, 429-437.
- van der Klink, J. J. L., & van Dijk, F. J. H. (2003). Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scandinave Journal Work Environmental Health*, 29(6), 478-487.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A., & Laurendeau, M.-C. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec*. CSMQ, Montréal : Gaétan Morin.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2001). *Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale*. Institut de la statistique du Québec : Portrait social du Québec, données et analyses (pp. 279-288). Québec.
- Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., & Trudel L. (2004). *Facteurs de risques psychosociaux*. Manuel d'Hygiène du travail (pp. 362-375), Montréal : Modulo-Griffon
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Marchand, A., & Arcand, R. (2008). Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec : Institut de la statistique du Québec.

Vézina, M., Chénard, C., Bourbonnais, R., Brisson, C., Brun, J.-P., Gourdeau, P., & coll. (2009). Grille d'identification des risques psychosociaux au travail. Institut National de Santé Publique. Gouvernement du Québec.

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/744_OutilCaractMilieuTravail.pdf

Vinet, A., Bourbonnais, R., & Brisson, C. (2003). Travail et santé mentale : une relation qui se détériore. *Sous la direction de Michel Audet. Santé mentale et travail. L'urgence de penser autrement l'organisation, Actes du 58e congrès du département des relations industrielles de l'université Laval, tenu à Québec en 2003* (pp. 5-37). Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval

Waghorn, G. R., & Chant, D. C. (2005). Employment restrictions among persons with ICD-10 anxiety disorders: characteristics from a population survey. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(6), 642-657.

Weiss, C.H (1997). How can theory-based evaluation make greater headway? *Evaluation Review, 21*, 501-524.

(Work-related stress, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005).

Wood, D. J. (1987). Design and Evaluation of a Back Injury Prevention Program Within a Geriatric Hospital. *Spine, 12*(2), 77-82.

Wyatt, W. (2005). *Managing Health Care Costs in a New Era: 10th Annual NBGH*. Washington, Survey Report, DC: National Business Group on Health & Watson Wyatt.

Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R., & van Poppel, M. N. M. (2005). Return to work outcomes following work disability : stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation, 15*(4), 543-556.

ANNEXES

ANNEXE A : DÉFINITION DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Selon un rapport du Bureau international du travail (BIT) sur la santé mentale en milieu de travail, touchant cinq pays industrialisés (États-Unis, Grande-Bretagne, Allemagne, Finlande et Pologne), 20 % de la population adulte souffre d'un problème de santé mentale (Gabriel & al., 2000). Les données de l'enquête européenne sur les conditions de travail, effectuée en 2000, indiquent que le stress lié au travail s'avère le deuxième problème de santé le plus fréquent à travers l'Europe après la douleur au dos (Work-related stress, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005). Dans des pays industrialisés, dont le Canada et le Québec, des enquêtes successives indiquent qu'entre une personne sur cinq et une personne sur quatre présente un niveau élevé de détresse psychologique (Institut de la statistique du Québec, 2000).

Les problèmes de santé mentale peuvent avoir des effets particulièrement incapacitants, entraîner de longues périodes d'invalidité (Koopmans, Roelen & Groothoff, 2008), et ce, en plus de présenter un risque élevé de rechutes (Druss, Schlesinger & Allen, 2001; Gjesdal & Bratberg, 2003; Koopmans & al., 2008; Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk & Dijk, 2006). Au Québec, une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de la population met en lumière le fait que les problèmes de santé mentale sont les premiers facteurs responsables de l'augmentation de l'absentéisme au travail (Vézina & al., 2001) et souligne qu'en plus de s'absenter plus souvent, les personnes s'absentent plus longtemps. La durée d'une incapacité de travail à la suite d'une dépression serait environ deux fois et demie plus longue que celle occasionnée par d'autres maladies (Gabriel & al., 2000). Les problèmes liés à la santé mentale au travail sont parmi les plus coûteux pour les entreprises (Gabriel & al., 2000). Selon Henderson et al. (2005) et Dewa et al. (2007), la hausse de ces absences représente un problème de santé publique et économique majeur. Santé Canada conclut d'ailleurs que les problèmes de santé mentale dans les milieux de travail coûtent annuellement aux entreprises canadiennes près de 14 % de leur profit net, ce qui représente environ 16 \$ billions annuellement pour l'ensemble des entreprises (Sroujian, 2003). Pour plusieurs compagnies d'assurance salaire, les réclamations relatives à la santé mentale représentent la catégorie de coûts d'invalidité qui augmente le plus rapidement. À la Standard Life, entre 1991 et 2003, l'incidence des invalidités de longue durée liées à des problèmes de santé mentale a augmenté de 120 % (Dubé & Parent, 2004). En 2004, tout comme au cours des 13 années précédentes, les problèmes de santé mentale, incluant la dépression et l'anxiété, constituent la principale cause d'invalidité citée dans les nouvelles demandes de prestations, soit 46 % (Conseil de gestion du régime d'assurance invalidité, 2005). Il en va de même au Québec pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui a vu ses déboursés totaux pour les lésions professionnelles indemnisées liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique passer de 5,8 millions en 1995 à 14,3 millions en 2004 (CSST, 2006).

Les notions liées à la santé mentale ont évolué au cours des ans, mais il reste encore beaucoup de confusion dans l'utilisation indifférenciée que font certains auteurs des termes « troubles mentaux », « maladies mentales » et « problèmes de santé mentale »; il est souvent difficile d'en cerner les différences et les caractéristiques. Les termes « problèmes de santé mentale »,

« maladie mentale » et « désordres mentaux » ont été définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans un rapport du Bureau international du travail (BIT) sur la santé mentale au travail (Gabriel & al., 2000). La notion de « problèmes de santé mentale » renvoie à des difficultés moins sévères que l'on situe généralement en deçà de la maladie et qui peuvent être allégées par une aide externe sans nécessairement passer par un traitement. Pour sa part, le terme de « maladie mentale » est utilisé pour décrire des problèmes plus sérieux, que l'on peut diagnostiquer et pour lesquels une intervention professionnelle et un traitement sont requis. Enfin, les « désordres mentaux » ont trait à une détérioration marquée du fonctionnement mental, généralement caractérisée par une altération de la pensée, de l'humeur ou des comportements.

Au Québec, des distinctions similaires ont été présentées dans la politique de santé mentale (MSSS, 1989). Les personnes qui présentent un problème de santé mentale ont été regroupées en fonction de l'intensité de leur problème. Ces différentes distinctions visent à cerner les frontières qui existent entre la santé et la maladie. Mais selon Sévigny (1994), cette réalité demeure un phénomène complexe et multiforme. Il n'existe pas de réel consensus sur la définition des problèmes. L'effritement des frontières entre la santé et la maladie, ainsi que celles qui départagent l'individuel du social, a grandement contribué à l'élargissement de la notion de santé mentale. Aussi, la différence entre les notions de « problèmes de santé mentale » et « troubles mentaux » tient non seulement à la nécessité d'établir une distinction basée sur la gravité des problèmes, mais également pour rendre compte des circonstances qui peuvent avoir une influence sur l'état de santé mentale d'une personne. La notion de « troubles mentaux » renvoie à des maladies caractérisées qui peuvent être diagnostiquées et qui entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives et relationnelles. Cette définition des « problèmes de santé mentale » semble inclure à la fois des situations moins graves et des situations plus sévères, mais transitoires, pouvant conduire à une détérioration marquée de l'état de santé. Par contre, elle exclut les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, soit celles que l'on désigne comme étant des malades mentaux chroniques. La préoccupation centrale de cette étude est donc le retour au travail d'une population de travailleurs qui ont dû interrompre leur activité professionnelle en raison de difficultés liées à la santé mentale; ces personnes manifestent un état de détresse suffisamment important pour devoir consulter un médecin et se retirer du travail. Le passage de la maladie à l'arrêt de travail atteste donc une certaine gravité du problème, cependant, de façon générale, ces problèmes de santé sont considérés comme réversibles et le lien d'emploi permet d'apprécier l'existence d'une compétence sociale.

Selon Nieuwenhuijsen, Verbeck, Siemrinc et Tummers-Nijssen (2003), la majorité des travailleurs qui s'absentent en raison d'un problème de santé mentale souffrent de troubles mentaux transitoires qui peuvent être regroupés en trois catégories : le trouble d'adaptation (auquel s'apparente l'épuisement professionnel); les troubles de l'humeur, dont fait partie la dépression majeure; et les troubles anxieux (Shiels, Gabbay & Ford, 2004; van der Klink & van Dijk, 2003). Toutefois, il demeure difficile d'établir avec précision l'incidence et la prévalence de ces trois troubles mentaux au sein d'une population au travail. Les mesures obtenues doivent être interprétées et comparées avec prudence en raison de la variabilité de la méthodologie utilisée d'une étude à l'autre pour obtenir les taux d'incidence et de prévalence (Antony & Swinson, 1996; Blazer, Keesler, McGonagle & Swartz, 1994; Lépine, 2002).

Réintégration professionnelle en santé mentale au travail

La majorité des études recensées dans le domaine de la réadaptation en santé mentale s'intéressent aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, telle la schizophrénie, et dont la trajectoire de vie est surtout marquée par des difficultés d'insertion ou d'intégration en emploi plutôt que de retour au travail. Dans le domaine de la santé au travail, les études en réadaptation portent essentiellement sur les travailleurs victimes d'accidents ou de maladies professionnelles. Même si elles ne visaient pas notre population à l'étude, ces études en santé mentale et en santé au travail ont permis de dégager certains constats sur les interventions à privilégier dans ce domaine et, à ce titre, elles apportent un éclairage pertinent. Quelques-unes d'entre elles portaient explicitement sur la réintégration professionnelle de travailleurs déjà insérés en emploi et qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale, mais peu se sont intéressées à la conception et à l'évaluation de programmes de retour au travail (Briand & al., 2007). Si certaines études présentaient des approches organisationnelles de prévention primaire et secondaire (information sur la maladie mentale, dépistage de la dépression en entreprise, amélioration des programmes d'aide aux employés, mesures de soutien en entreprise, etc.), il s'est avéré que peu d'études décrivaient des mesures de réintégration (prévention tertiaire) considérant à la fois le travailleur, son milieu de travail et les différents partenaires (Michie, Wren & Williams, 2004; Putnam & McKibbin, 2004). Les approches de prévention tertiaire documentées, principalement orientées vers des interventions cognitivo-comportementales de résolution de problèmes et de gestion du stress, sont considérées comme des interventions centrées sur l'individu.

Limites des interventions centrées sur l'individu

Les approches en réinsertion professionnelle documentées visent généralement à aider les travailleurs à mettre au point des stratégies d'adaptation individuelles plus efficaces; elles s'intéressent bien peu à l'environnement de travail et à la concertation entre les différents partenaires (Blonk, Brenninkmeijer, Lagervelt & Houtman, 2006; Nystuen & Hagen, 2003; van der Klink, & al., 2002, 2003).

Selon Vézina et al. (1992); Brun et al. (2003), les interventions centrées sur l'individu permettent d'agir sur les stratégies d'adaptation des travailleurs, mais demeurent limitées en ce qui concerne les facteurs liés à l'environnement psychosocial de travail. Aussi, en ce sens, à l'issue de leurs travaux, van der Klink et al. (2003) recommandent de poursuivre les recherches afin de mettre en œuvre des approches qui permettraient d'agir sur le milieu de travail, par exemple sur le style de gestion, la construction d'une communauté d'appartenance et la résolution de conflits en milieu de travail.

Rôle central du travail sur la santé mentale et le maintien en emploi

Les événements stressants de la vie personnelle, tels le décès d'un être cher, la prise en charge d'un parent ou d'un enfant malade, des difficultés conjugales ou financières, etc., comptent parmi ceux qui peuvent participer à la fragilisation de l'état de santé et mener à un trouble d'adaptation (St-Arnaud, St-Jean & Rhéaume, 2003). Toutefois, une proportion importante des travailleurs qui s'absentent pour des problèmes de santé mentale le font en raison des difficultés

vécues dans le cadre de leur travail (Cohidon, Imbernon & Gorlberg, 2009; St-Arnaud, Bourbonnais, St-Jean & Rhéaume, 2007). Dans une étude réalisée auprès de 1850 travailleurs absents en raison d'un problème de santé mentale certifié par un diagnostic médical, la grande majorité des travailleurs ont fait état des difficultés vécues dans le cadre de leur travail pour expliquer la détérioration de leur état de santé et leur arrêt de travail (St-Arnaud et al., 2007). En effet, seulement 9 % des sujets (10 % chez les femmes et 6 % chez les hommes) ont essentiellement fait référence à leur vie personnelle pour expliquer leur problème de santé et leur arrêt de travail; 32 % attribuent directement la situation à leur travail (27 % des femmes et 43 % des hommes), et près des deux tiers des répondants (63 % des femmes et 50 % des hommes) considèrent qu'elle est due à la fois à leur vie personnelle et à leur travail. Si l'on tient compte du fait que 32 % des personnes estiment que leur absence est essentiellement due à leur travail et que près des deux tiers évoquent à la fois des raisons personnelles et professionnelles, c'est au total plus de 90 % des sujets qui mentionnent les difficultés vécues dans leur travail pour rendre compte de la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail. Les différentes contraintes du travail signalées par les sujets sont : une surcharge de travail (62 %), une non-reconnaissance des efforts (48 %), un conflit avec le supérieur (31 %), un conflit avec les collègues (21 %), une évaluation négative de leur travail (19 %), un manque d'autonomie dans le travail (17 %) et une insécurité d'emploi (14 %) (St-Arnaud & al., 2007).

Ces résultats vont dans le sens de nombreux écrits qui mettent en évidence le fait qu'au cours des dernières années les milieux de travail ont connu de nombreux bouleversements ayant eu un impact sur la santé mentale des travailleurs (Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina & Lower, 2006a; Brisson, Larocque & Bourbonnais, 2001; Dejours, 1993, 1995; Karasek & Theorell, 1990; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel & David, 1998; Rugulies, Bultmann, Aust & Burr, 2006; Siegrist & Marmot, 2004; Stansfeld & al., 1999; van der Doef & Maes, 1999). L'augmentation de la compétitivité et de la concurrence, avec leur lot de fusions d'entreprises et de pratiques de rationalisation des effectifs, a entraîné de nouvelles exigences en milieu de travail. Ces changements perturbent profondément les méthodes d'organisation du travail et obligent certains employeurs à s'orienter vers une gestion flexible du temps de production et d'utilisation de la main-d'œuvre. Par ailleurs, la somme de travail demandée aux employés s'accroît, alors que les ressources humaines et financières diminuent. L'intensification du travail serait responsable d'une proportion importante des absences liées à un problème de santé mentale (Vézina & al., 2004; Vézina, Bourbonnais, Marchand & Arcand, 2008). De nouvelles pratiques de gestion ont aussi été associées à cette intensification du travail, par exemple la chasse aux temps morts, l'évaluation individualisée des performances, le recours à la soustraction, etc. Ces pratiques ont des effets sur les rapports sociaux de travail, la mise en compétition des travailleurs, la fragilisation des collectifs de travail et la capacité d'entraide et de savoir-vivre ensemble (Dejours, 2003). Les pressions qu'exercent ces transformations influent sur la capacité de travail des employés, sur leur maintien en emploi et sur leur santé mentale. Selon Vinet, Bourbonnais et Brisson (2003), la hausse vertigineuse des absences en raison d'un problème de santé mentale et la hausse proportionnelle des primes d'assurance collective témoignent de l'ampleur et de la profondeur de cette crise.

Suivant cette perspective, le retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale demeure particulièrement difficile et incertain si l'on ne tient pas compte des facteurs de risque liés au travail. De fait, le retour au travail est plus ardu chez les personnes qui s'absentent en raison de

facteurs liés au travail (St-Arnaud & al., 2007). À l'inverse, une analyse des conditions de retour au travail montre une association significative entre l'amélioration des conditions de travail lors du retour au travail et la résolution des problèmes de santé mentale. Une étude de Brenninkmeijer, Houtman et Blonk (2008) sur les facteurs prédictifs du retour au travail à la suite d'une dépression fait également état de la nécessité d'apporter des modifications à la tâche ou des changements dans le travail pour favoriser le recouvrement de la santé et le retour au travail. L'intervention sur l'environnement psychosocial de travail lors du retour au travail s'avère un déterminant majeur de la restauration de l'état de santé et d'un retour au travail réussi à la suite d'un problème de santé mentale.

Enjeux d'une intervention centrée sur l'environnement psychosocial de travail

Au cours des dernières décennies, les recherches dans le domaine de la réadaptation professionnelle ont évolué, passant d'une approche biomédicale souvent centrée sur les facteurs individuels de la maladie à une approche prenant en compte les facteurs de l'environnement de travail (Durand, Vachon, Loisel & Berthelette, 2003; Franche, Baril, Shaw, Nicholas & Loisel, 2005). Selon Franche et al. (2005), la modification de l'environnement de travail, de façon temporaire ou permanente, demeure une composante centrale des interventions jugées efficaces en milieu de travail pour assurer le retour au travail. De fait, plusieurs études soutiennent l'importance de cette mesure et son action sur la durée de l'incapacité (Amick & al., 2000; Arnetz, Sjogren, Rydehn & Meisel, 2003; Hogg-Johnson & Cole, 2003; Loisel & al., 2001). En santé mentale au travail, cette dimension est d'autant plus centrale que l'environnement psychosocial de travail est responsable d'une proportion importante des absences au travail (Vézina & al., 2008). De plus, les travaux de Brenninkmeijer et al. (2008) et de St-Arnaud et al. (2007) confirment l'importance d'agir sur l'environnement psychosocial de travail pour favoriser le retour au travail et le maintien en emploi. Par ailleurs, une revue systématique des interventions préventives en matière de santé mentale montre l'importance d'intervenir sur différents plans : auprès des individus, mais aussi au niveau des équipes de travail et des structures organisationnelles et politiques (Corbière, Shen, Rouleau & Dewa, 2009).

