



santé mentale au Québec



SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL

Reconnaître une responsabilité collective dans
le retour et la réintégration au travail

Directeur : Emmanuel Stip (IUSMM et CR-IUSMM)

Cofondateur et directeur émérite : Yves Lecomte†

Rédacteur en chef émérite : Jean Caron

Rédactrice et rédacteur en chef : Rédactrice et rédacteur en chef : Mosaïque – Nadine Larivière (Université de Sherbrooke et CR-IUSMM) Thématiques – Marc Corbière (UQÀM et CR-IUSMM)

Comité de rédaction : Charles Bonsack, Catherine Briand, Marc Corbière, Sandrine Croity-Belz, Luigi De Benedictis, Jean-Gabriel Daneault, Donatienne Desmette, Virginie Doré-Gauthier, Mathieu Dumont, Marie-Josée Fleury, Marcel Jaeger, Emmanuelle Jasmin, Louis Jehel, Barnabé Kiepara, Steve Kisely, Nadine Larivière, Tania Lecomte, Thanh-Lan Ngô, Suzane Renaud, Déborah Sebbane, Emmanuel Stip.

Responsable de la production : Jean-Marie Bioteau

Responsable du développement international : Emmanuel Stip

Œuvre de la couverture : Gabrielle Racine, *La santé mentale au travail*, techniques mixtes sur toile, 120 × 150 cm, 2024.

Les Impatients est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'aider les personnes atteintes de problèmes de santé mentale en leur offrant des ateliers d'expression artistique.

Pour communiquer avec la revue :

Téléphone : 514-993-2448

Adresse électronique : jeanmariebioteau@gmail.com

Site Internet : www.revue-smq.ca

100^e numéro

ISBN epub : 978-2-9822693-6-1

ISBN autre : 978-2-9822693-4-7

ISBN PDF : 978-2-9822693-5-4

Les articles de la revue *Santé mentale au Québec* sont répertoriés dans PubMed, Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Index de la santé des services sociaux, INIST (Pascal), International Bibliography of The Social Sciences, International Current Awareness Services, Repère, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, e-psyche, LLC, BDSP (banque de données en santé publique).



Créée en septembre 1976, *Santé mentale au Québec* est une revue d'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale. Elle a pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances scientifiques, universitaires et cliniques.

ERRATUM

(vol. 49, n° 2, automne 2024, p. 247-270)

Projet ÉCHINOPS: collaborer avec les forces de l'ordre pour les échappés du système de santé

Première auteure :

Amélie Bouchard (et non Luigi De Benedictis)

Autres auteur(e)s :

Luigi De Benedictis

Gabriel Thériault

William McGuire

Marie-Hélène Goulet

Caroline Larue

Référence :

Bouchard, A., De Benedictis, L., Thériault, G., McGuire, W., Goulet, M.-H. et Larue.

C. (2024). Projet ÉCHINOPS: collaborer avec les forces de l'ordre pour les échappés du système de santé. *Santé mentale au Québec*, 49(2), 247-270.

<https://doi.org/10.7202/1114413ar>



Santé mentale et travail : reconnaître une responsabilité collective dans le retour et la réintégration au travail

Le dossier du présent numéro a été coordonné par
Nadine Larivière (rédactrice en chef, Mosaïque), Marc Corbière
(rédacteur en chef, Thématiques) et Jean-Marie Bioteau
(rédacteur-directeur adjoint).

Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le site Internet de
Santé mentale au Québec à l'adresse suivante :
www.revue-smq.ca

Vous pouvez maintenant consulter en ligne l'intégralité des articles
publiés depuis 1976 sur les sites suivants :
<http://www.erudit.org/revue/smq>

Sommaire

ÉDITORIAL

- 11 Yves Lecomte – Topette et merci pour tout !
Emmanuel Stip, directeur

THÉMATIQUE

PRÉSENTATION THÉMATIQUE

- 17 Santé mentale et travail : reconnaître une responsabilité collective dans le retour et la réintégration au travail
Sandrine Croity-Belz, Donatienne Desmette et Marc Corbière
- 23 Retour à l'emploi et au travail : une question aussi de santé mentale. Étude au prisme du droit du travail, le cas français
Loïc Lerouge
- 43 Une approche juridique et collective de la divulgation des problématiques de santé mentale au travail
Vanessa De Greef et Natasia Hamarat
- 65 Accompagner le retour au travail après un burn-out : représentations et pratiques des supérieurs immédiats
Sandrine Croity-Belz, Sandrine Corte et Isabelle Faurie
- 85 Retour au travail durable : quel leadership et quelles pratiques soutenant le manager et de l'employeur ?
Donatienne Desmette et Marc Corbière
- 115 Prévention de la désinsertion professionnelle et retour au travail : un exemple de collaboration pluripartenariale dans un service de prévention et de santé au travail en France
Evelyne Auriac, Sandrine Croity-Belz et Isabelle Faurie

- 141 Points de vue des spécialistes de l'emploi sur l'embauche de personnes avec un trouble mental : regards croisés internationaux sur les perceptions des employeurs

Béatrice-Estelle James, Marc Corbière, Sonia Abelanski, Daniele Spagnoli, Mireille Valois, Cécile Blanchouin et Ornella Campanile

- 171 Du stigmatisme à l'évitement des personnes avec un trouble mental. Analyse des représentations et des émotions des acteurs du retour et de la réinsertion au travail

Sonia Laberon, Donatienne Desmette et Marc Corbière

- 197 Intervention inspirée de la thérapie centrée sur les émotions pour promouvoir la régulation émotionnelle et faciliter le retour au travail des employés en arrêt maladie

Marc-Simon Drouin, Élyse Charette-Dussault et Marc Corbière

- 211 Analyse des coûts évités par l'emploi accompagné pour les personnes avec des troubles de la santé mentale

Simon Roussey et Bernard Pachoud

- 231 Santé mentale et retour/réintégration au travail : Concertation internationale sur les solutions et actions prioritaires

ÉVÉNEMENTS COLLOQUE DE LA COP-SMT

PRÉSENTATION

- 243 *Santé mentale et travail : s'inspirer, s'outiller, s'allier et innover*

- 245 Prix du colloque – affiches

- 249 Témoignages

- 257 *Photovoice*

- 261 Œuvre (texte et illustration)

MOSAÏQUE

PRÉSENTATION MOSAÏQUE

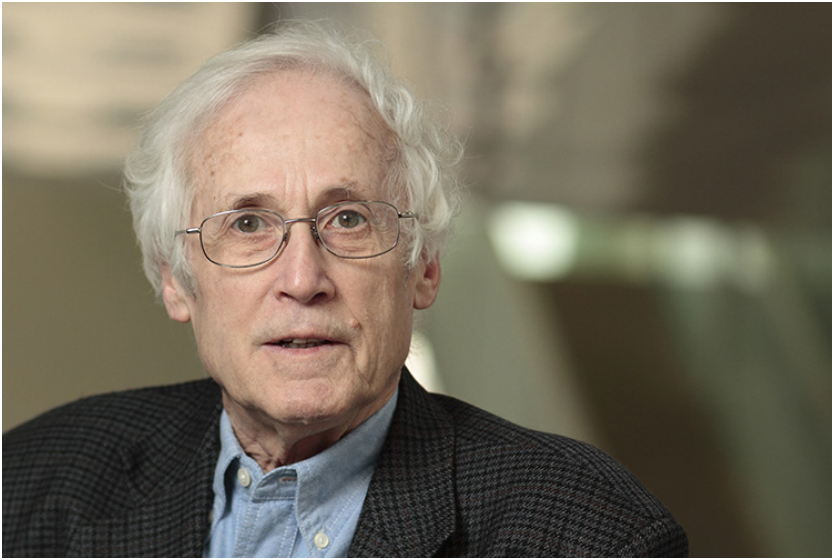
- 265 Un esprit d'innovation

Nadine Larivière

- 269 **Profils sociodémographiques, criminologiques et cliniques des auteurs de violences conjugales français et québécois : recherche comparative**
Telma Mimault, Suzanne Léveillé et Yann Auxemery
- 293 **Cultiver son estime de soi. Les effets de la nature sur les perceptions du soi physique dans une population présentant des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels : une revue narrative**
Céline De Breucker, Geneviève Bergeron et Johana Monthuy-Blanc
- 319 **Alliance thérapeutique, entre rupture et jeux de pouvoir, une étude qualitative**
Mizué Frey, Benedetta Silva, Philippe Golay, Stéphane Morandi, Charles Bonsack et Aurore Chambaz
- 341 **Facteurs influençant la mise en œuvre du modèle de pratique Baromètre dans le champ de la réhabilitation psychosociale en santé mentale : résultats d'une étude de cas multiples**
Pierre-Luc Bossé, Juan Manuel Moreno, Paul Morin et Catherine Hudon
- 365 **Les corridors de services en santé mentale entre les universités et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : enjeux persistants et pistes de solutions**
Julie Lane, Juliette St-Onge, Anne-Marie Auger, Bruno Collard, Ariane Girard, Jean-Daniel Carrier, François Lauzier-Jobin, Andrée-Anne Légaré, Marie-Ève Poitras, Marie-Ève Fortier, Lara Maillet et Magaly Brodeur
- 385 **La fatigue chez les personnes atteintes de schizophrénie : un obstacle majeur au rétablissement**
Zaineb Fanid, Tania Lecomte et Stéphane Raffard
- 393 **La psychiatrie métabolique**
Vincent Laliberté
- 399 **Limitier le temps d'écran pour la santé mentale : une approche clinique individualisée et socioculturelle**
Vincent Paquin

ÉDITORIAL

Yves Lecomte – Topette¹ et merci pour tout !



Yves Lecomte nous a quittés il y a quelques semaines. Cofondateur de la revue *Santé mentale au Québec*, il en est demeuré l'âme jusqu'à ces dernières années. C'était un ami, un collègue et un bâtisseur comme le Québec en a façonné il y a quelques décennies. Ph. D. en psychologie, M.A. en criminologie, Yves Lecomte a travaillé à titre de psychologue au Centre hospitalier Saint-Luc, département de psychiatrie, de 1973 à 2000. Depuis l'an 2000, il a été professeur titulaire au programme de santé mentale (DESS) de la TÉLUQ², et il en a assumé la direction de

-
1. En patois angevin, topette signifie au revoir. Ayant été psychiatre pour Ville d'Anjou, aujourd'hui Anjou pendant 19 ans, j'employais ce dialecte pour le saluer.
 2. Université à distance de l'Université du Québec.

2013 à 2016. Yves Lecomte, le psychologue, a profondément marqué le paysage de la psychiatrie communautaire au Québec. Après ses études en sociologie, criminologie et psychologie, il a consacré près de trois décennies au Centre de santé mentale communautaire de Montréal, devenu la Clinique externe de l'Hôpital Saint-Luc. Cet Hôpital s'est fondu avec brio dans la création du CHUM. Par la fenêtre de mon bureau au JAP³, j'avais vu la démolition étage par étage du bâtiment avant l'érection d'un édifice moderne désormais intégré au nouveau CHUM; et nombre de fois je pensais à tous ces bienfaits cliniques et communautaires qui reflétaient l'investissement et la générosité de ce pionnier de la psychiatrie communautaire. Animé par une démarche psychodynamique et concrète, il a coordonné la création de ressources essentielles telles que la Communauté thérapeutique La Chrysalide, Le Mutant, le Centre de soir Denyse Massé, Le Transit et le projet PART. Grâce à son action visionnaire, il a contribué à bâtir un modèle de soins en santé mentale centré sur la proximité, la créativité, et l'accueil humain – bien avant que ces valeurs ne deviennent des standards (Lecomte, 1986, 1996, 2007).

Animé d'une volonté de partage et de transfert des connaissances, Yves Lecomte a cofondé et dirigé pendant près de 40 ans la revue *Santé mentale au Québec*, dès sa naissance en 1976, ainsi que les revues *Filigrane* et *Revue haïtienne de santé mentale* (Lecomte 2012). Il a lui-même exprimé cette mission comme un « combat contre les diverses inégalités dont sont victimes les personnes affligées par des difficultés psychiques ». La revue *Santé mentale au Québec* s'est imposée comme une œuvre collective, fidèle aux valeurs du mouvement de psychiatrie communautaire, écho d'une époque où « les slogans révolutionnaires étaient encore possibles ». Il a fait aussi indexer notre revue dans *Medline*.

Son style était ouvert, privilégiant la diversité des voix et des disciplines: la revue accueillait auteurs et autrices venus des milieux communautaires, universitaires, institutionnels – un vibrant reflet de son engagement à faire « renouveler les savoirs » et à rester à l'écoute du terrain. Nous avions un comité de rédaction dynamique avec des volontaires engagés. On se réunissait tous les mois comme des militants joyeux pour décrire les articles reçus, et aider les auteurs potentiels. Autour d'un bon petit repas dans les locaux communautaires du Plateau rue Boyer puis à la TELUQ. Ce souci d'inclusion et

3. Clinique Jeunes adultes psychotiques du CHUM.

de transmission l'a aussi conduit à assurer la direction du DESS⁴ en santé mentale à la TÉLUQ, mettant l'accent sur une formation ancrée dans la réalité clinique, tout en utilisant les nouvelles technologies. Son style humain, chaleureux et généreux, faisait de lui un rassembleur, un bâtisseur humble qui préférerait partager le mérite. Son intérêt ou son amour pour Haïti (*Ayiti cheri*) nous avait fait postuler pour des subventions au Fédéral et à la Fondation Bill Gates. Nous avons ainsi l'opportunité d'aller donner des formations en santé mentale à Port-au-Prince pour l'Université d'État.

Son lien avec le Département universitaire de psychiatrie de l'Université de Montréal a aussi représenté une belle continuité de son œuvre. Ce lien nous a fait «sortir de la rouasse» comme on dit en patois angevin, expression utilisée au sens figuré pour parler de sortir d'une situation difficile (Lecomte, 2012). Le Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, sous notre direction, a en effet accepté d'assumer la responsabilité de la revue à partir d'avril 2013 – une transition pensée et organisée par Lecomte lui-même. Il voyait là l'opportunité de redonner à la revue un nouvel élan dans un contexte universitaire dynamique et renouvelé. L'on voulait alors incarner la relève de cet engagement, poursuivant l'œuvre fondatrice tout en lui insufflant des dimensions contemporaines (Lecomte, 2012). Nous avons ainsi créé ensemble une échelle pour grimper sur la pente des plaintes cognitives (Stip et coll. 2003). Nous avons pu ensuite développer des programmes de formation à la psychiatrie pour les facultés de médecine des universités haïtiennes d'État et de Notre Dame (Nguyen et coll. 2015).

Yves Lecomte fut un homme de vision, d'ouverture, de générosité. Il a dessiné des chemins durables où la psychiatrie communautaire pouvait fleurir, porté par une revue vivante, collaborative, audacieuse (Lecomte 1991, 2005). Il a su transmettre aussi bien les outils que la flamme, pour que d'autres perpétuent ce même idéal d'un système de santé mentale inclusif, équitable, en résonance avec la réalité des personnes. Il laisse derrière lui un legs précieux : des structures, une revue, une communauté de praticiens et de penseurs unis par les mêmes valeurs d'espoir et de dignité.

Dans cet esprit, le numéro thématique qui nous est offert aujourd'hui sur le travail et la santé mentale est une démonstration de plus de la continuité de la philosophie d'Yves Lecomte. Ce numéro a l'originalité

4. Diplôme d'études supérieures spécialisées.

de proposer un éventail d'articles internationaux sur les deux populations: trouble mental courant et trouble mental sévère pour évoquer leur «situation de travail». Il consiste en articles, mais aussi en *Photovoice*, témoignages et autres affiches d'étudiants primés; ce que nous n'avions pas encore vu dans d'autres numéros. Ces articles abordent le lien complexe entre santé mentale et travail, en explorant les enjeux juridiques, organisationnels, économiques, psychosociaux et cliniques du retour à l'emploi et du maintien en poste des personnes vivant avec un trouble mental. Ils ont le mérite de constituer le centième numéro de note revue! Merci à Sandrine Croity-Belz, Donatienne Desmette et Marc Corbière d'avoir réussi cette commémoration grâce à un thème d'actualité pertinent qui nous invitera à des réactions, nous l'espérons au sein de notre revue.

Pour en revenir à l'ami Yves Lecomte, ces dernières années nous allions luncher autour de l'un de ses parcs préférés, non loin de chez lui, lorsque je revenais de Dubaï. Il me posait plein de questions, toujours curieux, toujours allumé, pris dans ses mouvements qui nous faisaient tanguer, comme si nous avions navigué ensemble. C'était souvent l'été, il faisait chaud; je prenais un verre de rosé. Il me parlait de mon livre sur le vin. On riait, puis le soir il m'écrivait: «J'espère que ton voyage répond à tes attentes. J'ai réfléchi à ta situation et je suis devenu encore plus convaincu que tu es un homme chanceux. ... il y a aussi une part de chances dont Sévigny parle dans les termes suivants: dans la vie on fait de grandes et de petites rencontres. Il semble que tu n'as fait que de grandes rencontres. J'ai débuté la lecture de ton bouquin sur le vin. Il y a tellement de niveaux d'analyse qu'on ne peut se faire une idée sans en avoir lu une bonne partie». Eh bien oui, Yves, j'ai été chanceux de faire de grandes rencontres, et tu es de celles-là; mais toi, tu étais facile à lire, et tes niveaux d'analyse ont été tellement justes et généreux que tu as enrichi tout le Québec des plus démunis à quelques mieux nantis. Alors la revue *Santé mentale au Québec* a les larmes aux yeux avec ton départ.

Topette Yves!

EMMANUEL STIP, directeur de la revue
Santé mentale au Québec.

Aird, G., Lecomte, Y. et Robitaille, M. (1976). Psychiatrie de secteur: 10 ans après. *Santé mentale au Québec*, 1(1), 26-53.

Lecomte, Y. (1986). Le système de soutien communautaire: hypothèse pour une réforme des services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 5-18.

- Lecomte, Y. (1991). Les mécanismes d'adaptation des malades mentaux chroniques à la vie quotidienne. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 99-120.
- Lecomte, Y. et Mercier, C. (1994). Les chercheurs : à l'interstice des réseaux institutionnel et communautaire ? *Santé mentale au Québec*, 19(1), 9-18.
- Lecomte, Y. et Mercier, C. (2005). The stress process perspective and adaptation of people with schizophrenia: An exploratory study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(2), 139-148.
- Lecomte, Y., Stip, E., Caron, J. et Renaud, S. (2007). Une étude exploratoire de l'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 137-158.
- Lecomte, Y. (2012). 37 ans plus tard : une aventure sous le signe d'un combat. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 7-19.
- Nguyen, A., Prud'homme, M. et Lalonde, M. (2015). Mesi ampil, ayiti. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 331-333.
- Stip, E., Caron, J., Renaud, S., Pampoulova, T. et Lecomte, Y. (2003). Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 44(4), 331-340.
- Stip, E. (2021). *Le vin et la psychiatrie – Questions alimentaires et gastronomiques*. L'Harmattan. Paris.

PRÉSENTATION THÉMATIQUE

Santé mentale et travail : reconnaître une responsabilité collective dans le retour et la réintégration au travail

**Sandrine Croity-Belz, Donatienne Desmette
et Marc Corbière**

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, en 2019, «une personne sur huit dans le monde présentait un trouble mental (...), les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants»¹. Ce constat est d'autant plus inquiétant que les troubles mentaux courants (anxiété, dépression, troubles de l'adaptation, burn-out ou encore épuisement professionnel) génèrent des difficultés dans tous les domaines de vie de la personne concernée. La sphère du travail peut être particulièrement impactée, surtout si le trouble mental courant (TMC) occasionne une absence de longue durée du salarié. Les personnes plus éloignées du marché du travail, notamment celles vivant ou ayant vécu avec un trouble mental sévère (TMS) tel que la schizophrénie ou le trouble bipolaire, rencontrent également d'importantes difficultés de réintégration professionnelle. Toutefois, les programmes de soutien à l'emploi au Québec (*supported employment programs* dans le monde anglo-saxon) ou dispositifs d'emploi accompagné en France montrent des résultats encourageants. Autour de 50 % des personnes inscrites dans ces programmes accèdent à un emploi.

Revenir au travail après une absence liée à un TMC ou un TMS n'est pas un événement anodin pour le salarié concerné, en particulier

1. Organisation Mondiale de la Santé (2025). Consulté le 16 juillet 2025. https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_1

lorsque la durée de l'absence maladie s'échelonne sur plusieurs mois. En outre, le retour au travail (RaT) après une longue absence requiert très souvent une resocialisation organisationnelle et/ou professionnelle. En effet, durant l'absence, des changements structurels, managériaux ou encore de ressources humaines ont pu subvenir au sein de l'organisation de travail et nécessitent de nouveaux apprentissages (p. ex. de normes, de procédures, de repères). Le poste occupé par le salarié absent a également pu faire l'objet de changements (évolution des missions et des compétences requises par exemple) qui peuvent générer chez le salarié qui revient des craintes « de ne plus être capable de » ou « de ne plus y arriver ». Cette situation est d'autant plus marquée pour une personne qui réintègre un poste de travail dans une nouvelle organisation. Le risque pour le (nouveau) salarié de se sentir très vite submergé et/ou en décalage par rapport à l'évolution de son environnement de travail, peut entraver le processus de reprise et occasionner un risque de rechute. Par ailleurs, qu'il soit divulgué ou non, un trouble mental peut exposer la personne concernée à des formes de stigmatisation ou de discrimination en milieu de travail. La divulgation aux acteurs du milieu peut entraîner des effets positifs (p. ex. mise en place d'aménagements, amélioration des relations avec les collègues), mais elle comporte également des risques d'effets négatifs, notamment lors de la réintégration professionnelle. Ces effets varient selon le contexte organisationnel, les conditions de travail et les attitudes des acteurs en présence (p. ex. comportements discriminatoires de la part des collègues ou du supérieur immédiat) (Richard et al., 2025).

Si le RaT est une préoccupation majeure pour les salariés concernés, c'en est une également pour les différents acteurs impliqués au sein des organisations de travail (employeurs, cadres des ressources humaines, supérieurs immédiats, collègues, syndicats, etc.). Comment accompagner au mieux le RaT et la réintégration au travail afin de soutenir le maintien en emploi et la santé du salarié? Comment s'assurer de la santé du salarié sans être intrusif dans sa sphère intime, surtout si le salarié n'a pas divulgué les raisons de son absence? Comment intégrer ou réintégrer le salarié au sein du collectif de travail? Bien que la législation en matière de santé au travail évolue et que différents professionnels et différentes structures aient en charge la prévention et l'accompagnement de la santé au travail des salariés, les TMC et TMS restent encore aujourd'hui un sujet délicat, difficile à aborder, voire

tabou, au sein des organisations de travail, et face auquel les acteurs de l'entreprise se sentent souvent démunis.

Accompagner le RaT après une absence marquée, liée à un TMC ou un TMS, nécessite en effet l'implication de tout un système d'acteurs, dans et hors de l'organisation de travail. Les médecins du travail, les médecins de famille, les professionnels de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle, les supérieurs immédiats, les collègues, l'entourage familial et amical sont autant d'acteurs concernés par l'accompagnement de la personne avec un trouble mental et qui peuvent avoir chacun, de leur place spécifique, un rôle important à jouer pour soutenir et faciliter le processus de réintégration sur le marché du travail. Selon leur situation professionnelle, les personnes vivant avec un trouble mental peuvent bénéficier d'intervenants pivots. Ainsi, dans le cadre d'un retour en emploi après une absence pour raison de santé mentale (p. ex. TMC), le coordonnateur de RaT joue un rôle central. Pour une (ré)intégration sur le marché du travail ordinaire, cet accompagnement peut être assuré par un conseiller en emploi spécialisé, également appelé job coach dans les dispositifs d'emploi accompagnés.

