

Rapport de recherche

Évaluation des effets de l'atelier d'autogestion

« Vivre avec un meilleur équilibre au travail »



UQÀM | Université du Québec
à Montréal

rølief

le chemin de
la santé mentale

Chercheur.euse.s

Sophie Meunier, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Marc Corbière, Département d'éducation et de pédagogie, Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal, Titulaire de la Chaire santé mentale et travail, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)

Janie Houle, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Titulaire de la Chaire de recherche sur la réduction des inégalités sociales de santé

Simon Coulombe, Département des relations industrielles, Université Laval, Titulaire de la Chaire de recherche Relief en santé mentale, autogestion et travail

Coordination

Camille Roberge, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Jessika Cleary, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Partenaires

Annie Beaudin, Relief

Danielle Germain, Relief

Jean-Rémy Provost, Relief

Christine Sauvé, Relief

Citation suggérée: Roberge, C., Cleary, J., Coulombe, S., Corbière, M., Houle, J., & Meunier, S. (2022). Évaluation des effets de l'atelier d'autogestion « Vivre avec un meilleur équilibre au travail ». Montréal: Université du Québec à Montréal, 36 pages.

ISBN: 978-2-9819236-3-9 (PDF)

Dépôt légal –Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Dépôt légal –Bibliothèque et Archives Canada, 2022

© Université du Québec à Montréal, 2022

Cette étude a été réalisée grâce à un financement du *Conseil de recherche en sciences humaines du Canada*.

Table des matières

Résumé.....	4
Introduction.....	5
Objectifs et hypothèses	7
Méthodologie	8
Volet quantitatif (questionnaires)	8
Recrutement et participant.e.s.....	8
Mesures.....	8
Analyse des données.....	11
Volet qualitatif (entrevues)	11
Recrutement et participant.e.s.....	11
Mesure.....	11
Analyse des données.....	12
Résultats.....	13
Participant.e.s.....	13
Satisfaction par rapport à l'atelier.....	16
Assiduité des participant.e.s.....	16
Appréciation générale de l'atelier.....	17
Appréciation du contenu, de l'animation et de la dynamique de groupe.....	18
Effets de l'atelier	22
Symptomatologie anxieuse et dépressive.....	22
Comportements d'autogestion.....	23
Estime de soi en tant que travailleur.euse	24
Difficultés de fonctionnement au travail	25
Bien-être psychologique et détresse psychologique au travail.....	26
Analyses supplémentaires	27
Discussion.....	28
Limites et pistes de recherches futures	29
Conclusion.....	31
Annexe 1	32
Références.....	35

Résumé

Introduction

L'atelier d'autogestion « Vivre avec un meilleur équilibre au travail », offert par l'organisme Relief depuis une dizaine d'années, vise à améliorer la capacité d'autogestion, le bien-être et le fonctionnement au travail des individus vivant ou ayant vécu avec un trouble anxieux ou de l'humeur. Bien que les commentaires recueillis auprès des participant.e.s ayant suivi cet atelier soient très positifs, ce dernier n'a jamais fait l'objet d'une étude empirique.

Objectifs

L'objectif principal du présent projet de recherche était d'évaluer les effets de l'atelier « Vivre avec un meilleur équilibre au travail (AVMET) ». Plus spécifiquement, il visait à : 1) évaluer la satisfaction des participant.e.s par rapport à l'AVMET; 2) examiner les effets de l'atelier sur les capacités d'autogestion, le fonctionnement et le bien-être au travail; 3) identifier les forces et les limites de l'atelier en vue de sa réédition.

Méthode

Un devis mixte a été utilisé afin de répondre aux objectifs établis. Une première étude quantitative a permis de sonder la satisfaction des participant.e.s envers l'atelier, en plus d'examiner l'évolution de leur bien-être et leur fonctionnement au travail à trois moments différents (avant l'atelier, après l'atelier et quatre mois plus tard). Puis, une étude qualitative, auprès d'un sous-échantillon de 20 participant.e.s ayant répondu aux questionnaires, a permis d'identifier les éléments contribuant aux effets positifs de l'atelier ainsi que ceux pouvant être améliorés.

Résultats

Les résultats indiquent un niveau de satisfaction élevé par rapport à l'atelier. Une diminution significative des symptômes d'anxiété, de dépression, de détresse psychologique et des difficultés de fonctionnement au travail est observée. Une augmentation significative des comportements d'autogestion, de l'estime de soi en tant que travailleur.euse et du bien-être psychologique au travail est également remarquée. Ces changements semblent se maintenir quatre mois après l'atelier. Il est rapporté par les participant.e.s que l'atelier permet de développer une boîte à outils exhaustive, en plus de réduire l'isolement et de relativiser davantage les situations négatives. L'atelier favoriserait également un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle.

Conclusion

Les résultats de la présente étude suggèrent que les interventions de soutien à l'autogestion, comme l'AVMET, pourraient influencer positivement la santé psychologique des travailleur.euse.s présentant des troubles anxieux ou de l'humeur. Par ailleurs, de plus amples études utilisant des devis de recherche plus robustes (ex. : essai contrôlé randomisé) sont nécessaires afin de poursuivre l'examen des effets de ce type d'atelier.

Introduction

Au cours des dernières années, les problématiques de santé mentale au travail ont grandement retenu l'attention des travailleur.euse.s, de leurs organisations et des médias. Cela s'explique d'abord par le fait qu'elles figurent parmi les causes d'invalidité les plus fréquentes et les plus coûteuses (Dewa, 2017). À titre d'exemple, la dépression et l'anxiété, qui représentent les troubles les plus fréquents en milieu de travail, toucheraient respectivement environ 1,3 million et 80 000 travailleur.euse.s canadiennes (Sutherland & Stonebridge, 2015). D'un point de vue sociétal, les coûts associés à ces troubles sont énormes et s'élèvent à plus de 50 milliards de dollars par année (Smetanin et al., 2011). Étant donné l'ampleur de la situation, il est primordial d'outiller les nombreuses personnes vivant avec ce type de problématique afin qu'elles puissent fonctionner plus adéquatement et s'épanouir dans leur milieu de travail. Bien que quelques interventions adressant la santé mentale au travail aient fait l'objet d'études empiriques, il existe peu de consensus quant à leur efficacité (Henderson et al., 2011). De plus, les effets de telles interventions sur des variables liées au milieu de travail, comme le niveau de fonctionnement des travailleur.euse.s, demeurent peu explorés (Joyce et al., 2016).

Les interventions misant sur l'autogestion - définie comme étant l'ensemble des stratégies qu'un individu met lui-même en place pour gérer ses symptômes, optimiser sa santé et prévenir les rechutes (Barlow et al., 2005) - pourraient être prometteuses pour soutenir les travailleur.euse.s confronté.e.s à des difficultés de santé mentale. En effet, depuis quelques années, des études qualitatives ont souligné l'importance pour les travailleur.euse.s vivant ce type de problématiques d'adopter de telles stratégies et d'occuper un rôle actif dans la gestion de leur rétablissement (Bertilsson et al., 2013; Hjarsbech et al., 2015). L'utilisation de ces stratégies permettrait d'abord d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité et le pouvoir d'agir des travailleur.euse.s, qui bien souvent perçoivent leur environnement de travail comme étant plus difficile à contrôler (Hjarsbech et al., 2015). L'intérêt de ce type de stratégies serait également renforcé par le fait qu'elles peuvent être mises en place en collaboration avec l'employeur, ou de façon individuelle, dans le cas où la divulgation de la problématique n'est pas souhaitée (Reavley, Morgan, & Jorm, 2018).

L'Atelier « Vivre avec un meilleur équilibre au travail (AVMET) », offert par l'organisme Relief, vise à améliorer la capacité d'autogestion, le bien-être et le fonctionnement au travail des individus vivant ou ayant vécu un trouble anxieux ou de l'humeur. Cet atelier de groupe compte entre 10 et 15 participant.e.s et s'échelonne sur 10 semaines, à raison d'une rencontre de 2h30 par semaine. L'atelier est animé par deux animateur.trice.s formé.e.s par Relief, qui suivent le guide d'animation qui est fourni à cet effet. Les principales méthodes

pédagogiques utilisées sont le partage d'information, les discussions avec les participant.e.s, ainsi que les exercices pratiques effectués durant et entre les sessions hebdomadaires. Les thèmes abordés concernent le sens du travail, le cycle de fonctionnement au travail, les filtres de perception, la résolution de problèmes, les relations interpersonnelles au travail, la gestion du stress, les accommodements et finalement l'arrêt et le retour au travail. L'atelier était au départ offert en présentiel, dans les locaux de Relief ou d'un de ses partenaires. Depuis l'arrivée de la pandémie, l'atelier est maintenant aussi offert en format virtuel, via la plateforme de l'organisme Relief. Lors de chaque séance, les participant.e.s reçoivent un cahier (format papier ou électronique selon le format de l'atelier) contenant les informations et les exercices pratiques abordés lors de l'atelier.

Disponibles depuis 2012, le contenu et le format de l'AVMET ont été validés par un comité d'experts composés de chercheur.euse.s, de praticien.enne.s et de personnes vivant des difficultés de santé mentale au travail, ainsi que par l'entremise de deux ateliers pilotes. Par ailleurs, bien que les commentaires recueillis auprès des participant.e.s soient très positifs, les effets de cet atelier n'ont pas encore été évalués empiriquement. Le but du présent projet de recherche est donc de pallier cette lacune et d'évaluer les effets de l'AVMET sur le fonctionnement et le bien-être psychologique au travail des participant.e.s.