L'environnement psychosocial du travail intègre à la fois les dimensions techniques du travail et ses dimensions humaines. Les dimensions techniques visent plus spécialement le contenu de la tâche. En d'autres termes, elles conditionnent le « quoi faire », le « comment le faire », de même que le « combien en faire » dans un temps donné. Les dimensions humaines concernent plutôt les rapports sociaux de travail, soit les modes d'interactions et les modes de communication entre les personnes, que ce soit sur le plan vertical (supérieurs et subordonnés) ou horizontal (collègues) (St-Arnaud & Vézina, 1993). Ces dimensions touchent directement l'organisation du travail et les pratiques de gestion (Brun, 2009). À ce titre, les gestionnaires de l'entreprise et, surtout, le supérieur immédiat de l'employé sont directement interpellés lorsqu'on s'intéresse aux facteurs de l'environnement psychosocial de travail. Selon Franche et al. (2005), ces derniers occupent une position unique dans l'organisation pour faire le lien entre la haute direction et le travailleur. Ils peuvent entre autres modifier le travail, interpréter les politiques de l'organisation et faciliter l'accès aux ressources de l'organisation. Cependant, la capacité qu'auront les gestionnaires et les supérieurs immédiats à agir sur les facteurs de l'environnement psychosocial de travail dépendra de l'importance accordée à ce dossier par l'entreprise, notamment par la haute direction. En effet, les supérieurs immédiats peuvent souvent se sentir pris entre les demandes de la haute

direction pour accroître la productivité et leurs responsabilités à l'égard de la santé et du bien-être de leurs employés (Franche & al., 2005).

Le soutien et l'engagement de la haute direction demeurent des éléments-clés dans la mise en œuvre et l'implantation d'une intervention qui touchera l'organisation du travail et les pratiques de gestion. Selon Baril et Berthelette (2000), les valeurs des hauts dirigeants et la quantité de ressources qu'ils allouent au soutien à l'intervention peuvent moduler la capacité d'action des acteurs concernés par la transformation de l'environnement de travail. Leurs valeurs et leurs attitudes ont un effet significatif sur la réussite des interventions. Ceci se traduit par une préoccupation de la santé des travailleurs et un appui soutenu aux interventions de prise en charge dans le milieu de travail. De plus, en privilégiant un style de gestion participative au sein de l'entreprise, la haute direction permet aux travailleurs et aux supérieurs immédiats d'être partie prenante à la planification et à l'implantation d'un programme de retour au travail (Stock, Deguire, Baril & Durand, 1999). Les rapports entre la direction et les syndicats sont également perçus comme ayant une influence majeure sur les programmes de retour au travail (Baril & al., 2003). En effet, les comportements de confrontation diminuent dans les cas où les syndicats et la direction partagent l'objectif commun du bien-être et de la santé des travailleurs lors du retour au travail. Les programmes de retour au travail sont par ailleurs plus difficiles à implanter lorsque le syndicat y joue un rôle périphérique, que le programme est imposé par la direction ou encore que les éléments essentiels des conventions collectives ne sont pas respectés. À l'inverse, les syndicats sont plus susceptibles de souscrire aux mesures de retour au travail proposées si elles sont bien planifiées et bien gérées.

Les éléments suivants rallient les conditions essentielles à la réussite d'un programme de retour au travail : l'établissement d'un climat de confiance marqué par le respect, une communication efficace et une collaboration entre les différents acteurs internes ou externes concernés (Baril & al., 2003; Stock & al., 1999). À l'inverse, les recours légaux réduisent la confiance et interfèrent dans le processus de retour au travail; ils sont considérés comme des obstacles (Baril & al., 2003). Dans cette perspective, la valeur attribuée aux employés et l'importance accordée au climat de travail influencent le travailleur en tant qu'acteur-clé de son retour au travail (Baril & al., 2000). Ces éléments incitent le travailleur à collaborer à des mesures de retour précoce au travail s'il voit que ses préoccupations et ses suggestions sont prises en compte dans les différents projets d'ergonomie participative (Stock & al., 1999).

En somme, les interventions sur l'organisation du travail, parce qu'elles visent à diminuer l'effet des contraintes psychosociales en agissant sur les risques à la santé mentale au travail à la source, constituent une solution efficace (Kompier & Kristensen, 2001; Funk, Saraceno, Miguel, Harnois & Grigg, 2005). Ces dernières années, parmi les quelques interventions évaluées, plusieurs ont montré des effets positifs sur l'amélioration de l'environnement psychosocial de travail et la santé (Anderzen & Arnetz, 2005; Bourbonnais & al., 2006; Dahl-Jorgensen & Sakswick, 2005; Eklof & Hagberg, 2006; Kauffeld, Jonas & Frey, 2004; Lavoie-Tremblay & al., 2004; Logan & Ganster, 2005; Michie, Wren & Williams, 2004; Mikkelsen & Gundersen, 2003; Ryan & al., 2005; Sluiter & al., 2005; Theorell, Emdad, Arnetz & Weingarien, 2001). Une entreprise qui s'intéresse à la santé et au maintien de ses employés doit donc reconnaître le rôle central du travail. Suivant cette perspective, la reconnaissance des facteurs de l'environnement

psychosocial de travail susceptibles de nuire au retour au travail doit faire partie intégrante du protocole d'évaluation des travailleurs absents.

ANNEXE B : PORTRAIT DE LA SITUATION INITIALE D'ABSENCE

Tout d'abord, une distribution de fréquences a permis de connaître la répartition des absences pour tous les diagnostics et pour les diagnostics associés à un trouble mental. Les analyses ont été menées sur la base d'un échantillon de 3527 travailleurs. Les logiciels SAS et S-Plus (Everitt, 2001; S-Plus, 1998) ont été utilisés pour effectuer les analyses statistiques.

Pour cette partie de l'étude, la durée des épisodes d'absence en raison d'un problème de santé mentale se situe entre le 1^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006. Par conséquent, sont exclus de la durée les jours avant le 1^{er} avril 2005 (pour les cas où l'épisode a débuté avant) et les jours après le 31 mars 2006 (pour les cas où l'épisode d'absence n'est pas encore terminé). Cette durée permet de calculer le nombre de jours moyen et le nombre de jours médian des absences (à l'intérieur de la période), et ce, pour chacun des types de problèmes de santé mentale et sur une période maximale de 365 jours.

Tableau 1 Description de l'échantillon et des épisodes d'absence

Description	Nombre	Prévalence
Nombre de sujets dans l'organisation (entre le 1 ^{er} avril 2005 et le 31 mars 2006)	3527	100 %
Nombre d'employés ayant eu au moins un épisode d'absence pour une maladie (toutes causes confondues)	720	20,4 %
Nombre d'employés ayant eu au moins un épisode d'absence pour un problème de santé mentale précisément	264	7,5 %
Employés ayant eu 1 épisode		
Employés ayant eu 2 épisodes	254	
Employés ayant eu 3 épisodes	9	
	1	

Au total, 720 des 3527 sujets étudiés ont eu au moins un épisode d'absence pour une maladie (toutes causes confondues), ce qui représente une prévalence de 20 % (voir tableau 1). De plus, 264 de ces employés ont eu au moins un épisode d'absence pour un problème de santé mentale (prévalence de 8 %). Plus précisément, 254 employés ont eu un seul épisode, 9 employés en ont eu deux, et 1 employé a eu trois épisodes au cours de l'année à l'étude, pour un total de 275 épisodes liés à un problème de santé mentale entre avril 2005 et mars 2006. Ainsi, les personnes qui se sont absentes de leur travail en raison d'un problème de santé mentale représentent 37 % des absences pour maladie de l'organisation.

Épisodes d'absence pour un problème de santé mentale, selon le diagnostic

Le diagnostic de trouble d'adaptation compte pour 55 % des 275 épisodes d'absence liés à un problème de santé mentale (voir tableau 2), alors que 40 % des épisodes sont dus à un trouble de l'humeur. Les diagnostics de troubles anxieux représentent pour leur part 3 % des épisodes de ce groupe d'absences. Sur l'ensemble des épisodes d'absence, les absences pour un trouble d'adaptation représentent 21 % des épisodes, et celles pour un trouble de l'humeur, 15 % des épisodes. Alors que les troubles anxieux et les autres problématiques en santé mentale représentent chacun 1 % et moins de 1 % des épisodes d'absence de l'ensemble des 3527 employés pendant la période.

Tableau 2 Répartition des épisodes et prévalence des épisodes d'absence pour un problème de santé mentale, selon le diagnostic

Diagnostic	Répartition des épisodes (sur 275 épisodes)	Répartition des épisodes (chez les 720 sujets ayant eu un épisode d'absence de toutes causes)
Trouble d'adaptation	55,3 % (n = 152)	21,1 % (n = 152)
Trouble de l'humeur	40,0 % (n = 110)	15,3 % (n = 110)
Trouble anxieux	2,5 % (n = 7)	1,0 % (n = 7)
Autres problématiques de santé mentale	2,2 % (n = 6)	0,8 % (n = 6)
Ensemble des diagnostics de santé mentale	100 % (n = 275)	38,2 % (n = 275)

On constate (voir tableau 3) que les troubles anxieux sont les diagnostics dont la durée moyenne d'absence est la plus élevée (299 jours), suivis des troubles de l'humeur avec une moyenne de 207 jours d'absence. Il en va de même pour la durée médiane, qui est de 240 jours pour les troubles anxieux et de 173 jours pour les troubles de l'humeur (durée calculée sur une période d'un an). L'ensemble des diagnostics en santé mentale a une durée moyenne d'absence de 158 jours et une durée médiane de 116 jours.

Tableau 3 Durée moyenne et durée médiane des absences, selon le diagnostic

Diagnostic	Durée moyenne (en jours)	Durée médiane (en jours)
Trouble anxieux	299	240
Trouble de l'humeur	207	173
Trouble d'adaptation	126	96
Autres problématiques de santé mentale	52	52
Ensemble des diagnostics de santé mentale	158	116

Épisodes d'absence pour un problème de santé mentale, selon le statut d'emploi

Parmi les 275 épisodes d'absence pour un problème de santé mentale, 48 % se sont produits chez des employés qui avaient un statut d'emploi à temps complet, 37 % à temps partiel permanent, 13 % étaient à temps partiel occasionnel et 2 % à temps complet temporaire (voir tableau 4). Lorsqu'on s'intéresse à la répartition des épisodes d'absence selon la distribution du personnel par statut d'emploi, on remarque que, sur les 766 employés à temps partiel permanent qui représentent 22 % des employés, il y a eu 37 % des épisodes d'absence liés à un problème de santé mentale et parmi les 1407 employés travaillant à temps complet qui représentent 40 % des employés, il y a eu 48 % de ces épisodes. Les employés à temps partiel occasionnel s'absentent en proportion moins grande (13 %) que leur représentation au sein du personnel (31 %).

Tableau 4 Répartition des épisodes et prévalence des épisodes d'absence pour un problème de santé mentale, selon le statut d'emploi

Statut d'emploi	Répartition des épisodes d'absence santé mentale (sur 275 épisodes)	Répartition des statuts d'emploi (sur le nombre total d'employés n = 3527)
Temps complet	48,4 % (n = 133)	39,9 % (n = 1407 employés)
Temps partiel permanent	36,7 % (n = 101)	21,7 % (n = 766 employés)
Temps partiel occasionnel	12,7 % (n = 35)	30,7 % (n = 1083 employés)
Temps complet temporaire	2,2 % (n = 6)	3,0 % (n = 105 employés)
Temps partiel temporaire	Aucun	4,7 % (n = 166)

La durée moyenne des épisodes d'absence vécus par les employés à temps complet temporaire est de 180 jours (voir tableau 5), alors qu'elle est de 168 jours pour les travailleurs à temps complet et de 164 jours pour ceux à temps partiel permanent. Le tableau 5 présente également la durée médiane d'absence, en jours, pour chacun des statuts d'emploi.

Tableau 5 Durée moyenne et durée médiane des absences pour un problème de santé mentale, selon le statut d'emploi

Statut d'emploi	Durée moyenne (en jours)	Durée médiane (en jours)
Temps complet	168	141
Temps partiel permanent	164	120
Temps partiel occasionnel	106	70
Temps complet temporaire	180	132

Épisodes d'absence pour un problème de santé mentale, selon type d'emploi

Le tableau 6 présente la répartition des épisodes d'absence selon la distribution du personnel par titre d'emploi. On remarque que, sur les 1056 infirmières qui représentent 30 % des employés, il y a eu 27 % des épisodes d'absence liés à un problème de santé mentale et parmi les 632 préposés aux bénéficiaires qui représentent 18 % des employés, il y a eu 25 % de ces épisodes. Les préposés ont proportionnellement plus d'épisodes d'absence que les infirmières. Les auxiliaires familiales et sociales, pour leur part, s'absentent en proportion égale à leur représentation au sein du personnel (5 %).

Tableau 6 Répartition des épisodes et prévalence des épisodes d'absence pour un problème de santé mentale, selon le type d'emploi

Type d'emploi	Répartition des épisodes d'absence santé mentale (sur 275 épisodes)	Répartition des types d'emploi (sur le nombre total d'employés n = 3527)
Auxiliaires familiales et sociales	5,1 % (n = 14)	5,3 % (n = 186)
Préposés aux bénéficiaires	25,1 % (n = 69)	17,9 % (n = 632)
Professionnels auprès de la clientèle	17 % (n = 46)	Données non disponibles
Assistance technique	3 % (n = 8)	Données non disponibles
Infirmières	27,3 % (n = 75)	29,9 % (n = 1056)
Travail de bureau	13 % (n = 35)	Données non disponibles
Autres	10 % (n = 27)	Données non disponibles

La durée moyenne des épisodes d'absence pour un problème de santé mentale est de 169 jours pour les infirmières ainsi que pour les travailleurs de bureau (voir tableau 7). La durée moyenne est sensiblement la même chez les assistants techniques (167 jours), suivis de près par les professionnels auprès de la clientèle (155 jours). Le type d'emploi ayant la durée médiane la plus élevée en ce qui concerne les absences pour un problème de santé mentale est le professionnel auprès de la clientèle (138 jours), suivis par les emplois en assistance technique (137 jours).

Tableau 7 Durée moyenne et durée médiane des absences pour un problème de santé mentale, selon le type d'emploi

Type d'emploi	Durée moyenne (en jours)	Durée médiane (en jours)
Auxiliaires familiales et sociales	121	69
Préposés aux bénéficiaires	147	111
Professionnels auprès de la clientèle	155	138
Assistance technique	167	137
Infirmières	169	123
Travail de bureau	169	112
Autres	146	98

ANNEXE C : ENTREVUES INDIVIDUELLES AUPRÈS DES ACTEURS-CLÉS DE L'ORGANISATION

Pour maximiser la variabilité des perspectives et pour obtenir des informations sur l'ensemble des acteurs engagés dans le processus de retour au travail, la participation d'acteurs-clés du milieu de travail a été sollicitée. Au total, 31 acteurs-clés ont été ciblés par le comité-conseil de la recherche à partir d'appuis théoriques (Baril & al., 2003; St-Arnaud & al., 2004) et du sens pratique des membres du comité comme étant des acteurs du milieu de travail associés au processus de gestion des absences et de retour au travail. Selon Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte et al. (2000), dans une situation classique de recherche qualitative basée sur des entrevues, on estime qu'il faut environ 30 entrevues pour atteindre le point de saturation des données. Le tableau 8 fait état des différents acteurs du milieu qui ont été recrutés pour participer à une entrevue individuelle.

Tableau 8 Répartition des acteurs-clés et du nombre de directions représentées, selon le groupe d'acteurs

<i>Groupe d'acteurs</i>	<i>Acteurs-clés</i>	<i>Directions représentées</i>
Haute direction	7	5
Supérieurs immédiats	10	4
Service de santé	7	1
Syndicats et représentants des travailleurs	6	4
Total	30	7 directions sur 11

Les 30 entrevues réalisées au cours de l'été 2007 ont réuni des acteurs-clés de quatre groupes associés à la gestion des absences et du retour au travail représentant sept directions sur onze. Les entrevues de type semi-dirigé, qui ont duré en moyenne une heure trente minutes, se sont déroulées dans le milieu de travail ou au centre de recherche selon la préférence des acteurs. Les personnes rencontrées, invitées à participer sur une base volontaire, ont signé un formulaire de consentement.

Le schéma d'entrevue, construit à partir du cadre théorique de cette recherche et du modèle de Hinings et Greenwood (1988), visait à dégager les rôles et les pratiques des acteurs ainsi que leurs relations avec les autres. Chaque entrevue a été enregistrée pour ensuite être transcrite mot à mot. La codification des transcriptions intégrales des entrevues a été faite à partir du logiciel de traitement de texte *Microsoft Word*. Aussi, chaque entrevue s'est vu attribuer un code après avoir été dénominalisée.

Contandriopoulos et Souteyrand (1996) utilisent la notion de « système organisé d'action » pour mieux comprendre les logiques et les enjeux qui façonnent un système complexe. Ce champ d'action est délimité par : un contexte (ou une période donnée); des structures physiques, organisationnelles et symboliques; un espace social où interagissent des acteurs. La capacité d'un tel système à atteindre ses objectifs dépend alors du degré de cohérence de ses différentes parties (Contandriopoulos, 2003). Chacun des différents groupes d'acteurs qui interviennent dans la gestion des absences et du retour au travail a donc été analysé selon ses rôles et responsabilités, ses mécanismes d'action et de prise de décisions, les ressources dont il dispose, les principes et

les valeurs qui le sous-tendent, ainsi que sur les objectifs et les indicateurs de résultats (Hinings & Greenwood, 1988), ce qui a permis d'évaluer la cohérence d'action de l'organisation. Selon le modèle de Hinings et Greenwood (voir tableau 9), il y a une cohérence interne dans l'organisation lorsque les structures et les processus renforcent et reflètent les schèmes interprétatifs et lorsqu'une convergence s'installe entre les différents groupes d'acteurs.

Tableau 9 Tableau-synthèse des thèmes analysés*

Groupe d'acteurs	Structure et processus			Schèmes interprétatifs		Cohérence
	Rôles et responsabilités	Mécanismes d'action et de prise de décisions	Ressources	Valeurs et principes	Objectifs et indicateurs de résultats	Logiques d'action
Haute direction						
Syndicats et représentants des travailleurs						
Service de santé						
Supérieurs immédiats						

* (Tiré du modèle de Hinings & Greenwood, 1988)

Les entrevues ont été analysées selon une procédure systématique d'analyse de contenu qualitatif (Laperrière, 1997). L'analyse s'est faite par groupe d'acteurs étant donné que le milieu de travail représente un système complexe où interviennent plusieurs acteurs aux logiques différentes. Les transcriptions intégrales ont été codifiées, sur la base du contenu manifeste, et traitées à partir des premières étapes proposées par L'Écuyer (1990), soit : 1) la détermination des thèmes, 2) la définition des unités de classification. Le lexique du modèle de Hinings et Greenwood (1988) a servi à dégager les différents thèmes des entrevues : rôles, pratiques, objectifs, valeurs / schèmes interprétatifs, politique et contexte macro. Des sous-thèmes ont aussi été définis. Pour assurer la cohérence entre la codification et l'analyse individuelle des différentes entrevues, chaque entrevue codifiée a été relue aux fins de validation par une chercheuse de l'équipe et trois rencontres d'équipe ont eu lieu. Une première analyse en équipe des entrevues a permis de définir les logiques d'action de chacun des acteurs (principaux enjeux et leviers pour la gestion des absences et du retour au travail, cohérences et incohérences entre les rôles, pratiques et schèmes interprétatifs). Un résumé individuel de chaque entrevue a ensuite permis d'en dégager les principaux thèmes. Par la suite, les résumés individuels ont été regroupés en un résumé

intégrateur pour chaque groupe d'acteurs. Le milieu a également fourni à l'équipe de recherche tous les documents qui sont utilisés pour la gestion des absences et du retour au travail.