Les chiffres alarmants du nombre de personnes concernées par un TMC ou un TMS invitent fortement les chercheurs et les professionnels du secteur de la santé et de la réinsertion professionnelle à conjuguer leurs expertises afin de mieux comprendre la complexité du processus de RaT et de réintégration au travail dans l'objectif de développer au sein des organisations de travail des actions coordonnées et collectives favorisant une reprise pérenne/durable en milieu de travail.

Dans une perspective internationale et pluridisciplinaire, ce numéro thématique de la revue *Santé mentale au Québec* vise, d'une part, à faire état de résultats de recherches scientifiques centrées sur cette problématique et, d'autre part, à présenter des études de cas ou des exemples de pratiques d'accompagnement qui y sont liés. Il s'agira notamment de mieux appréhender les différents cadres institutionnels qui régissent le RaT, de saisir le rôle de processus spécifiques à l'œuvre (p. ex. discrimination, divulgation, soutien organisationnel, représentations) ou encore d'échanger sur des outils, dispositifs ou pratiques d'accompagnement en milieu de travail.

Ce numéro thématique s'inscrit dans une collaboration scientifique internationale initiée au sein de la Communauté de pratiques internationale – Santé mentale et Travail (<https://copratique.santementaletravail>).

ca/) et s'inscrit directement dans la continuité du premier congrès interdisciplinaire qu'elle a organisé à Montréal en 2024².

Le numéro est structuré en 3 sections.

La première, introductive, vise à poser le contexte juridique du RaT.

La contribution de Loïc Lerouge met en exergue, à partir de l'examen de textes de droit commun, propres au handicap ou aux maladies chroniques, les avancées législatives en matière de RaT mais également les difficultés que posent ces textes dans leur mise en œuvre.

La contribution de Vanessa De Greef et de Natasia Hamarat vise, dans une approche juridique et collective de la divulgation et de l'adaptation du travail, à repérer les freins et les leviers du processus de divulgation, en milieu de travail, des problématiques de santé mentale.

La deuxième section est centrée sur le rôle des différents acteurs concernés par le RaT après une longue absence en raison de TMC ou TMS.

Sandrine Croity-Belz et ses collaboratrices s'intéressent au RaT après une longue absence pour burn-out. Dans une approche psychosociale, leur contribution vise à décrire les pratiques d'accompagnement du RaT mises en œuvre par des supérieurs immédiats ainsi qu'à repérer les liens de ces pratiques avec les représentations qu'ils ont du burn-out.

La contribution de Donatienne Desmette et Marc Corbière examine le rôle des styles de leadership dans le RaT durable et de l'efficacité perçue des employeurs et des managers dans la mise en œuvre des pratiques de soutien au RaT après une absence liée à un trouble mental courant.

La contribution d'Évelyne Auriac et ses collaboratrices vise à décrire le développement d'une collaboration pluripartenariale entre différents acteurs concernés par la prévention de la désinsertion professionnelle et l'accompagnement du RaT. Leur contribution examine également le rôle, dans la mise en œuvre de la collaboration, des représentations que les différents professionnels impliqués ont de la désinsertion professionnelle.

Dans une perspective internationale, Béatrice-Estelle James et ses collaborateurs se centrent sur la problématique de la réinsertion professionnelle. Ils examinent le rôle des représentations des conseillers en emploi sur les appréhensions, avantages et prises de risque de

2. « Santé mentale et travail : s'inspirer, s'outiller, s'allier et innover ». 1^{er} Colloque de la Communauté de pratiques internationale santé mentale et travail (CoP-SMT) 16-17-18 octobre 2024 - Montréal. <https://colloque2024.santementaletravail.ca/>

l'employeur dans l'embauche des personnes ayant des troubles mentaux plus sévères.

Sonia Laberon et ses collaborateurs pointent la ténacité des stéréotypes et des risques d'autostigmatisation qu'ils sont susceptibles de générer chez les personnes avec un TMC et un TMS. Les auteurs analysent et comparent les tendances de différents acteurs – de la santé, de l'entreprise et de l'accompagnement – à stigmatiser les personnes avec un trouble mental, courant et sévère, ainsi que leurs intentions d'inclusion professionnelle.

La troisième section du numéro thématique propose des contributions centrées sur les interventions liées à la reprise professionnelle suite à un TMC ou à un TMS.

Marc-Simon Drouin et ses collaborateurs s'intéressent aux techniques proposées par la psychothérapie centrée sur les émotions qui favorisent une meilleure régulation émotionnelle et sont ainsi susceptibles de soutenir le RaT. La contribution des auteurs vise à présenter un ensemble de techniques spécifiques permettant à la personne de faire face aux émotions complexes et parfois inadaptées qui surgissent dans le cadre de relations difficiles réelles ou anticipées, notamment avec le supérieur immédiat, lors du RaT.

La contribution de Simon Roussey et Bernard Pachoud est quant à elle centrée sur le dispositif de l'Emploi accompagné pour les personnes avec des TMS. Elle propose une analyse de 3 types de coûts évités par l'emploi accompagné : les allocations sociales, les hospitalisations psychiatriques et les arrêts de travail.

Enfin, en guise de perspective, la contribution de Marc Corbière et Sonia Laberon propose une synthèse des échanges qui ont eu lieu lors de la table ronde organisée dans le cadre du Colloque de la Communauté de pratiques internationale en santé mentale et travail. L'objectif était de confronter les pratiques, difficultés et besoins des acteurs de l'accompagnement (public cible : personne avec un trouble mental sévère) et des entreprises interrogés (public cible : personne avec un trouble mental courant) afin de dégager des orientations de recherche pour soutenir des initiatives/pratiques à mettre en place dans les différents pays concernés.

Par ailleurs, lors du Colloque de la CoP-SMT, différentes activités en lien avec la santé mentale et le travail ont été proposées aux participants. Tout d'abord, de nombreuses affiches scientifiques ont été présentées et parmi elles 4 ont été primées ; il s'agit de celles de Jason Amorim, Marie-Gaëlle Marec, Dominic Prévost et Roxanne Poulin

qui sont présentées dans ce numéro. De plus, des personnes ayant eu à faire face à des problèmes de santé mentale dans le cadre de leur travail ont généreusement accepté de témoigner. Ainsi, les propos de Ralph Buchter, Sophie de Coatpont, Fabienne Germond, Geneviève Lessard et Luc Vigneault méritaient ici d'être relatés. Dans un autre registre, nombre de congressistes ont participé à un concours *Photovoice* en illustrant, photo et texte à l'appui, leur vision de la santé mentale. Les œuvres des 3 gagnants et gagnantes, Johanne Jean, Mélanie Pollet et Marc Corbière font partie de ce numéro. Enfin, Gabrielle Racine, l'auteure de la couverture de ce dernier, en se nourrissant de sa présence au Colloque, a créé une œuvre dont elle livre toutes les subtilités à la faveur d'un texte que nous vous invitons à découvrir.

Dans leur ensemble, ces différentes contributions soulignent que le succès et la qualité de la reprise professionnelle ne dépendent pas que du seul salarié, mais relèvent d'une responsabilité politique, organisationnelle, collective et citoyenne. Ce numéro thématique appelle donc à un renforcement de l'accompagnement collectif et concerté, avec l'ensemble des acteurs, du RaT et de la réintégration des personnes présentant un trouble mental.

RÉFÉRENCES

- Richard, C., Corbière, M., Fiset-Renaud, H., Caiada, M., Lamontagne, J., Diotte, F., Kik, A-M., Merlo, R. et Lecomte, T. (2025). Disclosure impact of mental health conditions in the workplace: A scoping review and a thematic analysis. In press in *Journal of occupational Rehabilitation*: <https://doi.org/10.1007/s10926-025-10288-1>

Retour à l'emploi et au travail : une question aussi de santé mentale. Étude au prisme du droit du travail, le cas français

Loïc Lerouge^a

RÉSUMÉ ■ Objectifs Étudier la santé mentale au travail et le retour à l'emploi en France permet de montrer que le sujet est très peu développé dans la doctrine travailliste et de protection sociale française. Cette étude juridique analyse de manière vulgarisée comment le droit du travail en France est capable – ou non – d'accompagner le retour à l'emploi des personnes souffrant ou ayant souffert d'un trouble mental ou psychique.

Méthode La méthode respecte les usages habituels de la doctrine française consistant en une étude des réglementations juridiques existantes en France et en leur analyse. Par exemple des textes de droit commun, propres au handicap ou aux maladies chroniques seront mobilisés. Néanmoins, ce sujet suppose au préalable d'expliquer la différence entre « emploi » et « travail » au sein du droit – la référence au travail sera préférée ici. Il s'agira aussi de rappeler quelques textes juridiques de portée fondamentale.

Résultats Cette étude apporte une double analyse : celle du droit du travail et celle du droit de la protection sociale incluant le droit de la sécurité sociale et le droit de l'emploi. Les résultats prennent en compte la distinction entre les personnes souffrant de troubles chroniques et non chroniques, mais aussi de troubles causés par le travail et ceux non causés par l'exécution du travail, et ce, afin de mettre en évidence le régime juridique approprié, appliqué, existant ou inexistant en France.

Conclusion L'approche du droit social français à l'égard des questions liées à la santé mentale et au retour à l'emploi présente de réelles difficultés en termes de construit existant et de mise en œuvre dans la pratique. Cela représente

a. Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale – CNRS – Université de Bordeaux.

évidemment une limite dans le traitement de la question. Néanmoins, est explorée la possibilité de présenter l'originalité de mettre en évidence le concept de « préjudice d'anxiété » qui met fortement l'accent sur le lien entre l'approche en droit social de la souffrance psychique causée, selon la Cour de cassation, par les troubles psychologiques qu'engendre la connaissance de ce risque élevé de développer une pathologie grave en raison de l'exposition à des matériaux ou produits hautement nocifs ou toxiques durant la carrière professionnelle et le maintien au travail malgré ces conditions désastreuses.

MOTS CLÉS ■ santé mentale, retour à l'emploi, travail, droit social, droit du travail, protection sociale, France

Return to work and employment: Also a question of mental health. A study through the prism of French labor law

ABSTRACT ■ **Objectives** The study of mental health at work and return to work (RTW) in France shows by itself the subject is little developed in French labour and welfare legal doctrine. This study analyse how labour law in France is able—or not—to support the RTW of people who suffer or have suffered from a mental or psychic disorder.

Method The method is in line with the usual practices of French legal doctrine, consisting of a study of existing legal regulations in France and an analysis of these. For example, legal standards specific to disability or chronic illness is used. Nevertheless, this subject requires us to explain the difference between “employment” and “work” within the French labour law approach—this chapter deals with “work.” We also recall some fundamental legal standards.

Results This study provides a dual analysis: that of labour law and that of welfare law, including social security law and employment law. The results takes into account the distinction between people suffering from chronic and non-chronic disorders, as well as disorders caused by work and those not caused by the performance of work, in order to highlight the appropriate legal regime, applied, existing or non-existent in France.

Conclusion The approach of French labour and welfare law to issues relating to mental health and RTW presents real difficulties in terms of existing construction and implementation in practice. This obviously represents a limitation in dealing with the issue. Nevertheless, we explore the possibility of presenting the original concept of “préjudice d'anxiété”, which strongly emphasizes the link between the social law approach to psychological suffering caused, according to the Cour de cassation, by the psychological disorders engendered by knowledge of the high risk of developing a serious pathology due to exposure to highly noxious or toxic materials or products during one's working career and due to maintaining at work despite these terrible conditions.

KEYWORDS ■ mental health, return to work, work, labour law, welfare law, France

1. Introduction

Étudier la santé mentale au travail et le retour à l'emploi permet de montrer que le sujet est très peu développé dans la doctrine juridique travailliste française¹. Il s'avère ainsi que l'on parle davantage de « retour à l'emploi », mais via l'activité de « travail » au regard de l'étude du droit du travail au prisme de l'usage du Code du travail. Bien que souvent confondus dans le langage courant, « emploi et travail » se distinguent. D'un point de vue statistique, un emploi « est une situation qui relie un travailleur à une organisation par laquelle transitent des revenus et des garanties sociales » tandis que le travail est une activité qui produit des biens ou des services utiles à la personne ou à la collectivité » (Fouquet, 1995). D'un point de vue juridique, le « droit de l'emploi » fait référence « à l'étude des mesures générales ou spécifiques qui, financées, contrôlées ou organisées par l'État, sont mises au service de la recherche, de la création, de l'adaptation, du partage et de la sauvegarde de l'emploi. Il englobe aussi l'étude des mesures mises au service de la disparition de l'emploi, lorsqu'il est jugé obsolète » (Petit et Baugard, 2010). Le droit de l'emploi donne le contenu du droit constitutionnel « à l'emploi » et entre ainsi plus largement dans le droit de la protection sociale. En revanche, le « droit du travail » porte sur l'ensemble des règles juridiques applicables aux relations entre employeurs du secteur privé et salariés, à l'occasion de l'activité du travail ou, également dans le cas présent en matière de handicap, d'une situation de travail. Cet article privilégie le recours au droit du travail pour traiter du sujet. La forme et le plan ont été choisis de manière à rendre accessible une étude juridique à des lecteurs non-juristes, et ne respectera pas forcément les normes en vigueur dans le champ de la psychologie.

Le fait qu'il n'existe pas de définition juridique du retour à l'emploi ou du retour au travail (RaT) pourrait expliquer ce constat du manque d'études chez les juristes. Une autre hypothèse serait l'absence de définition unique de risques affectant la santé mentale comme les risques psychosociaux. La manière dont les enjeux sont abordés et leur place en France s'en trouve alors impactée. La recherche d'éléments d'analyse doit alors s'exercer en creux au détour des questions de maintien en emploi lié au handicap, mais aussi aux maladies chroniques,

1. Aucune notice ne sort de la recherche des occurrences « santé mentale », « retour », « travail » et « travail » sur la base bibliographique française Le doctrinal, <https://ledoctrinal.fr>, qui regroupe l'intégralité de la doctrine juridique publiée. Base consultée le 29 octobre 2024.

c'est-à-dire en lien avec les travailleurs âgés, la désinsertion professionnelle et l'usure professionnelle qui fait appel à la santé tout au long de la vie de travail, mais aussi au-delà. À cet égard, il ne paraît pas incompatible d'aborder les effets sur le plan de la santé mentale durant le travail, et après l'avoir quitté, de l'exposition prolongée à des produits hautement toxiques en convoquant ainsi la notion de « préjudice d'anxiété » mise en œuvre par le droit de la santé au travail français.

En considérant que le sujet du RaT est aussi une question de santé mentale, la première porte d'entrée est celle de privilégier celle par la maladie professionnelle, puis le handicap. Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) considère qu'« il faut définir les maladies chroniques en considérant les conséquences qu'elles emportent pour le patient ou la patiente et pour la société. » (Chassang et Gautier, 2019). Cette approche renvoie à l'approche du Haut Comité de la Santé publique (HSCP) qui recommande en 2009 de définir la maladie chronique au regard de « 1. la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer, 2. une ancienneté minimale de 3 mois, ou supposée telle, 3. un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des 3 éléments suivants: une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale; une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. »

Cette définition s'appuie non seulement sur l'étiologie, qui implique des traitements spécifiques liés à la maladie, mais aussi sur les conséquences en termes de fonctionnement et de handicap, c'est-à-dire de répercussions sur la santé (p. ex. les séquelles des accidents) (HCSP, 2009). Or, la plupart des maladies chroniques handicapent la vie privée et professionnelle et ouvrent droit à une reconnaissance de la qualité de « travailleur handicapé » (RQTH). Des aménagements prévus pour les personnes en situation de handicap peuvent alors être mis en œuvre. Selon l'article L. 5213-1 du Code du travail « est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. »

Le droit du travail aborde la question des maladies chroniques, a fortiori de la question de la santé mentale et du retour ou du maintien en emploi, sous l'angle des « maladies chroniques évolutives » (MCE). Celles-ci sont très diverses (cancers, diabète, sclérose en plaques, maladies cardio-vasculaires, maladies psychiques, sida...), et se caractérisent par des épisodes plus ou moins longs, avec des évolutions plus ou moins favorables². Même si elles sont peu traitées dans la doctrine juridique, les MCE sont aujourd'hui devenues un sujet majeur du droit du travail, car elles progressent significativement parmi la population au travail en raison des progrès de la médecine, des soins et de l'allongement de la vie professionnelle. Celle-ci est d'ailleurs fortement débattue en France en raison de l'allongement de l'âge de départ à la retraite de 62 à 64 ans opérée en 2023³.

En somme, pour tenter de résoudre la question du RaT conçue comme une question de santé mentale, les questions principales qui sont débattues dans cette étude portent sur le maintien au travail des personnes atteintes de maladies chroniques potentiellement liées à la santé mentale, leur insertion professionnelle, mais aussi, de manière très spécifique, la prise en compte par le droit du travail de l'anxiété de développer dans le futur une MCE en raison de l'exposition prolongée au travail à un produit hautement toxique.

2. Le maintien au travail

2.1. La problématique du maintien au travail

Aujourd'hui, prendre en compte les malades chroniques, par des mesures d'aménagement physique du poste de travail, de réorganisation (horaires, télétravail...) ou de reclassement, est une nécessité à la fois sociale et économique afin que le travailleur malade puisse rester dans son milieu de travail jusqu'à l'âge requis pour partir à la retraite. Cet aspect de la problématique fait sens en raison du caractère durable et évolutif des maladies chroniques qui engendrent des capacités physiques et/ou mentales diminuées et une grande fatigue qui conduisent vers des difficultés professionnelles plus ou moins importantes, selon le type de pathologie et la gravité de l'atteinte. Les conséquences

2. Voir Le dossier de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), <https://anact.fr/maladies-chroniques-evolutives-mce>

3. Voir le dossier lié à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS) pour 2023, <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl22-368.html#timeline-1>

professionnelles peuvent occasionner des pertes d'emploi et mener à une non-reprise de l'activité professionnelle définitive si des mesures spécifiques ne sont pas décidées.

Cette désinsertion professionnelle due aux maladies chroniques est un sujet d'autant plus préoccupant que l'intensification du travail et les conditions de travail génèrent des facteurs qui en favorisent l'apparition, faisant craindre une augmentation consécutive à l'allongement de la durée de la vie professionnelle. Les effets aigus et immédiats d'un accident sont par ailleurs aisément repérables (chutes et fractures ou port de charge lourde et lumbagos) et donc plutôt faciles à prendre en compte. En revanche, les effets professionnels de certaines maladies chroniques sont plus difficiles à cerner et à mesurer (cancers, maladies cardiaques, maladies respiratoires, pathologies psychiques) avec un maintien dans l'emploi facilité par les avancées de la médecine. La maladie chronique implique ainsi une surveillance médicale du travailleur malade tout au long de sa vie professionnelle pour éviter l'émergence d'un plus sérieux handicap au travail.

La tendance à l'augmentation de la durée de la vie professionnelle implique également de prendre en compte l'usure au travail, le vieillissement progressif des structures ostéoarticulaires qui causent des troubles musculosquelettiques (TMS), mais aussi les difficultés d'adaptation aux changements technologiques ainsi que la baisse des acuités visuelles et auditives susceptible de générer des accidents du travail. Il est évident qu'aujourd'hui, le Code du travail français n'est pas outillé pour faire face à ce défi. Il est cependant possible de se référer au concept de « Qualité de vie et des conditions de travail » (QVCT).

Selon l'article L. 2242-17 du Code du travail, outre les mesures relatives à l'égalité (femme-homme en matière de rémunération, lutte contre la discrimination en matière de recrutement et d'emploi, insertion professionnelle de personnes en situation de handicap), les mesures prises dans le cadre des négociations sur la QVCT concernent aussi les conditions de travail comme l'articulation entre la vie personnelle et la vie professionnelle pour les salariés, le droit à la déconnexion. L'article L. 2242-19-1 précise que la négociation prévue à l'article L. 2242-17 peut également porter sur la qualité des conditions de travail, notamment la santé et la sécurité au travail et la prévention des risques professionnels. Il ne s'agit toutefois que d'une incitation et non d'une obligation avec l'utilisation ici du verbe « pouvoir »; une question de volonté politique est donc sous-jacente pour incorporer dans les négociations QVCT

ces questions, mais aussi celle du maintien en emploi et du RaT des personnes atteintes de troubles de la santé mentale.

Le principal article auquel se référer est l'article L. 2312-8 du Code du travail relatif aux compétences du Comité social et économique (CSE) qui regroupe au sein d'une même instance l'employeur et les représentants du personnel. Le CSE est « informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation, la gestion et la marche générale de l'entreprise, notamment sur : 1° Les mesures de nature à affecter le volume ou la structure des effectifs ; 2° La modification de son organisation économique ou juridique ; 3° Les conditions d'emploi, de travail, notamment la durée du travail, et la formation professionnelle ; 4° L'introduction de nouvelles technologies, tout aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ; 5° Les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils, des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail. »

Ce qui est appelé en France la « désinsertion professionnelle » est désormais officiellement et juridiquement prise en compte par la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail au sein des nouveaux services de prévention et de santé au travail (SPST) qui ont remplacé les services de santé au travail (SST)⁴.

2.2. Les cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle

En vertu de l'article L. 4122-2 du Code du travail, les SPST ont pour mission principale « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ils contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi. À cette fin, ils : (...) conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer la qualité de vie et des conditions de travail, en tenant compte le cas échéant de l'impact du télétravail sur la santé et l'organisation du travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir

4. Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, *JORF* du 3 août 2023.

le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques (...) et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs (...)».

Selon l'article L. 4622-8-1 du Code du travail, la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle est chargée de proposer des actions de sensibilisation et d'identifier les situations individuelles. Elle doit ensuite proposer, en lien avec l'employeur et le travailleur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur.⁵ La cellule doit également participer à l'accompagnement du travailleur éligible au bénéfice des actions de prévention de la désinsertion professionnelle relatives à des actions d'évaluation, de formation professionnelle d'accompagnement, d'information et de conseil. Une convention de réinsertion professionnelle peut être conclue avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM); ces actions se font en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires⁶.

La cellule est animée et coordonnée par un médecin du travail ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire désigné par lui et agissant sous sa responsabilité. Elle remplit ses missions en collaboration avec les professionnels de santé chargés des soins, le service du contrôle médical, les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et le service social des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les acteurs chargés du dispositif d'emploi accompagné défini à l'article L. 5213-2-1 du Code du travail et, enfin, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelles. La cellule pluridisciplinaire de prévention de désinsertion professionnelle peut être mutualisée, sur autorisation de l'autorité administrative du travail, entre plusieurs services de prévention et de santé au travail agréés dans la même région. Ces dispositifs vont de pair avec les démarches d'insertion professionnelle.

5. Art. L. 4624-3 du Code du travail.

6. Art. L. 323-3-1 du Code de la sécurité sociale.

3. L'insertion professionnelle

3.1. L'évaluation des risques professionnels des travailleurs atteints d'une maladie chronique

La démarche de maintien au travail des travailleurs en situation de maladie chronique passe par des aménagements organisationnels, des transformations du poste de travail ou une mutation vers un poste moins exposé. Le dispositif de reclassement professionnel peut être aussi activé après une formation adéquate. Le CSE doit aussi jouer son rôle dans ce domaine.