Objectifs et hypothèses

Le présent projet de recherche vise à évaluer les effets de l'atelier d'autogestion « Vivre avec un meilleur équilibre au travail (AVMET) ». Plus particulièrement, le projet vise à : 1) évaluer la satisfaction des participant.e.s par rapport à l'AVMET; 2) examiner les effets de l'atelier sur la symptomatologie des participant.e.s, leur capacité d'autogestion, leur fonctionnement et leur bien-être au travail ; 3) Identifier les éléments spécifiques de l'atelier qui contribuent à ses effets positifs ainsi que les éléments pouvant être améliorés en vue de sa réédition. Les hypothèses suivantes sont vérifiées :

Hypothèse 1 : Les participant.e.s indiqueront un niveau élevé de satisfaction envers l'AVMET.

Hypothèse 2 : Les participant.e.s de l'AVMET présenteront une diminution significative de leur symptomatologie anxieuse et dépressive, ainsi que de leur détresse psychologique et de leurs difficultés de fonctionnement au travail. Ils.elles connaîtront également une amélioration significative de leur capacité d'autogestion ainsi que de leur l'estime de soi en tant que travailleur.euse et de leur bien-être psychologique au travail.

Hypothèse 3 : Les changements observés chez les participant.e.s seront maintenus dans le temps pour une période de quatre mois.

Méthodologie

Un devis mixte a été utilisé afin de répondre aux objectifs du projet de recherche. Les effets de l'atelier ont d'abord été évalués par un questionnaire que les participant.e.s ont rempli à trois reprises : 1) avant de débiter l'atelier (prétest) ; 2) quelques jours après avoir complété l'atelier (post-test) ; 3) quatre mois après la fin de l'atelier (suivi). Par la suite, afin d'identifier les éléments contribuant aux effets positifs de l'atelier ainsi que ceux pouvant être améliorés, des participant.e.s ayant répondu aux questionnaires (n=20) ont été rencontrées dans le cadre d'entrevues semi-structurées.

Volet quantitatif (questionnaires)

Recrutement et participant.e.s

Les participant.e.s ont été recruté.e.s parmi ceux et celles s'inscrivant d'emblée à l'AVMET offert par Relief et trois de ses organisations partenaires (L'Envol, Le Rappel et Le Pavois). Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants : 1) être âgé de 18 ans et plus ; 2) avoir une bonne compréhension du français parlé et écrit ; 3) être inscrit.e à l'AVMET. Quelques jours avant de débiter l'atelier, un courriel était envoyé aux participant.e.s inscrit.e.s aux ateliers, afin de leur expliquer la nature du projet de recherche et les inviter à cliquer sur un lien menant au formulaire de consentement et au questionnaire prétest, hébergé sur une plateforme sécurisée (Lime Survey). Un courriel contenant le lien d'un questionnaire était également envoyé aux participant.e.s à la fin de l'atelier (post-test) et quatre mois plus tard (suivi). Les participant.e.s devaient déboursier les frais habituels d'inscription à l'atelier (420\$). Par ailleurs, ils ou elles recevaient une compensation de respectivement 15\$, 20\$ et 25\$ pour la complétion des questionnaires du prétest, post-test et suivi. Le recrutement s'est déroulé de l'automne 2019 au printemps 2021.

Mesures

Les différentes échelles présentées ci-dessous étaient incluses dans chacun des questionnaires des trois temps de mesure, à l'exception des caractéristiques sociodémographiques qui ont été mesurées seulement lors du premier temps de mesure, et des caractéristiques liées à l'emploi (pour les participant.e.s ayant occupé un emploi durant l'atelier), ainsi que de la satisfaction par rapport à l'atelier qui ont été mesurées seulement lors du deuxième temps de mesure.

Caractéristiques sociodémographiques et liées à l'emploi. Afin de dresser un portrait de l'échantillon, les participant.e.s étaient invité.e.s à répondre à différentes questions

concernant leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, statut socio-économique). Des questions concernant les caractéristiques de leur emploi (secteur d'activité, nombre d'heures travaillées par semaine, ancienneté) et de leur organisation (taille de l'organisation, organisation syndiquée ou non, assurances collectives) étaient également incluses dans le questionnaire. Finalement, des questions concernant l'utilisation d'une médication ou d'une psychothérapie au même moment que l'atelier faisaient également partie du questionnaire.

Satisfaction par rapport à l'atelier. Le questionnaire du deuxième temps de mesure (post-test) contenait une question par rapport à l'assiduité des participant.e.s aux différentes séances de l'atelier, ainsi que les raisons ayant pu les amener à manquer certaines séances le cas échéant. Les participant.e.s étaient également invité.e.s à indiquer leur appréciation globale du contenu de l'atelier, de l'animation et de la dynamique de groupe à l'aide d'une échelle allant de 1 (appréciation la moins élevée) à 10 (appréciation la plus élevée). Finalement, deux questions visaient à sonder la perception des participant.e.s quant aux effets de l'atelier sur leur santé mentale (*Considérez-vous que l'atelier a eu un effet positif sur votre santé mentale ?*) et leur intention de recommander l'atelier à un.e de leur proche (*Recommanderiez-vous l'atelier à un.e de vos proches ?*).

Symptomatologie dépressive et anxieuse. La sévérité des symptômes dépressifs et anxieux a été évaluée par deux questionnaires validés et reconnus, soit le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001) et le General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). Le **PHQ-9** mesure les symptômes de dépression à partir de chacun des 9 critères du DSM-IV. Les participant.e.s doivent indiquer, sur une échelle de 0 (jamais) à 3 (presque tous les jours), à quelle fréquence ils.elles ont observé différents symptômes au cours des deux dernières semaines (ex. : *être triste, déprimé.e ou désespéré.e*). Des scores de 5, 10, 15 et 20 représentent respectivement les seuils cliniques pour une dépression légère, modérée, modérément sévère et sévère. De la même manière, le **GAD-7** compte sept items qui mesurent l'intensité des symptômes anxieux ressentis au cours des deux dernières semaines (ex. : *difficulté à se détendre*) à partir d'une échelle de Likert allant de 0 (jamais) à 3 (presque tous les jours). Des scores de 5, 10 et 15 représentent respectivement les seuils cliniques pour une anxiété légère, modérée ou sévère. Ces deux échelles présentent de bons indices de cohérence interne pour les trois temps de mesure de l'étude ($\alpha = 0.81$ à 0.91).

Comportements d'autogestion. Les comportements d'autogestion ont été mesurés à l'aide des 18 items du Mental Health Self-management Questionnaire (MHQH ; Coulombe et al., 2015). Cet outil, développé auprès d'individus vivant avec un trouble anxieux ou de l'humeur, sonde la fréquence d'utilisation de différentes stratégies d'autogestion au cours

des deux derniers mois (ex. : *Je me tiens informé.e des ressources disponibles pour m'aider avec les difficultés que je vis*) sur une échelle en 5 points allant de jamais (0) à très souvent (5). Le MHQH possède des coefficients de fiabilité allant de 0.76 à 0.77 dans les trois temps de mesure de l'étude.

Estime de soi en tant que travailleur.euse. L'estime de soi en tant que travailleur.euse a été sondée à l'aide du Rosenberg Self-Esteem as a Worker Scale (Corbière et al., 2009). Cette échelle est une adaptation pour les travailleur.euse.s de l'outil de Rosenberg, un instrument largement utilisé pour évaluer l'estime de soi globale. Les répondant.e.s doivent indiquer leur accord sur une échelle allant de 1 (tout à fait en désaccord) à 4 (tout à fait en accord) par rapport à différentes affirmations en lien avec leur ressenti comme travailleur.euse (ex. : *en tant que travailleur.euse, je pense que je possède un certain nombre de belles qualités*). La fiabilité de l'outil s'avère excellente pour les trois temps de mesure ($\alpha = 0.89$ à 0.90).

Difficultés de fonctionnement au travail. Le *Lam Employment Absence and Productivity Scale* (LEAPS; Lam et al., 2009) a été utilisé afin de mesurer le fonctionnement au travail des participant.e.s. Cette échelle, conçue auprès de travailleur.euse.s vivant avec la dépression, comprend sept items qui mesurent dans quelle proportion une personne est dérangée par différentes difficultés de fonctionnement au travail au cours des deux dernières semaines (ex. *manque d'énergie ou de motivation ; Diminution de la somme de travail effectué*). Les participant.e.s doivent indiquer leur réponse sur une échelle allant de 1 (jamais ; 0%) à 5 (tous les temps ; 100%). Ce questionnaire démontre une bonne fiabilité lors des trois temps de mesure ($\alpha = 0.78$ à 0.82). Seul.e.s les participant.e.s occupant un emploi au moment de l'atelier (salarié ou travailleur autonome) pouvaient répondre à ce questionnaire.

Bien-être et détresse psychologique au travail. La version courte de l'échelle de Gilbert, Dagenais-Desmarais et Savoie (2011) a été utilisée pour mesurer le bien-être et la détresse psychologique au travail. Cette échelle comprend 12 items mesurant le bien-être (ex. : *Je trouve mon travail stimulant*) et neuf items mesurant la détresse (ex. : *j'ai l'impression d'avoir raté ma carrière*). Les répondant.e.s doivent indiquer la présence de différentes manifestations de bien-être ou de détresse psychologique dans le cadre de leur travail sur une échelle allant de 1 (jamais) à 7 (toujours). Ces deux sous-échelles présentent de bons indices de cohérence interne pour les trois temps de mesure ($\alpha = 0.88$ à 0.91). Seul.e.s les participant.e.s occupant un emploi au moment de l'atelier (salarié ou travailleur autonome) pouvaient répondre à ce questionnaire.