Analyse des pratiques des acteurs et des paradigmes du milieu

Les entrevues menées auprès de 31 acteurs-clés de l'organisation ont permis de constater la diversité des pratiques de gestion des absences et de retour au travail et la présence de deux visions très fortement ancrées chez les quatre groupes d'acteurs analysés; haute direction, supérieurs immédiats, service de santé au travail et syndicat.

Haute direction

Selon les entrevues menées auprès des acteurs-clés de la haute direction, ce groupe adopte des pratiques qui reflètent les préoccupations et l'engagement de la haute direction en matière de santé mentale au travail et de retour au travail. En effet, la haute direction s'est dotée d'un plan d'action en gestion de la présence au travail, a mis en place un comité consultatif de la présence au travail, a procédé à un sondage sur le climat organisationnel auprès de l'ensemble de son personnel, en plus de produire et de diffuser des statistiques d'absences. La haute direction témoigne également de son intérêt pour ce projet de recherche et de l'importance qu'elle y accorde afin d'agir concrètement pour améliorer les pratiques de retour au travail. Néanmoins, les résultats d'entrevues ont aussi révélé des visions différentes du problème au sein de la haute direction. On trouve donc à la fois, dans ce corpus d'entrevues, des éléments qui reflètent une vision de soutien des personnes et d'autres qui révèlent une vision axée sur le contrôle et l'encadrement des absences. Ces deux visions cohabitent non seulement au sein des dirigeants de la même organisation, mais aussi dans le discours d'une même personne. Ainsi, il est considéré d'une part que le travailleur est d'emblée un acteur motivé par son travail d'où l'absence n'est pas souhaitée, que la santé des personnes est une préoccupation qui doit être partagée par tous les acteurs de l'organisation et que les conditions difficiles du travail font partie des facteurs qui fragilisent l'état de santé. D'autre part, certains affirment que le travailleur est un employé salarié qui doit assurer une présence au travail et qu'il est seul responsable pour prendre en main sa santé. Pour eux, les problèmes de santé mentale sont plus généralement liés à des situations personnelles et que plusieurs travailleurs s'absentent pour des motifs non liés à un réel problème de santé, telles que des mesures disciplinaires ou des conflits interpersonnels. Selon cette dernière vision, il faut assurer un bon niveau de contrôle des absences pour éviter les abus.

Les entrevues ont également permis de mettre en lumière les principales questions que soulève la haute direction pour la mise en place d'un programme intégré de retour au travail. Soumise au cours des dernières années à des fusions, l'organisation est considérée par ses hauts dirigeants comme une grande entreprise de près de 4000 employés qui favorise, selon eux, des visions et des perspectives d'actions différentes selon les directions. Selon certains cadres supérieurs, l'engagement de la haute direction, facteur essentiel et nécessaire pour agir sur le problème, est insuffisant. Il faut que tous les niveaux hiérarchiques se sentent concernés et qu'ils réalisent que chacun a sa part de responsabilité et qu'il s'agit d'un travail à long terme. Il est primordial que le message transmis dans toute l'organisation soit le même et qu'il soit compris et interprété de la même façon par tous les acteurs. Sans cadre de référence sur les rôles, les responsabilités et les mesures de soutien de la gestion des absences et du retour au travail, il n'est pas facile d'acquérir une compréhension commune de la problématique, de concilier les visions présentes dans l'organisation et de mettre en œuvre des pratiques cohérentes.

Les conditions difficiles de l'environnement de travail ajoutent un élément de préoccupation. En effet, les hauts dirigeants estiment que le manque d'effectifs dans l'organisation et la complexification de la clientèle dans certains secteurs ont comme conséquence d'alourdir la charge de travail et de contribuer à l'épuisement du personnel. Selon la haute direction, les départs pour des raisons de santé mentale, associés à la difficulté de recrutement et de rétention du personnel, contribuent au manque de stabilité des équipes de travail, ce qui ne favorise pas l'appropriation du problème par les membres de l'organisation. Enfin, les pressions importantes des instances gouvernementales pour diminuer rapidement les taux d'absence représentent également un problème majeur pour la haute direction en matière de gestion des absences et du retour au travail.

Supérieurs immédiats

Les entrevues menées auprès des acteurs-clés du groupe des supérieurs immédiats ont révélé une réalité du terrain marquée par une diversité des pratiques et de multiples demandes. En l'absence d'une ligne directrice claire de la part de la haute direction et du service de santé, chaque supérieur immédiat met en place des pratiques qu'il juge adéquates selon les demandes qui lui sont faites et selon ses propres valeurs et priorités, comme en témoignent les divergences de perceptions quant à leurs rôles et responsabilités. Les résultats démontrent que certains supérieurs mettent en place de nombreuses pratiques pour préparer le retour au travail alors que d'autres en font très peu, considérant que ce n'est pas leur rôle, ou encore parce qu'ils se sentent dépassés par la problématique. En effet, si certains supérieurs considèrent que les tâches de prévention et de gestion des absences leur reviennent, d'autres pensent que c'est le rôle du service de santé et des ressources humaines. Aussi, certains supérieurs sont centrés sur la personne au travail, son bien-être, sa satisfaction, sa reconnaissance, sa santé mentale, alors que d'autres sont plus orientés vers les tâches et l'exécution du travail. Les résultats montrent encore que les communications avec la personne pendant son absence du travail sont une source fréquente de questionnement : Faut-il l'appeler ? Quoi lui dire ? Comment sera perçu l'appel ? Qu'est-ce que l'on est censé savoir ? Les communications avec le service de santé qui assure la gestion médico-administrative des absences ne sont pas uniformisées dans l'organisation. Certains supérieurs communiquent rarement ou occasionnellement, alors que d'autres communiquent régulièrement ou systématiquement avec le service de santé pour chacun des

dossiers d'absence. Enfin, on constate que les pratiques de prévention des absences sont très rares et sont souvent limitées à des actions de soutien individuel.

Les résultats des entrevues menées auprès des supérieurs immédiats ont également permis de cerner des interprétations différentes des motifs dans les cas d'absence liée à un problème de santé mentale. Certains considèrent que la majorité de ces absences relève de problèmes personnels, familiaux ou de troubles de comportement. D'autres croient que plusieurs sont générées par des relations conflictuelles au travail. Il y en a qui estiment que plusieurs employés abusent du système d'assurance salaire, voire qu'ils sont des fraudeurs. Finalement, pour certains supérieurs immédiats, les difficultés liées au travail peuvent avoir un impact sur la santé des personnes.

Les supérieurs immédiats considèrent que les demandes contradictoires de la haute direction constituent un obstacle pour la gestion des absences et du retour au travail. On attend d'eux qu'ils soutiennent leur personnel tout en encadrant rigoureusement les personnes qui s'absentent, qu'ils soient présents auprès de leurs équipes tout en étant membres de multiples comités et en assistant à des réunions à l'extérieur de leur milieu de travail. Par ailleurs, le contexte de travail difficile (grandes équipes, intensification du rythme, augmentation et alourdissement de la clientèle) ainsi que la gestion des conflits relationnels, qui mobilisent beaucoup de temps et d'énergie, contribuent à l'alourdissement de la tâche des supérieurs immédiats. Le manque de ressources humaines et financières de même que les règles parfois contraignantes de la gestion des absences et des conditions du retour au travail restreignent la marge de manœuvre des supérieurs immédiats et nuisent à l'adoption de pratiques de soutien envers les travailleurs absents pour cause de maladie.

Service de santé au travail

Le service de santé est composé d'agents de personnel responsables du suivi médico-administratif des dossiers des travailleurs qui reçoivent de l'assurance invalidité, de médecins experts sous contrat avec l'organisation et d'un gestionnaire du service. Les travailleurs absents du travail pour des raisons de santé mentale qui sont suivis par le service de santé doivent remettre un billet médical et un formulaire d'assurance invalidité rempli par leur médecin traitant sur lequel figurent leur diagnostic, le plan de traitement et la date prévue de retour au travail.

Les entrevues menées auprès des acteurs-clés du service de santé ont montré qu'ils se sentaient responsables de missions paradoxales. On leur confie en effet la gestion médico-administrative des absences dans un contexte marqué par une pression pour réduire les taux d'absence. Les taux fixés par les instances gouvernementales sont jugés déraisonnables et génèrent encore plus de pression. Les acteurs du service de santé doivent donc d'une part répondre à des demandes de contrôle des absences destinées à diminuer les coûts associés à l'assurance invalidité, et d'autre part respecter le message qu'envoie la haute direction au sujet du temps à laisser aux personnes pour se rétablir. Sans mettre de pression sur les travailleurs pendant leur absence, ils doivent tout faire pour les soutenir.

Dans le but de répondre à ces deux missions paradoxales, les membres du service de santé mettent en œuvre des pratiques visant à la fois à diminuer les coûts d'assurance invalidité et à soutenir les personnes absentes pour cause de maladie. Afin de réaliser ce double objectif, ils doivent tenter de distinguer les problèmes de santé mentale, soit « les vrais malades », des autres

facteurs organisationnels pouvant expliquer l'absence, « les faux malades ». Les personnes absentes pour cause de maladie ayant reçu un diagnostic touchant la santé mentale sont donc soumises à une évaluation par le service de santé, avec la collaboration de certains supérieurs immédiats, en fonction d'un arbitrage entre deux types d'absences : les absences relevant de la maladie mentale versus les absences relevant de conflits relationnels, de mesures disciplinaires ou de problèmes liés à la vie personnelle. Les acteurs du service de santé adapteront leurs pratiques de soutien et de contrôle en fonction de cet arbitrage, ce qui donnera lieu à des attitudes différentes selon les cas. Ainsi, certains travailleurs recevront d'emblée plus de soutien, se verront allouer plus de temps pour se rétablir et auront accès à des séances supplémentaires au programme d'aide aux employés (PAE). D'autres subiront plus de pression au téléphone, seront soumis à plus d'interrogatoires sur leur traitement et sur leur état de santé et seront l'objet de nombreuses remises en question.

Les convocations à l'expertise médicale sont fréquentes, principalement pour valider le diagnostic du médecin traitant, pour s'assurer que la médication et le plan de traitement sont adéquats et pour revoir au besoin la date prévue de retour au travail. Ce sont généralement les agents du service de santé qui prennent la décision de convoquer les travailleurs en expertise médicale, selon leur propre jugement ou en fonction de certaines informations reçues des supérieurs immédiats qui mettent en doute la légitimité de l'absence pour cause de maladie. La convocation à l'expertise médicale est obligatoire et le rapport du médecin expert ne peut être contesté qu'en se rendant en arbitrage médical, une procédure médicolégale utilisée à l'occasion et dont le verdict est sans appel. Ces pratiques d'expertise permettent au service de santé de répondre à la fois à la mission de diminuer les taux d'absence, en ramenant rapidement au travail des personnes dont le diagnostic et la date de retour sont revus par un médecin expert, et d'offrir aux « vrais malades » les services de médecins spécialisés en psychiatrie qui sont difficilement accessibles dans le réseau public de santé.

Le fait de devoir sans arrêt répondre à des missions paradoxales représente un défi important dans la gestion des absences et du retour au travail pour les acteurs du service de santé, qui doivent réussir à composer avec les demandes contradictoires qui leur sont faites : offrir du soutien et laisser le temps aux travailleurs de se rétablir; réduire les taux d'absence et diminuer les durées d'absence. Aussi, les taux d'absence élevés et la complexité accrue des problématiques de santé mentale au sein du personnel les entraînent dans une situation de surcharge de travail qui, selon eux, rend plus difficile l'adoption de pratiques de soutien. De l'avis des personnes de ce service interviewées, l'application des règles conventionnées limite l'intervention plus individualisée. Toutes ces difficultés contribuent, selon elles, à donner aux travailleurs une image négative du service de santé, en raison de pratiques de suivi des absences qui suscitent des réactions controversées. Cette image constitue un obstacle à l'élaboration d'un programme visant un rôle plus soutenant de la part des membres du service de santé.

Syndicats et représentants des travailleurs

Ce dernier groupe d'acteurs représente les différentes instances syndicales reconnues au sein de l'organisation et des représentants des travailleurs ayant déjà vécu une absence avec un diagnostic lié à la santé mentale. Ces acteurs n'ont pas un rôle de gestion des absences et du retour au travail, mais ont la responsabilité de soutenir le travailleur durant son parcours d'absence et de retour, tout en s'assurant de protéger l'ensemble des autres travailleurs. Leurs

pratiques s'étendent donc du soutien individuel à la représentation collective. Sur le plan individuel, ils sont amenés à soutenir le travailleur en cours d'absence, à recevoir ses plaintes, à l'accompagner dans ses démarches, à jouer un rôle d'intermédiaire entre lui et le service de santé et à l'informer de ses droits, responsabilités et obligations. Sur le plan collectif, ils peuvent négocier avec le service de santé et le service des relations de travail des aménagements nécessaires pour le retour au travail de certains travailleurs, tout en s'assurant du respect de la convention collective pour protéger les intérêts de l'ensemble des travailleurs. Répondre aux besoins individuels de chaque travailleur tout en respectant les exigences de la convention collective soulève parfois des enjeux importants qu'il faut arbitrer avec minutie. Aussi, ces acteurs sont-ils régulièrement appelés à faire de la représentation politique auprès de la haute direction afin de dénoncer les pratiques qu'ils jugent abusives à la suite de plaintes des travailleurs.

Analyse documentaire

Les documents utilisés pour la gestion des absences et du retour au travail des personnes ont été recueillis auprès des acteurs-clés durant et après les entrevues. Ils ont tous été lus par une professionnelle de recherche de l'équipe qui les a ensuite classifiés par type. Ces outils ont aidé à mieux comprendre les pratiques en cours dans l'organisation et ont servi de complément aux informations relevées dans le cadre des entrevues. Parmi les sources consultées, on trouve des documents de référence provenant des instances gouvernementales (guide des durées d'invalidité, tableau des différents programmes d'invalidité), des textes organisationnels (planification stratégique), des documents destinés à la gestion des absences (formulaires, rapport d'évaluation médicale, etc.), des lettres-types du service de santé (avis de retour, avis de convocation à l'expertise médicale, etc.), des lettres de plainte de travailleurs, des documents utilisés dans les procédures d'arbitrage, des lettres d'ententes, des rapports et des statistiques sur les taux d'absence.

Schématisation des pratiques actuelles

Les informations recueillies dans le cadre des entrevues et dans les documents consultés ont permis de schématiser les pratiques détaillées du milieu concernant la gestion des absences et du retour au travail afin de mieux décrire et comprendre le modèle opérationnel actuel. Les quatre schémas réalisés portent sur : les pratiques de prévention, les pratiques de gestion des absences, la procédure d'arbitrage médical et les pratiques liées au retour au travail des personnes qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale. Les figures 1a et 1b présentent le schéma des pratiques actuelles du milieu.

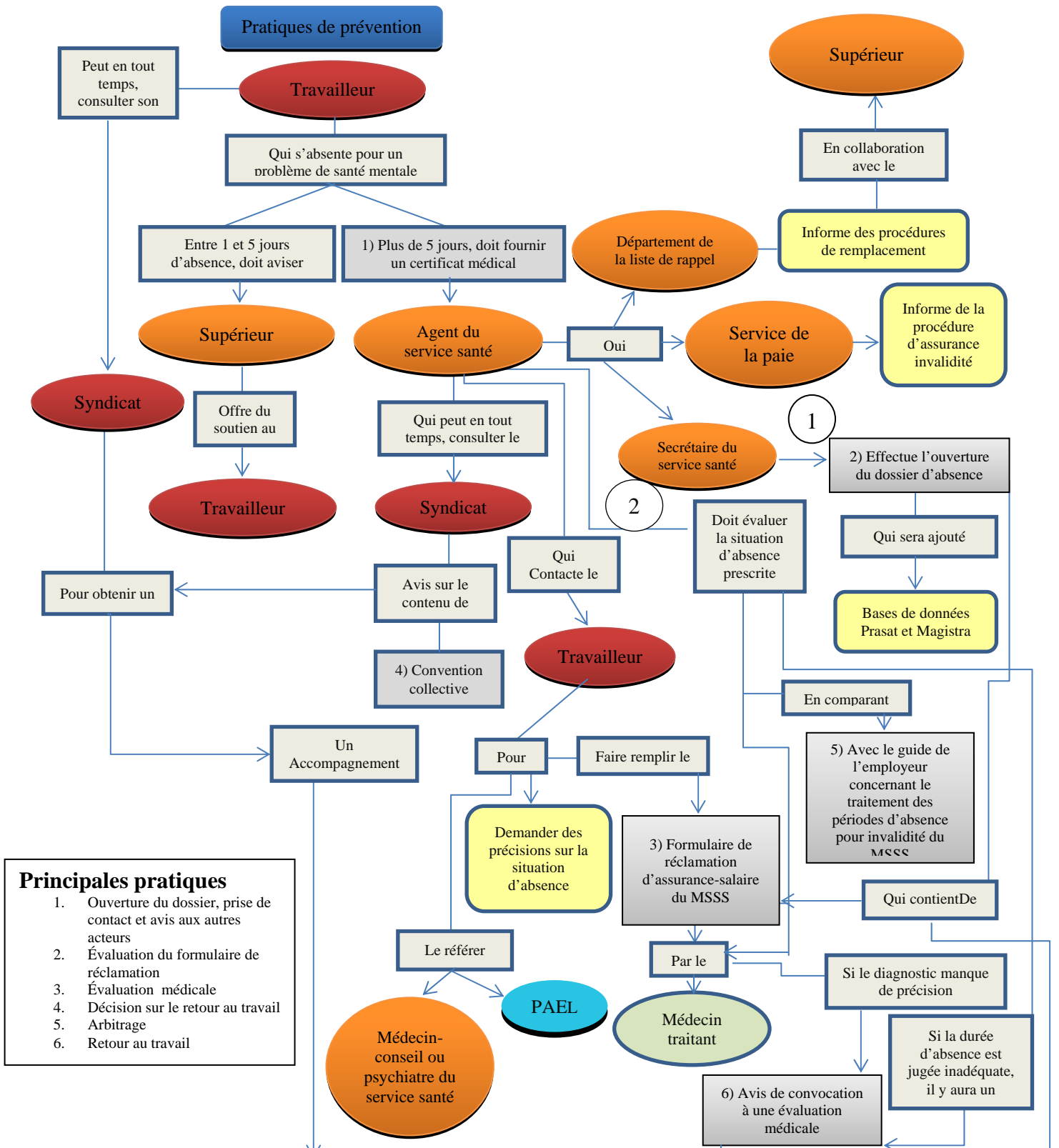


Figure 1a - Schéma des pratiques actuelles de gestion des absences et du retour au travail étape 1 et 2