En vertu de son obligation de sécurité liée à l'article L. 4121-1 du Code du travail, mais aussi des principes généraux de prévention de l'article L. 4121-2, l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Cela nécessite qu'il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes, mais aussi qu'il mette en place une organisation et des moyens adaptés. Cet alinéa particulier de l'obligation de sécurité de l'employeur issu de l'article L. 4121-1, offre un potentiel important concernant notre sujet. Bien souvent, il n'est pas employé à sa juste valeur, la question du RaT des personnes atteintes de trouble de la santé mentale est une occasion pour le redéployer.

Dans ce cadre, et en vertu de l'article L. 4121-3 du Code du travail, l'employeur doit évaluer «les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations, dans l'organisation du travail et dans la définition des postes de travail». Cette évaluation des risques doit tenir compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe, mais aussi aujourd'hui de l'âge des travailleurs. À la suite de cette évaluation, l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs⁷.

Il met en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Des signaux d'alerte doivent être pris en compte comme la perte de mobilité, la baisse du niveau de

7. Art. R. 4121-1 du Code du travail.

vigilance et des réflexes, voire les troubles de la concentration. Cette démarche concerne la sécurité du travailleur lui-même, mais aussi celle de ses collègues de travail qui peuvent subir les effets d'une baisse de rapidité dans l'exécution des tâches et des réactions plus lentes aux situations inattendues, mais aussi par des troubles de l'attention et de la concentration favorisant la survenue d'accidents du travail, occasionnés par le handicap résultant de la maladie chronique.

3.2. L'égalité d'accès au marché du travail et aux formations professionnelles

La loi du 6 décembre 2021 relative aux restrictions d'accès à certaines professions en raison de l'état de santé⁸ a institué depuis le 1^{er} décembre 2022 pour une durée de 3 ans un comité d'évaluation des textes encadrant l'accès au marché du travail des personnes atteintes de maladies chroniques. Ce comité est composé de manière paritaire (représentant de l'État, personnalités qualifiées, associations). Il vise à favoriser l'égal accès au marché du travail et aux formations professionnelles de toute personne, quel que soit son état de santé. Le comité veille à ce que les personnes atteintes de maladies chroniques aient, en l'absence de motif impérieux de sécurité et de risque pour leur santé, accès à toutes les professions.

Il a notamment pour mission de recenser l'ensemble des textes nationaux ou internationaux relatifs à l'accès à une formation ou à un emploi des personnes atteintes d'une maladie chronique. Il est aussi chargé d'évaluer la pertinence de ces textes au regard des risques et sujétions liés aux formations, fonctions ou emplois accessibles ainsi que des traitements possibles; de proposer leur actualisation en tenant compte notamment des évolutions médicales, scientifiques et technologiques; de formuler des propositions visant à améliorer l'accès à certaines professions des personnes souffrant de maladies chroniques. Un rapport sur l'avancée de ses travaux et sur les évolutions constatées des réglementations est adressé par ce comité chaque année au gouvernement et au parlement.

Selon la loi du 6 décembre 2021, lorsque l'accès d'une personne à un travail ou à une formation requiert de satisfaire à des conditions de santé particulières, ces conditions doivent être proportionnées aux risques particuliers pour la santé et la sécurité de la personne ou des

8. Loi n° 2021-1575 du 6 décembre 2021 relative aux restrictions d'accès à certaines professions en raison de l'état de santé, *JORF* 7 déc. 2021.

tiers dans l'exercice des fonctions accessibles. L'appréciation médicale de ces conditions de santé particulières doit être réalisée de manière individuelle et tenir compte des possibilités de traitement et de compensation du handicap.

Enfin, l'accompagnement des personnes en situation de handicap en emploi est encadré par la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels⁹. À la suite des dispositions de reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés, cette loi a introduit dans le Code de l'action sociale et des familles un article L. 5213-2-1 selon lequel ces travailleurs « peuvent bénéficier d'un dispositif d'emploi accompagné comportant un accompagnement médicosocial et un soutien à l'insertion professionnelle, en vue de leur permettre d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail. Sa mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du salarié, ainsi que de l'employeur ». Ce dispositif représente un levier important dans l'égalité d'accès au marché du travail des personnes connaissant des troubles de la santé mentale. Cela rejoint aussi la mise en place dans les entreprises employant au moins 250 salariés des « référents handicap » selon l'article L. 5213-6-1 du Code du travail afin « d'orienter, d'informer et d'accompagner les personnes en situation de handicap », mais aussi le principe de l'aménagement raisonnable de l'article L. 5213-6 du Code du travail. Ce principe se fonde sur l'égalité de traitement des personnes en situation de handicap, « l'employeur prend, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs mentionnés aux 1^o à 4^o et 9^o à 11^o de l'article L. 5212-13 d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée ». Si cette approche rejoint la lutte contre les discriminations incarnées par l'article L. 1132-1 du Code du travail, les visites médicales peuvent venir aussi en support de ce droit à l'égard des personnes en situation de handicap et/ou de maladie chronique.

9. Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, *JORF* du 9 août 2016.

3.3. Les visites médicales

Les visites médicales par le médecin du travail, permettant de surveiller l'adaptation des travailleurs malades, sont à la base de la prévention des risques de leur désinsertion professionnelle. Cette prévention médicale vise à s'assurer de l'aptitude physique et mentale du travailleur pour le poste considéré et à cette fin, recherche les contre-indications au poste de travail et vérifie l'aptitude par des examens spécifiques selon l'activité professionnelle envisagée.

Le suivi individuel permet aussi la prise en compte préventive et anticipatrice de tous les facteurs susceptibles de provoquer, à plus ou moins long terme, une perte d'emploi. Sont ainsi considérés l'environnement professionnel, les conditions de travail, l'altération de l'état de santé due à une pathologie invalidante. Le but est de favoriser la détection précoce de l'influence de ces facteurs sur l'employabilité du travailleur.

Les visites médicales de préreprise et de reprise pendant et après un arrêt de travail sont un élément important afin d'éviter la survenue de complications, de limiter la portée des séquelles, par exemple par des solutions techniques d'aménagement ergonomique du poste de travail. La visite de préreprise est envisagée lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, et peut donner lieu à la délivrance d'un certificat d'inaptitude médicale par le médecin du travail¹⁰. Elle a lieu durant l'arrêt de travail du salarié, obligatoire si l'arrêt maladie est de plus de 3 mois. Le salarié qui connaît une maladie chronique peut demander d'être suivi par un kinésithérapeute, une psychologue ou une assistante sociale si des doutes existent quant à l'aptitude du travailleur à exercer son métier exactement dans le même poste que précédemment.

Les employeurs doivent tenir compte des conclusions de la visite de préreprise et effectuer des démarches nécessaires en prenant des mesures individuelles. Ces mesures se matérialisent en décisions de mutation ou de transformation du poste de travail qui prennent en compte des considérations relatives à l'état de santé du salarié qui ne correspond plus au travail exigé antérieurement. Toutefois, l'essentiel de ces mesures se rapporte à la santé physique plutôt qu'à la santé mentale du salarié. Ainsi, l'aménagement du poste de travail peut porter sur la diminution des contraintes de travail et l'adaptation du

10. Art. R. 4624-20 du Code du travail.

poste aux capacités diminuées du travailleur (limitation des efforts physiques, aides à la manutention, supprimer les postures devenues pénibles, etc.). Des mesures organisationnelles peuvent être aussi mises en œuvre comme éviter le travail de nuit et le travail posté, répartir les tâches au sein des équipes en privilégiant celles présentant le moins d'efforts physiques pour le travailleur relevant de maladie, adapter les horaires de travail, etc.

La visite de préreprise n'est pas obligatoire, mais elle est recommandée afin d'anticiper le RaT dans de bonnes conditions. Elle ne dispense pas de la visite de reprise qui est obligatoire en particulier après une absence d'au moins 30 jours pour maladie¹¹. Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il doit saisir le service de prévention et de santé au travail qui organise l'examen de reprise dans un délai de 8 jours à compter de la reprise du travail par le salarié. L'examen de reprise a pour objet de délivrer l'avis d'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste, de préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du salarié, d'examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de préreprise.

Dès la fin d'un arrêt de travail pour maladie (ou de sa prolongation), l'employeur est tenu de réintégrer le travailleur au même poste ou à qualification égale, sauf en cas d'inaptitude. Cette inaptitude est reconnue lors de l'examen du travailleur par le médecin du travail lors de deux visites de reprise espacées de 2 semaines, ou d'une seule en cas de confirmation de la visite de préreprise ayant eu lieu dans un délai de 30 jours au plus, ou en cas de danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celle des tiers. L'inaptitude se définit uniquement en regard du poste occupé, et elle peut être définitive ou temporaire. L'avis d'inaptitude peut être contesté, avec l'indication des motifs, dans un délai de 2 mois auprès de l'inspection du travail.

Lorsqu'un salarié est déclaré inapte, l'employeur est tenu à une obligation de reclassement. Ce n'est qu'en cas d'impossibilité de reclassement que l'employeur peut être amené à licencier le salarié, la preuve de cette impossibilité ayant été apportée. Ainsi, le contrat de travail ne peut être rompu sans que l'employeur n'ait recherché à adapter le poste de travail ou à reclasser le salarié¹².

11. Art. R. 4624-31 du Code du travail.

12. Art. L. 1226-2 et L. 1226-3 du Code du travail.

Le médecin traitant peut prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique¹³ sur une certaine durée, avec accord du médecin du travail, du médecin-conseil de la caisse d'Assurance Maladie et de l'employeur. Celui-ci peut cependant invoquer l'impossibilité de cet aménagement de temps de travail compte tenu des contraintes de fonctionnement de l'entreprise. En vertu de l'article L. 351-1-4 du Code de sécurité sociale, il est aussi possible de proposer une retraite anticipée pour incapacité permanente si le salarié est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 10 % à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. La retraite anticipée pour incapacité permanente est également appelée aussi retraite anticipée pour pénibilité; la réforme de 2023 a fixé l'âge de départ en retraite anticipée à 60 ans.

Enfin, la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail a institué un examen médical de mi-carrière qui est organisé l'année civile du 1^{er} janvier au 31 décembre des 45 ans du salarié. Un accord de branche (professionnelle) peut fixer une autre périodicité. Cette visite a pour objectif de renforcer la prévention de la santé au travail en prenant en compte l'âge et l'état de santé du salarié. À la fin de cet examen, le médecin du travail peut proposer des aménagements de poste ou d'horaires de travail¹⁴.

3.4. Le télétravail et la maladie chronique

Parmi les aménagements organisationnels, il faut envisager aussi de plus en plus les avantages du télétravail offerts aux malades chroniques, ayant de la difficulté à se déplacer et/ou devant suivre des soins contraignants. Selon l'article L. 1222-9 du Code du travail, le télétravail désigne « toute forme d'organisation du travail dans laquelle un travail qui aurait également pu être exécuté dans les locaux de l'employeur est effectué par un salarié hors de ces locaux de façon volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Le télétravail est mis en place dans le cadre d'un accord collectif ou, à défaut, dans le cadre d'une charte élaborée par l'employeur après avis du comité social et économique, s'il existe.

En l'absence d'accord collectif ou de charte, quand le salarié et l'employeur conviennent de recourir au télétravail, ils formalisent leur accord par tout moyen. Lorsque la demande de recours au télétravail est formulée par un travailleur handicapé mentionné à l'article

13. Art. L. 323-3 du Code de la sécurité sociale.

14. Art. L. 4624-2-2 du Code du travail.

L. 5212-13 du Code du travail¹⁵, l'employeur doit motiver sa décision quand il refuse la demande. Cette demande ne fonctionnerait pas dès lors que le salarié atteint d'une maladie chronique bénéficierait de la RQTH.

L'accord collectif applicable ou, à défaut, la charte élaborée par l'employeur précise les conditions de passage en télétravail, les modalités d'acceptation par le salarié des conditions de mise en œuvre du télétravail, les modalités de contrôle du temps de travail ou de régulation de la charge de travail, la détermination des plages horaires durant lesquelles l'employeur peut habituellement contacter le salarié en télétravail, les modalités d'accès des salariées enceintes à une organisation en télétravail et les modalités d'accès des travailleurs handicapés à une organisation en télétravail. Le télétravailleur bénéficie des mêmes droits que le salarié qui exécute son travail dans les locaux de l'entreprise.

4. Le préjudice d'anxiété

4.1. Le principe du préjudice d'anxiété

Le préjudice d'anxiété découle des « affaires amiante » (scandale lié au délai entre la prise de conscience de la dangerosité de cette substance et la décision de son interdiction définitive en France) et du nombre considérable de travailleurs ayant été maintenus au travail malgré l'exposition à cette matière hautement toxique vivant avec le risque de développer un cancer. Le préjudice d'anxiété est une innovation du droit français dont le principe doit être compris pour en délimiter les recours.

Le salarié qui justifie d'une exposition à l'amiante ou à une autre substance toxique ou nocive, générant un risque élevé de développer une pathologie grave dans l'avenir, peut agir contre son employeur pour manquement de ce dernier à son obligation de sécurité. L'article L. 4121-1 du Code du travail sera particulièrement visé, mais aussi l'article L. 4121-2 relatif aux principes généraux de prévention.

15. Notamment les travailleurs reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles; les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire.

Le salarié doit justifier d'un préjudice d'anxiété personnellement subi résultant d'un tel risque. Le préjudice d'anxiété ne résulte pas de la seule exposition au risque créé par une substance nocive ou toxique. Il est constitué par les troubles psychologiques qu'engendre la connaissance du risque élevé de développer une pathologie grave par les salariés. Par exemple, justifie légalement sa décision, la Cour d'appel qui déduit l'existence d'un tel préjudice des attestations de proches faisant état de crises d'angoisse régulières, de la peur de se soumettre à des examens médicaux, d'insomnies et d'un état anxio-dépressif¹⁶. L'indemnisation automatiquement accordée au titre du préjudice d'anxiété répare alors l'ensemble des troubles psychologiques, y compris ceux liés au bouleversement de l'existence.

4.2. Le recours au préjudice d'anxiété

L'application du préjudice d'anxiété à toute substance nocive ou toxique se pose à la suite de l'arrêt rendu par l'Assemblée plénière de la Cour de cassation le 5 avril 2019¹⁷. D'abord réservé aux travailleurs de l'amiante ayant travaillé dans des établissements listés par l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui a introduit des dispositions prévoyant le versement d'une allocation de cessation anticipée d'activité pour les salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante (ACAATA), la Cour de cassation a étendu le préjudice d'anxiété au-delà de ces seuls travailleurs.

Le Conseil d'État considère pour sa part que la décision de reconnaissance du droit à l'ACAATA suffit à rapporter la preuve du préjudice d'anxiété, cette décision valant reconnaissance pour le travailleur d'un lien établi entre l'exposition aux poussières et la baisse de l'espérance de vie. Selon le juge administratif, cette circonstance, qui suffit par elle-même à faire naître chez son bénéficiaire la conscience du « risque élevé de développer une pathologie grave, et par la même d'une espérance de vie diminuée », est la source d'un préjudice indemnisable¹⁸.

Il est donc devenu possible que des demandes de reconnaissance du préjudice d'anxiété puissent être demandées par des salariés exposés à d'autres produits toxiques que l'amiante. Dans le sillage de l'arrêt de l'Assemblée plénière de la Cour de cassation, la Chambre a appliqué

16. Cass. soc. 15 déc. 2021, n° 20-11.046.

17. Cass. AP 5 avr. 2019, n° 18-17.442.

18. CE, 3 mars 2017, n° 401395.

ce principe dans plusieurs arrêts en date du 11 septembre 2019 concernant des marins employés par la Société nationale maritime Corse Méditerranée (SNCM)¹⁹, des salariés de la plateforme chimique du Pont-de-Claix²⁰, des cheminots marseillais²¹, et enfin, 732 mineurs de charbon de Lorraine²².

Le préjudice d'anxiété n'est pas automatique, sa reconnaissance reste difficile. Le salarié doit en effet trouver le moyen de démontrer qu'il existe un risque élevé pour lui de développer une pathologie grave, ce qui n'est pas une mince affaire. De nombreuses questions demeurent et trouveront peut-être des réponses dans le développement du contentieux lié au préjudice d'anxiété. Par exemple, à partir de quand estime-t-on qu'un risque soit élevé et qu'une pathologie est grave et chronique ? Celle-ci doit-elle être nécessairement mortelle ? Le but n'est pas d'objectiver une maladie, mais bien de démontrer l'existence de troubles psychiques liés à la possibilité de développer la maladie chronique en raison de l'exposition à des produits toxiques, ce qui est du ressort du subjectif (Asquinazi-Bailieux, 2021 ; Keim-Bagot, 2019).

Les arrêts de la Cour de cassation du 12 novembre 2020²³ et du 15 décembre 2021²⁴ apportent néanmoins leur lot de réponses. Le premier fixe le délai de prescription pour agir, c'est-à-dire la durée au-delà de laquelle une action en justice n'est plus recevable. Le recours au titre du préjudice d'anxiété se prescrit donc par 2 ans à compter du jour où celui qui l'exerce a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant d'exercer son droit. Le second arrêt affirme la valeur prépondérante des attestations de proches du salarié exposé pour prouver l'anxiété.

Enfin, 2 arrêts rendus le 8 février 2023 par la Chambre sociale de la Cour de cassation ont mis en évidence le lien entre l'anxiété de développer une maladie chronique future en raison de l'« exposition professionnelle à des substances toxiques et dangereuses » et le concept de dignité dans le droit du travail. Selon l'arrêt n° 20-23.312, « un salarié exposé à l'amiante peut demander réparation de son préjudice d'anxiété à l'entreprise dans laquelle il travaillait en sous-traitance, même si cette entreprise n'était pas son employeur. » Parallèlement à cette décision,

19. Cass. soc. 11 sept. 2019, n° 17-26.879, n° 17-26.883, n° 18-26.885, n° 17-28.895 et n° 18-10.100.

20. Cass. soc. 11 sept. 2019, n° 18-50.030.

21. Cass. soc. 11 sept. 2019, n°s 17-18.311 à 17-18.349.

22. Cass. soc. 11 sept. 2019, n°s 17-24.979 à 17-25.623.

23. Cass. soc. 12 nov. 2020, n° 19-18.490.

24. Cass. soc. 15 déc. 2021, n° 20-11.046.

l'arrêt n° 21-14.451 précise que « l'employeur qui utilise illégalement une substance toxique porte atteinte à la dignité des salariés qui y ont été exposés. Ces salariés pourront obtenir une indemnisation distincte de celle qui répare leur préjudice d'anxiété ».

5. Conclusion

Une des questions centrales autour de laquelle la réflexion sur le RaT en matière de santé mentale au travail porte sur la personne malade pour une raison sans lien avec le travail. Les aménagements prévus sont alors ceux des personnes en situation de handicap. Toutefois, et là se niche le second enjeu, les maladies chroniques évolutives au travail sont préoccupantes en raison de conditions de travail qui se dégradent entraînant des facteurs qui favorisent les situations de désinsertion professionnelle consécutives à des problèmes de santé, notamment mentale. Le travail s'intensifie et les tâches se densifient, le tout aggravé par les mesures d'augmentation de la durée de la vie professionnelle. Cette approche se prolonge par la reconnaissance de l'effet anxiogène de l'exposition durant sa vie professionnelle à des produits hautement toxiques qui permet aussi de recourir à la notion de dignité de la personne humaine au travail.

Or, il ne suffit pas de proclamer de grands principes dans des textes juridiques pour que les comportements changent. Il est nécessaire de porter ces principes par une véritable volonté active pour que les choses *évoluent*. En d'autres termes, si le droit agit sur les comportements sociaux, ceux-ci sont aussi notamment influencés par la politique et l'*économie*. Faire entrer ces questions dans la QVCT et fournir les moyens pour prendre en compte la réalité du travail en étant à l'écoute de celles et ceux qui la vivent pourrait être un moyen de prendre à bras-le-corps le RaT des personnes souffrant de troubles de la santé mentale. Dit d'une autre manière, il devient crucial de créer les conditions et le contexte pour permettre les changements, mais aussi pour conférer un pouvoir d'agir aux acteurs du travail pour ne pas rester passif face aux transitions en matière de santé mentale au travail. Le droit du travail tient alors dans ce contexte un rôle important en complément des autres approches.

RÉFÉRENCES

- Asquinazi-Bailleux, D. (2021). L'impossible preuve d'un préjudice d'anxiété pour les salariés exposés à des substances toxiques. *Semaine Juridique édition sociale*, 35-38.
- Chassang, M. et Gautier, A. (2019). Avis rendu le 5 juin 2019 sur les maladies chroniques. CESE. 13.
- HCSP. (2009). *La prise en charge de la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques*, Rapport, novembre, 2009, recommandation n° 1.
- Fouquet, A. (1995). Travail, emploi, activité: que partager? *Autre Temps*, 46, 17-24.
- Keim-Bagot, M. (2019). Préjudice d'anxiété: quand le droit rime enfin avec justice. *Semaine Sociale Lamy*. 1875, 9-12.
- Petit, F. et Baugard, D. (2010). *Droit de l'emploi*. Gualino.

Une approche juridique et collective de la divulgation des problématiques de santé mentale au travail

Vanessa De Greef^a

Natasia Hamarat^a

RÉSUMÉ ■ Introduction La divulgation des problématiques de santé mentale en milieu de travail cristallise une tension entre la nécessité d'adapter les conditions d'emploi et le risque de stigmatisation pesant sur les personnes concernées. Cette recherche examine les freins et les leviers façonnant ce processus de divulgation dans un cadre collaboratif impliquant le travailleur, ses collègues, sa hiérarchie et les professionnels de santé, en mobilisant une approche interdisciplinaire croisant droit et sociologie.

Méthode Cette étude s'inscrit dans une démarche de recherche-action menée en Belgique depuis 2018, visant à développer un accompagnement fondé sur la méthodologie *Individual Placement and Support* (IPS), et destiné à des travailleurs en incapacité en raison de troubles de santé mentale modérés à graves. Elle mobilise 3 corpus de données : un *focus group* mené en 2023 sur l'adaptation du travail, avec des acteurs issus des mutualités, de l'accompagnement en emploi et de l'expertise du vécu ; une série d'entretiens réalisés entre 2023 et 2024 auprès d'employeurs et de travailleurs participant au programme IPS belge ; et des *focus groups* conduits en 2017, centrés sur les dynamiques de la réinsertion professionnelle, rassemblant des acteurs de la réintégration, ainsi que des juristes et professionnels de santé mentale, offrant une perspective plus institutionnelle. Inscrite dans une logique de coconstruction avec les parties prenantes, cette recherche adopte une posture critique face aux tensions et limites des dispositifs juridiques, organisationnels et pratiques à l'œuvre. Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique croisée avec un examen des normes nationales belges,

a. Centre de droit public et social, Université libre de Bruxelles.

européennes et internationales afin d'éclairer les enjeux communs à plusieurs systèmes de santé au travail.

Résultats La divulgation des troubles de santé mentale au travail dépasse une décision individuelle (dire ou ne pas dire) pour s'inscrire dans des dynamiques sociales complexes. Le stigmate, ancré dans les interactions ordinaires, affecte non seulement les travailleurs concernés, mais aussi les professionnels qui les accompagnent. En outre, le cadre juridique révèle un déséquilibre entre le droit au respect de la vie privée, mieux consolidé, et le droit à l'adaptation du travail, ce qui limite parfois les responsabilités des employeurs et des autres acteurs. Une approche strictement individualisée de ces enjeux masque la nécessité d'une mobilisation plus large des acteurs du monde du travail. Le cas belge met en lumière des pratiques prometteuses, notamment dans le cadre du programme IPS où les jobcoachs jouent un rôle clé: ils facilitent la clarification des besoins, soutiennent les aménagements et contribuent à redistribuer la charge de la divulgation entre différents acteurs. Toutefois, ces pratiques restent freinées par un manque de coordination interinstitutionnelle et par l'absence de cadres de confiance partagés pour l'échange d'informations sensibles.