Analyse des données

Le logiciel SPSS (version 27) a été utilisé pour les analyses quantitatives. Des statistiques descriptives (moyenne, écart-type, pourcentage) ont été effectuées afin de décrire l'échantillon et d'évaluer le niveau de satisfaction globale des participant.e.s. Par la suite, des analyses de variance à mesures répétées ont été réalisées sur l'ensemble des variables d'intérêt afin de vérifier les différences de moyenne entre les trois temps de mesure. Lorsque le postulat de sphéricité n'était pas respecté, une correction de Greenhouse-Geisser a été utilisée. Des analyses de contrastes ont ensuite été effectuées afin de vérifier les différences spécifiques entre le prétest et le post-test, puis entre le post test et la mesure de suivi. Finalement, des scores d'amélioration ou de détérioration par rapport aux différentes variables d'intérêt ont été calculés en soustrayant le score obtenu lors du post-test à celui obtenu lors du prétest. Des analyses de variance ont ensuite été effectuées, afin de vérifier si ce score variait en fonction du format de l'atelier (présentiel, hybride, virtuel avec fascicules ou virtuel avec plateforme), de l'organisme offrant l'atelier (Relief ou un organisme partenaire) ou encore du statut d'emploi (emploi actif ou non). La taille d'effet des différentes associations examinées a été évaluée à l'aide de l'éta-carré partiel (η^2). Un effet de petite taille correspond à un éta-carré partiel se situant autour de ,01, alors que des effets moyens et grands correspondent respectivement à des éta-carrés se situant autour de ,06 et ,14.

Volet qualitatif (entrevues)

Recrutement et participant.e.s

Au total, 20 personnes ayant participé à l'AVMET ont été rencontrées dans le cadre d'une entrevue semi-structurée d'une durée de 60 minutes. Ces participant.e.s ont été recruté.e.s parmi ceux ayant répondu aux deux premiers questionnaires du volet quantitatif. Une question à la fin du questionnaire post-test leur a permis d'indiquer leur intérêt à participer aux entrevues. En raison de la situation pandémique, des entrevues ont été effectuées en présentiel et en mode virtuel via la plateforme Zoom.

Mesure

Un canevas d'entrevue semi-structurée a été développé afin d'explorer plus en profondeur la perception des participant.e.s par rapport aux effets de l'atelier sur leur capacité d'autogestion, leur fonctionnement et leur bien-être au travail. L'entrevue visait aussi à sonder les participant.e.s quant à leur appréciation par rapport au contenu, à l'animation et à la logistique des ateliers.

Analyse des données

Les entrevues ont été enregistrées et intégralement retranscrites. Les six étapes de l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006) ont été suivies afin d'analyser les données à l'aide du logiciel NVivo: 1) se familiariser avec les données en lisant les verbatim ; 2) générer les codes initiaux ; 3) combiner les codes afin de former les thèmes ; 4) réviser les thèmes ; 5) définir et nommer les thèmes ; 6) rédiger le rapport des résultats.

Résultats

Participant.e.s

Au total, 85 participant.e.s ont complété le prétest, 72 participant.e.s ont complété le post-test (taux d'attrition de 15.29 %) et 63 participant.e.s ont complété le questionnaire de suivi (taux d'attrition total de 25.88 %)¹. Parmi les 22 participant.e.s n'ayant pas complété les trois temps de mesure, cinq se sont retiré.e.s de l'atelier en raison de la pandémie de la Covid-19 (n = 4) ou ont finalement suivi un autre atelier d'autogestion (n = 1).

Comme le présent projet s'est déroulé avant et pendant la pandémie de la Covid-19, l'atelier a été suivi selon différents formats, en raison des restrictions sanitaires en vigueur. Ainsi, certain.e.s participant.e.s ont suivi l'atelier en présentiel, dans les locaux de l'organisme. Par ailleurs, d'autres participant.e.s ont débuté l'atelier en présentiel, mais ont ensuite dû poursuivre en mode virtuel, via la plateforme Zoom, puisque la première vague de la Covid-19 est survenue (format hybride). Finalement, plusieurs participant.e.s ont assisté à l'atelier virtuellement, toujours via la plateforme Zoom. Le matériel éducatif (informations, outils, exercices pratiques) était alors distribué de deux façons différentes. D'une part, dans certains groupes, des fascicules en format papier ou PDF étaient envoyés aux participant.e.s par la poste ou par courriel avant chaque séance (format virtuel avec fascicules). D'autre part, pour d'autres groupes, le matériel nécessaire était rendu disponible via la plateforme numérique de l'organisme Relief (format virtuel avec plateforme). Les participant.e.s effectuant l'atelier selon ce dernier format bénéficiaient d'une séance supplémentaire de 90 minutes afin de se familiariser avec la plateforme (séance 0).

Tableau 1. Nombre de participant.e.s selon les différents formats de l'atelier

	Prétest	Post-test	Suivi
Présentiel	15	10	8
Hybride	17	13	11
Virtuel avec fascicules	15	14	14
Virtuel avec plateforme	38	35	30
Total	85	72	63

Les données sociodémographiques ainsi que les données liées à l'emploi des participant.e.s ayant complété les trois temps de mesure (n = 63) sont respectivement présentées dans les Tableaux 2 et 3. Il est possible de constater que la majorité des participant.e.s sont des

¹ Des tests statistiques ont été effectués afin de vérifier s'il existait des différences significatives entre les participant.e.s ayant complété l'étude et ceux n'ayant pas rempli les trois temps de mesure. Une seule différence a été identifiée par rapport au statut matrimonial. Les résultats détaillés de ces analyses sont présentés à l'Annexe 1.

femmes, nées au Canada et qui détiennent un diplôme collégial ou universitaire. L'âge moyen des participant.e.s est de 41 ans (ET=9.13) et plus de la moitié de ces dernier.ère.s sont en couple et possèdent un revenu familial de plus de 60 000\$/année. Finalement, une majorité de participant.e.s ont indiqué utiliser une médication en lien avec leur santé mentale au moment de l'atelier, alors que près de la moitié suivait également une psychothérapie.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques des participant.e.s ayant répondu aux trois temps de mesure (n = 63).

Caractéristiques sociodémographiques	n	%
Genre		
Femme	51	83.6
Homme	9	14.8
Âge		
20 à 29 ans	7	11.5
30 à 39 ans	22	36.1
40 à 49 ans	21	34.4
50 à 59 ans	10	16.4
60 à 69 ans	1	1.6
Éducation		
Sans diplôme d'études secondaires	1	1.6
Diplôme d'études secondaires	1	1.6
Diplôme d'études professionnelles	4	6.6
Diplôme d'études collégiales	14	23.0
Diplôme d'études universitaires	41	67.2
Revenu annuel du ménage		
0 à 19 999 \$	6	10.5
20 000 à 39 999 \$	10	17.5
40 000 à 59 999 \$	8	14
60 000 à 79 999 \$	4	7
80 000 à 99 999 \$	8	14.0
100 000 \$ et plus	21	36.8
Statut matrimonial		
Marié.e ou en union libre (conjoint.e de fait)	35	58.3
Célibataire, jamais marié.e, veuf.ve, séparé.e ou divorcé.e	25	41.7
Pays de naissance		
Canada	50	86.2
Autre	8	13.8
Autre traitement au moment de débiter l'atelier		
Médication	41	65.1
Psychothérapie	28	44.4
Médication et psychothérapie	26	41.3

Note. Les variations dans le nombre de réponses sont attribuées à des données manquantes.

En ce qui concerne les caractéristiques liées à l'emploi, plus de la moitié des participant.e.s occupait un emploi au moment de l'atelier (salarié ou travailleur.euse autonome). Ces

dernier.ère.s travaillaient majoritairement dans des organisations de moyenne ou grande taille, possédant divers avantages sociaux, tels que des assurances collectives. Les participant.e.s provenaient de secteurs d'activités variés, avec une majorité occupant des emplois professionnels et techniques (ex. : avocat.e, consultant.e) ou administratifs (ex. : adjoint.e administratif.ve), et possédaient en moyenne 6 ans d'ancienneté au sein de leur organisation. Plus du deux tiers des participant.e.s en emploi (71%) travaillaient de 35 à 40 heures par semaine.

Tableau 3. Caractéristiques liées à l'emploi des participant.e.s ayant répondu aux trois temps de mesure (n = 63).

Caractéristiques liées à l'emploi	n	%
Occupation principale durant l'atelier		
Occuper un emploi rémunéré	35	58.3
Travailler à son propre compte	3	5.0
Absence maladie	16	26.7
À la recherche d'un emploi rémunéré	4	6.7
Aux études	1	1.7
Bénévolat	1	1.7
Taille de l'organisation*		
0-49 employé.e.s	13	29.5
50-499 employé.e.s	6	13.6
500 employé.e.s et plus	25	56.8
Travailleur.euse syndiqué.e*	26	53.1
Assurances collectives offertes par l'employeur*	34	77.2
Programme d'aide aux employés*		
PAE disponible au sein de l'organisation	31	70.5
Utilisation du PAE pour une difficulté de santé mentale	22	80.0
Secteurs d'emploi*		
Arts, culture et loisirs	2	4.1
Commerce de détail	1	2.0
Construction	3	6.1
Enseignement	5	10.2
Finances, assurances et immobilier	3	6.1
Santé et services sociaux	7	14.3
Services professionnels, scientifiques et techniques	14	28.6
Services administratifs	14	28.6
Ancienneté au sein de l'organisation*		
Moins de 1 an	13	26.5
1 à 3 ans	16	32.7
4 à 9 ans	11	22.4
10 ans et plus	9	18.4
Nombre d'heures habituellement travaillées par semaine*	M	ET
	33.52	7.31

*Seul.e.s les participant.e.s en emploi ou en absence maladie ont répondu à ces questions (n=54)

Note. Les variations dans le nombre de réponses sont attribuées à des données manquantes.