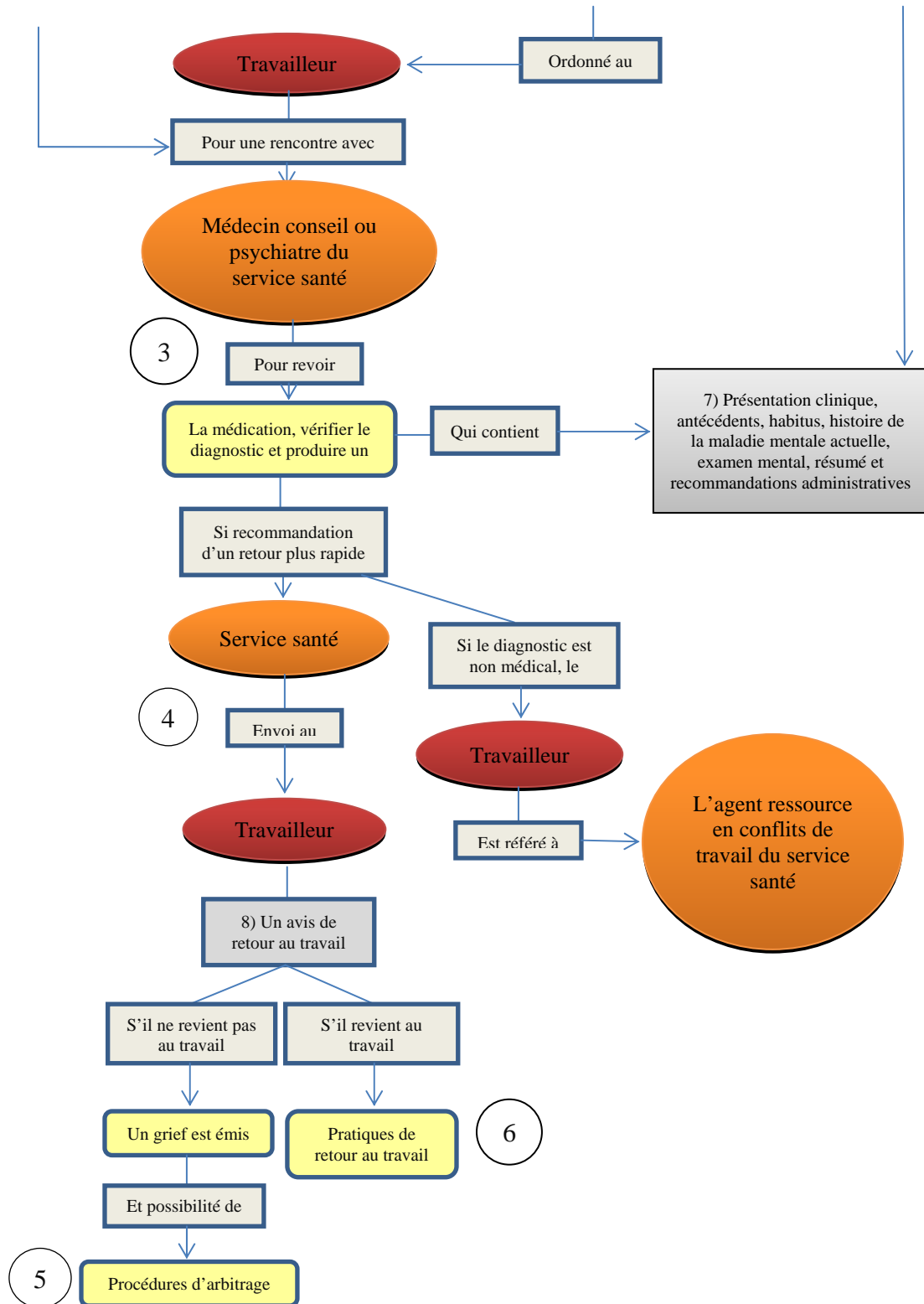


Figure 1b - Schéma des pratiques actuelles de gestion des absences et du retour au travail étapes 3-4-5 et 6

ANNEXE D : ENTREVUES AUPRÈS DES REPRÉSENTANTS DU PROGRAMME DE RETOUR AU TRAVAIL

Les données ont été recueillies lors d'une entrevue réalisée auprès d'un représentant du protocole ou du programme de retour au travail dans l'entreprise. Ces participants, contactés une première fois par téléphone ou par courriel, se sont vu expliquer le contenu du projet de recherche. Par la suite, ils recevaient un formulaire de consentement ainsi que le cadre de l'entrevue. Les entrevues ont été effectuées dans les bureaux des entreprises visitées, sauf dans le cas d'une seule entreprise pour laquelle l'entrevue a été réalisée par téléphone en raison de son éloignement. Les entrevues étaient de type semi-structuré. Ces rencontres ont permis de recueillir de l'information sur les protocoles de retour au travail et d'approfondir les pratiques organisationnelles ainsi que les facteurs influant sur ces pratiques. D'autres renseignements ont été recueillis grâce à des documents disponibles en entreprise ou encore par la visualisation du site Internet. L'entrevue, d'une durée d'environ une heure trente minutes, consistait en questions ouvertes basées sur la revue des connaissances sur le sujet. Ainsi, le schéma d'entrevue a permis d'aborder plusieurs thèmes importants tels que : le contexte organisationnel, les activités et les différentes étapes du programme de retour au travail, le rôle des différents acteurs dans le processus, la communication entre ces acteurs, l'attitude du supérieur immédiat pendant l'absence, le type de sensibilisation à la santé mentale qui est effectuée auprès des supérieurs, les pratiques organisationnelles qui nuisent ou qui contribuent à la réadaptation de l'employé, la préparation du retour au travail, la modification des conditions ayant contribué au retrait du travailleur et l'engagement des collègues dans le processus de retour au travail. À la fin de chaque entretien, une période libre était allouée afin de permettre à la personne interrogée de donner des informations supplémentaires qui n'auraient pas été abordées pendant l'entrevue.

Les entrevues ont été réalisées en trois étapes, ce qui a permis d'introduire le processus de traitement et d'analyse des données au fur et à mesure que la collecte de données se poursuivait. Compte tenu de l'évolution du schéma d'entrevue, quatre personnes ont été recontactées par courriel ou téléphone afin d'obtenir des données manquantes. Cette collecte s'est effectuée sur une période de un an, soit de juin 2007 à juillet 2008. Chaque entrevue a été enregistrée et retranscrite. Il a fallu plusieurs étapes pour arriver à un modèle général de programme de retour au travail en milieu de travail. Une première analyse des données a été effectuée à partir de l'examen de documents portant sur les entreprises et leur protocole de retour au travail. A suivi une lecture flottante du matériel à l'étude (mot pour mot des entrevues, documents fournis par les personnes interrogées et leur site Internet). Cette deuxième étape a permis de procéder à une pré-analyse du contenu et de faire ressortir les idées majeures nécessaires à l'analyse.

Pour l'analyse des entrevues, une première entrevue type a été retenue en raison de la grande variété d'expression de ses pratiques organisationnelles et de la richesse de sa teneur. Grâce au modèle opérationnel créé à partir de ce contenu, il a été possible de dégager des thèmes pour chaque entrevue ainsi qu'une séquence des événements et de construire un modèle opérationnel pour chacune des entreprises visitées. Une catégorisation thématique effectuée par va-et-vient entre les données empiriques et théoriques a permis de réaliser un travail de codification des données. Cette formule mixte a fait ressortir des catégories venant de la théorie, alors qu'une autre partie a été induite par l'analyse du contenu (Landry, 1993 cité par Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte & coll., 2000). Cette codification par thèmes a mené à l'élaboration d'un

modèle général. Les résultats de l'étude sont présentés dans les paragraphes qui suivent en décrivant les caractéristiques des participants aux entrevues et des entreprises visitées. Un modèle général résumant les pratiques organisationnelles de retour au travail répertoriées dans ces entreprises a ensuite été créé.

Description des entreprises et des participants

Les entreprises sélectionnées pour les fins de cette étude sont de grandes organisations syndiquées ayant à leur emploi plus de 500 personnes, dont le protocole de retour au travail intègre les problèmes de santé mentale et les problèmes de santé physique. L'échantillon comprend des entreprises publiques, parapubliques et privées œuvrant dans différents secteurs d'activité : primaire, secondaire et tertiaire. Au total, 17 représentants (responsables et intervenants) de 13 entreprises ont été rencontrés, soit 5 dans le secteur public, 3 dans le secteur parapublic et 5 dans le secteur privé. La saturation empirique a été obtenue malgré le petit nombre d'entreprises sélectionnées. Les données recueillies lors des entrevues n'apportaient plus d'éléments nouveaux, ce qui justifie qu'il n'a pas été nécessaire d'augmenter le nombre d'entretiens.

Facteurs ayant influé sur la mise en place du programme de retour au travail

La majorité des entreprises visitées ont mis en place leur programme ou protocole de retour au travail afin de diminuer les absences liées à des problèmes de santé mentale. Dans le contexte actuel, le taux d'absence lié à l'invalidité en raison de problèmes de santé mentale est élevé et représente des coûts grandissants pour les entreprises. Outre la diminution des absences, les autres enjeux également associés aux coûts sont : la rétention du personnel, la productivité des employés, la réintégration des employés au travail, leur maintien en emploi et l'évitement de rechutes éventuelles. Quelques-uns des représentants des entreprises visitées ont aussi mentionné leur préoccupation au regard de la santé des personnes. Ces entreprises tentent donc de revoir les facteurs de risque liés au milieu de travail afin de favoriser le retour au travail des employés et leur maintien en emploi. D'autres facteurs tels que la mise en application de lois, de règlements ou de politiques sociétales, ou encore de politiques mises en œuvre par l'organisation elle-même sont reconnus pour avoir contribué à l'implantation d'un programme de retour au travail. Des éléments liés au contexte sociétal favorisent également la mise en œuvre de pratiques organisationnelles de réintégration au travail. Par exemple, sur le plan de la législation, il a été mentionné que l'obligation d'accommodement prévue par la Charte canadienne des droits et libertés, notamment en ce qui concerne les mesures d'accommodement, est un élément qui a influé sur la mise en place des protocoles de retour au travail. D'autres lois telles que la Loi sur les normes du travail, dont l'une des dispositions porte sur le harcèlement psychologique, ont également été reconnues pour avoir eu une certaine influence. Pour connaître la description des pratiques de retour au travail

Description des pratiques de retour au travail

La majorité des entreprises visitées ciblent systématiquement toutes les personnes absentes pour des raisons de santé mentale et leur offrent de participer, sur une base volontaire, au programme ou au protocole de retour au travail. D'autres entreprises vont plutôt publiciser le programme et attendre que les employés manifestent leur intérêt avant de les prendre en charge. Cette dernière façon de faire assure de pouvoir répondre aux demandes, forcément moins nombreuses.

Activités de prévention et de sensibilisation

Des activités de prévention et de sensibilisation visant les problèmes de santé mentale sont mises en place dans la plupart des milieux visités. Ces activités ont été regroupées selon la typologie de Leavell et Clark (1965) cités par Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier (1993), définissant trois grandes catégories d'interventions en prévention selon leur moment d'application dans le processus pathologique. Il s'agit des préventions de types primaire, secondaire et tertiaire. La prévention de type primaire concerne toutes les mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. La prévention secondaire est destinée à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire sa durée d'évolution. Enfin, la prévention tertiaire entre en jeu lorsque la déficience et l'invalidité se sont installées. Elle vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population, donc à réduire les limitations fonctionnelles consécutives à la maladie.

Bien que la majorité des entreprises visitées se concentrent sur des activités de prévention tertiaire, certaines entreprises vont plus loin en proposant des activités de prévention primaire et secondaire. En matière de prévention du type primaire, certaines entreprises ont recours à des activités de reconnaissance et valorisent leurs employés afin de prévenir les problèmes de santé mentale. Parfois, on procède à des interventions sur la réduction de la charge de travail, mais temporairement et souvent dans le cadre d'un retour progressif au travail à la suite d'un problème de santé mentale. Pour ce qui est de la prévention du type secondaire, certaines entreprises transmettent aux employés de l'information sur différents sujets, soit la santé mentale, les bonnes habitudes alimentaires, l'activité physique et la gestion de stress. Il y a aussi de la formation et de la sensibilisation, liée aux problèmes de santé mentale. Certains milieux de travail mettent à la disposition des employés divers services et installations tels que : l'aménagement d'une cour intérieure, des activités de gestion de stress, des massages sur chaise, une ligue d'improvisation, les services d'une nutritionniste, un gymnase, un réseau de pairs aidants, etc. Enfin, la prévention tertiaire se traduit par l'application de différentes pratiques associées au protocole de retour au travail et la formation du gestionnaire sur la gestion des retours au travail. Ces activités ont pour objectif de ramener l'employé au travail et d'éviter la rechute en favorisant son maintien en emploi, et ce, dès la réception par l'employeur du certificat médical attestant l'invalidité de l'employé. Ce certificat permet à l'intervenant d'entamer la démarche d'intervention par une prise en charge et un suivi administratif.

Prise en charge et suivi administratif

Les activités du protocole de retour au travail débutent généralement au moment où l'employé transmet un certificat médical attestant son invalidité. Dans les entreprises visitées, la réception du certificat médical se fait de deux façons : la personne qui s'absente peut faire parvenir son certificat médical par la poste ou aller le porter au service de santé de son entreprise. Par la suite,

l'intervenant prend contact avec elle, soit en la convoquant ou en communiquant avec elle par téléphone. Ce premier échange permet à l'intervenant d'expliquer à l'employé la procédure adoptée à la suite de son invalidité; c'est aussi au cours de ce premier contact qu'il essaie de cerner les causes de l'absence. Certaines organisations tentent de savoir si l'absence peut être liée à des facteurs présents dans le milieu de travail. Le rôle de l'intervenant responsable du dossier de l'employé est différent dans chacune des entreprises visitées, mais il semble que, la plupart du temps, c'est à lui qu'il revient de coordonner la démarche et les intervenants lorsqu'une invalidité survient.

Contact avec le supérieur et les collègues

L'un des objectifs visés par le protocole ou le programme de retour au travail de la majorité des entreprises visitées est de favoriser le contact entre l'employé absent et son milieu de travail, notamment avec son supérieur immédiat et ses collègues de travail. En général, les intervenants vont contacter le supérieur de l'employé afin de s'assurer que ce dernier garde un contact avec l'employé absent. Lorsqu'il y a un conflit avec le supérieur, d'autres solutions sont envisagées afin de favoriser le contact avec le milieu de travail, souvent par l'entremise de collègues de travail. Par contre, si la relation avec le supérieur est bonne, certains intervenants interrogés suggèrent au supérieur d'inviter l'employé à des événements sociaux organisés par le milieu de travail. Les intervenants peuvent tenter de sensibiliser les supérieurs aux problèmes de santé mentale afin qu'ils puissent mieux comprendre la situation et intervenir. Par contre, selon les personnes interrogées, certains supérieurs immédiats semblent avoir une certaine réticence à maintenir le contact en dépit de la formation et de l'accompagnement relatifs au programme de retour au travail qu'ils reçoivent. Ils ont peur, d'une certaine façon, d'être perçus par l'employé comme des harceleurs qui n'ont qu'une seule intention, soit celle de le ramener au travail. D'autres, supérieurs, auraient toutefois plus de facilité à garder le contact avec l'employé. Dans leur cas, une culture organisationnelle qui valorise le travail d'équipe et la reconnaissance en milieu de travail semblerait plus favorable à un maintien du contact. Selon les personnes interrogées, la qualité des contacts dépendrait grandement des habiletés relationnelles des supérieurs immédiats et de la relation qu'ils entretenaient avec l'employé avant son absence. Outre le contact avec le supérieur et les collègues, le rôle de l'intervenant est de suivre l'évolution de l'état de santé de l'employé en posant des actions concrètes pour favoriser son rétablissement pendant sa période d'absence.

Suivi et interventions pendant l'absence

L'intervenant responsable du protocole de retour au travail agit à titre de gestionnaire de cas. Il s'assure de coordonner les interventions de chacun et de faire le suivi de l'absence du travailleur auprès de l'assureur et de l'employeur. Dans certains cas, il assure un service de soutien et d'aide auprès de l'employé absent, mais il peut aussi orienter l'employé absent vers des services spécialisés à l'externe. En collaboration avec les différents acteurs associés au protocole, il planifie le retour au travail de l'employé. Toutefois, certaines entreprises ont très peu d'activités durant les absences. Les interventions se limitent à la gestion médico-administrative et les actions sont posées uniquement au moment où un nouveau rapport médical est reçu.

Pratiques de contrôle et expertise médicale

Certains intervenants interrogés vont remettre en question la véracité des informations du certificat médical transmis par le médecin traitant. Les employés peuvent alors être soumis à diverses pratiques de vérification. Dans la majorité des entreprises, c'est l'expertise médicale qui

est utilisée lorsqu'un représentant de l'entreprise ou l'assureur a des doutes au sujet du diagnostic médical, du traitement ou de la médication que prend l'employé. L'expertise médicale est une pratique qui est utilisée soit pour contrôler les absences ou pour veiller au rétablissement de l'employé. Selon les caractéristiques de l'entreprise, différents acteurs peuvent prendre la décision de faire effectuer une expertise médicale, soit le supérieur, le médecin-conseil de l'entreprise, l'intervenant du protocole de retour ou le responsable du protocole de retour. L'expertise médicale peut aussi être demandée par l'assureur sans qu'il y ait consentement du représentant de l'entreprise, ce qui peut créer de la frustration chez l'intervenant responsable du protocole de retour au travail qui tente de maintenir un bon lien avec l'employé absent. Parfois, une collaboration avec le syndicat vise à revoir le dossier pour déterminer si l'employé absent doit être soumis à une expertise médicale. Dans ce cas, les éléments qui influent sur la prise de décisions sont présentés au syndicat afin d'obtenir son appui. Certaines organisations procèdent en consultant plusieurs personnes avant de demander une expertise. Elles soutiennent qu'il est ainsi plus facile d'obtenir l'ensemble des informations pertinentes qui ne sont pas nécessairement inscrites dans le rapport médical.