Discussion Les résultats mettent en évidence la nécessité de dépasser une approche centrée sur la gestion individuelle de la divulgation et de l'adaptation au travail. Le secret professionnel partagé s'impose comme un outil fondamental pour équilibrer confidentialité et collaboration, en particulier dans l'emploi accompagné. Il permettrait d'instaurer un climat de confiance propice à une adaptation plus durable et, collectivement, mieux acceptée.

Conclusion Une meilleure reconnaissance juridique, individuelle et collective, du droit à l'adaptation du travail, combinée à une intégration effective du secret professionnel partagé, pourrait favoriser des environnements professionnels plus inclusifs. Des politiques de sensibilisation, de formation, ainsi qu'une coordination renforcée entre acteurs, sont essentielles pour consolider les approches innovantes mises en œuvre, notamment dans le programme IPS.

MOTS CLÉS ■ divulgation, retour au travail, santé mentale, Individual Placement and Support (IPS), travail adapté

A Legal and Collective Approach to Mental Health Disclosure at Work

ABSTRACT ■ **Introduction** The disclosure of mental health issues in the workplace highlights tensions between the need to adapt working conditions and the risk of stigmatization affecting the individuals concerned. This research examines the barriers and facilitators shaping this disclosure process within a collaborative framework involving the employee, colleagues, management, and health professionals, using an interdisciplinary approach that combines law and sociology.

Method This study is part of an action-research initiative conducted in Belgium since 2018, aimed at developing a support system based on the Individual Placement and Support (IPS) methodology, intended for workers on long-term sick leave related to moderate to severe mental health conditions. It draws on three sets of data: a focus group conducted in 2023 on workplace accommodations for individuals living with mental health conditions, bringing together professionals from mutual insurance funds, employment support specialists, and experts by experience; a series of interviews conducted between 2023 and 2024 with employers and employees participating in the Belgian IPS program; and focus groups held in 2017 that explored the dynamics of professional reintegration, bringing together professionals involved in return-to-work processes, legal experts, and mental health practitioners to offer a more institutional perspective. Following a co-constructive approach with stakeholders, the research adopts a critical stance toward the tensions and limitations inherent in current legal, organizational, and practical frameworks. Thematic analysis of the data was combined with a review of Belgian, European, and international standards to shed light on common challenges across different occupational health systems.

Results The disclosure of mental health issues in the workplace goes beyond an individual decision (“to disclose or not to disclose”) and is embedded in complex social dynamics. Stigma, rooted in everyday social interactions, affects not only the employees directly concerned but also the professionals supporting them. Moreover, the legal framework reveals an imbalance: the right to privacy is better established than the right to workplace accommodations, which may limit the responsibilities of employers and other actors. A strictly individualized approach to these issues tends to obscure the need for broader engagement among workplace stakeholders. The Belgian case highlights promising practices, particularly within the IPS program, where job coaches play a key role: they help clarify individual needs, support the implementation of concrete accommodations, and contribute to sharing the burden of disclosure among different actors. However, these efforts remain hindered by weak inter-institutional coordination and the lack of shared trust frameworks for the exchange of sensitive information.

Discussion The findings call for a collective approach that goes beyond individual handling of disclosure and workplace accommodations. Shared professional confidentiality emerges as a key tool for balancing confidentiality and collaboration, particularly in supported employment. This approach could help build a climate of trust and enable more sustainable and collectively supported adaptations.

Conclusion Stronger individual and collective acknowledgment of the right to adapt work conditions, combined with effective integration of shared professional confidentiality, could contribute to more inclusive work environments. Awareness efforts, training programs, and enhanced coordination between stakeholders are essential to consolidate the innovative approaches implemented, particularly within the IPS program.

KEYWORDS ■ disclosure, return to work, mental health, Individual Placement and Support (IPS), adapted work

Introduction

Révéler certains éléments liés à ses troubles de santé mentale en milieu professionnel est souvent nécessaire pour adapter les conditions de travail aux besoins particuliers des personnes concernées. Cependant, cette divulgation peut aussi engendrer un processus de stigmatisation. Depuis les travaux fondateurs de Goffman (1963), il est établi que cette dynamique tend à altérer la personne, l'exposant à des risques de discrimination ou de rejet, y compris dans le cadre professionnel (Rüsch et al., 2005; Brohan et al., 2010; Dewa et al., 2021). Dans les représentations contemporaines de la santé mentale, cette tension est particulièrement marquée : d'un côté, le rétablissement souligne l'importance, pour les personnes, de pouvoir construire et raconter leurs propres expériences (*narrative agency*) ; de l'autre, le stigmate continue de peser, restreignant les conditions dans lesquelles cette parole peut être exprimée et entendue (Angermeyer et Schomerus, 2012). D'où une question centrale : comment permettre une adaptation du travail qui ne repose pas uniquement sur une injonction individuelle à (se) dire, mais sur une prise en charge collective et sécurisée de cette parole ? Plusieurs auteurs ont souligné les limites d'une approche individualisante, appelant à inscrire les enjeux de santé mentale dans des dynamiques organisationnelles et collectives (Dejours, 1998; Corbière et al., 2014; Yanos, 2018). En droit du travail également, cette dimension collective est mise en avant pour éviter la psychologisation excessive des difficultés professionnelles et mieux partager la responsabilité de l'adaptation (Lerouge, 2005; Parent et al., 2015). Adoptant une démarche interdisciplinaire croisant droit et sociologie, cette contribution interroge les conditions juridiques, institutionnelles et relationnelles qui rendent la divulgation à la fois nécessaire, risquée et parfois (in)évitable. Bien que fondée sur des données qualitatives recueillies en Belgique, l'analyse vise une portée plus large. C'est pourquoi plusieurs normes internationales sont mobilisées, afin d'éclairer cette problématique dans un monde de plus en plus interconnecté. Une série de règles européennes sont également convoquées, permettant à un lectorat canadien averti d'établir des comparaisons avec leurs propres cadres juridiques et l'évolution de leur système de santé et sécurité au travail.

Objectifs

Cette contribution examine les droits et libertés impliqués dans les questions de divulgation et d'adaptation du travail pour les personnes souffrant de troubles mentaux souhaitant travailler ou travaillant. En problématisant les normes concurrentes qui peuvent influencer ces processus complexes, elle vise à construire un cadre conceptuel de la divulgation permettant d'articuler le respect des droits fondamentaux avec une réflexion sur les changements nécessaires dans les interventions, tant sur les plans juridique et organisationnel que sur les plans des pratiques et des méthodes d'intervention sociale. À travers l'analyse de ces pratiques, il s'agit ainsi de dépasser une lecture strictement individuelle pour mettre en évidence les ressorts structurels d'une inclusion durable au travail.

Méthode

L'approche adoptée est interdisciplinaire et mobilise 2 disciplines principales. La première est juridique et repose sur une analyse du droit positif pour identifier les droits et libertés concernés. Elle examine la manière dont ces droits sont appliqués dans les sociétés occidentales, en les illustrant au travers de règles internationales, belges et québécoises. La seconde, sociologique, s'appuie sur les résultats d'un volet de recherche qualitative mené en Belgique, ancré dans une démarche collaborative plus large de recherche-action. Celle-ci désigne une méthode de production de savoirs associant chercheurs et praticiens dans un objectif de transformation sociale, ici appliquée au champ de la santé mentale et de l'emploi. Elle implique une coconstruction des connaissances à partir des expériences de terrain, en lien avec l'évolution des pratiques professionnelles et des dispositifs institutionnels, tout en adoptant une posture critique vis-à-vis des normes, des logiques organisationnelles et des responsabilités des acteurs (Artois et al., 2025).

Cette recherche-action vise à évaluer et coconstruire avec l'administration et les acteurs de terrain un programme basé sur la méthodologie *Individual Placement and Support*¹ (IPS) (Drake et al., 2012). Ce pro-

1. Le modèle IPS (*Individual Placement and Support*), développé aux États-Unis au début des années 1990 par Robert E. Drake, Deborah R. Becker et Gary R. Bond, vise à accompagner les personnes souffrant de troubles mentaux graves dans leur accès à l'emploi ordinaire. Inspiré du concept de soutien à l'emploi (*supported employment*), il suit une approche *Place-then-train* (placer-puis-former) plutôt

gramme, destiné aux travailleurs en incapacité de travail vivant avec des troubles de santé mentale modérés à graves, s'inscrit dans le cadre de la sécurité sociale belge, plus précisément dans sa branche dédiée à l'assurance indemnités. Les données mobilisées s'appuient sur 3 volets complémentaires : un *focus group* mené en 2023, une quinzaine d'entretiens réalisés entre 2023 et 2024, ainsi qu'une mise en perspective avec des *focus groups* conduits en 2017. *Primo*, le *focus group*, organisé en septembre 2023, a réuni 1 médecin-conseil, 2 accompagnants en emploi spécialisés dans la méthodologie IPS, 4 coordinateurs du retour au travail au sein des mutualités², ainsi que 2 experts du vécu. Les intervenants ont été sélectionnés via les sites impliqués dans le projet-pilote IPS, complétés par un appel adressé aux différentes mutualités, afin de s'assurer d'une diversité de trajectoires et de fonctions. Le choix d'un groupe hétérogène visait à favoriser l'émergence de points de vue croisés entre professionnels exerçant à différents niveaux du dispositif, plutôt qu'à segmenter les échanges par spécialité. *Secundo*, la quinzaine d'entretiens réalisée en 2023 et en 2024 s'est concentrée sur le programme *Individual Placement and Support* (IPS) qui est coconstruit et testé en Belgique depuis 2018. Ces entretiens ont été menés auprès d'employeurs et des travailleurs participant au programme IPS

que *Train-then-Place* (former-puis-placer). L'objectif est d'intégrer rapidement la personne au marché de l'emploi, tout en adaptant le contenu du travail et, dans une perspective de santé communautaire, en mobilisant ses soutiens (famille, partenaires de soins, employeurs) pour favoriser son maintien en activité. En Belgique, présent au sein de quelques structures locales au début des années 2000, l'IPS est devenu un des projets pilotes de INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité). Le projet est en effet coélaboré avec des chercheurs (Vanessa De Greef, Sébastien Fontenay, Natasia Hamarat, Marina Ligato et Ilan Tojerow) depuis 2016, et a vu le jour en 2018, impliquant de nombreux partenaires venus d'horizons divers (médecins-conseils, mutualités, jobcoachs, équipes cliniques, services régionaux de l'emploi, etc.) ; il se poursuivra jusqu'en 2025. Tous les sites inclus dans la phase pilote ont en commun de devoir collaborer avec l'INAMI, avec les mutuelles et les médecins-conseils et avec des médecins traitants qui dépendent de nombreuses structures. Pour consulter les résultats les plus récents, voir : Fontenay S, Tojerow I. *Is supported employment effective for Disability Insurance recipients with mental health conditions? Evidence from a randomized experiment in Belgium*. J Health Econ. 2025 Mar;100:102958. doi: 10.1016/j.jhealeco.2024.102958. Epub 2024 Dec 26. PMID: 39733519 ; V. De Greef et N. Hamarat, « L'Individual Placement and Support (IPS), un modèle adapté aux problèmes de santé mentale », *L'Observatoire*, janvier 2023, n° 113, pp. 53-57.

2. Le terme désigne les organismes assureurs dans la législation sociale belge, responsables de la gestion des prestations de l'assurance maladie-invalidité.

belge. La sélection a également été effectuée via les sites IPS, de façon à dégager les bonnes pratiques des entreprises, mais aussi à ne pas mettre en difficulté certains assurés qui pourraient être plus fragiles au moment de la prise de contact. Comme pour toute recherche de type qualitatif, l'objectif n'était pas de prétendre à l'exhaustivité, mais bien de documenter différentes configurations d'accompagnement, notamment selon la taille de l'entreprise, les secteurs d'activité ou encore l'implication dans le programme, conformément aux principes d'échantillonnage raisonné (Miles et al., 2014; Paillé et Mucchielli, 2016; Carey, 2017). *Tertio*, les *focus groups* ont été menés à travers 2 journées d'étude organisées en mars 2017, réunissant pour chaque journée, des médecins de la sécurité sociale, des psychiatres, des assurés sociaux, des juristes, des jobcoachs, des directeurs de structures IPS et de centres de formation pour personnes souffrantes en santé mentale et des thérapeutes. La sélection des participants a été réalisée par l'intermédiaire des organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs, ainsi que les organisations de conseillers en prévention. En l'absence de réponse, des relances individuelles ont été effectuées auprès d'acteurs ciblés. Bien que cette partie de la recherche-action remonte à plusieurs années³, elle constitue un matériau toujours pertinent pour appréhender les continuités et les évolutions des pratiques institutionnelles de réintégration. Elle a été mobilisée ici à des fins comparatives, en complément des données plus récentes.

Ces différents matériaux ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016), permettant de repérer des logiques récurrentes, des points de rupture ou de tension, et d'identifier les enjeux normatifs, pratiques et relationnels associés à la divulgation en milieu professionnel (Miles et al., 2014; Carey, 2017; Burgess et al., 2021). L'analyse a porté sur l'ensemble des corpus, en suivant un processus itératif⁴, croisant les récits selon les profils d'acteurs et les contextes

3. Les actes issus des 2 journées d'étude ont fait l'objet d'un rapport d'expertise: V. De Greef, en collaboration avec S. Decuman et I. Fransolet, *Les freins et les leviers à la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux*, rapport commandité par l'INAMI, janvier 2018, 102 p. Voir également: V. De Greef, *Quelles perspectives de réinsertion professionnelle pour les assurés de l'INAMI souffrant de troubles mentaux?*, rapport de recherche commandité par l'INAMI, septembre 2015, 186 p. En ligne: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_4_troubles_mentaux.pdf

4. Le codage a été mené de façon inductive, sans grille prédéfinie, à partir d'une lecture attentive des verbatim. Un premier cycle de codage ouvert a permis de dégager des unités de sens, suivi d'un second cycle visant à regrouper ces

organisationnels, afin de faire émerger des configurations typiques ou contrastées. La méthode permet de mettre en lumière la manière dont la problématique de la divulgation est traitée dans les textes normatifs et théoriques (*law and sociology in books*) et sur le terrain (*law and sociology in action*) (Dupret, 2006), précisément la façon dont une série d'acteurs (travailleurs concernés et collectifs de personnes concernées, employeurs, managers, jobcoachs, médecins, autres acteurs participants au traitement et à la prévention des risques psychosociaux, etc.) interprètent et appliquent les règles en matière de divulgation. L'étude examine également leur rôle dans l'accompagnement des travailleurs, en tenant compte des contraintes liées aux conditions d'emploi et de travail, à l'organisation des entreprises et aux politiques publiques.

Résultats

Après avoir abordé la problématique de divulgation et celle du stigmatisme, nous décrivons les évolutions des droits au respect de la vie privée et à la santé au travail. Ensuite, nous envisageons pourquoi la divulgation et l'adaptation au travail ne doivent pas être traitées uniquement comme des enjeux individuels, mais comme des enjeux sociétaux. Cette réflexion nous amène à penser conjointement les droits en présence et à faire appel à la notion de secret professionnel partagé. Le cas belge est utilisé comme exemple pour envisager la collectivisation des enjeux liés au retour au travail (RaT), afin de mettre en lumière les bonnes pratiques tout en exposant les défis qui demeurent.

La problématique de divulgation et celle du stigmatisme

La plupart du temps, la divulgation est présentée comme soulevant un enjeu de liberté individuelle et se limitant à la question de « dire ou ne pas dire ». Or, Corbière et al. ont montré qu'il était problématique de se limiter à cette question binaire, car elle négligeait l'aspect variable de la définition de la divulgation (« quoi, comment, quand et à qui divulguer son état de santé ? ») (Corbière et al., 2014).

éléments en catégories thématiques plus larges. Ce travail a été réalisé manuellement, avec l'appui ponctuel du logiciel NVivo pour organiser les extraits. Des discussions croisées entre membres de l'équipe ont permis de stabiliser la structuration des thèmes identifiés.

En outre, la divulgation d'un trouble mental est accueillie de manière variable selon l'environnement concerné. Depuis la conceptualisation de la notion de stigmaté par Erving Goffman dans les années 1960, il est établi que le stigmaté se manifeste dans le cadre de l'interaction et à l'épreuve de celle-ci, c'est-à-dire à travers un processus dynamique d'ajustement où la personne stigmatisée – en raison notamment de ce que Goffman appelle les « tares de caractère » (Goffman, 1963), qui créent une distinction entre les « normaux » et les « anormaux » – et les autres participants à l'interaction, qui modifient leur comportement face à la situation de mise en altérité. Ce processus repose sur le risque de discrédit, accompagné de l'incertitude qui en découle, lorsqu'une inadéquation entre les attentes sociales et le comportement observé est perçue : ce risque est étroitement lié à la visibilité du stigmaté, selon qu'il est immédiatement perceptible (*discredited*) ou qu'il peut être découvert (*discreditable*) (Goffman, 1963).

Dans ce cadre, Goffman montre que la personne concernée adopte différentes stratégies (*information management techniques*) pour influencer la perception des autres et réduire les tensions sociales. Parmi ces stratégies, Goffman distingue notamment le *passing*, défini comme la capacité de la personne à « mener une double vie » (*a person who passes leads a double life, and... the informal connectedness of biography can allow for different modes of double living* [Goffman, 1963]) en dissimulant les signes connus pour être des symboles de discrimination, afin d'éviter d'être identifiée comme différente ; ou encore en choisissant de ne rien dire à la majorité des personnes impliquées, tout en révélant intégralement sa condition dans certaines situations spécifiques ou à des personnes choisies. De nombreuses études récentes se sont attachées à montrer la nature du lien entre discrimination et stigmatisation, tant au sens sociologique que juridique (Dubet et al., 2015), y compris dans le champ de la santé mentale (Brohan et al., 2010 ; Yanos, 2018). D'autres ont mis en lumière le stigmaté associé aux problématiques de santé mentale, affectant non seulement les personnes concernées (Rüsch et al., 2005), en particulier sur le lieu de travail (Dewa et al., 2021), mais également le travail institutionnel des professionnels confrontés aux processus de stigmatisation (Héas et Dargère, 2014). Enfin, certains travaux permettent également de replacer l'œuvre de Goffman dans le contexte historique de son époque, tout en soulignant les enjeux contemporains, notamment dans le cadre des « nouveaux » paradigmes en santé mentale tels que le mouvement de rétablissement (Angermeyer et Schomerus, 2012). En effet, ce

paradigme, en insistant sur la capacité des individus à construire et contrôler leurs propres narratifs existentiels, notamment par le biais de l'*empowerment* et de la divulgation, expose au risque d'une individualisation excessive, où les difficultés rencontrées peuvent apparaître comme des insuffisances personnelles plutôt que comme le produit de contraintes structurelles.

Cette tension entre la manière de se présenter et les attentes sociales trouve également un écho dans les discussions menées lors de nos *focus groups* et entretiens. Il y a notamment été souligné que le diagnostic psychiatrique, lorsqu'il est communiqué, est souvent mal interprété par le monde du travail, et qu'il vaut parfois mieux se limiter à expliquer les limitations fonctionnelles rencontrées qu'à communiquer à son milieu de travail le diagnostic psychiatrique précis.

« Parfois j'ai tellement envie qu'ils aient le job que j'insiste sur le fait qu'ils ne sont pas obligés de divulguer directement [leur diagnostic] s'ils ne le souhaitent pas [...], parce que je veux que la personne puisse d'abord montrer ce qu'elle peut faire, plutôt que d'être définie par ce qu'elle ne pourra pas faire. Ou ce qu'on pense qu'elle ne pourra pas faire. » (jobcoach IPS, entretien)

La problématique n'est pas sans lien avec les représentations erronées qui existent encore dans le monde du travail et dans la population en général. Un médecin du travail souligne que la difficulté réside dans une contradiction sociale : il est souvent perçu comme plus acceptable de révéler une maladie que de détailler des « limitations » concrètes qui compliquent l'exécution de certaines tâches. Cependant, celui-ci explique qu'il n'est pas nécessaire de connaître ce qui est d'ordre médical, mais plutôt ses dysfonctionnements en lien avec le travail (problèmes de mémoire, de concentration), ainsi que le rôle joué par l'entourage, tant privé que professionnel. Il faut veiller à « la différence [...] entre les dysfonctionnements au travail et la maladie. La maladie, on en a besoin pour faire un certificat d'incapacité, point. Au niveau du travail, ce qui compte, c'est les dysfonctionnements [...]. Quand on parle de maladies [...] psychiques et chroniques, c'est pas quelque chose qui, après quelques mois, se guérit, ce sont souvent des choses qui vont rester à vie ou [laisser] une certaine vulnérabilité ».

Cette perspective fonctionnelle se retrouve également dans les propos de certains médecins-conseils, qui insistent sur la nécessité de partir du vécu de la personne et de son entourage, tout en tenant compte de ses capacités concrètes de réintégration :

« En tant que médecin-conseil, on part des informations de l'assuré et des informations de ses médecins traitants. Où le patient se voit, quelles sont ses questions par rapport au travail ? Il y a différentes approches : certains médecins-conseils sont très impliqués, alors que d'autres n'abordent que rarement ces questions et donnent peu d'avis... Moi je vois mon rôle de cette façon, car cela permet à la fois d'être très concret et connecté à sa vision [...]. Mais de façon réaliste, et c'est ce que j'aime aussi dans le fait de travailler avec des accompagnateurs en première ligne [jobcoachs ou coordinateurs de RaT], car on nourrit cette connexion » (médecin-conseil, *focus group*).

C'est également une perspective que portaient certains médecins avant l'intégration de ces nouveaux acteurs aux dispositifs de réintégration :

« Les choses sont différentes [maintenant que ces dispositifs, jobcoachs ou coordinateurs de RaT, existent], mais ce qui ne change pas, c'est qu'il faut donner du temps aux personnes pour les écouter [...]. Pas seulement comme des malades, mais comme des personnes. » (médecin-conseil, entretien)

Dans notre matériau empirique, il est également apparu que des formes de disqualification pouvaient également provenir des professionnels qui accompagnent le RaT. C'est ainsi qu'un assuré social explique qu'il lui a fallu surmonter la déclaration du médecin de la sécurité sociale :

« Mon médecin [...] m'a toujours beaucoup aidé. Mais quand j'ai voulu reprendre mon activité [à un volume plus important], il me l'a refusé en disant que pour quelqu'un avec ma maladie, c'était impossible. Cela a eu des conséquences sur mes décisions [en l'occurrence accepter un volontariat avant de retourner au travail]. » (assuré, *focus group*)

Pour une autre assurée, la réaction de l'annonce de sa reprise, intervenant en l'absence de son médecin-conseil habituel qui s'était investi aux côtés de son jobcoach IPS dans son projet de réintégration, a été une « catastrophe » qui l'a fragilisée :

« J'ai été convoquée une semaine après ma reprise et le médecin m'a dit que je ne résisterais jamais au stress et qu'il était d'avis de me mettre en incapacité à vie [...]. Il sous-entendait aussi que mon employeur devait le savoir parce que ce n'est pas correct vis-à-vis de lui. [...] Je me suis donc retrouvée en pleurs. C'était tellement injuste de me rajouter ça alors que je venais de reprendre [mon activité], et que moi-même je n'avais pas à ce moment-là la confiance en moi que j'ai aujourd'hui, après avoir

recommencé à travailler, dans le fait que je peux y arriver. J'aurais pu m'écrouler.» (assurée, entretien)

Après avoir abordé la problématique de divulgation et celle du stigmat, nous décrivons les évolutions des principaux droits fondamentaux concernés. S'il n'est pas expressément fait référence à la notion de stigmat, les conséquences, suite à la révélation du stigmat vont, elle, être traitées juridiquement: soit, sous l'angle du droit à la non-discrimination pour mettre fin à la discrimination ou pour réparer les dommages causés par celle-ci, soit sous l'angle du droit au respect de la vie privée, pour que les caractéristiques qui rendent la personne comme différente ou qui sont perçues comme telles soient tues par le professionnel à qui elle se confie.