Satisfaction par rapport à l'atelier

Assiduité des participant.e.s

Tel que présenté au Tableau 4, la grande majorité des participant.e.s ont indiqué avoir été présent.e.s aux quatre premiers ateliers, avec une présence décroissante à partir de la cinquième semaine, à l'exception d'une rehausse à la septième semaine, pour finir avec un taux de présence de 86,1 % lors du dernier atelier.

Tableau 4. Participant.e.s présent.e.s aux différents ateliers

Ateliers	<i>n</i>	%
Semaine 1. Redevenir le patron de sa santé mentale.	70	97.2 %
Semaine 2. Reconnaître ses signes pour mieux agir	70	97.2 %
Semaine 3. Comprendre ses cycles de fonctionnement au travail	68	94.4 %
Semaine 4. Voir les choses autrement	70	97.2 %
Semaine 5. Adopter une méthode pour résoudre ses problèmes	62	86.1 %
Semaine 6. Bénéficier du soutien autour de soi	63	87.5 %
Semaine 7. Mieux gérer son stress au travail	67	93.1 %
Semaine 8. Dévoiler ses difficultés au travail	63	87.5 %
Semaine 9. Reprendre son souffle pour mieux repartir	63	87.5 %
Semaine 10. Consolider sa boîte à outils	62	86.1 %

Les participant.e.s étaient présent.e.s, en moyenne, à 8.36 ateliers sur 10 (ET = 1.9). Les principales raisons invoquées pour ces absences étaient les conflits d'horaire avec l'emploi ou d'autres activités, ou encore les ennuis de santé mentale ou physique (voir Tableau 5).

Tableau 5. Raisons pour avoir manqué un ou plusieurs ateliers.

Raisons	<i>n</i>	%
Conflit d'horaire avec autre activité	11	15.3
Conflit d'horaire avec emploi	7	9.7
Ennuis de santé mentale	7	9.7
Ennuis de santé (non liés à la santé mentale)	7	9.7
Manque de motivation	4	5.6

Appréciation générale de l'atelier

Lors du post-test, la très grande majorité des participant.e.s (89 %) ont indiqué que l'atelier avait eu un effet positif sur leur santé mentale. De plus, 93% ont rapporté qu'ils.elles recommanderaient l'atelier à l'un ou l'une de leurs proches. Lors des entrevues, les participant.e.s (n= 15) ont mentionné avoir apprécié le fait que l'atelier leur permette d'acquérir des outils concrets pour mieux gérer leurs symptômes au quotidien :

« C'est des outils, je peux retourner voir chacun des contenus des ateliers juste pour me remettre ça en tête. Ça s'est vécu dans une période de temps x, mais ça va continuer de me suivre, ça fait partie de mon petit bagage ».

De plus, plusieurs participant.e.s (n= 7) ont expliqué que l'atelier leur avait permis de mieux équilibrer leur vie en consacrant plus de temps aux autres sphères que celle du travail. Certain.e.s participant.e.s ont souligné avoir pris conscience, grâce à l'atelier, que le travail ne devrait pas prendre une aussi grande place dans leur quotidien :

« Je prends plus de temps pour moi quand j'ai du temps au lieu de me consacrer aux autres [...] Les sphères de ma vie sont toutes égales. J'ai toujours eu l'impression que le travail c'était la sphère la plus importante ».

Finalement, quelques participant.e.s (n= 4) ont indiqué que l'atelier leur a permis de relativiser et de dédramatiser les situations plutôt que de « sauter aux conclusions ou de prendre panique ».

Appréciation du contenu, de l'animation et de la dynamique de groupe

Le Tableau 6 présente l'appréciation des participant.e.s (/10) quant au contenu de l'atelier, à l'animation et au groupe. Dans l'ensemble, il est possible de constater que les différents éléments examinés obtiennent des résultats qui sont supérieurs à 8.5. Toute chose étant relative, la qualité de l'accueil (9.39/10) ainsi que la qualité du matériel (8.54/10) sont les deux composantes ayant respectivement obtenu le score le plus élevé et le plus faible au niveau de l'appréciation des participant.e.s.

Tableau 6. Appréciation des participant.e.s

	Moyenne note / 10
Contenu de l'atelier	
Qualité du matériel	8.54
Qualité de l'information	8.94
Choix des thèmes	8.76
Animation	
Qualité de l'accueil	9.39
Gestion des discussions et échanges	8.99
Gestion des situations particulières (s'il y a eu lieu)	9.00
Climat de groupe	
Confort au sein du groupe	8.93
Qualité des échanges avec les autres participant.e.s	8.90

Contenu de l'atelier. La grande majorité des participant.e.s ayant pris part à l'entrevue ont souligné avoir particulièrement apprécié la qualité du contenu théorique qui rendait l'atelier crédible et pertinent. De plus, étant centré sur le travail, l'atelier permettait de mieux répondre aux besoins associés aux problématiques que vivent les participant.e.s dans leur vie professionnelle. Qui plus est, les nombreux exemples concrets liés aux différents thèmes de l'atelier ont été identifiés comme étant marquants et favorisant le transfert des apprentissages. Par ailleurs, quelques participant.e.s (n = 2) ont indiqué que le contenu présenté les interpellait moins puisqu'ils.elles étaient en arrêt de travail. Plus précisément, ces participant.e.s ont mentionné avoir la perception que le contenu visait davantage les individus occupant un emploi, ce qui rendait parfois « *les choses plus abstraites* » et diminuait « *le degré de motivation* ». Dans un autre ordre d'idées, selon quelques interrogé.e.s (n = 3) le contenu était parfois redondant pour ceux.celles ayant déjà fait des démarches de développement personnel par le biais de lecture, de formations ou d'autres ateliers d'autogestion offerts par le même organisme.

Des pistes d'amélioration ont également été mentionnées par les participant.e.s quant au contenu de l'atelier. Certain.e.s ont proposé que les thématiques 8 et 9 soient abordées plus tôt dans le processus afin de permettre aux personnes qui retournent au travail pendant la

période de l'atelier de se sentir outillées à dévoiler leurs difficultés dans leur milieu de travail (atelier 8) et de reprendre leur souffle (atelier 9). D'autres personnes sondées ont également recommandé d'ajouter des exemples concrets aux thématiques 1 (Redevenir le patron de sa santé mentale) et 3 (Comprendre ses cycles de fonctionnement au travail) afin de les rendre plus claires et précises. Enfin, quelques personnes ont proposé d'ajouter à l'atelier des outils de recherche d'emploi, un thème portant sur l'intimidation au travail et d'introduire des notions portant sur l'explication de son trouble de santé mentale à ses proches. Une liste des points positifs et des pistes d'amélioration relevés par les participant.e.s en ce qui concerne le contenu de l'atelier est présentée au Tableau 7.

Tableau 7. Points positifs et points d'amélioration du contenu de l'atelier

Points positifs	Points d'amélioration
○ Qualité du contenu théorique ○ Spécialisation de l'atelier au niveau du travail ○ Exemples pertinents qui favorisent la compréhension et le transfert des apprentissages	○ Contenu difficile à mettre en application pour les personnes en arrêt de travail ○ Modification de l'ordonnancement des séances ou ajout de certains contenus ○ Contenu plus redondant pour personne ayant déjà entrepris d'autres formations ou ateliers

Animation de l'atelier. Plusieurs participant.e.s (n= 10) ont souligné l'écoute, la bienveillance, l'approche chaleureuse et le professionnalisme des animateur.trice.s. Certain.e.s ont aussi apprécié les moments pendant lesquels les animateur.trice.s partageaient leur vécu personnel. Ces partages amenaient « *une humanité extraordinaire* » en plus de faire « *beaucoup de bien* ». Dans la même perspective, plusieurs ont rapporté que la générosité des animateur.trice.s quant à leur temps favorisait le fait de se sentir soutenue à travers les défis rencontrés au fil de l'atelier. Finalement, quelques participant.e.s interrogé.e.s ont soulevé que les animateur.trice.s possédaient une bonne capacité à gérer le groupe en se montrant bien organisé.e.s. Le sentiment d'équité et de justice quant à la gestion du droit de parole a également émergé comme étant un aspect positif en lien avec l'animation (n=2).

Par ailleurs, bien que la gestion du groupe ait été rapportée comme étant une force pour certaines personnes, une mauvaise gestion du temps de parole a aussi été nommée par d'autres (n=3). Cette divergence pourrait toutefois être attribuable au fait que les individus ayant pris part aux entrevues étaient issus de différentes cohortes d'ateliers, animées par différent.e.s animateur.trice.es. Ainsi, une impression que certain.e.s participant.e.s prenaient trop de temps de parole comparativement à d'autres s'est fait ressentir dans

certaines groupes. Parallèlement, plusieurs personnes sondées (n=8) auraient préféré que davantage de temps soit accordé aux échanges en groupe et au volet pratique plutôt qu'à la théorie en raison des effets « *positifs* » et « *thérapeutiques* » qu'apporte le partage du vécu des participant.e.s. Les points positifs et les points d'amélioration les plus saillants liés à l'animation sont présentés dans le Tableau 8.