Gestion des conflits relationnels et du harcèlement psychologique

Dans la plupart des entreprises visitées, un processus permettant de déceler les conflits ou le harcèlement psychologique en milieu de travail fait partie du protocole ou du programme de retour au travail. Dès le début de l'absence, l'intervenant s'assure d'obtenir des renseignements concernant le contexte du départ de l'employé. Un des intervenants rencontrés apporte une attention particulière au certificat médical afin d'y repérer la mention d'un axe IV aux critères diagnostiques du DSM-IV, l'outil diagnostique utilisé par les médecins pour catégoriser les problèmes de santé mentale. L'axe IV témoigne de la présence de facteurs de stress, notamment lorsque le travail a été désigné comme étant une source de tension pour la personne. Lorsque le médecin mentionne la présence d'un axe IV et précise que le facteur de stress est lié au travail, l'intervenant peut alors enquêter sur la source de ce problème en questionnant l'employé afin de dépister la présence de conflits ou de harcèlement en milieu de travail. Dans d'autres cas, lorsque ce processus n'est pas mis en œuvre, les conflits seront pris en charge uniquement si la personne le mentionne à l'intervenant. S'il y a des conflits ou des situations de harcèlement psychologique dans le milieu de travail, la majorité des organisations proposent, par l'intermédiaire de leur protocole, des moyens pour les gérer. Certaines entreprises font participer différents intervenants au processus. L'employé peut alors être dirigé par l'intervenant vers un conseiller en relations de travail qui tentera de résoudre les conflits avec les personnes concernées et le syndicat, s'il y a lieu. Si les conflits sont plus importants, certaines organisations font appel aux services de ressources externes ou à un médiateur pour effectuer la démarche de gestion de conflits. En complémentarité, l'employé bénéficie d'un suivi externe pour assurer son rétablissement. Ce suivi est généralement effectué par des professionnels en relation d'aide tels que des psychologues.

Réaffectation et gestion de carrière

En raison de l'obligation d'accommodement, les entreprises doivent faire des efforts pour réintégrer l'employé au sein de leur organisation. Elles doivent prendre en considération les limitations fonctionnelles de la personne afin de lui offrir un poste qui convient à ses capacités de travail. En général, le protocole de retour au travail prévoit systématiquement la réaffectation de

l'employé à un autre poste si l'employé a des limitations fonctionnelles. Parfois, l'intervenant doit entrer en contact avec le personnel de la dotation dans le but de trouver un poste qui conviendra à l'employé. Si la personne ne se sent plus à l'aise dans son emploi, ou encore qu'elle ne puisse plus exercer cet emploi, un autre poste au sein de l'entreprise peut lui être suggéré. Pour s'assurer que l'employé fera un bon choix, on lui offrira souvent l'aide d'un professionnel en orientation. Les conventions collectives sont quelquefois limitatives pour l'accommodement ou la réaffectation de l'employé. Ces dernières doivent être respectées et l'intervenant doit s'assurer que l'employé ne sera pas privilégié au détriment d'un autre. Il arrive aussi qu'un employé ne puisse être relocalisé en raison des conditions de travail stipulées dans la convention collective. Toutefois, certaines entreprises présentent une démarche paritaire où il est possible de passer outre ces conditions en obtenant l'accord du syndicat dans le but d'accommoder le travailleur. Certaines entreprises offrent aux employés qui ne peuvent être réaffectés à un autre poste des services de gestion de carrière et d'orientation pour les aider à choisir un emploi dans une autre organisation de travail. Ces services sont offerts à l'interne ou par l'entremise de ressources externes.

Préparation du retour au travail

La première étape dans la préparation du retour au travail débute au moment où l'intervenant reçoit un certificat médical attestant que l'employé est de nouveau apte au travail. Dès que la date de retour est fixée, l'intervenant communique avec le supérieur de l'employé pour l'informer. Dans plusieurs entreprises, le retour au travail est préparé en fonction des modalités du retour progressif prescrites par le médecin, qui constituent la base du plan de retour au travail. La planification du retour s'effectue toujours en fonction des recommandations du médecin ainsi que des limitations fonctionnelles de la personne, qu'il aura définies. Dans quelques milieux, une rencontre peut être planifiée entre le supérieur, l'employé et l'intervenant. Cette rencontre a pour but de planifier le retour au travail en fonction des modalités recommandées par le médecin traitant. À cette étape, le supérieur évalue les possibilités d'aménager l'horaire et la charge de travail pour faciliter la réadaptation de l'employé en fonction des modalités de retour progressif. Dans la plupart des entreprises visitées, la planification du retour au travail se fait en fonction d'un retour progressif. Parfois, certaines entreprises vont jusqu'à effectuer des réaménagements physiques et utiliser les services d'un ergonomiste pour faciliter le retour de l'employé. En raison de l'obligation d'accommodement, des modifications permanentes peuvent aussi être apportées aux tâches de l'employé.

Lorsque les facteurs du milieu ayant contribué à l'arrêt de travail n'ont pas été déterminés pendant l'absence de l'employé, certains intervenants s'assurent de les mettre en lumière à cette étape pour pouvoir agir. Par contre, lorsqu'il n'y a aucun moyen de déceler les facteurs de risque, les intervenants tentent de reconnaître les facteurs du milieu de travail qui sont appréhendés par l'employé lors de son retour au travail; une fois détectés, ils doivent faire l'objet du plan de retour au travail. Lorsque cette démarche n'a pas été faite précédemment, l'intervenant peut tenter d'agir sur le climat de travail par la gestion de conflits. Par contre, l'organisation du travail ne semble pas être remise en question puisque ces modifications, telles que la diminution de la charge de travail, ne sont que temporaires. De plus, les conditions ayant contribué au départ sont prises en considération uniquement lorsque des moyens sont mis en place pour déceler la présence de ces problèmes. Dans ce cas, quelques entreprises rédigent un plan de retour au travail qui prend en considération tous les éléments mentionnés précédemment. Ensuite, ce plan est approuvé par le supérieur, l'employé et l'intervenant. L'intervenant évalue aussi, avec le

supérieur, si l'employé a besoin de formations pour une remise à niveau, qui peuvent faire partie du plan de retour au travail. Comme ces modifications, même temporaires, risquent d'avoir des répercussions sur le travail d'un certain nombre d'employés, l'équipe est informée des modalités prévues pour le retour de leur collègue.

Dans certaines organisations, les intervenants s'assurent que le supérieur prépare le retour de l'employé auprès de ses collègues de travail en demandant leur collaboration. Les intervenants interrogés mentionnent qu'il y a encore beaucoup de tabous et de préjugés chez les travailleurs autour de ces cas, ce qui peut expliquer parfois un manque de soutien de leur part. De plus, comme ils doivent assumer une partie du travail de ce collègue, ils peuvent lui en vouloir. Pour éviter cette situation, quelques milieux offrent des ateliers pour sensibiliser les travailleurs aux problèmes de santé mentale et, parfois, ils expliquent le contexte du retrait de l'employé. Des interventions sont souvent nécessaires lorsque l'employé absent est aux prises avec un trouble de personnalité puisqu'avant son retrait, il a souvent été impliqué dans des conflits avec des collègues. Au cours de ces ateliers, on tente d'expliquer le comportement passé de la personne afin de diminuer l'appréhension face à son retour. Cette rencontre peut être tenue par le supérieur, mais, souvent, ce sont des ressources externes spécialisées en santé mentale qui sont mises à contribution. Le but est d'obtenir la collaboration des employés et de leur expliquer ce qui est attendu d'eux lors du retour de la personne. Dans certains milieux, une entente écrite engageant le gestionnaire, l'employé et l'équipe de travail est prévue afin d'assurer qu'il n'y a pas de sentiment d'iniquité.

Retour au travail et suivi

Le retour au travail se fait généralement selon la préférence de l'employé. Dans certaines organisations, après une longue absence, la première journée sert à la réintégration de l'employé dans son milieu de travail, à une réadaptation à son environnement de travail, à une prise de contact avec ses collègues et au suivi de documents administratifs. Le suivi peut être effectué par le gestionnaire ou la personne responsable du suivi. Si un intervenant à l'externe a été associé au dossier, il assistera parfois le travailleur lors de son retour au travail. La personne responsable du suivi doit s'assurer de communiquer avec l'employé par courriel, par téléphone ou en face à face, afin de vérifier si sa réintégration se passe bien. La fréquence et la durée du suivi dépendent de la durée du retour progressif au travail. Dans les cas jugés plus fragiles, une relance est effectuée auprès de l'employé après son retour progressif.

Synthèse et schéma général des pratiques organisationnelles de retour au travail

Dans le cadre de ce volet, des rencontres ont été organisées auprès de 13 entreprises sélectionnées, afin de prendre connaissance du programme ou du protocole de retour au travail qu'elles mettaient en place au profit des personnes absentes aux prises avec un problème de santé mentale ou physique. Faisant partie des domaines public, parapublic ou privé et œuvrant dans les secteurs primaire, secondaire ou tertiaire, ces entreprises étaient toutes de grandes organisations syndiquées de plus de 500 employés. La diversité des entreprises a permis de dresser un portrait global des différentes interventions évoquées. Une analyse des résultats recensés a ensuite permis de bâtir un schéma général qui synthétise les pratiques organisationnelles de retour au travail (voir figure 2). Ce schéma général rend compte des grandes étapes qui sont franchies dans la majeure partie des entreprises sélectionnées. Les quatre grandes étapes sont :

- La prévention et la sensibilisation;
- Les procédures administratives au moment de l'absence;
- La détermination des difficultés rencontrées;
- La préparation du retour au travail.

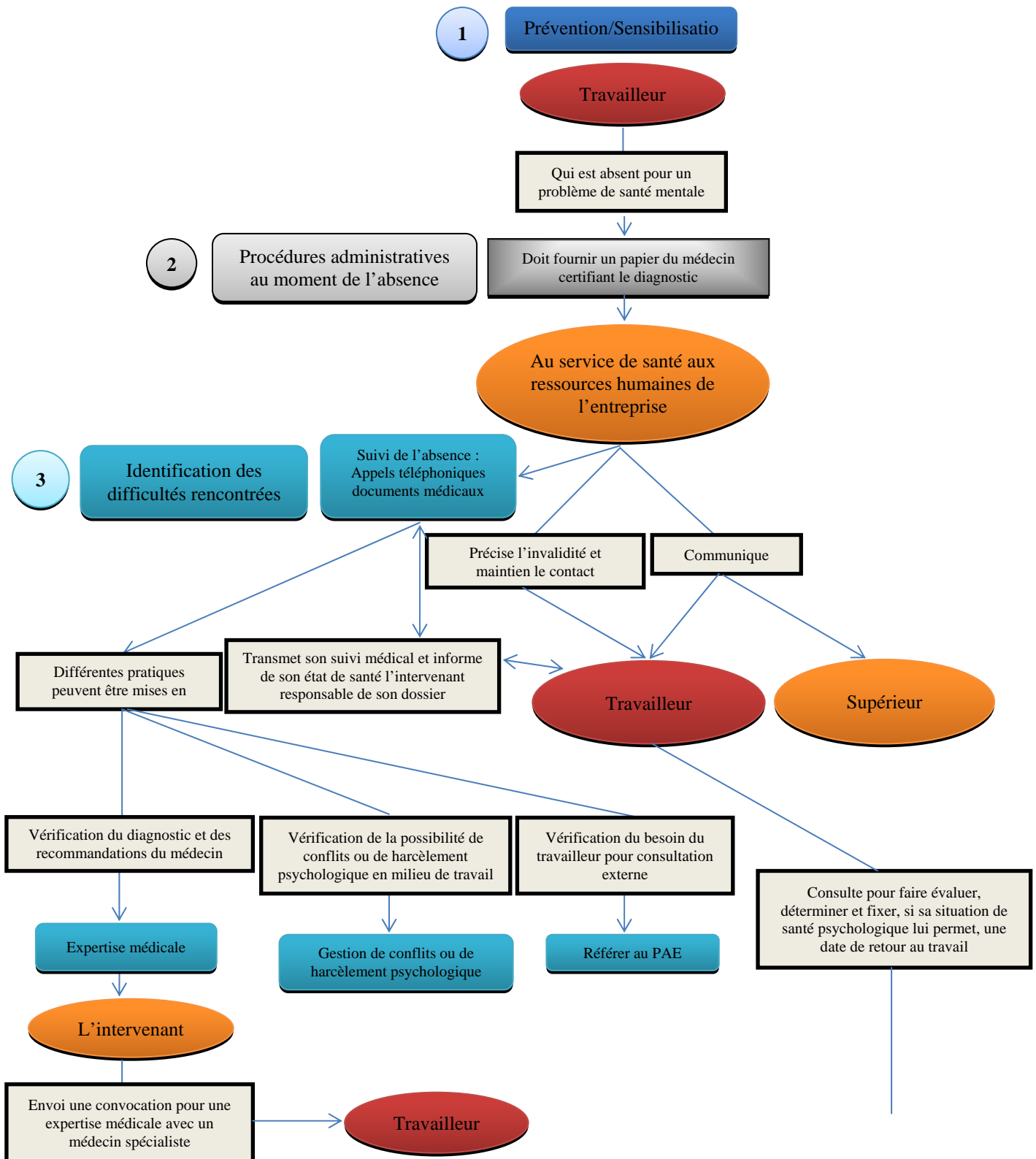


Figure 2a - Schéma synthèse des pratiques organisationnelles en matière de gestion de l'absence et de retour au travail étapes 1-2 et 3

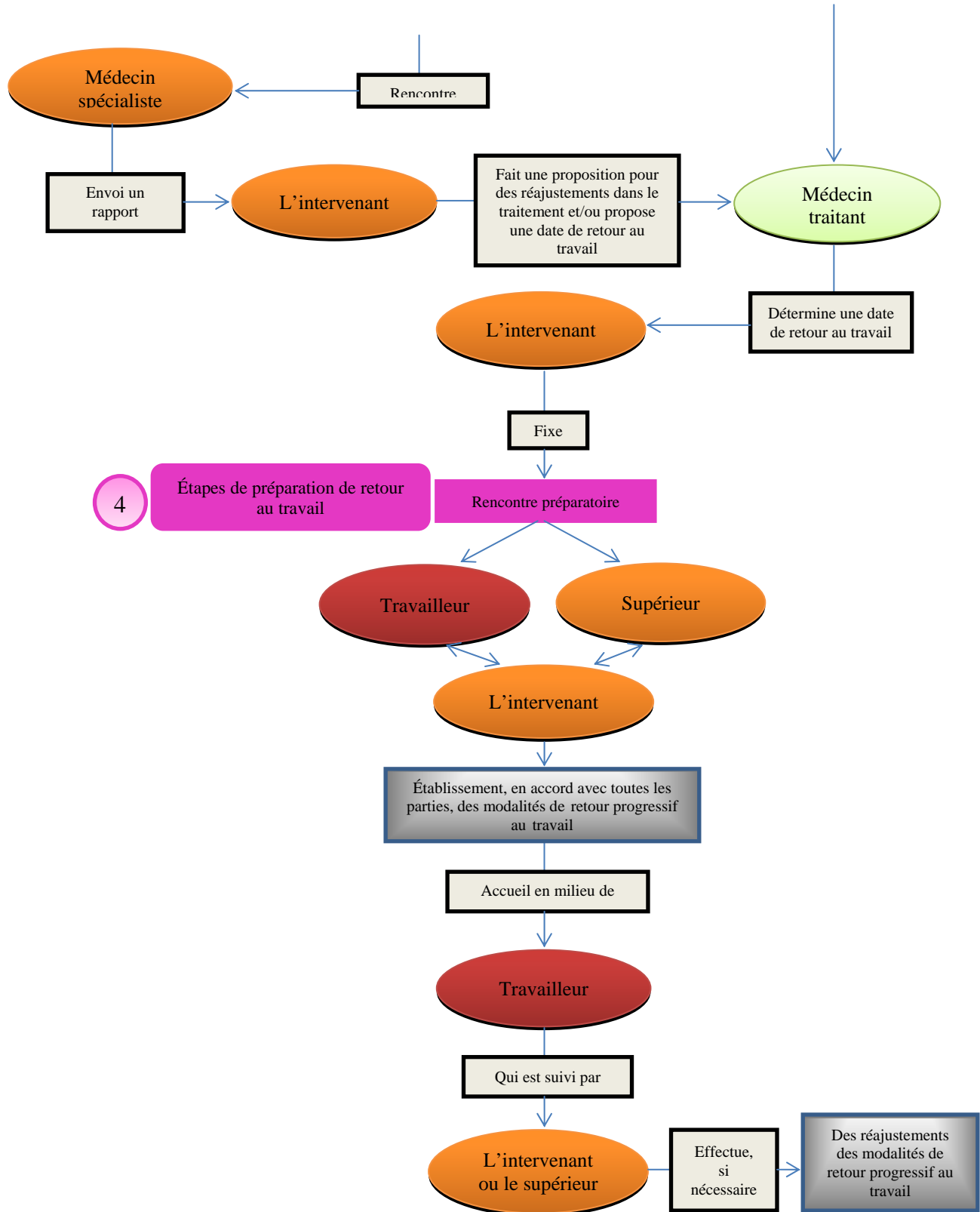


Figure 2b - Schéma synthèse des pratiques organisationnelles en matière de gestion de l'absence et de retour au travail étape 4

La prévention et la sensibilisation

Dans la plupart des milieux, des mesures (conférences, formations, dépliants, etc.) de prévention relatives aux problèmes de santé mentale sont mises en place. Bien que cette étape ne fasse pas partie des modalités de retour au travail, ces mesures visent à sensibiliser les travailleurs et les acteurs du milieu aux problèmes de santé mentale et aux répercussions qu'ils peuvent avoir sur l'individu et sur l'environnement de travail.