C'est cette étape, celle du recrutement ou du maintien au travail, qui a fait particulièrement l'objet de notre attention, car elle se concentre sur le retour dans le monde du travail et les leviers garantissant ce retour.

Le droit au respect de la vie privée et le droit à la santé au travail

Une attention exclusive pour la divulgation et le stigmat a parfois l'effet de négliger le droit à la santé au travail de la personne afin qu'elle puisse exiger l'adaptation de son travail et l'accompagnement d'acteurs du monde du travail. Autrement dit, réduire la problématique du RaT à une problématique de liberté individuelle peut avoir pour effet d'atténuer voire d'omettre les responsabilités des acteurs qui accompagnent la personne dans son RaT.

Comment expliquer que cette négligence semble avoir lieu davan-tage dans ce sens que dans celui de la prise en charge de la personne au sein du monde du travail? On peut en tout cas constater que juridiquement, le droit au respect de la vie privée est mieux consolidé et plus ancien que le droit fondamental à la santé, y compris le droit à la santé au travail. Le droit au respect de la vie privée fait partie des droits fondamentaux dits de « première génération », appelés aussi droits civils et politiques. Proclamés au courant des 17^e et 18^e siècles, ils surviennent bien avant les droits de la « deuxième génération » qui concernent les droits économiques, sociaux et culturels, parmi lesquels le droit à la santé.

À titre d'exemple, le droit au respect de la vie privée est repris à l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, à l'article 22 de la Convention relative aux droits des personnes handica-

pées, aux articles 7 et 8 de la Charte canadienne des droits et libertés, à l'article 5 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne ou à l'article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

En outre, tant au Canada qu'en Europe, une évolution juridique a eu lieu pour encadrer le traitement des données à caractère personnel. Le droit au respect de la vie privée a donc été renforcé, sur le plan juridique en tout cas, par une série de législations relatives à la protection des données à caractère personnel. En Europe, le Règlement général de la protection des données (RGPD), qui remplace une directive de 1995, est en vigueur depuis 2018. Au Canada, la loi sur la protection des renseignements personnels ainsi que celle sur l'accès à l'information entrent en vigueur en 1983 et sont suivies par la loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques qui entre en vigueur en 2001. Le 9 octobre 2024, la directive sur les pratiques relatives à la protection de la vie privée entre en vigueur et vient renforcer l'arsenal existant.

En ce qui concerne spécifiquement le droit à la santé au travail, il est repris de façon moins systématique, de façon moins ancestrale et parfois de façon moins contraignante que le droit au respect de la vie privée ainsi que le droit aux données à caractère personnel. Cependant, plusieurs instruments juridiques le consacrent ou y font référence. Sans être exhaustifs, nous citerons ceux qui nous semblent les plus utiles à l'heure actuelle et nous renvoyons vers les travaux de Lerouge pour une analyse plus exhaustive (Lerouge, 2005).

Au niveau international, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reprend à son article 7, le fait que les pays qui ont ratifié le Pacte « reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». C'est également le cas de la Belgique et du Canada.

Ensuite, la convention n° 155 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur la sécurité et la santé des travailleurs fut adoptée en 1981. La Belgique a ratifié cette Convention en 2011, mais pas le Canada. Son article 5 prévoit de tenir compte dans le cadre de l'élaboration de la politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de milieu de travail des « liens qui existent entre les composantes matérielles du travail et les personnes qui exécutent ou supervisent le travail ainsi que l'adaptation des machines, des matériels, du temps de travail, de l'organisation du travail et des procédés de travail aux capacités physiques et mentales des travailleurs ».

Enfin, la Convention de l'OIT n° 187 sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail de 2006 a, elle, été ratifiée tant par le Canada que la Belgique. Malgré les variations importantes en termes de concertation sociale entre la Belgique et le Canada, les deux pays se sont engagés à « établir, maintenir, développer progressivement et réexaminer périodiquement un système national de sécurité et de santé au travail, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives » (article 4). Cette ratification a été analysée en France dans le but d'insister sur les droits fondamentaux des travailleurs face à la protection de la santé (Lerouge, 2016).

Du côté du Québec, l'article 46 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne prévoit que « toute personne qui travaille a droit, conformément à la loi, à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique ».

En Europe, on retrouve également dans le Socle européen des droits sociaux, dont le but est d'améliorer les conditions de vie et de travail dans l'Union européenne (UE), 20 principes et droits clés parmi lesquels un principe relatif un « environnement de travail sain, sûr et adapté, et protection des données » décliné en 3 droits :

- a. Les travailleurs ont droit à un niveau élevé de protection de leur santé et de leur sécurité au travail ;
- b. Les travailleurs ont droit à un environnement de travail adapté à leurs besoins professionnels et leur permettant de prolonger leur participation au marché du travail ;
- c. Les travailleurs ont droit à la protection de leurs données personnelles dans le cadre du travail.

Cet instrument est cependant, à ce jour, non contraignant (De Becker et Schoukens, 2017).

Bien avant ce Socle, différentes règles ont permis de faire avancer la santé au travail. C'est principalement la directive 89/391/CEE du Conseil européen, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (appelée la directive-cadre) qui a amené, avec une série de directives spécifiques qui l'accompagnent, de vraies évolutions dans toute l'Europe. Contrairement au Socle, les directives sont des actes juridiquement contraignants de l'Union européenne qui doivent être transposées dans le droit de chaque État membre de l'Union. On ne manquera pas de rappeler en particulier l'article 6 de cette directive précitée qui contient l'obligation générale de l'employeur

de prendre les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs et qui prévoit qu'il doit veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. En outre, l'employeur a précisément l'obligation d'« adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail, ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé » (art. 6, 2. d).

Relevons encore, la Charte sociale européenne, qui, à travers son article 26, consacre une protection particulière par rapport au harcèlement sexuel et moral au travail et à son article 3 un droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail. Enfin, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne qui, depuis 2000, consacre à son article 3 un droit l'intégrité physique et mentale qui est contraignant pour les États membres dans le cadre de l'application et l'interprétation du droit de l'Union européenne.

Cette synthétique analyse juridique permet de montrer quels sont les droits fondamentaux et aussi les valeurs qu'on perçoit derrière la non-divulgence et l'adaptation du travail à la santé de la personne. Sans qu'on puisse le développer de façon détaillée, on perçoit également que le cadre juridique des données à caractère personnel et du droit au respect de la vie privée est plus détaillé en Occident et plus ancré dans une logique de droits fondamentaux que ne l'est historiquement celui pour l'adaptation du travail. En outre, le principe de l'adaptation du travail est repris de façon plus contraignante en Europe qu'au Canada. Cependant, les défis liés à l'effectivité de ce principe restent importants en Europe également.

La divulgation et l'adaptation au travail ne sont pas que des problématiques individuelles

Une analyse qui se limite à analyser le traitement individuel d'une demande de divulgation ou d'adaptation tend à négliger les autres acteurs impliqués et leurs responsabilités. Or, les libertés et droits fondamentaux décrits ci-dessus sont encore fort souvent perçus et parfois traités de façon individuelle.

Une approche collective de ces questions requiert d'analyser si le travail adapté fait l'objet de discussions entre acteurs du RaT et si le sujet est investi par les partenaires sociaux (notamment au sein de

l'entreprise). À cet égard, certains outils pour aborder la question de la divulgation et les aménagements du travail gagneraient à être davantage mobilisés par les conseillers spécialisés dans ce domaine : le *Decision-Making About Disclosure* (DMDS), l'échelle des accommodements de travail et des soutiens naturels (WANNs) et le guide pour une meilleure gestion des informations personnelles en milieu de travail (MPI) (Corbière, 2014). Il est également utile d'observer si des politiques de bien-être au travail existent en entreprise et si les adaptations du travail font partie de ces politiques, sans qu'il faille à chaque fois recréer le processus lié à une demande individuelle (Parent, 2015). Un autre élément qui participe à cette approche collective concerne la sensibilisation et la formation des travailleurs aux formes de l'adaptation du travail, particulièrement lorsqu'il est question de problématiques de santé mentale où des préjugés sont plus fréquents.

Pour prendre l'exemple de la Belgique, il a été frappant de constater lors de nos entretiens à quel point l'adaptation du travail était, malgré un système de concertation sociale fort, encore peu pensée collectivement : elle était principalement liée à la volonté individuelle d'un employeur ou d'un responsable des ressources humaines qui s'intéressait à la problématique rencontrée par la personne. Sans connaître les ressorts du programme IPS, les employeurs concernés savaient en tout cas que la personne avait une incapacité de travail, et c'est parfois la motivation du travailleur qui les a poussés à adapter le travail de cette personne :

« Je l'ai engagé parce que c'était le meilleur candidat. On aurait jamais pu avoir quelqu'un comme lui, et je n'ai jamais autant réfléchi cette question [de l'adaptation du poste] avant lui [...]. D'ailleurs si je devais autant adapter autant de choses pour d'autres, cela me prendrait beaucoup de temps, et cela prend aussi beaucoup de temps de travailler avec le jobcoach [...]. Je ne suis pas sûr que ce soit faisable à grande échelle, en tous cas pas [dans mon entreprise]. » (employeur, entretien)

Néanmoins, ce constat mettant en lumière des initiatives individuelles est à tempérer par des bonnes pratiques collectives. Pour le projet IPS en Belgique, le rôle des jobcoachs IPS est particulièrement important et pourrait, de manière structurelle, transformer significativement le paysage de l'adaptation au travail. Cet acteur aborde régulièrement l'enjeu de la divulgation avec la personne, et l'aide à adapter son travail, en permettant de ne plus faire peser sur les épaules du travailleur l'entière responsabilité de cette question sensible. En en

discutant ouvertement et régulièrement avec la personne, la personne concernée peut se décharger et ne pas se sentir en porte-à-faux, car elle comprend que toute sa vie ne doit pas être décrite à son employeur. De son côté, le ou la jobcoach apprend concrètement à adapter le travail :

« Aider la personne à formuler ce qu'elle veut et ce qu'elle a besoin, c'est déjà adapter le travail. » (jobcoach IPS, *focus group*)

En comprenant la demande de la personne et en étant parfois un canal de communication entre l'employeur et le travailleur, le ou la jobcoach voit son identité professionnelle se construire également. Ce jobcoach peut également entrer en contact avec des représentants des travailleurs ou d'autres acteurs du monde du travail ou de la sécurité sociale. Dans ces circonstances, au-delà des demandes d'aménagement plus classiques que sont les aménagements de volume de travail, du contenu du travail, d'horaires de travail, le jobcoaching IPS peut également, de par sa fonction de facilitateur sur le lieu de travail, être un aménagement en tant que tel. Cet aménagement permet de faciliter le travail du travailleur qui se connaît mieux et à l'employeur d'avoir une meilleure compréhension des enjeux concrets liés à l'adaptation au travail.

De la non-divulgence à la collaboration entre acteurs

Si la relation entre jobcoach et travailleur travaille la question de la divulgation, que faire de ce travail dans le cadre d'un échange avec d'autres acteurs ? Comment maintenir un certain niveau de confidentialité et dialoguer structurellement avec les acteurs du monde du travail ?

Pour prendre l'exemple de la Belgique, la violation du secret professionnel est sanctionnée par le Code pénal. Cependant, il existe des règles qui permettent des échanges d'informations dans certains cas de figure. Le cas échéant, on fera référence à la notion de secret professionnel partagé ce qui permet de mettre des balises aux échanges de données entre acteurs. Le Conseil national de l'ordre des médecins a rappelé les conditions de la doctrine du secret partagé. Ce passage étant guidé par la déontologie plus que par le rappel de règles nationales, il peut trouver des échos au niveau international :

« Le secret professionnel partagé est une théorie juridique répondant au contexte actuel des soins de santé, où les soins et l'assistance sont fournis par de multiples professionnels des soins de santé et pour lequel

le partage des données est nécessaire dans l'optique de fournir des soins efficaces et de qualité.

L'application du secret professionnel partagé entre professionnels des soins de santé est soumise aux conditions suivantes :

- Le partage des données ne peut être réalisé qu'entre professionnels des soins de santé ou autres prestataires de soins tenus au secret professionnel ;
- Les professionnels des soins de santé exercent dans un même contexte de soins et visent la même finalité ;
- Les professionnels des soins de santé partagent les données uniquement dans l'intérêt du patient ;
- Le partage des données se limite aux informations nécessaires au bon déroulement de la mission des professionnels de la santé ;
- Le patient est informé de quelles données sont partagées, avec qui et pour quelle finalité ;
- Le patient ne s'oppose pas au partage des données ».

Le Conseil national précise encore que « si le médecin estime que l'opposition du patient de partager ses données avec un (ou plusieurs) professionnel(s) des soins de santé présente un danger grave et aigu pour l'intégrité du patient ou d'un tiers, l'information peut être partagée sur base de l'état de nécessité ».

En ce qui concerne les échanges d'informations relatives aux risques psychosociaux au travail, le législateur fédéral belge a décidé, en 2014, de permettre à différents acteurs du monde du travail (la personne de confiance, le conseiller en prévention des aspects psychosociaux et le médecin du travail) d'échanger plus facilement certaines informations nécessaires à la résolution de cas individuels. Ces échanges ne concernent donc pas que les échanges entre médecins, même si le dossier de santé reste, lui, sous la responsabilité du médecin du travail. Cependant, le fait de permettre d'échanger certaines informations n'a pas eu pour effet de garantir que ces échanges aient lieu entre toutes les professions concernées. Ainsi, ne pas divulguer est plus simple que de divulguer certaines informations qui requièrent un cadre structurel de confiance – un cadre institutionnel pour que tous les acteurs soient concernés – qui fait encore souvent défaut. Notons qu'au niveau européen, le traitement de données relatives à la santé est en principe interdit, mais souffre de quelques exceptions parmi lesquelles le fait que le traitement soit nécessaire aux fins de la médecine préventive ou de la médecine du travail (article 9, h) du Règlement général n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protec-

tion des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement général sur la protection des données [RGPD]).

Enfin, et toujours par rapport à la situation belge, le dialogue social au niveau de l'entreprise permet d'échanger certaines informations entre représentants des travailleurs et de l'employeur, en anonymisant les données de façon à aborder structurellement certaines problématiques de santé au travail (comme au sujet des plans de réintégration au travail qui ont abouti ou qui se sont soldés par un échec).

Ces différents exemples belges révèlent que la collectivisation des enjeux de RaT est complexe, mais possible. Le retour au travail requiert finalement non seulement des dispositifs institutionnels permettant cette collectivisation au sein de l'entreprise, mais aussi la construction d'une confiance partagée entre l'ensemble des acteurs impliqués, au-delà de la seule personne directement concernée.

Conclusion

Ne rien divulguer signifie, en général, de renoncer à toute adaptation au travail. En raison du stigmate attaché aux problématiques de santé mentale, cette renonciation est bien entendu légitime. Cependant, pour adapter au mieux le travail à la personne – et non l'inverse –, une divulgation de certaines difficultés rencontrées au travail sera par contre nécessaire. Les collègues, la hiérarchie, les confidents de la personne doivent tous pouvoir l'aider à adapter ce travail de façon partagée (sans négliger l'adaptation de leur propre travail). Pour être réussi, ce travail peut s'appuyer sur la notion de secret professionnel partagé.

Loin de se limiter à un constat de conflit entre le droit au respect de la vie privée et au droit à la santé au travail, les deux doivent se conjuguer de façon à permettre à la personne de se connaître et de demander les adaptations du travail nécessaires. L'adaptation du travail est un processus collectif qui nécessite du temps, mais qui contribue à la prévention des risques. Ce travail exige de prendre en compte les identités professionnelles qui sont les plus ouvertes à ce travail collectif de long terme. En Belgique, le travail effectué par le jobcoach IPS, bien que sa fonction soit récente et émergente, semble faciliter l'adaptation du travail tant pour le travailleur que l'employeur.

L'adaptation du travail à chaque individu devrait être envisagée, tant sur le plan légal que pratique, comme une responsabilité collective visant à promouvoir la santé mentale de l'ensemble des personnes sur

leur lieu de travail. Le maintien ou le RaT nécessite des dispositifs institutionnels adaptés au monde du travail qui peuvent faciliter la construction d'une confiance entre le travailleur et tous les acteurs qui participent au processus d'adaptation du travail. Cette approche doit être perçue comme un enjeu sociétal global, plutôt qu'une obligation de s'adapter uniquement à certaines personnes considérées comme moins capables, voire inadaptées au monde professionnel.

RÉFÉRENCES

- Angermeyer, M. et Schomerus, G. (2012). A stigma perspective on recovery. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11, 3, 163-4. doi:10.1002/j.2051-5545.2012.tb00120.x
- Artois, P., Moriau, J. et Wagener, M. (2025). *Décloisonner les savoirs: Retours d'expériences de recherches collaboratives*. Bruxelles: Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. et Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res*, 10, 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
- Burgess, A., Bauer, E., Gallagher, S., Karstens, B., Lavoie L., Ahrens, K. et O'Connor, A. (2021). Experiences of stigma among individuals in recovery from opioid use disorder in a rural setting: A qualitative analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 130, (2-3), 108488. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108488>
- Conseil national de l'ordre des médecins (belge). (2014). *Les conditions de la doctrine du secret professionnel partagé*. <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie>
- Carey M. (2017). *Qualitative research skills for social work: Theory and practice*. Ashgate.
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail: deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave, *L'Encéphale*, 40, 91-102. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700614001110?via%3Dihub>
- Dubet, F., Cousin, O., Mace, E. et Rui, D. (2013). *Pourquoi moi? L'expérience des discriminations*, Le Seuil.
- De Becker, E. et Schoukens, P. (2017). Le socle européen des droits sociaux: vers une protection renforcée des droits sociaux au niveau de l'Union? *Revue belge de sécurité sociale*, 2, 141-170.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil.
- Dewa, C. S., van Weeghel, J., Joosen, M. C. W., Gronholm, P. C. et Brouwers, E. P. M. (2021). Workers' decisions to disclose a mental health issue to managers and the consequences. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 631032. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.631032>
- Drake, R. E., Bond, G. R. et Becker, D. R. (2012). *Individual Placement and Support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.
- Dupret B. (2006). *Droit et sciences sociales*, Armand Colin.

- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Héas, S. et Dargère C. (dir.) (2014). *Les porteurs de stigmates. Entre expériences intimes, contraintes institutionnelles et expressions collectives*, L'Harmattan.
- Hoekstra, E. J., Sanders, K., Van Den Heuvel, W. J.A., Post, D. et Groothoff, J.W. (2004). Supported employment in the Netherlands for people with an intellectual disability, a psychiatric disability and a chronic disease. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 21, 39-48.
- Lerouge, L. (2005). *La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail*. L.G.D.J.
- Lerouge, L. (2016). Portée et sens de la ratification par la France de la convention de l'OIT n° 187 relative au cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, *Droit social*, 5, 454-456.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
- Parent, S., Lockhart, K., Spiegel, J. et Yassi, A. (2015). Work Organization and Return to Work. Dans I. Z. Schultz, R. J. Gatchel (eds.). *Handbook of Return to Work*, Springer. *Handbooks in Health, Work, and Disability* 1, 337-352.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. et Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004
- Yanos, P. T. (2018). *Written off: Mental health stigma and the loss of human potential*. Cambridge University Press.

Accompagner le retour au travail après un burn-out : représentations et pratiques des supérieurs immédiats

Sandrine Croity-Belz^a

Sandrine Corte^a

Isabelle Faurie^a

RÉSUMÉ ■ Objectif Lors du retour au travail (RaT) après un arrêt maladie de longue durée, le supérieur immédiat a un rôle clef. Peu d'études ont examiné les pratiques d'accompagnement effectivement mises en œuvre par ces acteurs dans le cadre spécifique du RaT après un burn-out. L'étude exploratoire présentée dans cet article vise 2 objectifs. Le premier est de décrire la diversité des pratiques d'accompagnement du RaT mises en œuvre par les supérieurs immédiats. Le second est de décrire les représentations que les supérieurs immédiats ont du burn-out. Nous faisons l'hypothèse que la variabilité des pratiques d'accompagnement mises en œuvre par les supérieurs immédiats est liée à leurs représentations du burn-out.

Méthode Afin de décrire les pratiques d'accompagnement du RaT mises en œuvre et les représentations du burn-out, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de 13 supérieurs immédiats volontaires. Ils ont tous été confrontés au moins une fois au cours de leur fonction à l'accompagnement du RaT d'un des membres de leur équipe ayant été arrêté pour burn-out (arrêt supérieur à un mois).

Résultats Les résultats mettent en exergue 4 types de pratiques d'accompagnement du RaT dont un accompagnement minimal et un accompagnement

a. Université Toulouse - Jean Jaurès

collectif et progressif. Ils vont dans le sens de l'hypothèse générale en montrant un lien entre les types de pratiques d'accompagnement et les représentations du burn-out. Les représentations du burn-out des supérieurs immédiats permettent d'éclairer l'orientation, la signification et l'efficacité des pratiques d'accompagnement.

Conclusion Au niveau des implications pratiques, les résultats soulignent la nécessité de développer la formation des supérieurs immédiats sur le burn-out, ses causes et ses conséquences sur le RaT ainsi que sur la gestion des affects inhérents à l'accompagnement. Ils montrent également l'importance d'institutionnaliser des procédures et des dispositifs collectifs et collaboratifs d'accompagnement du RaT pour réduire les risques de stigmatisation et favoriser l'inclusion et le maintien en emploi.

MOTS CLÉS ■ supérieurs immédiats, retour au travail, pratiques d'accompagnement, représentations du burn-out

Supporting successful return to work after burnout: perceptions and practices of managers

ABSTRACT ■ **Objective** Managers play an important role in supporting employees returning to work after long-term sick leave. However, little research has focused on the support practices that these managers use when dealing with employees returning to work after burnout. This exploratory study has two objectives. First, it outlines the variety of return to work (RTW) support practices implemented by managers. Second, it describes these managers' perceptions of burnout. We argue that these perceptions of burnout influence the type of support that they provide.

Method A series of semi-structured interviews were conducted with 13 volunteer managers to describe the RTW support practices in place and their perceptions of burnout. All managers had been confronted, at least once, with supporting a team member's RTW after burnout (absence of more than one month).

Results Managers provide four types of RTW support, including minimal support, collective support, and progressive support. Results are consistent with the general hypothesis and show a relationship between the perceptions of burnout and the type of support provided. Supervisors' perceptions of burnout have an impact on the type, amount, and effectiveness of their support.

Conclusion In terms of practical implications, the results indicate that managers need training on burnout, its causes, and its consequences for RTW. They also need training in managing the emotions involved in supporting employees returning to work. The results also show the need to institutionalize collective procedures and systems to support RTW in order to reduce the risk of stigmatization and to promote inclusion and job retention.