Tableau 8. Points positifs et points d'amélioration au sujet de l'animation de l'atelier

Points positifs	Points d'amélioration
○ Compétences des animateur.trice.s : écoute, bienveillance, chaleur et professionnalisme ○ Partage du vécu des animateur.trice.s ○ Générosité et disponibilité des animateur.trice.s ○ Bonne gestion du groupe et du temps de parole	○ Mauvaise gestion du temps de parole dans certains groupes ○ Temps mal réparti entre la théorie et les échanges de groupe

Dynamique du groupe. L'effet positif du groupe a été nommé par la majorité participant.e.s (n=18). En effet, cette formule a été appréciée puisqu'elle permet de briser l'isolement tout en normalisant les défis rencontrés. Dans le même sens, il a été rapporté que le partage en groupe permet de réaliser que tout le monde vit son lot de difficultés et que les situations vécues par les autres participant.e.s ne sont pas plus faciles ou enviables. Les propos suivants d'un participant viennent d'ailleurs appuyer ce fait : « *le gazon n'est pas plus vert chez le voisin* ». De plus, certaines personnes ont nommé que le groupe leur a permis d'apprendre des autres, notamment par le partage des succès et des échecs vécus, contribuant ainsi à créer de nouvelles ressources pour faire face à leurs propres obstacles. Cela leur a aussi permis de se sentir connectées et de développer de nouvelles relations interpersonnelles. Un effet miroir a notamment été nommé pour expliquer que les relations de proximité permettaient d'éprouver de la bienveillance envers les autres et envers soi :

« Je trouve ça super pertinent parce que justement on vit des choses semblables et aussi différentes, c'est le fun de connecter, de vivre de l'empathie pour les gens, en même temps de l'empathie pour soi-même parce que des fois c'est en miroir. ».

Bien que plusieurs personnes aient apprécié les échanges en groupe, il a aussi été nommé que certains partages pouvaient apporter une lourdeur dans le groupe (n=1). Ainsi, les participant.e.s qui dévoilaient des situations plus difficiles pouvaient amener un inconfort au sein du groupe. En contrepartie, bien que l'atelier n'ait pas comme objectif d'utiliser la psychothérapie individuelle comme moyen d'intervention, quelques personnes

interrogées (n= 3) ont révélé que les échanges en groupe manquaient parfois de profondeur et restaient « *en surface* » comparativement à de la psychothérapie individuelle. Dans un autre ordre d'idées, l'absence de certain.e.s participant.e.s au groupe créait de « *très petits groupes* » et en conséquence, diminuait le dynamisme et la richesse des échanges. Une impression de « *perdre la qualité de l'atelier* » a aussi été rapportée comme étant une conséquence de l'absence de certaines personnes. Pour les différentes raisons présentées dans le tableau 5, il a également été nommé que « *c'était très rare que tout le monde était là* ». Il est donc possible de supposer que cette limite était présente au sein de groupes dont la taille initiale était déjà plus modeste (inférieur à 10). Finalement, certain.e.s ont nommé un manque de diversité culturelle et sexuelle en raison d'un groupe composée majoritairement de femmes blanches caucasiennes. Pour ces personnes, une plus grande hétérogénéité permettrait « *une plus grande diversité dans les partages* ». Les points positifs et les points d'amélioration les plus saillants liés à la dynamique de groupe sont présentés dans le Tableau 9.

Tableau 9. Points positifs et pistes d'amélioration concernant la dynamique de groupe

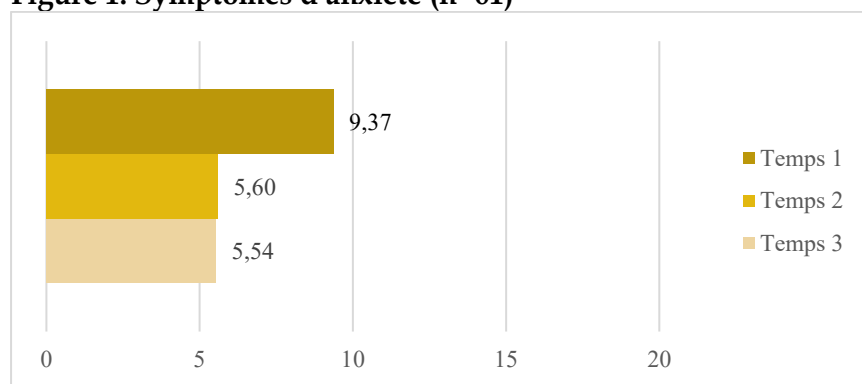
Points positifs	Points d'amélioration
○ Sentiment d'être moins seul.e à vivre ses difficultés ○ Développement de nouvelles relations interpersonnelles ○ Apprentissages issus de l'expérience des autres	○ Lourdeur du partage du vécu de certain.e.s participant.e.s ○ Manque de profondeur dans les échanges ○ Absence de certain.e.s participant.e.s au groupe ○ Manque de diversité culturelle et sexuelle

Effets de l'atelier

Symptomatologie anxieuse et dépressive

Symptômes anxieux. Une ANOVA à mesures répétées a été effectuée afin d'examiner la variation des symptômes d'anxiété lors des trois temps de mesures. Les résultats indiquent une variation significative des symptômes d'anxiété à travers le temps ($F(2, 120) = 27.20$, $p < .001$; voir Figure 1). Plus spécifiquement, l'analyse des contrastes révèle que les symptômes d'anxiété ont diminué de façon significative entre le prétest ($M = 9.37$; $ET = 4.96$) et le post-test ($M = 5.60$; $ET = 4.87$). Cet effet peut être qualifié de grand ($\eta^2 = .40$). De plus, cette diminution des symptômes d'anxiété s'est maintenue quatre mois plus tard ($M = 5.54$; $ET = 4.66$) $p > .05$.

Figure 1. Symptômes d'anxiété (n=61)

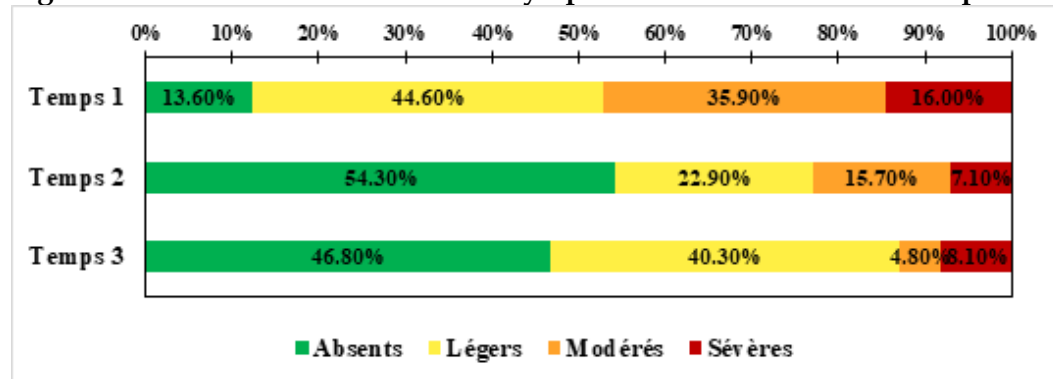


Note. Les scores se situent entre 0 et 21.

Temps 1=prétest; Temps 2=post-test; Temps 3 = suivi 4 mois plus tard

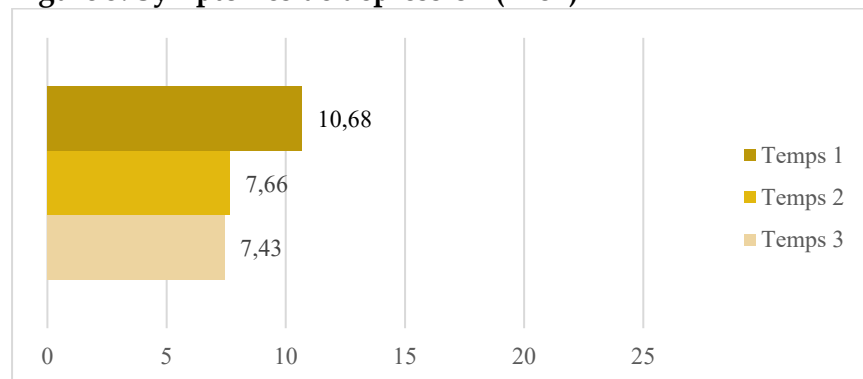
La Figure 2 illustre qu'une plus haute proportion de participant.e.s présente une absence de symptômes anxieux lors du post-test et du suivi, alors que moins de participant.e.s présentent de symptômes modérés ou sévères lors de ces deux mêmes temps de mesure.

Figure 2. Évolution de la sévérité des symptômes d'anxiété selon le temps de mesure



Symptômes dépressifs. Une ANOVA à mesures répétées avec correction de Greenhouse-Geisser indique que les symptômes de dépression ont varié significativement au fil du temps chez les participant.e.s ($F(1.77, 99.22) = 13.68, p < .001$; voir Figure 3). L'analyse des contrastes révèle que les symptômes de dépression ont diminué de façon significative entre le prétest ($M = 10.68$; $ET = 5.60$) et le post-test ($M = 7.66$; $ET = 5.01$), $p < .001$. Cet effet peut être qualifié de grand ($\eta^2 = .29$). Cette diminution des symptômes dépressifs s'est maintenue quatre mois plus tard ($M = 7.43$; $ET = 4.74$), $p > .05$.

Figure 3. Symptômes de dépression (n=57)

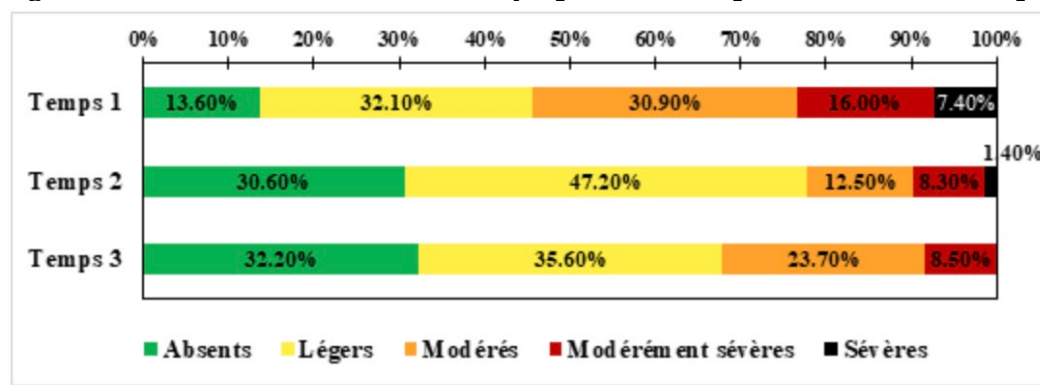


Note. Les scores se situent entre 0 et 27.