Les procédures administratives au moment de l'absence

Le programme de retour au travail s'amorce dès la réception du billet médical transmis par le travailleur au service de santé ou aux ressources humaines, les avisant de son absence en raison d'un diagnostic menant à un arrêt de travail, posé par le médecin. Dès la réception du billet médical, le gestionnaire de cas amorce son rôle d'intervenant et de coordinateur en effectuant un premier contact avec le travailleur. Ce premier échange permet au gestionnaire d'expliquer au travailleur la procédure à suivre pendant son absence. Du même coup, le gestionnaire tente d'en savoir plus sur les causes de l'absence et de déterminer si certains éléments du travail en font partie. De plus, le gestionnaire avise le supérieur de l'absence du travailleur et s'assure que ce dernier entrera en contact avec le travailleur afin de maintenir le lien tout au long de son absence pour ainsi favoriser le retour éventuel au travail.

La détermination des difficultés rencontrées

La deuxième partie du programme consiste à assurer le suivi auprès du travailleur durant son absence. L'intervenant fera alors des appels téléphoniques fréquents tout en assurant un suivi médico-administratif. À cette étape, certaines pratiques peuvent être envisagées pour aider au rétablissement du travailleur. Si celui-ci est aux prises avec des conflits ou du harcèlement psychologique en milieu de travail, des techniques de gestion visant la résolution de problèmes sont mises en place par l'intervenant. Un travailleur qui a besoin de consulter un psychologue, un travailleur social, une personne ressource ou tout autre professionnel est orienté vers le PAE (programme d'aide aux employés). Si l'intervenant, l'employeur et le médecin-conseil de l'entreprise s'interrogent sur le diagnostic médical, la médication ou la durée de l'absence, le travailleur peut être convoqué pour une rencontre avec un médecin spécialiste. Dans ce cas, l'intervenant avise le travailleur, par écrit ou par téléphone, et le convoque pour une nouvelle évaluation de la situation. Le rapport du médecin spécialiste est ensuite transmis à l'intervenant qui, à son tour, fait part au médecin traitant du travailleur des réajustements suggérés soit dans le traitement soit pour ce qui est de la date de retour au travail. Cette pratique reçoit habituellement le consentement du travailleur et vise, en majeure partie, le rétablissement du travailleur.

La préparation du retour au travail

La troisième partie du programme prend forme lorsque le médecin traitant considère que le travailleur est apte à retourner au travail et qu'il détermine une date de retour qu'il transmet à l'intervenant. À la suite de cette attestation, l'intervenant invite le travailleur et l'employeur à participer à une rencontre préparatoire au cours de laquelle seront établies les modalités de retour progressif au travail en fonction des recommandations du médecin traitant et des limitations fonctionnelles du travailleur. Par la suite, le travailleur effectue son retour au travail. L'accueil réservé au travailleur sera conforme aux préférences exprimées lors de la rencontre préparatoire. Durant le retour progressif du travailleur, l'intervenant ou l'employeur assure le suivi et apporte, si nécessaire, des modifications ou des réajustements au plan initial de retour au travail.

MODÈLE DYNAMIQUE DES FACTEURS

ANNEXE E : SCHÉMATISATION DES FACTEURS DE SOUTIEN

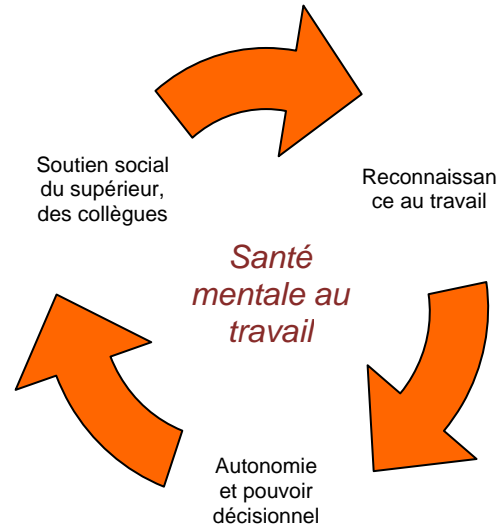


Figure 4 - Facteurs de soutien au rétablissement et au retour au travail

ANNEXE F : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES ACTEURS

Haute direction

- Promouvoir le cadre de référence basé sur une approche de soutien des personnes et de l'organisation auprès de l'ensemble du personnel et le mettre en application dans ses pratiques de gestion;
- Maintenir une position claire sur les valeurs et les orientations de la direction en matière de soutien des personnes et de l'organisation dans les processus de rétablissement, de retour au travail et de maintien en emploi;
- Soutenir, promouvoir et mettre en œuvre un plan d'action en prévention, spécifique à la santé mentale au travail, en collaboration avec les acteurs engagés dans le soutien des personnes et de l'organisation;
- Promouvoir le rôle de l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail afin qu'il soit connu et reconnu par tous les membres de l'organisation;
- Signifier ses attentes auprès des gestionnaires quant aux pratiques de soutien à adopter et mettre en place des moyens d'évaluation visant à reconnaître les efforts fournis par les gestionnaires tout en s'assurant de leur actualisation;
- Dégager les ressources humaines et matérielles nécessaires au soutien des pratiques de prévention et de réadaptation en santé mentale au travail.

Représentants syndicaux

- Promouvoir le cadre de référence basé sur une approche de soutien des personnes et de l'organisation auprès de leur équipe et le mettre en application dans ses pratiques;
- Collaborer avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail;
- En matière de prévention des absences, mettre en lumière les facteurs de risque psychosociaux présents dans l'environnement de travail et participer à la recherche de solutions;
- Promouvoir le rôle de l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail afin qu'il soit connu et reconnu par tous les membres de l'organisation;
- Participer, au besoin, à la préparation d'un plan de retour au travail en concertation avec le travailleur, son supérieur immédiat et l'agent de soutien;
- Participer à l'élaboration du plan d'action en prévention, et ce, en collaboration avec les partenaires concernés.

Service de santé et de sécurité au travail

- Promouvoir le cadre de référence basé sur une approche de soutien des personnes et de l'organisation et le mettre en application dans ses pratiques;
- Collaborer avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail;
- Mettre au point des moyens pour favoriser l'intégration des pratiques de soutien à la gestion médico-administrative;
- Être une ressource pour les supérieurs immédiats, le syndicat et les travailleurs en matière de soutien au rétablissement et au retour au travail;
- Fournir un soutien à tous les partenaires de l'organisation en ce qui concerne la détermination des risques psychosociaux dans l'environnement.

Supérieurs immédiats

- Promouvoir le cadre de référence basé sur une approche de soutien des personnes et de l'organisation auprès de leur équipe et le mettre en application dans ses pratiques de gestion;
- En matière de prévention des absences, mettre en lumière les facteurs de risque psychosociaux présents dans l'environnement de travail et participer à la recherche de solutions;
- Dans le cadre du programme de soutien au rétablissement et au retour au travail :
 - Collaborer avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail,
 - Participer à la préparation d'un plan de retour au travail en concertation avec le travailleur, l'agent de soutien et, au besoin, le représentant syndical,
 - Planifier les conditions prévues dans le plan de retour au travail et en assurer le suivi,
 - Préparer les collègues de travail et assurer un accueil favorable au travailleur lors du retour,
 - Planifier des rencontres de suivi avec le travailleur et assurer l'ajustement des conditions nécessaires au maintien en emploi.

Ressources d'aide et de soutien clinique

- Offrir des services spécialisés au travailleur pour répondre à ses besoins particuliers d'ordre clinique ou social, pour le soutenir dans son rétablissement. Ainsi, les services d'un ergothérapeute, ou encore, d'un psychiatre pourraient être offerts pour soutenir la personne dans son processus de rétablissement.

Cet exercice de définition des rôles et des responsabilités a permis de mettre en lumière l'importance d'ajouter deux nouveaux rôles dans l'organisation soit :

- Le responsable du programme de soutien au rétablissement et au retour au travail
- L'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail.

Le comité-conseil, soutenu par la haute direction, a pris la décision d'embaucher une personne qui serait responsable de la coordination des pratiques de soutien au rétablissement et au retour au travail, de même que de la mise en œuvre de la démarche opérationnelle dans l'organisation. Cette personne devait être externe à l'organisation afin que soit assurée sa neutralité quant aux différents paradigmes et valeurs en vigueur dans l'organisation. La neutralité est en effet jugée essentielle par le comité-conseil pour gagner la confiance des travailleurs. Appuyée par le cadre de référence en santé mentale au travail, cette personne devait veiller à la cohérence des pratiques entre les différents acteurs en matière de soutien au rétablissement et au retour au travail. Dans le cadre du projet de recherche, une seule personne était embauchée, appelée agent de soutien au rétablissement et au retour au travail; cette dernière était pourtant amenée à occuper à la fois une fonction de suivi des personnes en absence ainsi qu'une fonction de coordination des activités au niveau de l'organisation. Toutefois, ces deux rôles sont présentés de façon distincte soit, le responsable du programme et l'agent de soutien, afin de mieux préciser leur rôle respectif.

Responsable du programme

- Promouvoir le cadre de référence basé sur une approche de soutien des personnes et de l'organisation et le mettre en application dans ses pratiques;
- Être une personne-ressource pour les travailleurs, les supérieurs immédiats et le syndicat en matière de soutien au rétablissement et au retour au travail;
- Coordonner les activités de promotion du programme de soutien au rétablissement et au retour au travail.

Agent de soutien au rétablissement et au retour au travail

- Dans le cadre de la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail, accompagner le travailleur absent pour cause de maladie tout au long de la démarche :
 - Rencontrer le travailleur durant son absence pour circonscrire avec lui les obstacles et les leviers liés à son rétablissement et à son retour au travail (facteurs cliniques, sociaux et organisationnels);
 - Informer, au besoin, le travailleur des ressources d'aide et de soutien clinique disponibles;
 - Assurer un soutien auprès du travailleur pendant sa période de rétablissement en respectant les périodes d'arrêt octroyées par son médecin traitant;
 - Préparer la rencontre du plan de retour au travail et le plan de retour au travail au rythme du travailleur et selon ses capacités;
 - Définir le plan de retour au travail en concertation avec le travailleur, son supérieur immédiat et, au besoin, son représentant syndical;
 - Faire un suivi du plan de retour au travail et des conditions de maintien en emploi auprès du travailleur et de son supérieur immédiat.
- Collaborer avec les autres acteurs de l'organisation afin de favoriser le rétablissement, le retour au travail et le maintien en emploi du travailleur.

Plan de communication et de diffusion des éléments relatifs au programme

Dans le cadre du plan de communication, différentes mesures ont été mises en place. D'abord, les membres du comité-conseil ont eu le mandat de diffuser le contenu du cadre de référence auprès des personnes qu'ils représentent afin que chacun se l'approprie et l'intègre dans son travail au quotidien. Il avait aussi été convenu que le cadre de référence serait imprimé officiellement et diffusé à la grandeur de l'organisation. Des sessions de formation et d'information ont également été mises sur pied par l'équipe de recherche en collaboration avec les membres du comité-conseil. De plus, des rencontres formatives regroupant les membres de l'équipe de recherche et l'ensemble des gestionnaires avaient pour but d'expliquer les fondements théoriques d'une vision de soutien. Par ailleurs, huit séances d'information, organisées par l'agent de soutien afin de faire connaître le programme et les rôles et responsabilités de chacun, ont eu lieu à différents endroits dans l'organisation et selon un horaire planifié en fonction de tous les quarts de travail, de façon à permettre au plus grand nombre de personnes possible de participer. Il avait été décidé que l'agent de soutien serait accompagné par deux représentants patronaux et deux représentants syndicaux, membres du comité-conseil. Cette mesure permettrait de mettre en visibilité le côté paritaire du projet. Les sessions ont permis de répondre aux questions des participants et de les rassurer quant à la volonté de l'organisation de mettre en place un tel programme. L'agent de soutien a ensuite été invité à présenter le programme dans les comités de direction afin que les directeurs se familiarisent avec son contenu et en fassent la promotion auprès de leur équipe. Ces séances d'information constituaient également un premier contact avec les supérieurs immédiats et une occasion pour eux d'inviter l'agent de soutien à présenter le programme dans leurs réunions d'équipe.

Après sa création, un dépliant explicatif de la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail a aussi été diffusé de différentes façons par la responsable de programme afin d'atteindre le plus grand nombre de personnes possible. Au-delà de 500 dépliantes ont été distribués dans l'organisation.

ANNEXE G : PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS ET ANALYSES STATISTIQUES

Sélection des participants

Les personnes visées dans le cadre de cette démarche sont les travailleurs et les travailleuses de l'organisation qui se sont absentes pour des problèmes de santé mentale certifiés par leur médecin traitant. La sélection des participants a débuté le 15 septembre 2008 et s'est terminée le 31 mai 2009. Nous avons choisi d'exclure les travailleurs souffrant d'un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme en raison des services spécifiques offerts au sein du programme d'aide aux employés de l'entreprise. Les participants ont été choisis en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

- 1) Absent pour maladie en raison d'un problème de santé mentale certifié sur le billet médical;
- 2) Âgé de 18 à 60 ans;
- 3) Travaillant 15 heures hebdomadaire ou plus avant l'absence.

Critères d'exclusion :

- 1) Absent en raison d'un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme;
- 2) Absent en raison d'un problème de santé physique;
- 3) Enceinte ou ayant accouché dans les 6 mois précédents;
- 4) Ayant l'intention de prendre sa retraite durant la période de l'étude;
- 5) Étudiant et employé temporaire.

Tous les dossiers d'employés absents pour des raisons de santé mentale à partir du 15 septembre 2008 ont été retenus. Nous avons d'abord procédé en invitant tous les employés recommandés au cours du premier mois pour nous rendre compte que certains ne pouvaient participer à l'étude pour les raisons décrites plus bas. Il a donc été décidé de ne pas procéder de façon aléatoire. Au total, 128 personnes ont été acheminées vers le programme, mais 2 d'entre elles ont dû être exclues de l'échantillon pour cause de prise de retraite anticipée. Ainsi, sur les 126 personnes invitées à participer à la démarche, 44 ont accepté, mais 5 d'entre elles ont été retirées de l'échantillon : retour au travail avant d'avoir eu une première entrevue, désistement au début de la démarche, critère d'exclusion connu plus tard (alcoolisme). Au total, 39 personnes ont donc participé à la démarche de soutien (32 femmes et 7 hommes). Par ailleurs, 42 personnes ont refusé de participer à la démarche alors que 40 autres n'ont pas répondu aux invitations. Parmi ces personnes, il semble que certaines sont retournées au travail trop rapidement pour profiter de cette invitation, d'autres ont démissionné, ou encore se sont prévalués d'un congé sans solde, modifiant ainsi leur statut d'absence pour cause de maladie. La figure 8 présente la synthèse des résultats du recrutement des participants.

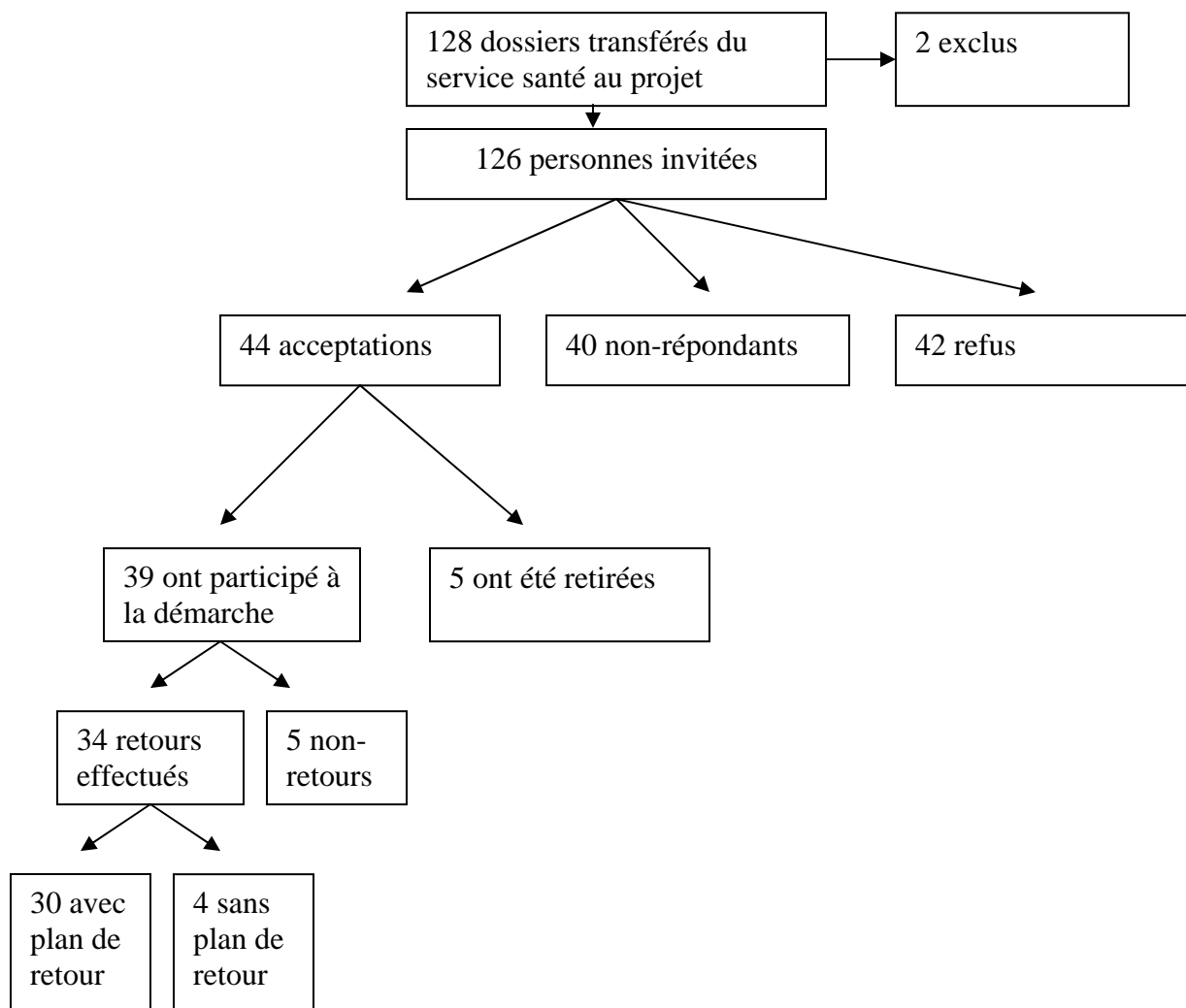


Figure 8 - Synthèse des résultats du recrutement des participants

Portrait des participants

Parmi les 39 participants à la recherche, 32 sont des femmes et 7 sont des hommes. L'âge moyen au début de l'invalidité était de 48 ans et, plus précisément, 31 participants étaient âgés entre 41 et 60 ans (tableau 10). L'ancienneté moyenne comme travailleur dans l'organisation visée est de 13 ans et la moitié des participants (18) ont un statut de cadre ou de professionnel, alors que 21 personnes ont un statut de technicien, d'auxiliaire ou d'ouvrier. En ce qui concerne le statut d'emploi, 23 participants ont un statut à temps complet et 16 participants ont un statut à temps partiel. Une grande majorité des participants, soit 29, se sont absentes pour des troubles d'adaptation, alors que dans 9 cas, il s'agissait d'une dépression majeure et dans 1 cas, d'un trouble anxieux. La durée de l'absence la plus courte est de 6 semaines et la plus longue de 52 semaines (les durées d'absences ont été calculées sur une durée maximale de 52 semaines) pour une durée moyenne de 22,44 semaines.