KEYWORDS ■ managers, return to work, support practices, representations of burnout

Introduction

Cadre législatif relatif à l'absence et au retour au travail après un arrêt maladie de longue durée

Les troubles mentaux courants (p. ex. dépression, burn-out) sont l'une des principales causes d'absentéisme et d'incapacité au travail (OMS, 2024 ; Godon-Rensonnet, 2024). Ils représentent 30 à 50 % des arrêts de travail (Corbière et al., 2021). En 2021, 13 % des salariés européens et 20 % des salariés français rapportent un épuisement physique et émotionnel¹. L'épuisement professionnel, ou burn-out, est un trouble complexe, car difficile à diagnostiquer. Dans les classifications internationales de référence (CIM-11² ; Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM-5 – TR), il n'est pas considéré comme une maladie, mais il est inscrit par l'OMS dans la liste des « problèmes associés à l'emploi ou au chômage » (nomenclature internationale - code QD85 de la CIM-11). En référence à certains travaux (Maslach, 1982 ; Maslach et al., 2001 ; Maslach et Leiter, 2016), le burn-out est défini comme :

Un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par 3 dimensions : des sentiments d'épuisement ou de fatigue ; une distance mentale accrue par rapport à son travail, ou des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail ; un sentiment d'inefficacité et de manque d'accomplissement. Le burn-out se réfère spécifiquement à des phénomènes dans le contexte professionnel et ne devrait pas être appliqué pour décrire des expériences dans d'autres domaines de la vie. (CIM-11)

Si le burn-out n'est pas reconnu comme une maladie professionnelle, ses symptômes sont directement associés au contexte professionnel (Bianchi et al., 2013 ; Koutsimani et al., 2019). Reconnu comme un problème majeur de santé publique dans tous les pays occidentaux (Maslach et Leiter, 2016 ; De Beer et al., 2024), des actions sont engagées visant à aider les employeurs, les services des ressources humaines ou

1. 7th European Working Conditions Survey - EWCS, 2021.

2. Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes.

encore les organisations syndicales à le comprendre et à le prévenir. La mission confiée en 2015 à l'INRS³ et à l'ANACT⁴ par le ministère du Travail a ainsi donné lieu à un rapport (ANACT et al., 2015) dans lequel sont déclinées quelques préconisations pour accompagner le retour au travail (RaT) après un burn-out. Une des préconisations adressées aux différents acteurs de l'organisation de travail (encadrement, travailleurs, membres du CHSCT⁵ ou des instances représentatives du personnel) vise à accompagner le RaT afin d'éviter une rechute éventuelle. Cet accompagnement requiert un travail concerté entre différents acteurs de l'organisation de travail – dont le travailleur lui-même – pour identifier les éléments de la situation de travail qui ont pu conduire au burn-out et pour définir un dispositif d'accompagnement du RaT (aménagements de postes, réorientation, suivi progressif). La loi française «santé au travail» du 2 août 2021⁶ décline également des mesures visant à renforcer la prévention de la santé au travail, à prévenir la désinsertion professionnelle ainsi qu'à améliorer le RaT. Elle acte notamment un examen médical de reprise du travail obligatoire concernant les personnes en arrêt de travail depuis plus de 60 jours (Code du travail, 2022, article R4624-31); une visite médicale de préreprise non obligatoire visant à formuler des préconisations pour anticiper le retour du salarié (article R4624-29); un rendez-vous de liaison facultatif entre le salarié et l'employeur afin d'organiser la reprise du travail dans les meilleures conditions (article L1226-1-3); ou encore la possibilité d'un essai encadré durant la période d'arrêt afin de mettre en place si besoin les aménagements professionnels nécessaires lors du RaT (article D323-6-3 - Code de la sécurité sociale).

Pratiques d'accompagnement du RaT et burn-out : le rôle des supérieurs immédiats (SI)

Si l'on peut saluer les mesures législatives précédemment énoncées, force est de constater qu'elles n'introduisent aucune obligation en matière d'accompagnement du RaT pour l'employeur, ni pour les SI. Pourtant, certains travaux ont montré que parmi les conditions soutenant le RaT après un arrêt maladie de longue durée, le rôle des SI

3. L'Institut national de recherche et de sécurité.

4. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

5. L'instance du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est réorganisée au sein du Comité social et économique (CSE) depuis le 1^{er} janvier 2020.

6. Loi entrée en vigueur le 1^{er} avril 2022.

figure parmi les facteurs identifiés par les personnes comme les plus déterminants pour la réussite du RaT (Caron et al., 2018 ; Corbière et al., 2018 ; Etuknwa et al., 2019). Toutefois, la littérature apporte peu d'éléments sur les pratiques d'accompagnement effectivement mises en œuvre par les SI dans le cadre spécifique du RaT après un burn-out (Kärkkäinen et al., 2018 ; Karlson et al., 2014). L'étude menée par Corbière et al. (2017) auprès de plus de 200 employeurs et cadres des ressources humaines est une des rares études qui offre une description fine de ces pratiques. Elle distingue 6 grands principes regroupant chacun des stratégies perçues efficaces par les 2 catégories d'acteurs concernés pour faciliter le RaT après une dépression, problématique proche du burn-out (Zawieja et Villette, 2024) : 1) le maintien du contact avec l'employé en absence maladie ; 2) l'évaluation et la planification du RaT sans précipitation ; 3) la mise en œuvre de formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique « santé mentale au travail » ; 4) la concertation des acteurs clés du RaT ; 5) le retour progressif avec des aménagements si besoin ; 6) le suivi de la santé de l'employé et de son travail.

Afin de contribuer à mieux identifier les modalités d'accompagnement mises en œuvre par les SI, l'étude exploratoire qualitative présentée dans cet article a pour premier objectif de décrire les pratiques d'accompagnement du RaT après un burn-out mises en place par des SI. Bien qu'il soit désormais reconnu que le burn-out est lié à un contexte professionnel, cette problématique de santé reste encore souvent perçue comme la conséquence principale d'une fragilité personnelle. Les outils d'évaluation du burn-out tel que le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) ne font que renforcer une telle représentation en proposant des items essentiellement centrés sur l'évaluation de la vulnérabilité des personnes (Courtial et Huteau, 2005). Cette approche psychologisante du burn-out relève, selon Lorient (2003), d'une construction sociale qui s'est développée sans accorder un rôle majeur, dans l'apparition du burn-out, aux facteurs objectifs et organisationnels ni à « l'interaction entre le sujet et l'activité réelle » (Zawieja et Villette, 2024). Qu'en est-il précisément pour les SI ? Quelles représentations ces acteurs clés du RaT ont-ils du burn-out et de ses facteurs déclencheurs ? Si le burn-out fait l'objet d'une littérature dense portant sur ses modélisations ou sur ses déterminants et effets, peu de travaux éclairent les représentations qu'en ont les SI. Dans le champ du management, se distinguent des publications qui visent davantage à donner des clefs de lecture aux SI pour les aider à repérer des membres de leur équipe qui manifestent

du désengagement et qui risquent d'être en souffrance ou encore pour les inciter à développer des pratiques de management qui limiteraient les risques psychosociaux chez leurs collaborateurs (Samama, 2013; Delaye et Boudrandi, 2010; Iweins, 2020). Pour autant, ces travaux ne permettent pas de repérer comment les SI se positionnent par rapport au burn-out ni aux arrêts de travail qui y sont directement liés. Afin d'apporter des éclairages sur ce point, le second objectif de notre contribution vise à décrire les représentations que les SI ont du burn-out. Il s'agira d'examiner s'il y a une relation entre leurs représentations du burn-out et les pratiques d'accompagnement du RaT qu'ils mettent en œuvre. Nous postulons qu'en fonction des représentations que les SI ont du burn-out, leurs stratégies d'accompagnement du RaT seront différentes.

Méthode

Des entretiens semi-directifs ont été menés de février à mai 2024 auprès de 13 SI volontaires, une gestionnaire des ressources humaines, et 2 supérieurs d'un niveau supérieur à celui de SI⁷. Le recrutement s'est fait par sollicitation directe et leur participation n'a été associée à aucune rétribution. Une notice d'information sur les objectifs de la recherche et un formulaire de consentement éclairé ont été soumis à chaque participant. Le seul critère d'inclusion était qu'ils aient été confrontés au moins 1 fois au cours de leur fonction à l'accompagnement du RaT d'un des membres de leur équipe ayant été arrêté pour burn-out pour une durée minimale d'au moins 1 mois. Les entretiens entre le chercheur et le SI se sont déroulés dans un lieu choisi à la convenance de ce dernier. Le guide d'entretien semi-directif construit pour cette étude se décline en 6 thématiques :

1 – le rôle en acte: récit d'expérience des pratiques d'accompagnement mises en œuvre par le SI lors du RaT après un arrêt de travail de longue durée pour burn-out d'un des membres de son équipe;

2 – le rôle prescrit: connaissance des attendus du rôle du SI, des attitudes et comportements à tenir dans l'accompagnement du RaT suite à un arrêt de travail de longue durée pour burn-out;

7. Centrée sur les supérieurs immédiats, la présente étude a exclu des analyses les 3 entretiens qui ne correspondaient pas à ce statut et fonction (d'où une numérotation non continue attribuée aux 13 supérieurs immédiats qui composent l'échantillon retenu).

3 – le rôle subjectif: rôle perçu par le SI des attitudes et comportements à tenir dans l'accompagnement du RaT suite à un arrêt de travail de longue durée pour burn-out;

4 – les ressources personnelles, collectives et organisationnelles perçues et mobilisées pour accompagner le RaT suite à un arrêt de travail de longue durée pour burn-out;

5 – les difficultés perçues dans l'accompagnement par le SI;

6 – les représentations du burn-out et de l'arrêt pour burn-out.

Chaque thématique propose 1 ou plusieurs questions ouvertes. Par exemple, pour la première catégorie: « On va évoquer une situation que vous avez vécue, en tant que SI, liée à l'accompagnement du RaT après un burn-out d'un.e des membres de votre équipe. Pouvez-vous raconter cette expérience? Qu'est-ce que vous avez fait dans cette situation? Sur quoi ou sur qui vous êtes-vous appuyé.e (entourage personnel ou professionnel, protocoles, formations, expériences antérieures...)? »

Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Nous inscrivant dans une approche méthodologique inductive, nous avons réalisé une analyse thématique transversale des entretiens (Bardin, 2013). Afin d'assurer la validité de l'analyse, nous avons procédé par triangulation. La lecture croisée des entretiens a été menée par 3 chercheuses impliquées dans la recherche. Le croisement des analyses a permis de retenir les thèmes communs présentés dans les Tableaux 1 et 3.

Les 13 SI composant notre échantillon sont âgés de 35 à 60 ans ($M = 47,6$ ans; $ET = 6,58$). Il y a 7 hommes et 6 femmes. Leur ancienneté en tant que SI varie de 2 à 26 ans ($M = 13,7$ ans; $ET = 8,4$). Ils travaillent dans les secteurs d'activités du commerce ($N = 7$), de l'industrie ($N = 4$) ou des services publics ($N = 2$). Ils ont tous un contrat de travail à durée indéterminée et évoluent dans des moyennes et grandes entreprises de plus de 50 salariés.

Résultats

Les pratiques d'accompagnement du RaT mises en place par les SI

L'analyse thématique des entretiens a permis de dégager 5 modalités d'accompagnement du RaT par le SI: 1) suivi/supervision du RaT; 2) aménagements du travail (horaires, poste); 3) mobilisation de ressources personnelles et/ou organisationnelles; 4) sollicitation du médecin du travail; 5) posture du SI dans l'accompagnement. En

fonction du positionnement des participants sur ces modalités, nous avons distingué 4 groupes de SI pouvant caractériser chacun un type de pratiques d’accompagnement du RaT : groupe 1) accompagnement de type «laisser-faire» ; groupe 2) accompagnement individuel centré sur l’affect ; groupe 3) accompagnement individuel centré sur le travail ; groupe 4) accompagnement collectif inscrit dans la durée (voir Tableau 1).

TABLEAU 1
Typologie de pratiques d'accompagnement du RaT après un burn-out par les supérieurs immédiats (SI)

	G1 P1, P5, P10	G2 P3, P11, P15	G3 P6, P7, P9, P14	G4 P2, P12, P16
	Accompagnement de type «laisser-faire»	Accompagnement individuel centré sur l'affect	Accompagnement individuel centré sur le travail	Accompagnement collectif inscrit dans la durée
Suivi du RaT par le SI	Pas de contact pendant l'arrêt de travail Peu de suivi. Ecoute des demandes de l'employé et/ou du médecin du travail et accord : respect du cadre légal	Maintien du lien pendant l'arrêt de travail Échanges réguliers de suivi avec l'employé sur un mode affectif	Maintien du lien pendant l'arrêt de travail et accueil chaleureux lors du RaT Echanges réguliers de suivi avec l'employé centrés sur le travail Une vigilance vis-à-vis de la santé et du travail de l'employé	Maintien occasionnel du lien pendant l'arrêt de travail et anticipation du RaT Echanges réguliers de suivi avec l'employé, associant d'autres acteurs de l'accompagnement, proposition de formations
Aménagements du travail	Aménagements des horaires et de l'affectation pour préserver l'efficacité du travail (changement d'équipe, moins de contact avec la clientèle)	Aménagements du temps de travail, des horaires et de l'affectation pour préserver le salarié (missions plus simples, charge de travail adaptée)	Aménagements du temps de travail, des horaires et de l'affectation pour préserver le salarié et sa motivation au travail (missions plus simples, motivantes)	Aménagements évolutifs du temps de travail et des horaires Aménagements progressifs de l'affectation (de missions temporaires plus simples lors de la reprise à un nouveau projet d'affectation)
Ressources mobilisées par le SI	Ressources personnelles (expérience, écoute)	Ressources personnelles (écoute, sensibilité, bienveillance) Ressources interpersonnelles : gestionnaire des ressources humaines, assistant.e social.e, collègues, services externalisés de santé au travail (i.e. ligne d'écoute téléphonique)	Ressources personnelles (écoute, expérience managériale, goût pour l'accompagnement...) Ressources interpersonnelles/dyadiques : médecin du travail, gestionnaire des ressources humaines, collègues	Ressources personnelles (expérience et compétence managériale, sentiment d'expertise, capacité à mettre à distance) Ressources interpersonnelles/collectives : sollicitation du réseau d'acteurs (médecin du travail, gestionnaire des ressources humaines, assistant.e social.e, infirmier.e, collègues, supérieur immédiat) Ressources impersonnelles : procédures, dispositifs

Mobilisation du médecin du travail par le SI	Mobilisation passive (peu voire pas de mobilisation) Strict suivi des restrictions	Sollicitation faible et infructueuse (absence d'alliance)	Sollicitation de conseils (avec feedback fructueux)	Collaboration systématique et dans la durée pour coconstruire le plan de RaT
Posture du SI	Gestion formelle du RaT	Soutien émotionnel (maternage, copinage)	Accompagnement dans l'activité de travail	Co-construction avec l'employé et les autres professionnels du plan de RaT

Les SI du groupe 1 (pratiques de type «laisser-faire») rapportent ne pas avoir de contact avec la personne durant son arrêt de travail et disent assurer peu ou pas de suivi durant le RaT (P1: «Je n'ai rien mis en place de spécial»). Les aménagements de poste proposés visent en priorité à ne pas désorganiser le travail du reste de l'équipe (P10: «C'est quelqu'un [...] qui n'arrivait plus à affronter les situations de confrontations, ou même de simples remarques [...] Du coup, ce qu'on faisait, c'est qu'on essayait de ne pas le mettre trop au contact des clients»). Ce sont davantage les ressources personnelles telles que l'expérience professionnelle ou l'écoute qui sont mobilisées, car il n'y a pas au sein de la structure de ressources identifiables (P1: «On a une petite structure, donc les ressources sur lesquelles je peux m'appuyer il n'y a en a pas 150. C'est juste mon recul et mon empathie»; P10: «Il n'y a rien de clair, à part ce numéro d'appel, il n'y a rien d'écrit sur papier sur comment on fait»). Le médecin du travail n'apparaît pas dans le discours des participants comme un acteur-ressource à mobiliser. Pour ce groupe, les pratiques d'accompagnement du RaT se limitent à une approche que l'on peut qualifier de gestionnaire. L'accompagnement s'en tient au cadre légal du RaT. Il vise aussi à préserver la productivité de l'organisation de travail et à éviter les risques potentiellement encourus en tant que SI (P5: «Légalement il faut faire hyper gaffe de bien respecter ces consignes [...] Au-delà du fait que ce soit dramatique, mais c'est que tu peux aller en taule aussi»). Par ailleurs, on n'observe pas dans le récit des participants de ce groupe une quelconque coopération entre différents acteurs pour accompagner le RaT.

Le discours des participants du groupe 2 (Accompagnement individuel centré sur l'affect) est quant à lui caractérisé par l'implication affective et émotionnelle du SI dans l'accompagnement du RaT (P11: «Je l'ai materné en disant qu'il fallait faire attention»). On observe le souci du SI de maintenir un lien et une proximité affective avec la personne durant l'arrêt de travail (P3: «J'ai quand même envoyé des messages même si elle ne répondait pas.») ainsi qu'au cours du RaT (P15:

«J’ai créé des moments à part hors du temps de travail. Le lundi on allait déjeuner ensemble, que toutes les deux pour vraiment apprendre à se connaître et être hors contexte de travail»). Les aménagements des horaires et du poste de travail visent explicitement à préserver la personne (P15: «Je l’ai mise sur des missions de bureau pour qu’elle reprenne confiance en elle»). Les SI de ce groupe mobilisent de façon dyadique différentes ressources interpersonnelles «expertes» internes ou externes à l’entreprise (p. ex. un service externalisé de santé au travail, une assistante sociale) (P11: «Moi je les [acteurs d’un service externalisé de santé au travail] ai contactés en tant que manager pour savoir comment on accompagnait un retour après un burn-out et est-ce qu’il fallait garder le lien pendant l’arrêt maladie»). Ils mobilisent également, comme le groupe 1, leurs propres qualités personnelles d’écoute et de bienveillance ainsi que les expériences antérieures de cas similaires (P11: «J’ai plutôt fait confiance à mon instinct»; P3: «J’ai déjà eu un peu cette expérience-là»). Quant aux ressources que le médecin du travail pourrait transmettre ou représenter lui-même, elles semblent difficiles à obtenir (P15: «On m’a juste dit, elle revient là et elle est en mi-temps thérapeutique. Je n’ai pas eu plus»; P11: «Le médecin du travail m’a été d’aucune utilité. Quand j’ai voulu échanger avec la personne, en fait elle m’a dit “secret professionnel, je peux pas vous dire, je vous dirai juste s’il est apte ou pas” »).

Pour le groupe 3 (Accompagnement individuel centré sur le travail), la personne qui revient au travail est également au centre de l’attention des SI. Toutefois ici, le suivi porte essentiellement sur le travail. La relation entre le SI et la personne qui revient au travail reste inscrite dans un cadre professionnel qui ne déborde pas sur la sphère du hors-travail (P9: «Il ne faut pas oublier qu’on est des managers, on n’est pas des accompagnants, on ne peut l’accompagner que dans son travail»). Les participants de ce groupe témoignent de la vigilance dont ils font preuve à l’égard de la santé de la personne (P9: «Tu es juste là toi pour évaluer sa capacité, surtout être en alerte»). Ils mobilisent, comme le groupe 2, des «experts» ou des pairs dans une relation dyadique (colègues, SI, médecin du travail, service externalisé de santé au travail, assistant social). (P9: «Cette assistante sociale était très à l’écoute»; P7: «J’ai 2 ou 3 personnes-ressources»). L’accueil de la personne lors de son RaT apparaît être ici une dimension importante de l’accompagnement (P14: «Faire un petit quelque chose d’accueil, quelque chose qui montre qu’on est content qu’elle revienne»).

Enfin, le groupe 4 (Accompagnement collectif inscrit dans la durée) se caractérise par un effort manifeste visant à maintenir le lien durant l'arrêt de travail, par un accompagnement progressif lors du RaT et par une volonté de travailler de façon concertée et coordonnée avec un réseau d'experts. Cet accent mis sur le rôle et les actions des acteurs peut être rapproché du paradigme de l'incapacité au travail de Loisel et al (2001). (P16 : « J'ai mis en place des formations, des *e-learning*, du coaching avec des formateurs en interne [...] J'ai fait appel à ma RH de proximité qui est très présente dans les équipes, qui m'accompagne, on échange beaucoup. [...] j'ai échangé avec d'autres managers, avec mon chef de département pour savoir comment on pouvait l'accompagner »).

Si nous comparons les pratiques que nous avons distinguées avec les stratégies d'accompagnement du RaT perçues comme les plus efficaces mises en exergue par Corbière et al. (2017), nous constatons d'emblée que ce sont les pratiques des SI du groupe 4 qui se rapprochent le plus de ce type de stratégies (voir Tableau 2). Ces SI mobilisent l'ensemble des 6 grands principes de stratégies d'accompagnement du RaT décrites par Corbière et al. (2017). On constate pour tous les SI de ce groupe : une concertation entre des acteurs clés du RaT (manager, médecin du travail, gestionnaire des ressources humaines, assistant social, infirmier) ; le retour progressif de l'employé avec des aménagements du temps de travail et de l'affectation (à terme, sur un autre poste) ; le suivi de la santé de l'employé et de son travail par l'équipe d'accompagnants.

En revanche, les participants du groupe 1 (Laisser-faire) ne mobilisent aucune des stratégies décrites par Corbière et al. (2017) si ce n'est celle de proposer des aménagements du temps de travail dans le respect des attendus légaux.

Les SI du groupe 2 (Accompagnement individuel de type affectif) mobilisent quant à eux 3 des 6 grands principes de stratégies d'accompagnement du RaT. Ils s'efforcent de maintenir le contact avec la personne durant son absence ; ils proposent à la personne qui revient au travail des aménagements tant sur ses horaires de travail que sur son affectation. Enfin, ces SI veillent à effectuer un suivi régulier de la santé de l'employé et de son travail.

Enfin les participants du groupe 3 (Accompagnement individuel centré sur le travail) mettent en œuvre 4 des 6 grands principes de stratégies d'accompagnement du RaT. En plus des 3 grands principes de stratégies mobilisées également par le groupe 2, les SI s'emploient ici à évaluer les besoins de la personne et à planifier des aménagements facilitant son RaT.

TABLEAU 2

Types d'accompagnement du RaT des supérieurs immédiats au regard des 6 stratégies identifiées par Corbière et al. (2017) comme les plus efficaces pour le RaT après un trouble mental courant

	Accompagnement de type laisser- faire (G1)			Accompagnement individuel centré sur l'affect (G2)			Accompagnement individuel centré sur le travail (G3)				Accompagnement collectif inscrit dans la durée (G4)		
Participants	S1	S5	S10	S3	S11	S15	S6	S7	S9	S14	S2	S12	S16
1. Contact avec l'employé en absence maladie				+	+			+	+		+		
2. Évaluation et planification du RaT sans précipitation						±	+		+	+	+	±	+
3. Formation du manager et de l'équipe de travail à la problématique santé mentale au travail								±				+	±
4. Concertation des acteurs clés du RaT				±				±		±	+	+	+
5. Retour progressif avec aménage- ments	±	±	±	+		+	±	±	+	+	+	+	+
6. Suivi de la santé de l'employé et de son travail				±	+	+	+		+	+	+	+	+

Représentations du burn-out chez les SI et types d'accompagnement du RaT

Le deuxième objectif de notre étude vise à décrire les représentations que les SI ont du burn-out afin d'examiner si ces représentations sont associées à un type d'accompagnement en particulier.

L'analyse thématique des entretiens permet de dégager 6 indicateurs pour caractériser les représentations du burn-out: 1) la connaissance du burn-out (dimension cognitive); 2) la représentation personnelle du burn-out (dimension subjective); 3) la représentation sociale perçue du burn-out (dimension sociale); 4) la représentation de l'arrêt de travail pour burn-out (dimension évaluative); 5) l'attitude comportementale suite à l'annonce de l'arrêt pour burn-out (dimension évaluative et comportementale); 6) les facteurs explicatifs du burn-out (dimension causale).