Temps 1=prétest; Temps 2=post-test; Temps 3 = suivi 4 mois plus tard

Dans le même ordre d'idées, la Figure 4 indique qu'une plus haute proportion de participant.e.s présente une absence de symptômes dépressifs ou des symptômes légers lors du post-test et du suivi, alors que moins de participant.e.s présentent de symptômes modérément sévères ou sévères lors de ces deux mêmes temps de mesure.

Figure 4. Évolution de la sévérité des symptômes de dépression selon le temps de mesure

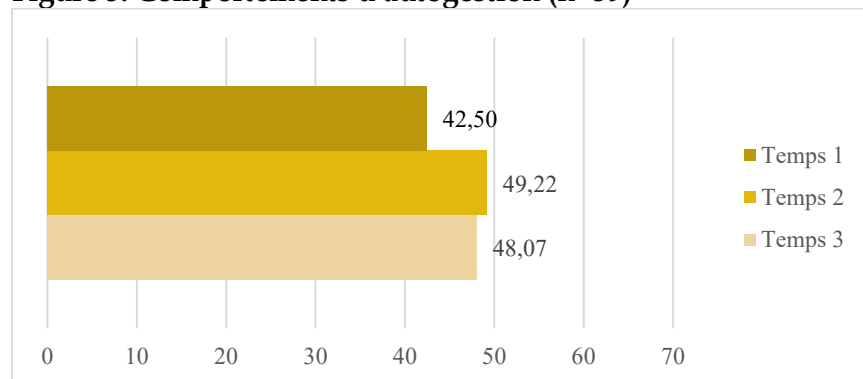


Comportements d'autogestion

Une ANOVA à mesures répétées indique que les comportements d'autogestion des participant.e.s diffèrent significativement au fil du temps ($F(2, 116) = 21.57, p < .001$; voir Figure 5). L'analyse des contrastes révèle une augmentation significative de grande taille

($\eta^2=.41$) des comportements d'autogestion entre le prétest ($M = 42.50$; $ET = 8.90$) et le post-test ($M = 49.22$; $ET = 8.48$), $p < .001$. Aucune différence significative n'a été identifiée entre le post-test et le suivi quatre mois plus tard ($M = 48.07$; $ET = 8.66$), $p > .05$.

Figure 5. Comportements d'autogestion (n=59)



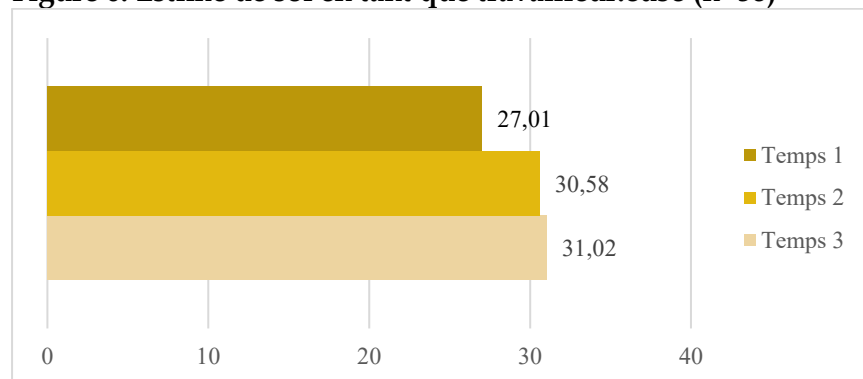
Note. Les scores se situent entre 0 et 72

Temps 1=prétest; Temps 2=post-test; Temps 3 = suivi 4 mois plus tard

Estime de soi en tant que travailleur.euse

Une ANOVA à mesures répétées indique que l'estime de soi en tant que travailleur.euse des participant.e.s diffère significativement au fil du temps ($F(2, 114) = 25.01$, $p < .001$; voir Figure 6)². Les analyses de contrastes révèlent que l'estime de soi en tant que travailleur.euse a augmenté de façon significative entre le prétest ($M = 27.01$; $ET = 6.36$) et le post-test ($M = 30.58$; $ET = 6.09$), $p < .001$ (effet de grande taille ; $\eta^2=.40$), et s'est maintenue quatre mois plus tard ($M = 31.02$; $ET = 6.17$), $p > .05$.

Figure 6. Estime de soi en tant que travailleur.euse (n=58)



Note. Les scores se situent entre 10 et 40.

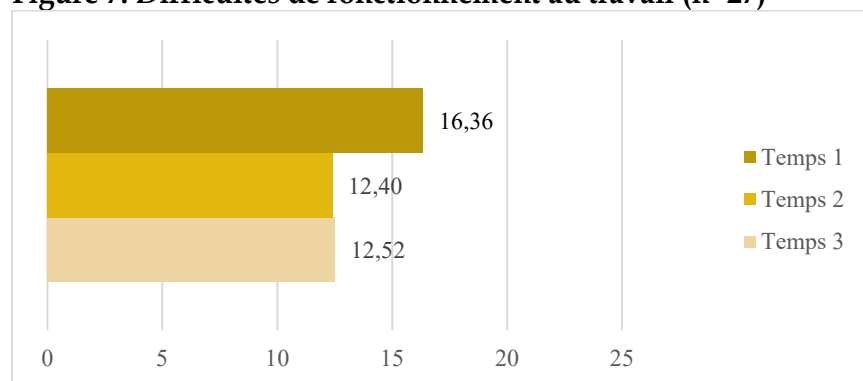
Temps 1=prétest; Temps 2=post-test; Temps 3 = suivi 4 mois plus tard

² Des analyses ont aussi été effectuées séparément pour les participant.e.s en emploi (salarié ou travailleur autonome ; $n=36$) et ceux.celles sans emploi (absence maladie, recherche d'emploi, études ou bénévolat ; $n=22$) au moment de l'atelier. Dans les deux cas, les résultats indiquent une augmentation significative entre le prétest et le post-test. Par ailleurs, cet effet est plus élevé pour les participants en emploi ($\eta^2=.48$ comparativement à $\eta^2=.26$ pour les participant.e.s sans emploi). Dans les deux cas, il n'y a pas de différence entre le score du post-test et celui du suivi.

Difficultés de fonctionnement au travail³

Une ANOVA à mesures répétées indique que le fonctionnement au travail des participant.e.s diffère significativement au fil du temps ($F(2, 52) = 14.99$, $p < .001$; voir Figure 7). L'analyse des contrastes permet de constater que les difficultés de fonctionnement des participant.e.s ont diminué de façon significative entre le prétest ($M = 16.36$; $ET = 3.97$) et le post-test ($M = 12.40$; $ET = 3.85$), $p < .001$, et que cet effet peut être considéré comme étant de grande taille ($\eta^2=.53$). Cette diminution des difficultés de fonctionnement s'est maintenue quatre mois plus tard ($M = 12.52$; $ET = 3.26$), $p > .05$.

Figure 7. Difficultés de fonctionnement au travail (n=27)



Note. Les scores se situent entre 0 et 28.

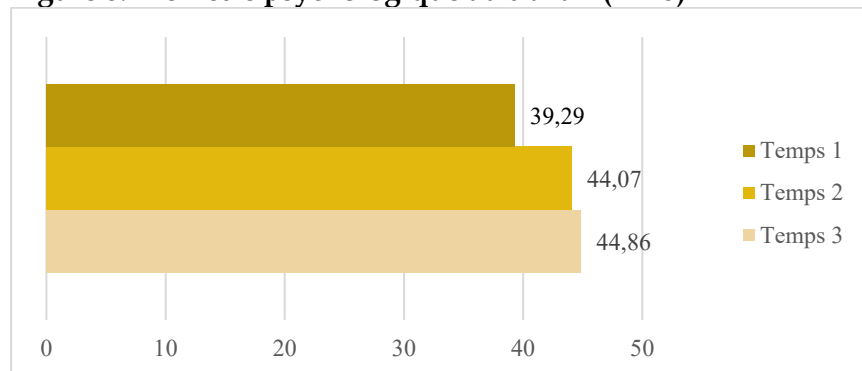
Temps 1=prétest; Temps 2=post-test; Temps 3 = suivi 4 mois plus tard

³ Seul.e.s les participant.e.s en emploi ont été considéré.e.s pour ces analyses.

Bien-être psychologique et détresse psychologique au travail⁴

Une ANOVA à mesures répétées indique que le bien-être psychologique au travail des participant.e.s diffère significativement au fil du temps ($F(2, 54) = 6.10, p = .004$; voir Figure 8). Les analyses de contrastes révèlent que le bien-être psychologique des participant.e.s a augmenté de façon significative entre le prétest ($M = 39.29$; $ET = 9.21$) et le post-test ($M = 44.07$; $ET = 9.03$), $p = .004$ (effet de grande taille ; $\eta^2 = .27$), et s'est maintenu quatre mois plus tard ($M = 44.86$; $ET = 8.48$), $p > .05$.