Tableau 10 - Caractéristiques des participants

Caractéristique	Nombre de participants (n = 39)
Sexe	
- Homme	7
- Femme	32
Moyenne d'âge	48 ans
Classe d'âge	
- 18 à 30 ans	1
- 31 à 40 ans	6
- 41 et 50 ans	15
- 51 à 60 ans	16
- 60 ans et plus	1
Moyenne d'ancienneté	13 ans
Poste	
- Cadre et professionnel	18
- Technicien, auxiliaire et ouvrier	21
Statut d'emploi	
- Temps complet	23
- Temps partiel ou occasionnel	16
Diagnostic	
- Dépression	9
- Trouble d'adaptation	29
- Trouble anxieux	1
Durée de l'absence	
- Durée moyenne	22,44 semaines
- Durée minimale	6 semaines
- Durée maximale	Plus de 52 semaines

Les causes ayant mené à l'arrêt de travail dans le groupe des participants ont été comptabilisées lors des rencontres avec l'agent de soutien (tableau 11). Il s'est avéré que, pour 45 % des participants, la cause de l'absence est totalement liée au travail, pour 42 % d'entre eux, la cause de l'absence est partiellement liée au travail alors que pour 13 % d'entre eux, le départ n'est pas du tout lié au travail. C'est donc dire que le travail est en cause dans 87 % des absences des participants.

Tableau 11 - Cause de l'arrêt de travail des sujets du groupe participant

Arrêt de travail	Proportion de Participants % (n)
- Totalement lié au travail	45 % (18)
- Partiellement lié au travail	42 % (16)
- Pas du tout lié au travail	13 % (5)

Plus précisément, le fait de vivre des difficultés conjugales et familiales, la maladie d'un proche, un deuil, de la solitude, de l'isolement ou encore des problèmes financiers sont des situations

hors travail le plus fréquemment rapporté comme ayant contribué à l'arrêt de travail des participants. Comme le montre le tableau 12, la durée moyenne de l'absence varie en fonction de la cause. Parmi les facteurs liés au travail ayant mené à l'arrêt de travail, les participants ont souvent parlé de problèmes de communication avec des collègues ou leur supérieur, de surcharge de travail et du manque de personnel. Le manque de reconnaissance de la part de leur supérieur ou de l'organisation pour un travail qu'ils aiment et qu'ils estiment important entraîne souvent un sentiment d'injustice et une perte de sens au travail. Parfois, des participants ont également rapporté avoir vécu des difficultés liées à leurs tâches, leur rôle, leur statut professionnel ou aux horaires de travail et, plus rarement, à des difficultés vécues avec la clientèle.

Tableau 12 - Durée moyenne de l'absence, selon la cause de l'arrêt de travail

Arrêt de travail	Durée moyenne de l'absence
- Totalement lié au travail	17,6 semaines
- Partiellement lié au travail	25,9 semaines
- Pas du tout lié au travail	26 semaines

Analyses comparatives entre les participants et un groupe témoin

Constitution du groupe témoin

Il importait de constituer d'abord un groupe témoin visant à comparer les participants au programme à un groupe de non-participants. Les non-participants au programme ont été soumis aux pratiques usuelles de l'organisation. Ces pratiques consistaient principalement en un suivi médico-administratif par les agents et les praticiens du service de santé. Les employés en absence pouvaient être appelés par les agents afin de vérifier avec eux les dates de rendez-vous avec leur médecin traitant. Certains ont été vus par le médecin-conseil de l'entreprise (psychiatre) afin d'évaluer leur état, leur plan de traitement ainsi que la date de retour au travail. Les interventions se sont concentrées sur les dimensions biomédicales du problème. Le groupe de participants ont profité d'une démarche d'accompagnement qui allait au-delà d'un suivi biomédical et qui consistait, notamment, à identifier les facteurs du travail qui peuvent être des obstacles ou des leviers au retour au travail et au maintien en emploi, à une rencontre avec le supérieur immédiat pour en discuter et enfin, en l'élaboration et l'implantation d'un plan d'action visant à agir sur ces dimensions.

Le groupe témoin a été constitué de façon à respecter les mêmes proportions selon l'âge, le sexe et le type d'emploi avec ceux du groupe de participants à la démarche. De plus, il s'agissait dans tous les cas de sujets qui étaient absents depuis plus de 5 semaines, ce qui les rendait comparables aux participants, qui devaient être absents depuis un certain temps pour avoir eu le temps de répondre à l'invitation. Enfin, nous avons exclu les travailleurs ayant un trouble d'anxiété parce qu'un seul sujet dans le groupe de participants s'était absenté avec ce diagnostic, ce qui rendait impossible la comparaison entre les deux groupes selon le diagnostic, ne conservant ainsi que deux groupes de diagnostic, soit les personnes ayant un diagnostic de trouble d'adaptation et celles ayant un diagnostic de dépression. Le groupe témoin constitué sur ces bases comptait 49 sujets et le groupe de participants en comptait 38 (après exclusion d'un sujet avec un trouble anxieux).

Durée de l'absence, selon le groupe

L'analyse des données indique que la durée moyenne d'absence du groupe participant est de 22,2 semaines, alors qu'elle est de 24,3 semaines pour le groupe témoin. Il n'y a pas de différence significative entre ces deux moyennes (TestT = -0,645; dl = 85; p = 0,52; seuil de 0,05; IC : -8,738 – 4,455).

Le tableau 13 présente la distribution des absences de courte, moyenne et longue durées, selon le groupe (participant ou témoin). On constate que la proportion des travailleurs absents pour une courte durée (19,9 semaines et moins) est plus élevée dans le groupe témoin que dans le groupe participant (59 % vs 45 %). Cependant, dans le groupe participant, la proportion des absences de moyenne durée est plus élevée que dans le groupe témoin (39 % vs 12 %). De plus, en additionnant les proportions de courte et moyenne durées (39 % et 45 %), on observe que dans le groupe participant la plupart des sujets sont retournés au travail en moins de 31,9 semaines : plus précisément, c'est 84 % des sujets qui sont retournés au travail après une absence de courte ou moyenne durées, alors que cette proportion est de 71 % dans le groupe témoin (59 % et 12 %).

De façon générale, une analyse du Chi carré montre des différences significatives entre les deux groupes selon la durée d'absence (Chi carré = 8,940; dl = 2; p = 0,011; seuil de 0,05). En effet, le test du Chi carré permet de constater que le fait d'avoir participé au programme de retour au travail est associé avec un plus grand nombre de participants retournant au travail. En effet, il semble que les participants ont été plus susceptibles de retourner au travail après 20 à 31,9 semaines de congé.

Tableau 13 - Comparaison des classes de durée d'absence au travail entre le groupe participant et le groupe témoin

Classe de la durée d'absence au travail	Proportion groupe participant (n = 38)	Proportion groupe témoin (n = 49)
- Courte (moins de 19,9 semaines)	45 % (n = 17)	59 % (n = 29)
- Moyenne (entre 20 et 31,9 semaines)	39 % (n = 15)	12 % (n = 6)
- Longue (plus de 32 semaines)	16 % (n = 6)	29 % (n = 14)

La figure 9 permet de mieux distinguer les deux groupes selon le pourcentage cumulé de la durée d'absence en mois. Ce graphique permet de constater que les sujets du groupe participant reviennent moins rapidement au travail, mais qu'à partir du 5^e mois, ils sont proportionnellement plus nombreux chaque mois à avoir effectué un retour au travail comparativement au groupe témoin.

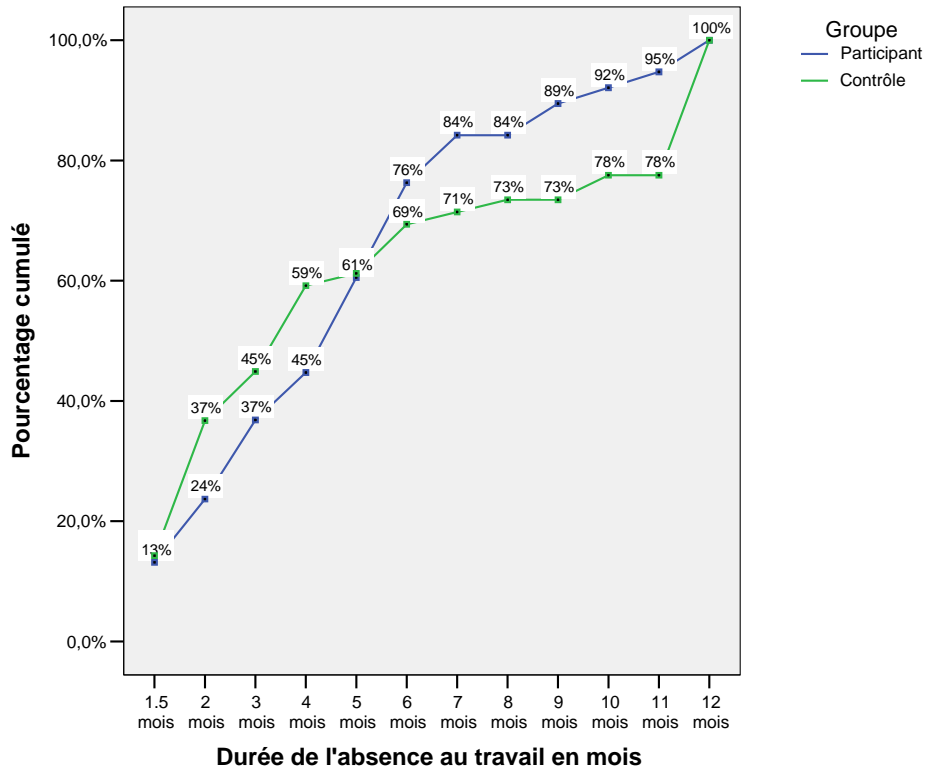


Figure 9 - Pourcentage cumulé des durées d'absence en mois, du groupe participant et du groupe témoin

Durée de l'absence, selon le diagnostic

A) Dépression

L'analyse des données montre que la moyenne de la durée d'absence pour les sujets ayant un diagnostic de dépression est sensiblement la même dans les deux groupes, soit 27,9 semaines pour le groupe participant et 28,4 semaines pour le groupe témoin. Il n'y a pas de différence significative entre ces deux moyennes (Test T = -0,085; dl = 23; p = 0,933; seuil de 0,05; IC = -13,555 – 12,484).

Une analyse plus détaillée de la durée d'absence de ces sujets permet toutefois de constater que les participants ont une plus faible proportion d'absence de courte durée que le groupe témoin (11 % vs 50 %) (tableau 14), mais que les proportions s'inversent dans le cas de la durée se situant entre 20 et 31,9 semaines. En effet, c'est 67 % des sujets du groupe participant qui reviennent au travail dans ce laps de temps, comparativement à 13 % pour le groupe témoin. En additionnant les absences de courte et moyenne durées (11 % et 67 %), on constate qu'une plus grande proportion de participants ayant un diagnostic de dépression sont revenus au travail dans un laps de temps inférieur à 31,9 semaines (78 % vs 64 %).

De façon générale, une analyse du Chi carré montre des différences significatives entre les deux groupes selon la durée de l'absence (Chi carré = 8,121; dl = 2; p = 0,017; seuil de 0,05). En

effet, le test du Chi carré permet de constater que le fait d'avoir participé au programme de retour au travail est associé avec un plus grand nombre de participants retournant au travail. En effet, il semble que les participants ont été plus susceptibles de retourner au travail après 20 à 31,9 semaines de congé.

Tableau 14 - Comparaison des classes de durée d'absence au travail entre le groupe participant et le groupe témoin, dans le cas d'un diagnostic de dépression

Classe de la durée d'absence au travail	Proportion groupe participant (n = 9)	Proportion groupe témoin (n = 16)
- Courte (moins de 19,9 semaines)	11 % (n = 1)	50 % (n = 8)
- Moyenne (entre 20 et 31,9 semaines)	67 % (n = 6)	13 % (n = 2)
- Longue (plus de 32 semaines)	22 % (n = 2)	37 % (n = 6)

La figure 10 permet de mieux distinguer les deux groupes selon le pourcentage cumulé de la durée d'absence en mois (pour un diagnostic de dépression). Ce graphique permet de constater que les sujets du groupe participant reviennent moins rapidement au travail, mais qu'à partir de 6 mois et demi d'absence, ils sont proportionnellement plus nombreux à être de retour au travail chaque mois, comparativement aux sujets du groupe témoin.

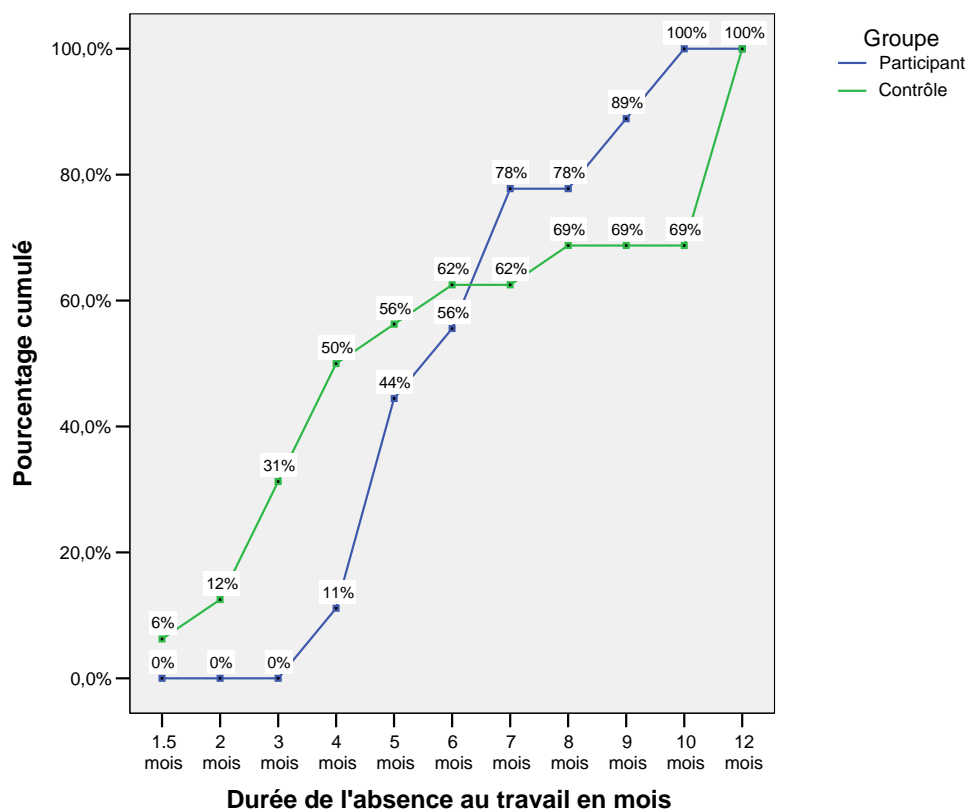


Figure 10 - Pourcentage cumulé des durées d'absence en mois, du groupe participant et du groupe témoin, dans le cas d'un diagnostic de dépression

B) Trouble d'adaptation

L'analyse des données montre que la moyenne de la durée d'absence pour les sujets ayant un diagnostic de trouble d'adaptation est de 20,4 semaines dans le groupe participant et de 22,4 semaines dans le groupe témoin. Il n'y a pas de différence significative entre ces deux moyennes (TestT = -0,496; dl = 60; p = 0,621; seuil de 0,05; IC = - 9,710 – 5,848).

Une analyse plus détaillée de la durée d'absence de ces sujets permet toutefois de constater que les participants ont une plus faible proportion d'absences de courte durée que le groupe témoin (55 % vs 64 %) (tableau 15), mais que les proportions s'inversent dans le cas de la durée se situant entre 20 et 31,9 semaines. En effet, c'est 31 % des sujets du groupe participant qui reviennent au travail dans ce laps de temps, comparativement à 12 % chez le groupe témoin. En additionnant les absences de courte et moyenne durées, on constate qu'une plus grande proportion de participants sont revenus au travail dans un laps de temps inférieur à 31,9 semaines (86 % vs 76 %) comparativement aux sujets du groupe témoin.

De façon générale, une analyse du Chi carré montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes selon la durée de l'absence (Chi carré = 3,689; dl = 2; p = 0,158; seuil de 0,05).

Tableau 15 - Comparaison des classes de durée d'absence au travail entre le groupe participant et le groupe témoin, dans le cas d'un diagnostic de trouble d'adaptation

Classe de la durée d'absence au travail	Proportion groupe participant (n = 29)	Proportion groupe témoin (n = 33)
- Courte (moins de 19,9 semaines)	55 % (n = 16)	64 % (n = 21)
- Moyenne (entre 20 et 31,9 semaines)	31 % (n = 9)	12 % (n = 4)
- Longue (plus de 32 semaines)	14 % (n = 4)	24 % (n = 8)

La figure 11 permet de mieux distinguer les deux groupes selon le pourcentage cumulé de la durée d'absence en mois (pour un diagnostic de trouble d'adaptation). Ce graphique permet de constater que les sujets du groupe des participants au programme reviennent moins rapidement au travail, mais qu'à partir du 5^e mois d'absence, ils sont proportionnellement plus nombreux à être de retour au travail chaque mois comparativement aux sujets du groupe témoin.