En croisant ces 6 indicateurs avec les 4 types de pratiques précédemment identifiées (voir Tableau 3) nous constatons que pour la majorité

des SI de notre échantillon et quel que soit le type de pratiques qui les caractérise, le burn-out reste, au niveau cognitif, une notion abstraite, mal définie. Tous évoquent leur absence d'anticipation et leur sidération à l'annonce de l'arrêt pour burn-out d'un membre de leur équipe (P1 : « Je ne l'ai pas vu arriver du tout »). Pour autant, l'interprétation de cette situation semble varier en fonction de la contrôlabilité perçue de la survenue du burn-out. Par exemple, les SI du groupe 1 considèrent qu'on ne peut pas agir sur les conditions de travail et ont tendance en ce sens à adopter un discours de responsabilisation des personnes (P5 : « C'était une personne qui était dépressive et qui disait toujours de toute façon, j'y arriverai pas. ») associé à une absence d'accompagnement voire à des pratiques de mise à l'écart pouvant être stigmatisantes (P1 : « Je ne suis pas ni un médecin, ni un psychiatre, ni un psychologue. [...] Si les gens ont des problèmes et des mal-être plus profonds, ça ne me regarde pas et c'est pas à moi de le gérer »). Pour les participants des groupes 1 et 2, le burn-out est davantage la conséquence d'une faiblesse personnelle (P1, groupe 1 : « Je pense quand même que les gens ont une résilience, une résistance de moins en moins forte. ») qui laisse peu de chance à une reprise durable du travail (P5, groupe 1 : « Généralement, un burn-out, la personne ne revient pas »).

Toutefois, l'arrêt pour burn-out est considéré comme non abusif dans la plupart des cas. Il n'apparaît pas dans notre échantillon source de préjugés négatifs (dimension évaluative).

Les participants du groupe 1 soulignent également un conflit intergénérationnel lié au rapport au travail comme autre cause éventuelle du burn-out (P5 : « Il y a un gros conflit avec deux générations qui ne se comprennent absolument pas »). Pour les participants du groupe 3, si le burn-out est associé à une vulnérabilité personnelle (P6 : « La force psychologique des personnes n'est pas forcément la même »), ils évoquent également un rapport au travail caractérisé par un investissement excessif (P14 : « C'est souvent des gens qui s'investissent d'ailleurs beaucoup. ») ainsi qu'une sursollicitation professionnelle (P14 : « Tu es sollicité de tous les côtés, tout est urgent »). Pour le groupe 4, les facteurs explicatifs sont multiples et englobent des facteurs organisationnels : certaines situations ainsi qu'un environnement professionnel insécurisant et incertain peuvent altérer la santé et générer un burn-out (P2 : « Il y a aussi le fait que le marché, une grosse fébrilité sur le marché du travail, qui fait que les gens ont accepté des choses qui ne rentrent pas dans le cadre de leurs fonctions qui peuvent faire éclater les sujets »).

TABLEAU 3

Représentations du burn-out chez les supérieurs immédiats (SI) et types d'accompagnement du RaT

	Groupes de supérieurs immédiats Participants			
	Groupe 1 P1, P5, P10	Groupe 2 P3, P11, P15	Groupe 3 P6, P7, P9, P14	Groupe 4 P2, P12, P16
Type d'accompagnement Représentation Du burn-out	Accompagnement de type laisser-faire	Accompagnement individuel de type affectif	Accompagnement individuel centré sur le travail	Accompagnement collectif inscrit dans la durée
Degré de connaissance du burn-out	méconnaissance ou peu de connaissances	méconnaissance ou peu de connaissances	burn-out rapproché de la dépression	méconnaissance
Représentation person- nelle du burn-out	– inaptitude à un emploi ou au poste de travail – faiblesse person- nelle – point de rupture professionnelle, avec de rares reprises du travail	– faiblesse person- nelle – point de rupture professionnelle, avec de rares reprises du travail	– une faiblesse personnelle – investissement excessif dans le travail – point de rupture professionnel et personnel – maladie occidentale	– incapacité à faire face à certaines situations – pathologie dont on peut guérir à condition de travailler les points de fragilités
Représentation sociale du burn-out	maladie nommée, récente, pas encore prise en compte dans certains milieux professionnels	maladie méconnue, souvent niée	maladie mieux connue, début de prise en compte	maladie reconnue, prise en compte de l'accompagnement du RaT notamment par une politique de prévention des risques psycho- sociaux dans l'entreprise
Représentation de l'arrêt maladie pour burn-out	peut-être abusif	généralement non abusif	généralement non abusif	généralement non abusif
Réaction à l'annonce de l'arrêt maladie pour burn-out	surprise	incompréhension	pas de surprise	non évoqué ou surprise
Causes du burn-out	– facteurs personnels plus que profession- nels – existence d'un conflit générationnel relatif au rapport au travail	interaction personne – environnement professionnel ou sociétal	interaction personne – environnement professionnel ou sociétal	interaction personne fragilisée – environnement professionnel insécurisant

Nous pouvons retenir que la mise en perspective des types de pratiques d'accompagnement du RaT avec les représentations que les SI ont du burn-out va dans le sens de notre hypothèse. Les résultats mettent en avant que les représentations du burn-out des SI permettent d'éclairer l'orientation, la signification et l'efficacité perçue de leurs pratiques d'accompagnement.

Discussion

L'étude présentée s'inscrit dans le sillon des travaux qui montrent que le SI est un acteur clef dans le processus de RaT après un arrêt long de travail (Caron et al., 2018; Corbière et al., 2018; Etuknwa et al., 2019). Elle s'efforce de pallier le manque de travaux qui visent à identifier les pratiques d'accompagnement effectivement mises en œuvre par les SI dans le cadre spécifique du RaT après un burn-out (Kärkkäinen et al., 2018; Karlson et al., 2014). Un des premiers résultats saillants de notre étude est que, d'une façon générale, les pratiques que nous avons distinguées au sein de notre échantillon de SI rejoignent celles définies par Corbière et al. (2017). La variabilité des pratiques montre que si certains SI sont proactifs pour diversifier les modalités d'accompagnement et développer un accompagnement coopératif et intégratif, d'autres semblent plus démunis voire ne se sentent pas concernés par ce rôle d'accompagnateur, et en cela, développent peu de pratiques d'accompagnement au risque d'une mise à l'écart du salarié. Un autre résultat intéressant met en avant la dimension affectivo-émotionnelle qui caractérise les pratiques de certains SI (groupe 2, Accompagnement individuel centré sur l'affect). Cette dimension montre que l'orientation des pratiques d'accompagnement du RaT après un burn-out peut être marquée, chez certains SI, par des projections personnelles qui sont susceptibles de faire émotionnellement écho à leur propre histoire et qui débordent le périmètre de la seule sphère professionnelle. Si le surinvestissement émotionnel et la surresponsabilisation de leur rôle dans la « réussite » du RaT peut constituer un risque pour la santé psychique de ces SI, pour d'autres, tels que ceux du groupe 1, la passivité et la mise en distance de l'accompagnement dont ils font preuve peuvent être interprétées, au-delà d'une méconnaissance des spécificités du burn-out, comme une stratégie défensive déployée pour ne pas interroger les rapports entre travail et risque de burn-out. Ces résultats nous invitent à investiguer dans de futures recherches, les relations, chez les SI, entre leur rapport au travail (Cazals et al., 2022), leurs rapports travail – hors travail (Almudever et al., 2019) et les pratiques d'accompagnement du RaT mises en œuvre.

Concernant les représentations du burn-out, les résultats montrent que certains SI interrogés partagent la représentation sociale dominante que le burn-out est lié à une vulnérabilité personnelle (Courtial et Huteau, 2005; Zawieja et Villette, 2024). Cette interprétation personnalologique est associée à un accompagnement minimal. Par ailleurs,

nos résultats mettent en exergue que le burn-out reste, pour la plupart des SI interrogés, une notion au périmètre flou, souvent amalgamée à la dépression ou à un état dépressif. Le fait qu'il ne soit pas reconnu comme une maladie professionnelle peut renforcer la représentation que le burn-out est la conséquence de problématiques personnelles (faiblesse ou vulnérabilité comme c'est notamment le cas pour les SI qui déploient un « accompagnement de type laisser-faire », groupe 1) plutôt que de facteurs et/ou de dysfonctionnements organisationnels. L'accent mis sur le registre émotionnel et le manque de clarté (« fourre-tout clinique » selon Zawieja et Villette, 2024) peut compromettre l'efficacité des actions d'accompagnement mises en place, générer des risques de stigmatisation des personnes concernées et de déresponsabilisation de l'organisation dans la survenue du burn-out.

Ces résultats nous invitent à explorer plus finement le rôle des représentations sociales du burn-out dans l'accompagnement du RaT en utilisant, en complément des entretiens, des instruments spécifiques pour les appréhender. Une tâche d'association verbale (Vergès, 1992) pourrait par exemple permettre de repérer les signifiants évoqués à partir du mot inducteur « burn-out » ainsi que la valence – négative ou positive – que les SI leur attribuent.

Bien que notre étude exploratoire permette de décrire une variabilité des représentations du burn-out et des pratiques d'accompagnement du RaT mises en œuvre par les SI interrogés, nos résultats méritent toutefois, au regard du faible effectif de notre échantillon, d'être confortés par des études ultérieures. Les SI sont en effet une catégorie de professionnels difficilement accessible tant dans les recherches par questionnaire que par entretien. Afin de constituer un échantillon plus conséquent, il serait nécessaire de déployer diverses stratégies de recrutement des participants (mobilisation des réseaux sociaux professionnels ou d'associations de professionnels par exemple). Par ailleurs, des méthodes mixtes permettraient de recueillir un matériau à analyser plus riche. Une recherche plus ambitieuse pourrait combiner un recueil issu d'entretiens individuels, de focus group composés de SI et d'instruments plus quantitatifs permettant d'évaluer finement la fréquence des pratiques mises en place.

Conclusion

Nous retiendrons de cette étude exploratoire l'intérêt de poursuivre les recherches sur le rôle des SI et plus globalement des différents acteurs

concernés (pairs, professionnels de santé, gestionnaire des ressources humaines...) dans la prise en charge des problématiques de burn-out, que ce soit en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, de maintien ou de retour en emploi. Analyser le rôle de chacun des acteurs ainsi que les leviers d'une coopération efficace entre eux permettrait de se distancier des approches personnologiques du burn-out.

Bien qu'exploratoire, notre étude souligne la nécessité d'intervenir auprès des organisations de travail pour développer la formation sur la santé mentale et améliorer l'efficacité des pratiques d'accompagnement dans le processus délicat du RaT après un burn-out. Ces interventions peuvent prendre la forme de formations proposées aux SI pour les aider à mieux comprendre le burn-out, ses causes ainsi que ses conséquences sur le RaT. Notre étude pointe également la nécessité de sensibiliser les SI à la dimension affectivo-émotionnelle inhérente à la relation d'accompagnement.

Au regard des préoccupations politiques actuelles en matière de santé mentale⁸, il est du ressort des psychologues du travail d'intervenir auprès des entreprises pour coconstruire avec elles et institutionnaliser des procédures et des dispositifs collaboratifs d'accompagnement du RaT. Ces interventions contribueront à réduire les risques de stigmatisation et de vulnérabilité des personnes qui reviennent au travail après une problématique de santé psychique.

RÉFÉRENCES

- Almudever, B., Martin, A. et Croity-Belz, S. (2019). Rapports travail/hors travail. Dans Valléry, G., Bobillier-Chaumon, M., Brangier, É. et Dubois, M. (dir.), *Psychologie du Travail et des Organisations: 110 notions clés* – 2e éd. (2e éd., p. 361 -364). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.valle.2019.01.0361>.
- ANACT, INRS, ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social (2015, novembre). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out. Mieux comprendre pour mieux agir. Guide d'aide à la prévention*. Consulté le 7 novembre 2024. <https://travail-emploi.gouv.fr/le-syndrome-depuisement-professionnel-ou-burnout-mieux-comprendre-pour-mieux-agir>
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>.
- Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D. et Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of health psychology*, 18(6), 782-787. <https://doi.org/10.1177/1359105313481079>

8. En France, la santé mentale est actée comme Grande cause nationale pour l'année 2025. <https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-en-2025>

- Cazals, M., Le Blanc, A. et Martin, C. (2022). Chapitre 7. Les rapports au travail et à la carrière des jeunes « Z » Dans Lagabriele, C. et Croity-Belz, S. (dir.), *Psychologie et carrières Modèles, concepts et analyses de la psychologie du travail et des organisations*. (p. 123 -138). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lagab.2022.01.0123>.
- Caron, M., Durand, M. J. et Tremblay, D. (2018). Perceptions of Breast Cancer Survivors on the Supporting Practices of Their Supervisors in the Return-to-Work Process: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of occupational rehabilitation*, 28(1), 89-96. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9698-x>
- Corbière, M., Lecomte, T., Lachance, J.-P., Coutu, M.-F., Negrini, A. et Laberon, S. (2017). Stratégies de retour au travail d'employés ayant fait l'expérience d'une dépression: perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 173-196. <https://doi.org/10.7202/1041922ar>
- Corbière, M., Coutu, M.-F., Bergeron, G., Samson, E., Negrini, A., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2018). Employee perceptions about factors influencing their return to work after a sick leave due to depression. *Journal of Rehabilitation*. 84(3), 3-13
- Corbière, M., Willems, L., Guay, S., Panaccio, A., Lecomte, T. et Mazaniello-Chézol, M. (2021). Développement et tests utilisateurs de l'application Web PRATICAdr: Plateforme de Retour Au Travail axée sur les Interactions et la Communication entre les Acteurs, intégrant un programme Durable favorisant le Rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 46(1), 175-202. <https://doi.org/10.7202/1081515ar>
- Courtial, J. et Huteau, S. (2005). Le burn-out des infirmières en psychiatrie: de la recherche à l'hôpital Nurses experiencing burn-out in psychiatry: from research to the hospital setting. *Santé Publique*, Vol. 17(3), 385-402. <https://doi.org/10.3917/spub.053.0385>.
- De Beer, L. T., van der Vaart, L., Escaffi-Schwarz, M., De Witte, H. et Schaufeli, W. B. (2024). Maslach Burnout Inventory-General survey: A systematic review and meta-analysis of measurement properties. *European Journal of Psychological Assessment*, 40(5), 360-375. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000797>
- Delaye, R. et Boudrandi, S. (2010). L'épuisement professionnel chez le manager de proximité: le rôle régulateur de l'entreprise dans la prévention du burn-out. *Management & Avenir*, 32(2), 254-269. <https://doi.org/10.3917/mav.032.0254>.
- Etuknwa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Iweins, C. (2020). *Détecter et prévenir le burn-out. Facteurs de risque, évaluation et prévention en entreprise*. Mardaga Supérieur.
- Kärkkäinen, R., Kinni, R.-L., Saaranen, T. et Räsänen, K. (2018). Supervisors managing sickness absence and supporting return to work of employees with burnout: A membership categorization analysis. *Cogent Psychology*, 5, Article 1551472. <https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1551472>
- Karlson, B., Jönsson, P. et Österberg, K. (2014). Long-term stability of return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick leave for burnout. *BMC Public Health*, 14, 821-830. doi:10.1186/1471-2458-14-821
- Koutsimani, P., Montgomery, A. et Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 10, 284. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>

- Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail: L'exemple du burn-out des infirmières hospitalières. *Travail et Emploi*, 94, 65-74. fhalshs-00362571
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C. (2001). Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- Moss J. (2021). *The Burnout Epidemic: The Rise of Chronic Stress and How We Can Fix It*. Harvard Business Press.
- Tremblay, C. (2001). Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. doi: 10.2165/00115677-200109070-00001
- Godon-Rensonnet, A.S. (2024). *Baromètre Absentéisme 2023: vers un nouveau record*. Malakoff Humanis. Consulté le 5 décembre 2024 sur <https://www.malakoffhumanis.com/groupe/lecomptoir/record-absenteisme/>
- Maslach C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice Hall.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. et Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C. et Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Samama C. (2013). *Manager dans un monde sans visibilité, cinq nouveaux défis à relever*. Pearson.
- Organisation Mondiale de la Santé (2024). *La santé mentale au travail*. Organisation Mondiale de la Santé. Consulté le 5 décembre 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 405, 203-209.
- Zawieja, P. et Villette, J. (2024). Burn-out: sujet inflammable. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 76(9), 60-62. <https://doi.org/10.3917/gdsh.076.0060>

Retour au travail durable : quel leadership et quelles pratiques soutenantes du manager et de l'employeur ?

Donatienne Desmette^a

Marc Corbière^b

RÉSUMÉ ■ Objectifs La littérature souligne le rôle du supérieur immédiat (manager) dans la réussite du retour au travail (RaT) après une absence liée à un trouble mental courant (p. ex. troubles anxio-dépressifs). Cependant, peu d'études se sont penchées sur l'influence spécifique du style de leadership dans ce contexte, limitant ainsi les connaissances susceptibles d'éclairer les comportements efficaces en milieu organisationnel pour une reprise professionnelle durable. Cet article vise à examiner le rôle du leadership et des pratiques de soutien développées par les managers et les employeurs dans le cadre du RaT. Deux études sont présentées. La 1^{re} analyse l'influence du style de leadership (transformationnel vs autoritaire) et du soutien organisationnel perçu sur le maintien en emploi des employés après leur RaT. La 2^e étude examine dans quelle mesure les managers et les employeurs perçoivent leur capacité à mettre en œuvre des pratiques reconnues dans la littérature comme favorisant un RaT durable.

Méthode Dans l'Étude 1, 84 employés de RaT après une absence prolongée ont répondu à un questionnaire en ligne (Qualtrics). Parmi eux, 70 % avaient été absents en raison d'un trouble mental courant (TMC). L'Étude 2, de portée internationale, a recueilli les réponses de 30 employeurs et responsables des ressources humaines ainsi que de 28 managers à un questionnaire en ligne (LimeSurvey). Celui-ci portait sur les pratiques de RaT d'employés en arrêt maladie pour un TMC, couvrant toute la séquence du RaT.

a. Université de Louvain, Institut de recherche en sciences psychologiques.

b. Université du Québec à Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Résultats Étude 1: une régression multiple met en évidence que le leadership transformationnel joue un rôle significatif dans la réduction du burn-out et de l'intention de quitter son emploi, contrairement au leadership autoritaire, tout en renforçant la perception du soutien organisationnel. Étude 2: les analyses descriptives indiquent que les employeurs et responsables des ressources humaines ont plus de facilité à communiquer les règles aux divers acteurs du RaT de l'organisation. En revanche, ces personnes se montrent moins à l'aise lorsqu'il s'agit de soutenir les managers dans l'implantation des aménagements de travail destinés aux employés concernés. Du côté des managers, il ressort qu'ils se sentent capables d'instaurer des mesures favorisant le RaT durable du membre de l'équipe. Toutefois, ils se sentent moins à l'aise d'adopter les pratiques de RaT pendant l'arrêt maladie du collaborateur, ainsi qu'à mettre en œuvre les mesures préventives des rechutes.

Conclusion Ces 2 études mettent en évidence l'importance des attitudes soutenant dans le maintien au travail et identifient les zones de difficulté rencontrées par les managers. La discussion présente des perspectives de recherche ainsi que des recommandations pour mieux accompagner les managers, les employeurs et responsables des ressources humaines, en s'appuyant sur les écrits internationaux.

MOTS CLÉS ■ retour au travail durable, leadership, managers, employeurs, sentiment d'autoefficacité

Sustainable Return to Work: What Leadership and Supportive Practices from Managers and Employers?

ABSTRACT ■ Objectives The literature highlights the role of the manager in the successful return to work (RTW) after an absence due to common mental disorders (e.g., depressive disorders). However, few studies have specifically examined the influence of leadership style in this context, thus limiting the knowledge that could inform effective behaviors in organizational settings for sustainable RTW. This paper aims to examine the role of leadership and support practices developed by managers and employers in the context of RTW. Two studies are presented. The first study analyzes the influence of leadership style (transformational vs. authoritarian) and perceived organizational support on employees' retention after their RTW. The second study examines the extent to which managers and employers perceive their ability to implement practices recognized in the literature as promoting sustainable RTW.

Method. In Study 1, 84 employees who had returned to work after a long-term sickness responded to an online questionnaire (Qualtrics). Among them, 70% were on sick leave due to a common mental disorder (CMD). In Study 2, which was international in scope, 30 employers and human resources managers and 28 managers responded to an online questionnaire (LimeSurvey). This question-

naire focused on RTW practices for employees on sick leave due to a CMD, covering the entire RTW sequence.

Results. Study 1: Multiple regression analysis highlights that transformational leadership plays a significant role in reducing burnout and the intention to leave the job, unlike authoritarian leadership, while enhancing the perception of organizational support. Furthermore, the mediating role of SOP and burnout in the effect of transformational leadership on the intention to leave has been demonstrated. Study 2: Descriptive analyses indicate that employers and human resources managers find it easier to communicate rules to the various RTW stakeholders within the organization. However, their self-efficacy is lower when it comes to supporting managers in implementing work accommodations for the affected employees. With respect to managers, they feel capable of establishing measures that promote the sustainable RTW of team members. However, they find it more challenging to adopt RTW practices during the employee's sick leave and to implement preventive measures for relapses.

Conclusion. These two studies highlight the importance of supportive attitudes in job retention and identify areas of difficulty encountered by managers. The discussion presents research perspectives and recommendations to better support managers, employers, and human resources managers.

KEYWORDS ■ sustainable return to work, leadership, managers, employers, self-efficacy

1. Introduction

Dans leur grande majorité, les études portant sur le retour au travail (RaT) après un arrêt maladie se sont consacrées à l'analyse des facteurs qui facilitent ou entravent la reprise du travail d'une part, au moment du diagnostic et de l'absence qui s'ensuit, et d'autre part lorsque le travailleur initie le processus de la reprise professionnelle (Gagnano et al., 2021 ; Villotti et al., 2021, 2024). Ces études ont, par contre, accordé moins d'attention à la phase qui prend place lorsque le RaT est effectif (Kensbock et Boehm, 2016). Or, force est de constater que le travail durable reste un défi pour les travailleurs qui reviennent après un arrêt maladie de longue durée en raison de troubles mentaux courants (TMC) tels que les troubles anxio-dépressifs (Nielsen et Yarker, 2023).

Le supérieur immédiat, ou manager de proximité, joue à cet égard un rôle central, par le soutien qu'il apporte au travailleur dans son processus de reprise du travail (Corbière et al., 2020 ; Etuknwa et al., 2020 ; Gagnano et al., 2018). C'est ainsi que les comportements visant à faciliter le RaT, tels que la prise de contact pendant l'absence et la

planification d'un retour progressif, prédisent un retour plus probable à l'emploi (Negrini et al., 2018) et des niveaux de satisfaction dans l'emploi et de bien-être plus élevés 6 mois après la reprise du travail (Munir et al., 2012). Peu d'études se sont toutefois intéressées aux aspects liés au leadership dans le RaT (Kuoppala et al., 2008), alors même que ceux-ci peuvent apporter les connaissances qui manquent aux managers de proximité pour mettre en œuvre les comportements appropriés (Kensbock et Boehm, 2016).