Figure 8. Bien-être psychologique au travail (n=28)

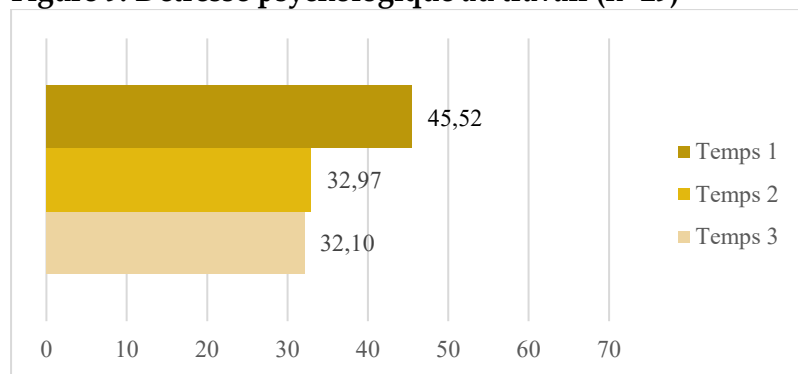


Note. Les scores se situent entre 9 et 54.

Temps 1=prétest; Temps 2=post-test; Temps 3 = suivi 4 mois plus tard

Dans la même veine, une ANOVA à mesures répétées indique que la détresse psychologique au travail des participant.e.s diffère significativement au fil du temps ($F(2, 56) = 15.15, p < .001$; voir Figure 9). Les analyses de contrastes révèlent que la détresse psychologique des participant.e.s a diminué de façon significative entre le prétest ($M = 45.52$; $ET = 10.61$) et le post-test ($M = 32.97$; $ET = 10.80$), $p < .001$, et que cet effet est de grande taille ($\eta^2 = .52$). Cette diminution de la détresse psychologique au travail s'est maintenue quatre mois plus tard ($M = 32.10$; $ET = 9.38$), $p > .05$.

Figure 9. Détresse psychologique au travail (n=29)



Note. Les scores se situent entre 9 et 54.

Temps 1=prétest; Temps 2=post-test; Temps 3 = suivi 4 mois plus tard

⁴ Seul.e.s les participant.e.s en emploi ont été considéré.e.s pour ces analyses.

Analyses supplémentaires

Des analyses supplémentaires ont été effectuées afin de vérifier si les scores d'amélioration (ou de détérioration) des participant.e.s aux différentes variables d'intérêt variaient en fonction du format de l'atelier (présentiel, hybride, virtuel avec fascicules ou virtuel avec plateforme), de l'organisme offrant l'atelier (Relief ou organisme partenaire), ou encore de l'occupation des participant.e.s (en emploi ou non au moment de l'atelier). Les analyses de variance ne révèlent aucune différence significative en ce qui concerne l'organisme offrant l'atelier ou encore l'occupation du ou de la participant.e au moment de l'atelier.

Pour ce qui est du format de l'atelier, une différence significative est observée pour les comportements d'autogestion ($F(3, 56) = 4.11, p < .05$). En effet, les participant.e.s ayant assisté à l'atelier en mode virtuel, à l'aide des fascicules, ont obtenu des scores d'amélioration plus élevés que ceux ayant assisté à l'atelier exclusivement en présentiel. Par ailleurs, il est à noter que les participant.e.s ayant participé à l'atelier en mode virtuel avec les fascicules, donc dans les premiers mois de la pandémie de la Covid-19, présentaient un score moyen d'autogestion plus bas lors du prétest, ce qui laissait davantage d'espace à l'amélioration ($M = 38.84$, comparativement à $M = 45.63$ pour les participant.e.s en présentiel). Il n'en demeure pas moins que ces participant.e.s ont obtenu un score moyen plus élevé au post-test ($M = 50.65$, comparativement à $M = 47.56$ pour les participant.e.s en présentiel). Cependant, il est important de mentionner que ces résultats sont à considérer avec prudence puisqu'ils ne concernent que très peu de participant.e.s (8 participant.e.s en présentiel et 13 en virtuel avec fascicules).

Discussion

Le but du présent projet de recherche était d'examiner empiriquement le niveau de satisfaction ainsi que les effets potentiels de l'atelier « Vivre avec un meilleur équilibre au travail », offert par l'organisme Relief. Les résultats indiquent d'abord un haut niveau de satisfaction par rapport à l'atelier, notamment parce qu'il permet de développer sa boîte à outils, de briser l'isolement, de redéfinir la place du travail dans sa vie et de relativiser les situations. En revanche, certains contenus de l'atelier ont été jugés moins utiles pour des participant.e.s se retrouvant dans des situations spécifiques (ex. : participant.e.s sans emploi, participant.e.s ayant déjà suivi un atelier d'autogestion). Inversement, le partage du vécu parfois trop chargé ou manquant de profondeur, ainsi que l'absentéisme dans certains groupes ont été moins apprécié.

Ensuite, les résultats obtenus ont permis de mettre en lumière une diminution significative des symptômes de dépression et d'anxiété, ainsi qu'une augmentation significative des comportements d'autogestion suite à l'atelier. En ce qui concerne les variables spécifiques au milieu de travail, les résultats révèlent une augmentation significative de l'estime de soi en tant que travailleur.euse et du bien-être psychologique au travail, ainsi qu'une diminution significative des difficultés de fonctionnement au travail et de la détresse psychologique au travail. Ces effets semblent se maintenir dans le temps, quatre mois plus tard.

Ces résultats convergent avec ceux d'études similaires ayant testé les effets d'autres ateliers d'autogestion (ex. : *Vivre avec la dépression* ; *Vivre avec l'anxiété*) offerts par l'organisme Relief (Houle et al., 2014 ; Montiel, 2020). Ils sont aussi en cohérence avec la revue systématique de Houle (2013) qui indique que les interventions de soutien à l'autogestion sont prometteuses pour les gens présentant des troubles de santé mentale. Concrètement, ces interventions seraient associées à une réduction de la symptomatologie, à un meilleur fonctionnement, à un plus grand sentiment d'auto-efficacité et à de meilleurs comportements d'autogestion. En corolaire, les résultats d'un essai contrôlé randomisé réalisé par Unützer (2002) ont montré qu'un programme de soutien à l'autogestion de la dépression augmentait significativement la qualité de vie en diminuant la symptomatologie dépressive et en augmentant les comportements d'autogestion (surveiller les symptômes, rester vigilant aux signes précurseurs d'une rechute, planifier comment faire face aux situations à risque).

Ainsi, le présent projet de recherche a permis de constater qu'en plus des effets potentiels sur la sphère personnelle, l'atelier pourrait également avoir des effets positifs sur la sphère

professionnelle. En effet, l'atelier semble présenter une option intéressante afin de soutenir les nombreux individus vivant des difficultés de santé mentale au cours de leur carrière. Par ailleurs, bien qu'il était possible de départager les individus occupant un emploi de ceux sans emploi au moment de l'atelier, les données recueillies dans le cadre du présent projet ne permettaient pas de savoir depuis combien de temps le ou la participant.e se trouvait dans cette situation. Dans le cadre de recherches futures, il serait intéressant d'examiner les effets de l'atelier auprès de sous-groupes plus homogènes de participant.e.s (ex. : individus en processus de retour au travail, individus en absence maladie longue durée, etc.).

Finalement, l'atelier « Vivre avec un meilleur équilibre au travail » semble s'inscrire en complémentarité avec un ensemble d'autres interventions qui peuvent également s'avérer efficaces pour les travailleur.euse.s. D'ailleurs, dans la présente étude, le trois-quarts des participant.e.s (78%) combinait l'atelier avec une autre forme de traitement, telle que la médication ou la psychothérapie (ou les deux)⁵. Dans le même ordre d'idées, alors que l'atelier s'avère être une intervention de niveau individuel, qui vise à renforcer les capacités d'autogestion du travailleur.euse, des interventions de niveau organisationnel, visant davantage les collègues, les gestionnaires ou les conditions de travail de l'organisation sont aussi nécessaires (Nielsen et al., 2017). À cet effet, les programmes de soutien entre pairs (collègues), la formation et le coaching des gestionnaires quant aux pratiques de gestion qui favorisent la santé mentale au travail, ainsi que les accommodements au niveau des différentes conditions de travail (ex. : horaire ou lieu de travail flexibles) figurent parmi les interventions pouvant être jumelées à l'autogestion afin de favoriser une santé mentale au travail durable.

Limites et pistes de recherches futures

La présente étude compte différentes limites à partir desquelles il est nécessaire de nuancer les résultats obtenus. Tout d'abord, il s'agit d'une première évaluation de l'atelier et le devis de recherche utilisé ne permet pas d'établir un lien de causalité entre la participation à l'atelier et la variation des différents indicateurs mesurés. Un essai contrôlé randomisé serait nécessaire afin de s'assurer que les effets observés ne sont pas influencés par d'autres

⁵ Des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées séparément pour les participant.e.s prenant ou non une médication, ou encore prenant part ou non à une psychothérapie au même moment que l'atelier. Les résultats sont similaires que l'individu participe ou non à une autre forme de traitement au même moment que l'atelier. Une seule différence est identifiée : les participant.e.s prenant une médication constatent une légère diminution de leurs comportements d'autogestion entre le post-test (M=50.9) et le suivi 4 mois plus tard (M=48.2). Ces analyses différenciées n'ont pu être effectuées pour les difficultés de fonctionnement, le bien-être et la détresse psychologique au travail étant donné le faible nombre de participant.e.s concerné.e.s par certaines situations (ex. : seulement entre 6 et 8 participant.e.s dans la condition « sans de médication » pour les analyses concernant ces variables).

variables, telles que le passage du temps ou le contexte de l'étude. Dans cette optique, il est important de mentionner que l'étude s'est déroulée en plein contexte pandémique, ce qui a apporté son lot de défis. Concrètement, il a été plus difficile de maintenir une certaine standardisation quant au format de l'atelier. En effet, quelques séances ont dû être suspendues et la modalité de l'atelier a varié entre le mode présentiel et virtuel. Malheureusement, le faible nombre de participants ayant suivi l'atelier en présentiel ou selon un format hybride n'a pas permis de comparer rigoureusement l'efficacité relative de ces différents formats sur les indicateurs examinés. Des études futures incluant un plus grand nombre de participant.e.s pour chacun des formats de l'atelier sont nécessaires. La pandémie a également pu causer beaucoup de stress aux participants, ce qui a pu influencer les résultats. Par ailleurs, le fait de constater une évolution positive des participant.e.s malgré ce contexte difficile est encourageant. Une autre limite de cette étude concerne les participant.e.s qui ont participé aux trois temps de mesure qui pouvaient être potentiellement plus motivé.e.s et susceptibles de tirer des bénéfices de l'atelier, ce qui entraîne un biais d'attrition. Finalement, l'échantillon utilisé était de taille modeste et était composé principalement de femmes ayant un diplôme universitaire, un statut socioéconomique élevé et œuvrant dans une grande organisation (500 employé.e.s et plus). Il serait intéressant de reproduire les résultats obtenus auprès d'un échantillon plus diversifié ou présentant davantage de facteurs de vulnérabilité.