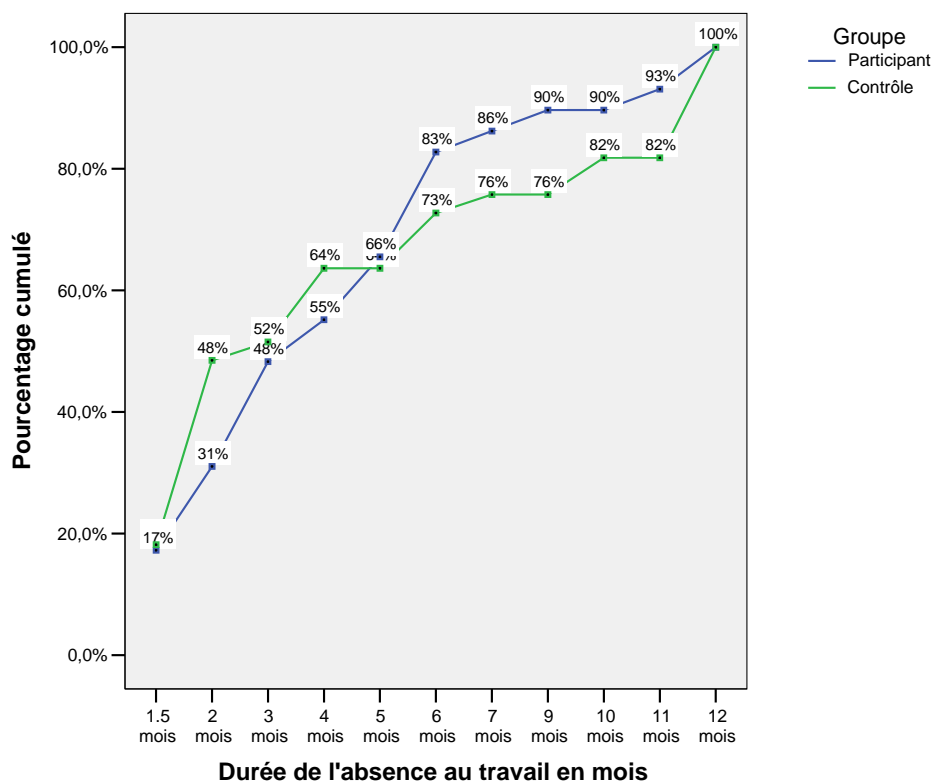


Figure 11 - Pourcentage cumulé des durées d'absence en mois, du groupe participant et du groupe témoin, dans le cas d'un diagnostic de trouble d'adaptation

Durée du retour progressif

Sur les 38 participants au programme, 28 (74 %) ont fait un retour progressif au travail alors que pour les 49 sujets du groupe témoin, c'est 22 (45 %) d'entre eux qui ont fait un retour progressif.

Le retour progressif du groupe participant a été d'une durée moyenne de 8,4 semaines alors qu'elle a été de 5,6 semaines pour le groupe témoin. Ces moyennes sont significativement différentes (TestT = 2,066; dl = 48; p = 0,44; seuil de 0,05; IC = 0,075 – 5,506).

Pour les sujets qui se sont absents à la suite d'un diagnostic de dépression et qui ont eu un retour progressif (n = 15), la durée moyenne du retour progressif a été de 12,51 semaines pour le groupe participant (n = 7) et de 5,3 semaines pour le groupe témoin (n = 8). Ces moyennes sont significativement différentes (TestT = 2,196; dl = 13; p = 0,047; seuil de 0,05; IC = 0,119 – 14,401).

Pour les sujets qui se sont absents à la suite d'un diagnostic de trouble d'adaptation et qui ont eu un retour progressif (n = 35), la durée moyenne du retour progressif a été de 7,01 semaines pour le groupe participant (n = 21) et de 5,8 semaines pour le groupe témoin (n = 14). Ces moyennes ne sont pas différentes (TestT = 1,029; dl = 33; p = 0,311; seuil de 0,05; IC = -1,189 – 3,625).

Questionnaire pour les travailleurs participant à la démarche

Entre 6 et 12 semaines après leur retour au travail, les travailleurs qui avaient participé à la démarche ont reçu un questionnaire visant à évaluer leur expérience. Au total, 39 questionnaires ont été envoyés par la poste, avec une enveloppe de retour adressée à l'équipe de recherche de l'Université Laval, et 23 personnes ont accepté d'y répondre de façon anonyme, ce qui donne un taux de réponse de 59 %. Le questionnaire comportait 38 questions, dont 4 à développement court et 34 à choix multiples, qui abordaient cinq grands thèmes, soit 1) la motivation à participer à la démarche, 2) les retombées de la participation pour le travailleur, 3) la réalisation et le maintien des conditions du plan de retour au travail, 4) l'appréciation des étapes de la démarche d'accompagnement et de soutien au retour au travail, 5) les éléments de la démarche à améliorer (voir annexe H).

Motivation à participer à la démarche

À la question « Qu'est-ce qui a motivé votre décision de participer à la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail ? », plusieurs participants ont évoqué l'espoir que cette démarche leur permettrait de faire un retour au travail positif et d'apporter des changements dans leur milieu de travail. L'approche humaine lors du premier contact avec l'agent de soutien les a mis en confiance et ils affirment s'être sentis respectés, écoutés et non bousculés.

Retombées de la participation à la démarche pour le travailleur

La totalité des répondants considère que la démarche leur a permis de se sentir moyennement ou beaucoup soutenus durant leur période de rétablissement et, sur le plan de leur santé, en confiance et écoutés par l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail (voir annexe 2).

De plus, la grande majorité des répondants considèrent que la démarche leur a permis moyennement ou beaucoup de déterminer les facteurs ayant pu jouer un rôle dans la détérioration de leur santé (18/21)¹, de trouver des solutions pour les aider à revenir au travail et à se maintenir en emploi (21/23) et de faire des changements dans leur vie professionnelle (18/22). Pour ce qui est des questions concernant le soutien, l'écoute et le lien de confiance avec le supérieur immédiat, les réponses sont plus partagées, quoique généralement positives.

Une autre section du questionnaire visait à évaluer qualitativement les retombées de la démarche pour le travailleur en demandant aux répondants si leur participation à la démarche avait soutenu différents éléments concernant leur rétablissement et leur retour au travail (voir annexe 3). La totalité des répondants ont affirmé être en accord ou fortement en accord avec l'énoncée que la démarche avait facilité la prise en compte de leurs besoins avant de reprendre le travail. De plus, une majorité des répondants sont en accord et fortement en accord pour dire que la démarche a favorisé leur capacité à revenir au travail (19/22) et a entraîné un sentiment de bien-être au travail (14/19) dû à un accueil soutenant et respectueux de la part de leurs collègues (17/20) et de leur supérieur immédiat (14/23), à une meilleure communication avec leurs collègues (11/18) et leur supérieur immédiat (13/21) et au sentiment d'avoir été soutenus par leur employeur (16/23). À l'inverse, plus de répondants ont affirmé être fortement en désaccord ou en désaccord sur le fait que la démarche avait favorisé un retour au travail plus tôt (10/19), des changements positifs touchant leur travail (11/21) ou leur milieu de travail (11/19).

Réalisation et maintien des conditions du plan de retour au travail

À la question « Est-ce que les conditions prévues dans votre plan de retour au travail ont toutes été réalisées et maintenues ? », 13 personnes ont affirmé que ce plan avait été complètement réalisé et maintenu. Parmi les 10 personnes ayant répondu par la négative, plusieurs attribuent la non-réalisation de leur plan de retour et du maintien des conditions à un changement de supérieur immédiat peu de temps après leur retour au travail ou encore à un manque de volonté de leur supérieur à respecter le plan de retour.

Appréciation des étapes de la démarche d'accompagnement et de soutien au retour au travail

La très grande majorité des répondants affirment avoir moyennement ou fortement apprécié chacune des étapes de la démarche, le suivi du plan de retour au travail étant toutefois apprécié dans une proportion moins grande que les autres étapes (12/20).

¹ Le deuxième nombre (dénominateur) correspond au nombre de personnes ayant répondu à la question. Ceux qui n'ont pas répondu ou qui ont inscrit « ne s'applique pas » ne sont pas comptabilisés dans le nombre total. C'est pourquoi même si 23 personnes ont retourné le questionnaire, le nombre de personnes pour chacune des questions peut être inférieur à 23.

Éléments de la démarche à améliorer

À la fin du questionnaire, un espace destiné aux participants leur permettait de faire part de suggestions en vue d'améliorer la démarche ou encore d'inscrire tout commentaire supplémentaire sur des questions qui n'avaient pas été abordées. Plusieurs répondants se disent très heureux d'avoir participé à la démarche et, selon eux, le programme devrait être instauré de façon permanente dans leur organisation. Aussi, certaines personnes ont suggéré qu'il y ait une rencontre plus formelle avec l'agent de soutien après le retour au travail, et non seulement un appel téléphonique, pour assurer le suivi du retour au travail.

Entrevues auprès des supérieurs immédiats participant à la démarche

Les supérieurs immédiats participant à la démarche ont été invités, sur une base volontaire, à donner leur appréciation de la démarche d'accompagnement. Entre 6 et 12 semaines après le retour au travail de leur ou leurs employés, un membre de l'équipe de recherche prenait contact par téléphone avec les supérieurs immédiats et les conviait à une entrevue individuelle. Le schéma de l'entrevue était composé de questions ouvertes abordant quatre grands thèmes, soit : 1) leur participation à la démarche, 2) la réalisation du plan de retour au travail, 3) leur perception du programme de soutien au rétablissement et au retour au travail, 4) les liens avec l'environnement psychosocial de travail et la prévention des absences. De type semi-dirigé, l'entrevue durait approximative 45 minutes. Les entrevues n'ont pas été enregistrées afin d'encourager l'expression la plus libre et authentique possible chez les supérieurs immédiats rencontrés. Comme le recommandent Mayer et al. (2000), les entrevues ont été notées de façon à refléter le plus intégralement le discours des participants. Un rapport a été rédigé immédiatement après chaque entrevue à partir de ces notes et les données ont été analysées par la suite à partir des rapports. L'analyse est présentée dans les deux sections ci-dessous : les avantages de la démarche perçus par les supérieurs immédiats et les limites du programme signalées par les supérieurs immédiats.

Sur les 24 supérieurs immédiats qui ont participé à la démarche, 21 ont accepté de se présenter à l'entrevue, ce qui correspond à un taux de réponse de 89 %.

Les avantages de la démarche perçus par les supérieurs immédiats

Les supérieurs immédiats ont qualifié la démarche d'accompagnement de constructive, structurée, claire et précise. Selon eux, la démarche leur demandait très peu de temps et d'investissement comparativement au reste de leurs tâches. Parfois, le fait de participer à la démarche leur donnait l'impression de sauver du temps. En effet, l'agent de soutien fait un travail de préparation avec le travailleur, l'aide à mieux cibler ses préoccupations quant à son retour au travail, planifie les modalités de la rencontre avec le supérieur immédiat et produit le plan de retour au travail. Le supérieur immédiat n'a donc pas à prendre en charge toutes ces activités, ce qui, selon eux, allège de beaucoup leur tâche. Aussi, l'agent de soutien est devenu une personne-ressource précieuse lors de difficultés rencontrées après le retour au travail de l'employé.

Plusieurs ont également souligné l'avantage d'avoir un temps d'arrêt avec le travailleur dans un lieu plus « neutre », à l'extérieur de l'unité de travail. Dans le flot des activités quotidiennes, les

supérieurs affirment qu'il n'est pas toujours facile de trouver le temps nécessaire pour rencontrer le travailleur avant son retour au travail : le téléphone sonne, on frappe à la porte, il faut répondre à des urgences, etc. Le fait de fixer la rencontre à une date précise et de la tenir à l'extérieur du milieu de travail du travailleur et du supérieur offre un temps d'arrêt qui permet parfois au supérieur immédiat de mieux connaître le travailleur et de comprendre son point de vue, et, de part et d'autre, de clarifier certaines perceptions à la suite de l'absence pour cause de maladie du travailleur. La démarche apparaît donc comme un moyen de briser la glace, de reprendre contact avec le travailleur avant son retour au travail. Certains se sont dits heureux de pouvoir entendre le travailleur exprimer ses préoccupations quant à son retour au travail, mais aussi d'avoir l'espace de parole pour pouvoir partager leurs propres limites quant aux moyens de répondre à ces préoccupations. La présence de l'agent de soutien et le climat d'ouverture et d'écoute préconisé durant la rencontre ont été qualifiés de facilitants. À l'occasion, la démarche a permis au supérieur immédiat de mettre en lumière ou de valider certains problèmes dans l'environnement de travail : le fait de discuter avec le travailleur des causes de son départ permettait de mieux comprendre une situation problématique liée au travail qui pouvait aussi toucher d'autres travailleurs de son milieu. Enfin, la démarche permettait aux supérieurs immédiats de mieux planifier la première journée au travail et les modalités d'accueil, de préparer l'équipe avant le retour et d'informer le travailleur des changements survenus en son absence. En général, les plans de retour au travail étaient jugés simples à réaliser.

Les limites du programme signalées par les supérieurs immédiats

Plusieurs supérieurs immédiats ont confié qu'ils auraient souhaité pouvoir bénéficier eux aussi d'une rencontre en privé avec l'agent de soutien pour lui donner leur version des faits concernant l'absence du travailleur et pour lui faire part de l'historique du travailleur ou de ce qu'ils ont tenté comme actions pour éviter l'absence ou améliorer la situation. Selon eux, ils auraient alors eu l'occasion de connaître le contenu de la rencontre avec le travailleur (ses inquiétudes quant à son retour au travail) et, ainsi, de mieux se préparer à trouver des solutions à l'avance. Ils auraient aimé être mieux préparés pour répondre aux demandes du travailleur, craignant parfois que ce soit impossible, parfois d'être surpris et de ne pas savoir quoi répondre.

En outre, certains supérieurs immédiats ont ressenti un certain malaise lors de la rencontre, se sentant un peu isolés puisqu'ils n'avaient pas participé aux discussions entre le travailleur et l'agent de soutien. Quelques supérieurs immédiats ont même admis être craintifs à l'idée de ce que le travailleur avait pu confier à l'agent de soutien, redoutant parfois qu'on le rende responsable de la situation du travailleur. Toutefois, la plupart ont affirmé que la rencontre s'était très bien déroulée et que leurs craintes s'étaient rapidement envolées.

Autre sujet de préoccupation, à l'égard de la démarche, soulevé par des supérieurs immédiats : concilier la mise en application des plans de retour au travail avec certains changements survenus dans l'organisation ou le respect de la consigne de ne pas réaliser certaines actions convenues dans le plan de retour. Avec parfois l'impression de trahir leur parole envers leur employé, certains supérieurs se sont sentis pris entre l'arbre et l'écorce, souhaitant s'acquitter de leur responsabilité face à l'employé qui revient, mais souffrant du manque de soutien de la part de leur direction pour la mise en application du plan de retour au travail. Il est en effet très important que la haute direction soutienne les supérieurs immédiats dans la mise en application

des plans de retour au travail, dont la réalisation permet de maintenir la confiance des travailleurs envers leur supérieur immédiat et envers l'organisation.

Enfin, les autres sujets d'inquiétude rapportés par des supérieurs immédiats concernaient : la façon de soutenir le travailleur qui revient d'une absence pour cause de maladie tout en préservant les autres membres de l'équipe; le moyen de trouver le temps, malgré leur surcharge de travail, d'assurer le suivi et la mise en œuvre des conditions de retour; le manque de ressources pour agir en prévention des absences en santé mentale au travail et pour répondre à certaines préoccupations des travailleurs.

ANNEXE H : Questionnaire pour les travailleurs participant à la démarche

Questionnaire pour les travailleurs participants

Question :

Votre participation à la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail vous a-t-elle permis de :			
	Pas du tout / Peu (n)	Moyennement / Beaucoup (n)	Ne s'applique pas / Pas de réponse (n)
Vous sentir soutenu durant votre période de rétablissement ?	0	21	2
Vous sentir en confiance avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail ?	0	23	0
Vous sentir écouté par l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail ?	0	23	0
Déterminer des facteurs qui ont pu jouer un rôle dans la détérioration de votre état de santé et de vos capacités de travail ?	3	18	2
Trouver des solutions pour vous aider à revenir au travail et à vous maintenir en emploi ?	2	21	0
Faire des changements dans votre vie personnelle ?	6	14	3
Faire des changements dans votre vie professionnelle ?	4	18	1
Demander à votre supérieur immédiat des changements dans votre travail ?	7	13	3
Vous sentir soutenu sur le plan de votre santé ?	0	23	0
Vous sentir écouté par votre supérieur immédiat ?	7	15	1
Vous sentir en confiance avec votre supérieur immédiat ?	8	14	1
Vous sentir soutenu par votre supérieur immédiat après votre retour au travail ?	9	13	1

Question :			
Votre participation à la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail a favorisé :	Fortement en désaccord / En désaccord (N)	En accord / Fortement en accord (N)	Ne s'applique pas / Pas de réponse (N)
Votre capacité à revenir au travail	3	19	1
La prise en compte de vos besoins avant de reprendre le travail	0	23	0
Un retour au travail plus tôt	10	9	4
Un accueil soutenant et respectueux de la part de vos collègues lors de votre retour au travail	3	17	3
Un accueil soutenant et respectueux de la part de votre supérieur immédiat lors de votre retour au travail	9	14	0
Des changements positifs touchant votre travail (tâches, horaire, charge de travail, etc.)	11	10	2
Des changements positifs touchant votre milieu de travail (changements touchant l'équipe)	11	8	4
Une meilleure communication avec votre supérieur immédiat	8	13	2
Une meilleure communication avec vos collègues de travail	7	11	5
Le sentiment d'avoir été soutenu par votre employeur	7	16	0
Un sentiment de bien-être au travail	5	14	4

Question :			
Comment avez-vous apprécié les éléments suivants du programme de soutien au rétablissement et au retour au travail ?	Pas du tout apprécié / Peu Apprécié (n)	Moyennement apprécié / Beaucoup apprécié (n)	Ne s'applique pas / Pas de réponse (n)
La façon dont vous avez été invité à participer au programme (lettre, lettre de rappel, appel)	1	22	0
Le premier contact téléphonique avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail	0	23	0
Le déroulement des rencontres individuelles avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail	0	23	0
Les suivis téléphoniques par l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail durant votre période d'absence	0	22	1
La disponibilité de l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail	0	23	0
Le déroulement de la rencontre de planification du plan de retour au travail avec votre supérieur immédiat et l'agent de soutien	1	20	2
Le contenu du plan de retour au travail	1	20	2
L'accueil par votre supérieur immédiat lors de votre retour au travail	3	15	5
Le suivi du plan de retour au travail par votre supérieur immédiat après votre retour au travail	8	12	3
Le suivi par l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail après votre retour au travail	0	22	1