Conclusion

La présente étude s'avère une première validation de l'atelier « Vivre avec un meilleur équilibre au travail » offert par l'organisme Relief et ses partenaires. Les résultats permettent de constater le haut taux de satisfaction des participant.e.s face à l'atelier, en plus de mettre en lumière ses effets potentiels sur la symptomatologie anxieuse et dépressive, les comportements d'autogestion, l'estime de soi en tant que travailleur.euse, le bien-être et le fonctionnement au travail. Ces résultats suggèrent que les interventions de soutien à l'autogestion pourraient influencer positivement la santé psychologique des travailleur.euse.s présentant des troubles anxieux ou de l'humeur. Par ailleurs, de plus amples études utilisant des devis de recherche plus robustes (ex. : essai contrôlé randomisé) sont nécessaires afin de poursuivre l'étude des effets de ce type d'atelier.

Annexe 1

Mesures comparatives entre les participant.e.s. ayant complété les trois temps de mesure et ceux ayant abandonné en cours de route.

Différence selon le genre

Les résultats du test d'indépendance Chi-2 indiquent une relation non significative entre le genre et le fait d'avoir complété l'étude ou non ($X^2 (1, n=81) = .189, p > .05$).

Différence selon l'âge

L'âge moyen des participant.e.s ayant complété l'étude était de 41.00 (ET = 9.13) alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 38.62 (ET = 11.59). Les résultats d'un test t indiquent que cette différence est non significative ($t (80) = .960, p > .05$).

Différence selon le niveau de scolarité⁶

Les résultats du test d'indépendance de Chi-2 indiquent une relation non significative entre le niveau de scolarité et le fait d'avoir complété l'étude ou non ($X^2 (2, n=82) = 3.942, p > .05$).

Différences selon le pays de naissance

Les résultats du test d'indépendance Chi-2 indiquent une relation non significative entre le pays de naissance (Canada ou autre pays de naissance) et le fait d'avoir complété l'étude ou non ($X^2 (1, n=79) = .254, p > .05$).

Différences selon le statut matrimonial

Les résultats du test d'indépendance Chi-2 indiquent une relation significative entre le statut matrimonial et le fait d'avoir complété l'étude ou non ($X^2 (1, n=81) = 7.417, p < .01$). En effet, 88% des participant.e.s en couple ont complété l'étude, comparativement à 61% pour les participant.e.s célibataires.

Différences selon le revenu

Les résultats du test t indiquent que le revenu moyen du ménage des participant.e.s n'est pas statistiquement différent entre les participant.e.s ayant complété l'étude ($M = 80\,472.96 \$$; $ET = 50\,169.47 \$$) et ceux.celles ne l'ayant pas complété ($M = 73\,829.11 \$$; $ET = 33\,520.87 \$$) ($t (47) = .654, p > .05$).

Différences selon la prise de médication

Les résultats du test d'indépendance Chi-2 indiquent une relation non significative de la prise de médication avec le fait d'avoir complété l'étude ou non ($X^2 (1, n=81) = 2.375, p > .05$).

⁶ Étant donné le faible nombre de participant.e.s dans certains groupes, ceux.celles n'ayant pas complété un diplôme secondaire ou encore ayant complété un diplôme secondaire ou professionnel ont été regroupé.e.s.

Différences selon le suivi psychothérapeutique

Les résultats du test d'indépendance Chi-2 indiquent une relation non significative du suivi psychothérapeutique avec le fait d'avoir complété l'étude ou non ($X^2(1, n=80) = 2.261, p > .05$).

Différences selon les scores d'anxiété

Le score moyen des symptômes d'anxiété du prétest des participant.e.s ayant complété l'étude était de 9.38 (ET = 4.94), alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 8.50 (ET = 4.77). Les résultats du test t indiquent que cette différence est non significative ($t(80) = .700, p > .05$).

Différences selon les scores de dépression

Le score moyen des symptômes de dépression du prétest des participant.e.s ayant complété l'étude était de 10.60 (ET = 5.49) alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 11.10 (ET = 5.77). Les résultats du test t indiquent que cette différence est non significative ($t(80) = -.357, p > .05$).

Différences selon les scores de comportements d'autogestion

Le score moyen des comportements d'autogestion du prétest des participant.e.s ayant complété l'étude était de 42.35 (ET = 8.86) alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 44.48 (ET = 10.00). Les résultats du test t indiquent que cette différence est non significative ($t(80) = -.917, p > .05$).

Différences selon les scores de l'estime de soi en tant que travailleur.euse

Le score moyen de l'estime de soi en tant que travailleur du prétest des participant.e.s ayant complété l'étude était de 26.85 (ET = 6.41) alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 27.23 (ET = 5.77). Les résultats du test t indiquent que cette différence est non significative ($t(80) = -.238, p > .05$).

Différences selon les scores de difficultés de fonctionnement au travail

Le score moyen de difficultés de fonctionnement au travail du prétest des participant.e.s ayant complété l'étude était de 17.61 (ET = 4.99) alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 18.21 (ET = 6.19). Les résultats du test t indiquent que cette différence est non significative ($t(52) = -3.71, p > .05$).

Différences selon les scores de bien-être au travail

Le score moyen de bien-être psychologique au travail du prétest des participant.e.s ayant complété l'étude était de 36.98 (ET = 9.77) alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 37.00 (ET = 11.32). Les résultats du test t indiquent que cette différence est non significative ($t(54) = -.006, p > .05$).

Différences selon les scores de détresse psychologique

Le score moyen de détresse psychologique au travail du prétest des participant.e.s ayant complété l'étude était de 45.05 (ET = 11.64) alors que celui des participant.e.s ne l'ayant pas complété était de 44.67 (ET = 14.97). Les résultats du test t indiquent que la différence était non significative ($t(53) = .102, p > .05$).

Références

- Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 272-285.
- Bertilsson, M., Petersson, E. L., Östlund, G., Waern, M., & Hensing, G. (2013). Capacity to work while depressed and anxious—a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, 35(20), 1705-1711.
- Corbière, M., Lanctôt, N., Sanquirgo, N., & Lecomte, T. (2009). Evaluation of self-esteem as a worker for people with severe mental disorders. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 30(2), 87-98.
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Trépanier, S. G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., ... & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 181, 41-49.
- Dewa, C. (2017). Les coûts des troubles mentaux en milieu de travail peuvent-ils être réduits? *Santé mentale au Québec*, 42(2), 31-38.
- Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203.
- Henderson, M., Harvey, S. B., Overland, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 198-207.
- Hjarsbech, P. U., Nielsen, M. B. D., Andersen, M. F., Rugulies, R., & Christensen, U. (2015). Struggling at work—a qualitative study of working Danes with depressive symptoms. *Disability and Rehabilitation*, 37(18), 1674-1682.
- Houle, J., Gascon-Depatie, M., Bélanger-Dumontier, G., & Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 271-279.
- Houle, J., Meunier, S., Gauvin, G., Lespérance, F., Roberge, P., Provencher, M., Frasure-Smith, N., Villaggi, B., & Lambert, J. (2014). *Évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité potentielle de l'Atelier d'autogestion de la dépression de Revivre*. Université du Québec à Montréal. https://archipel.uqam.ca/6109/1/ADDRe vivre_Rapport_Final.pdf
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683-697.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.

- Lam, R. W., Michalak, E. E., & Yatham, L. N. (2009). A new clinical rating scale for work absence and productivity: validation in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 9(1), 1-7.
- Montiel, C. (2020). *Étude d'évaluation de l'atelier d'autogestion de l'anxiété J'avance! de Revivre. Relief/Revenir*.
- Nielsen, K., Nielsen, M. B., Ogbonnaya, C., Käsälä, M., Saari, E., & Isaksson, K. (2017). Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*, 31(2), 101-120.
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2018). Disclosure of mental health problems: findings from an Australian National Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 346-356.
- Smetanin, P., Briante, C., Khan, M., Stiff, D., & Ahmad, S. (2015). The life and economic impact of major mental illnesses in Canada. Canadian Electronic Library. <https://policycommons.net/artifacts/1218759/the-life-and-economic-impact-of-major-mental-illnesses-in-canada/1771835/>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Sutherland, G. (2015). *The footprint of mental health conditions: Healthy brains at work*. Conference Board of Canada.
- Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams Jr, J. W., Hunkeler, E., Harpole, L., ... & IMPACT Investigators. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(22), 2836-2845.