Cet article a 3 objectifs. Tout d'abord, il vise à analyser les processus favorisant le maintien en emploi de travailleurs ayant repris le travail après une absence de longue durée pour maladie, en mettant l'accent sur le bien-être au travail et sur les ressources disponibles (Barisi, 2011; Villotti et al., 2024). Ensuite, dans cette perspective, il investigate plus précisément le rôle du leadership dans le maintien en emploi durable, en examinant comment un leadership autoritaire vs transformationnel favorise ou au contraire réduit l'épuisement professionnel (burn-out) et l'intention de quitter, à travers la perception de soutien organisationnel (Étude 1). Enfin, il s'agira d'étudier, à travers une enquête internationale, dans quelle mesure les managers de proximité et les employeurs ou cadres des ressources humaines (RH) se sentent capables de mettre en œuvre des pratiques reconnues dans la littérature comme contribuant de manière significative au RaT durable après un arrêt maladie liée à un TMC (Étude 2).

Ce faisant, cet article contribue de manière originale à la littérature sur le RaT en éclairant le rôle de ressources (style de leadership et sentiment d'autoefficacité) liées aux acteurs de l'organisation (manager et employeurs/cadres RH) dans le RaT durable. En effet, si l'analyse des actions mises en œuvre dans le cadre du RaT est souvent réalisée pour les employés eux-mêmes (Corbière et al., 2017a, 2024; Lagerveld et al., 2010; Leblond et al., sous presse), force est de constater qu'elle reste lacunaire pour les autres acteurs.

2. Revue de la littérature

2.1. Styles de leadership et santé au travail

Bien que les définitions varient, un certain consensus se dégage pour identifier le leadership comme renvoyant aux comportements par lesquels un individu influence les membres de son équipe pour atteindre

des buts communs et stimuler la performance individuelle et collective (Do et Mai, 2020).

Ce leadership s'exerce de différentes manières, allant du leadership le plus minimal (laissez-faire leadership) au leadership autoritaire, voire abusif (leadership destructeur) en passant, pour les plus amplement étudiés, par des styles de leadership basés sur la récompense des objectifs atteints (leadership transactionnel), une vision partagée (leader transformationnel), ou encore la relation individualisée au sein de la dyade supérieur-subordonné (LMX, *Leader-Member Exchange*) (Legood et al., 2021 ; Montano et al., 2023). La littérature a démontré à profusion les effets du leadership sur les employés, les études se centrant toutefois principalement sur la performance au détriment des questions liées à la santé et au bien-être (Montano et al., 2023). Notre recherche vise à apporter des éléments de réponse sur ce plan, en analysant plus spécifiquement le rôle du leadership autoritaire et du leadership transformationnel dans le burn-out et ses conséquences sur le retour durable après un arrêt maladie. En effet, le leadership autoritaire et le leadership transformationnel, qui est considéré par certains comme une extension du leadership transactionnel (Avolio et al., 1999), figurent parmi les styles de leadership les plus étudiés (Skakon et al., 2010). Leurs effets sur le bien-être peuvent également être assez clairement distingués (Montano et al., 2017, 2023).

Le leadership autoritaire ou autocratique, qui reflète un management orienté sur la tâche, se caractérise par la prise de décision unilatérale et une focalisation sur les objectifs de performance plutôt que sur le bien-être des collaborateurs. Ces derniers sont maintenus à une certaine distance et motivés par des mesures coercitives, comme des menaces, plutôt que par des incitations positives (Bedi, 2020 ; Harms et al., 2018 ; Rast III et al., 2013). En d'autres termes, les managers autoritaires, qui contrôlent l'entièreté du processus de décision, attendent de leurs employés qu'ils se conforment strictement à leurs directives sur le lieu de travail, sous peine de sanction. Les relations qu'ils entretiennent avec leurs collaborateurs sont de faible qualité. Ce type de leadership diminue la satisfaction dans l'emploi, renforce le désengagement psychologique et l'intention de turnover, et accroît le risque de burn-out (Bedi, 2020 ; Montano et al., 2017, 2023 ; Skakon et al., 2010). Certaines études mettent cependant en évidence que le leadership autoritaire peut être apprécié des subordonnés lorsque le niveau d'incertitude personnel ou dans l'environnement est élevé (Harms et al., 2018 ; Nielsen et al., 2016 ; Rast III et al., 2013). On ne

peut dès lors exclure que le leadership autoritaire exerce certains effets positifs dans le cadre du RaT après un arrêt maladie, les travailleurs concernés ayant souvent un sentiment d'autoefficacité plus faible, qui rend leur rapport à leur environnement de travail plus incertain (Lagerveld et al., 2010).

Le leadership transformationnel ou inspirant est, quant à lui, défini par un style de gestion charismatique, qui transmet une vision organisationnelle tout en visant le développement des employés, ceux-ci bénéficiant d'un soutien et de responsabilités accrues (Avolio et al., 1999; Carless et al., 2000). En d'autres termes, les leaders transformationnels communiquent et incarnent les valeurs de l'entreprise (c.-à-d. la motivation inspirante). Au nom de la mission de l'entreprise, ils servent de modèles (c.-à-d. l'influence idéalisée) et stimulent leurs collaborateurs intellectuellement et les encouragent à être créatifs (c.-à-d. la stimulation intellectuelle). Enfin, ils sont attentifs aux besoins individuels des employés et leur fournissent un encadrement personnalisé (c.-à-d. la considération individuelle). La littérature met en évidence que le leadership transformationnel est négativement associé au burn-out et positivement associé à la satisfaction au travail (Montano et al., 2017, 2023; Skakon et al., 2010).

En dépit du rôle majeur joué par le manager dans le RaT après une absence maladie (Corbière et al., 2020; Etuknwa et al., 2020), peu d'études se sont attachées à comprendre le rôle du leadership dans le retour durable et les processus qui le sous-tendent. Parmi celles-ci, analysant l'influence du leadership transformationnel au sein d'une population de travailleurs en situation de handicap et ayant des problèmes de santé, Kensbock et Boehm (2016) mettent en évidence que le leadership transformationnel est associé à moins d'épuisement professionnel et à une meilleure performance grâce à un renforcement de l'estime de soi organisationnelle de ces travailleurs.

D'autres études se sont attachées à comprendre les processus expliquant les effets du leadership sur la santé et les comportements des employés et ont mis en évidence le rôle de la qualité des relations entre le supérieur immédiat et ses collaborateurs (Bedi, 2021), de la confiance dans le supérieur immédiat (Legood et al., 2021; Montana et al., 2017) et du soutien perçu de l'organisation dans son ensemble (Rhoades et Eisenberger, 2002).

2.2. Le soutien organisationnel perçu

Le soutien organisationnel perçu (POS, *Perceived Organisationnel Support*) correspond à la mesure dans laquelle les employés perçoivent que leur organisation valorise leurs contributions et manifeste une réelle préoccupation pour leur bien-être (Eisenberger et al., 1986). La littérature met en évidence que le POS est positivement associé au bien-être (p. ex. moins de stress et de burn-out), à la satisfaction au travail (Hochwarter et al., 2003), à l'implication et à la performance dans celui-ci (Marique et al., 2013), et qu'il est négativement associé aux intentions de quitter son emploi (Kurtessis et al., 2017 ; Rhoades et Eisenberger, 2002). Différentes études mettent par ailleurs en évidence le rôle médiateur du POS dans les effets du style de leadership sur le burn-out (Lamprinou et al., 2021) ou l'intention de quitter (DeConinck et al., 2018). En d'autres termes, c'est en donnant à son subordonné le sentiment que l'organisation dans son ensemble le soutient et le valorise, que le style de leadership renforce le bien-être du travailleur. Par exemple, Lamprinou et ses collègues (2021) montrent qu'un leader servant (c.-à-d. qui place les intérêts et besoins de ses employés au-dessus des siens, Barbuto et Wheeler, 2006) réduit le burn-out de ses employés en renforçant leur POS.

Interrogeant des travailleurs en situation de handicap physique et mental, Alcover et al. (2018) ont mis en évidence que le POS est négativement associé à l'épuisement émotionnel de ces travailleurs, soulignant par-là l'importance d'étudier le rôle joué par le POS dans le maintien en emploi de travailleurs plus vulnérables. Cependant, à ce jour, les études investiguant le rôle du POS dans le processus du RaT après une absence pour maladie restent rares. On soulignera par ailleurs que le burn-out est lui-même un prédicteur majeur de l'intention de quitter son emploi (Madigan et Kim., 2021), et un médiateur significatif de l'effet de conditions de travail défavorables sur l'intention de quitter (Jyoti et Rani, 2019).

2.3. Sentiment d'autoefficacité et pratiques soutenant le retour au travail

Si les pratiques soutenant efficacement le RaT sont connues, on en sait moins, par contre, sur le sentiment d'autoefficacité des personnes lorsqu'elles sont confrontées à leur mise en œuvre (Corbière et al., 2020). Le sentiment d'autoefficacité (Bandura, 1977) réfère à la croyance en sa propre capacité à réaliser un comportement spécifique, en l'occurrence la confiance de chaque acteur dans sa capacité à accomplir les

actions nécessaires pour favoriser un RaT réussi pour l'employé en arrêt maladie.

De nombreuses études attestent du fait que le sentiment d'auto-efficacité prédit le comportement effectif et la réussite dans la tâche. Par exemple, les travailleurs en arrêt maladie, quelle que soit la nature de leur problème de santé, et qui ont confiance dans leur capacité à gérer efficacement les demandes du travail lors de leur RaT, reprennent plus rapidement après une absence pour maladie (Corbière et al., 2017b; Gragnano et al., 2023; Lagerveld et al., 2016). L'analyse des actions mises en œuvre dans le RaT et de leur efficacité est souvent réalisée pour les employés eux-mêmes (Corbière et al., 2024; Lagerveld et al., 2010); elle reste toutefois lacunaire pour les autres acteurs. Or, étudier le sentiment d'auto-efficacité des acteurs du management dans la mise en œuvre de pratiques soutenant le RaT est indispensable pour identifier les pratiques les plus susceptibles d'être effectivement appliquées, et celles qui peuvent constituer un écueil, car perçues comme non maîtrisées.

Il est désormais établi que le processus de RaT après un TMC ou un trouble musculosquelettique est séquencé en 3 phases principales (Corbière et al., 2017a; Tjulin et al., 2010), définies comme: Phase 1 – Début de l'absence maladie et implication de l'équipe de gestion d'invalidité; Phase 2 – Implication des professionnels de santé dans le traitement et le rétablissement de l'employé et préparation du RaT; Phase 3 – RaT durable et suivi (Corbière et al., 2022b). Les 2 premières phases se déroulent durant l'arrêt maladie, tandis que la 3^e concerne le RaT, incluant le retour progressif.

Bien que cette séquence en 3 phases soit adaptée aux besoins de chaque employé, des étapes clés balisent chacune d'elles. L'étape initiale de la phase 1 consiste à annoncer l'arrêt maladie, avant un premier contact entre le professionnel de santé et l'employé. Lors de la phase 2, l'identification des facteurs de risque et de protection ouvre la voie à une intervention de réadaptation, lorsque c'est nécessaire, en établissant dans ce cas le programme d'intervention et les suivis à réaliser. Enfin, en phase 3, le retour progressif de l'employé est encouragé et à l'issue de cette période, il y a une reprise complète des tâches selon le contrat de travail. Un suivi régulier de la santé, du rétablissement et du fonctionnement au travail de l'employé est alors recommandé pour prévenir les rechutes.

La revue de la littérature de Corbière et al. (2020) met en évidence que 2 acteurs jouent un rôle essentiel à chacune de ces phases au sein de

l'organisation: les employeurs/cadres RH et le manager de proximité. Le premier a pour rôle de comprendre la fonction et l'importance des aménagements de travail de poste et d'informer les managers de proximité sur leur implantation potentielle dans chaque département. Le manager de proximité peut, quant à lui, organiser des réunions de suivi du climat de travail (p. ex. charge de travail, communication, relations interpersonnelles) et préparer l'équipe à soutenir le collaborateur dans son processus de retour en lui fournissant les ressources matérielles et humaines nécessaires.

Objectifs et hypothèses

Deux études sont réalisées dans l'objectif d'une part d'analyser les effets du style de leadership et du POS chez les travailleurs sur le RaT durable (Étude 1) et d'autre part de décrire le sentiment d'autoefficacité dans la mise en œuvre des pratiques d'accompagnement du retour en entreprise (Étude 2). La 1^{re} étude investigate le rôle du style de leadership dans le RaT durable en posant l'hypothèse que le leadership transformationnel, au contraire du leadership autoritaire, est positivement associé au RaT durable via ses liens positifs avec le soutien organisationnel perçu, celui-ci étant négativement associé au burn-out et par conséquent à l'intention de turnover. La 2^e étude analyse le sentiment d'autoefficacité des managers et employeurs/cadres RH dans la mise en œuvre des pratiques identifiées comme favorisant le RaT durable, dans l'objectif d'identifier les pratiques qui sont perçues comme maîtrisées et celles qui devraient être renforcées.

Ces 2 études concernent les processus et pratiques relatives au RaT (c.-à-d. concernant les employés qui ont conservé un lien contractuel avec leur organisation pendant leur absence maladie).

3. Étude 1

3.1. Méthodologie

3.1.1. Procédure et participants

L'étude a été réalisée auprès de travailleurs ayant repris le travail après un arrêt maladie. Les participants sont des bénéficiaires de la mutualité partenaire de la recherche, qui ont été invités à participer à l'étude via le journal et la newsletter de l'organisme, ainsi que des travailleurs tout-venant répondant aux critères d'inclusion, à savoir avoir été absents

pour raison de maladie et être de RaT¹. La collecte de données a été effectuée en Belgique d'avril à fin juillet 2023 par le biais d'un questionnaire en ligne (logiciel Qualtrics). Les données ont été recueillies dans le cadre d'un mémoire de master en sciences psychologiques. L'étude a été menée dans le respect des normes éthiques en vigueur en sciences psychologiques (British Psychological Society: Guidelines for minimum standards of ethical approval in psychological research).

Des 120 participants qui ont commencé l'enquête, 84 travailleurs (70,0 %) constituent l'échantillon final². L'échantillon est majoritairement féminin ($n = 65$; 77,4 %). Les participants ont en moyenne 49,2 ans ($E-T = 11,1$), possèdent un diplôme d'études supérieures (bac minimum: 81,5 %), travaillent comme employés ou fonctionnaires (90,5 %), à temps plein (42,7 %) ou à temps partiel (majoritairement à mi-temps, 41,5 %), dans le secteur public (43,4 %) et privé (56,6 %), avec un contrat à durée indéterminée (90,5 %). La majorité des participants travaillent dans la même entreprise qu'avant leur absence pour maladie (81 %), et avec le même supérieur (64,3 %). La raison dominante de l'absence était un trouble mental pour 70,2 % des participants et un trouble physique pour 29,8 % d'entre eux. La durée de l'absence a été inférieure ou égale à 6 mois pour 45,2 % des participants, de 7 à moins de 12 mois pour 16,7 %, et de 12 mois et plus pour 38,1 % de ceux-ci. La durée du retour est de maximum 2 mois pour 32 % des participants et d'un an et plus pour 42,9 % d'entre eux, le reste (25,1 %) ayant repris le travail depuis 3 mois et au maximum 11 mois.

3.1.2. Matériel

Excepté pour les variables contrôles pour lesquelles les questions étaient à choix multiples, les participants répondaient sur une échelle Likert allant de 1 « jamais » à 7 « toujours ». Lorsque nécessaire, les échelles ont été traduites de l'anglais vers le français et inversement suivant la procédure recommandée par Brislin (1970). Tous les items sont adaptés en écriture inclusive.

-
1. Les travailleurs tout-venant ont été contactés par le biais des réseaux sociaux de l'étudiante impliquée dans l'étude. Le questionnaire ne permet pas de distinguer l'origine des participants (tout-venant/membres de la mutuelle partenaire de la recherche).
 2. N'ont pas été prises en compte les personnes qui ont simplement cliqué sur le lien de l'enquête et ont quitté celle-ci de manière précoce, ainsi que les personnes qui n'avaient pas le statut de travailleurs (p. ex. les personnes étudiantes).

Leadership

Le leadership transformationnel est mesuré grâce à l'échelle en 7 items de Carless et al. (2000), incluant des items comme « Mon.ma supérieur.e communique une vision claire et positive de l'avenir » et « Mon.ma supérieur.e favorise la confiance, l'implication et la coopération entre les membres de l'équipe ». L'alpha de Cronbach est de ,93.

Le leadership autoritaire est mesuré avec les 9 items de la sous-dimension correspondante de l'échelle du leadership paternaliste de Cheng et al. (2004), qui comporte des items comme « Mon.ma supérieur.e se comporte toujours de manière autoritaire devant les employés » et « Mon.ma supérieur.e prend toutes les décisions dans l'entreprise, qu'elles soient importantes ou non. » L'alpha de Cronbach est de ,95.

Soutien organisationnel perçu (SOP)

Le SOP est mesuré grâce à l'échelle en 8 items de Eisenberger et al. (1986), incluant des items comme « Mon organisation se soucie vraiment de mon bien-être » et « Mon organisation est fière de mes accomplissements au travail. » L'alpha de Cronbach est de ,95.

Burn-out

Le burn-out est mesuré grâce à la version courte en 12 items du BAT de Schaufeli et al. (2020) mesurant l'épuisement (p. ex. « Au travail, je me sens épuisé.e mentalement »), la distanciation (p. ex. « J'ai du mal à être enthousiaste à propos de mon travail »), l'altération cognitive (p. ex. « Au travail, j'ai du mal à rester attentif.ve ») et l'altération émotionnelle (p. ex. « Au travail, il m'arrive de réagir avec excès sans en avoir l'intention »). L'alpha de Cronbach est de ,93.

Intention de quitter

L'intention de quitter est mesurée par l'échelle de Price (1997) adaptée par Iweins et al. (2013) et incluant des items comme « Malgré les engagements que j'ai vis-à-vis de mon organisation, je voudrais quitter mon organisation aussi vite que possible ». L'alpha de Cronbach est de ,94.

Variables contrôles

Différentes variables contrôles sont significativement associées au SOP et au burn-out. C'est ainsi que le SOP est plus faible chez les travailleurs plus âgés (âge: $r = -,311$, $p = ,004$), et plus élevé chez les travailleurs du secteur privé (secteur: $r = ,240$, $p = ,03$) et qui ont changé de supérieur immédiat (supérieur: $r = ,222$, $p = ,04$). Le burn-out est plus faible chez

les travailleurs plus diplômés (diplôme: $r = -,229, p = ,04$), dont la durée du RaT est inférieure à un an³ ($r = -,300, p = ,006$); il est également plus faible lorsque le temps de travail est plus élevé ($r = -,250, p = ,02$)⁴ (voir Tableau 1). Aucune variable n'est liée significativement à l'intention de quitter. Conformément aux recommandations de Becker (2005), les analyses ont été effectuées 2 fois, c'est-à-dire avec et sans ces variables contrôles. Les résultats étant similaires d'une analyse à l'autre, les résultats présentés ci-dessous sont basés sur les analyses sans les variables contrôles.

3.2. Résultats

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 28. Dans une première étape, les données ont été analysées par le biais de corrélations et de régressions linéaires multiples. Une analyse de médiation a ensuite été réalisée à l'aide de la macro PROCESS v4.2 (modèle 6) de Hayes (2013), avec une procédure de *bootstrap* à 5000 itérations pour tester les effets indirects.

3.2.1. Des effets en miroir avec une prédominance du leadership transformationnel

L'analyse des corrélations met en évidence un pattern en miroir: le leadership transformationnel est corrélé positivement au SOP ($r = ,723, p < ,001$), et négativement au burn-out ($r = -,448, p < ,001$) et à l'intention de quitter ($r = -,520, p < ,001$), tandis que le leadership autoritaire est corrélé négativement au SOP ($r = -,553, p < ,001$), et positivement au burn-out ($r = ,429, p < ,001$) et à l'intention de quitter ($r = ,432, p < ,001$) (voir Tableau 1).

Des analyses de régressions multiples mettent cependant en évidence que, lorsque les 2 types de leadership sont entrés simultanément, seul le leadership transformationnel prédit significativement le SOP ($\beta = ,635, p < ,001$), le burn-out ($\beta = -,291, p = ,03$), et l'intention de quitter ($\beta = -,416, p < ,001$), les relations entre le leadership autoritaire et ces variables étant quant à elles non significatives (respectivement $\beta = ,135, p = ,21$; $\beta = ,236, p = ,07$; $\beta = ,157, p = ,21$).

-
3. Une erreur lors de l'élaboration du questionnaire limite la mesure supérieure du temps d'absence et de retour la plus élevée à 1 an. Nous avons dès lors pour les besoins de l'analyse recatégorisé ces variables en 2 modalités, à savoir moins d'un an et 1 an et plus.
 4. Cette corrélation négative pourrait être expliquée par le fait que les travailleurs à temps partiel bénéficient dans certains cas d'une réduction du temps de travail en raison de leur état de santé c.-à-d. « un mi-temps médical ».

TABLEAU 1
Statistiques descriptives et corrélations intervariables

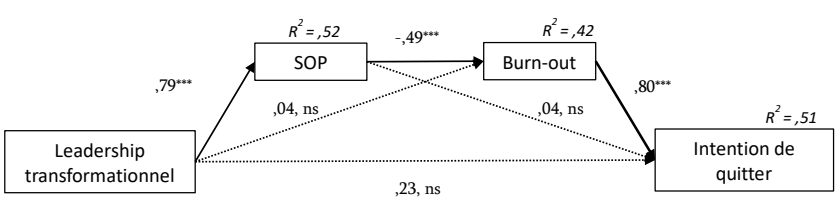
	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Genre	1,77	0,42	/												
2. Age	49,18	11,12	-,191	/											
3. diplôme	4,33	1,00	,153	-,238*	/										
4. Type de trouble	1,30	0,46	-,208†	,146	-,009	/									
5. Durée absence	1,36	0,48	,106	,045	-,025	-,050	/								
6. Durée retour	1,43	0,50	-,049	,201†	,194†	,068	-,043	/							
7. Secteur	1,57	0,49	,044	-,321**	,247*	-,061	-,022	,009	/						
8. Temps de travail	2,01	0,92	-,339**	,060	,077	,164	-,204†	,257*	-,015	/					
9. Même supérieur	1,36	0,48	,284**	-,101	,075	-,268*	,015	,108	-,050	-,122	/				
10. LT	3,67	1,52	,010	-,251*	,264*	-,037	,001	,090	,286**	-,059	,188†	/			
11. LA	3,66	1,63	-,149	,235*	-,236*	,213†	-,160	-,157	-,091	,104	-,209†	-,661***	/		
12. SOP	3,59	1,67	,076	-,311**	,121	,136	,055	,192†	,240*	,112	,222*	,723***	-,553***	/	
13. BO	3,56	1,17	,029	,182	-,229*	-,213†	,137	-,300**	,052	-,236*	-,155	-,448***	,429***	-,651***	/
14. Quit	3,70	2,05	,088	,113	,113	-,182	,014	-,204†	-,040	-,133	-,214†	-,520***	,432***	-,620***	,662***

Note. Genre codé 1 = homme, 2 = femme; âge variable continue; diplôme codé 1 = certificat d'étude de base, 2 = certificat de qualification, 3 = certificat d'enseignement secondaire, 4 = bachelier, 5 = master, 6 = doctorat; type de trouble: 1 = trouble mental, 2 = trouble physique; durée absence et durée retour codées 1 = moins d'un an, 2 = un an et plus; secteur codé 1 = public, 2 = privé; temps de travail codé 1 = jusqu'à 50%, 2 = ¼ ou 4/5, 3 = 100%; même supérieur codé: 1 = oui, 2 = non. Leadership transformationnel (LT), Leadership autoritaire (LA), Soutien organisationnel perçu (SOP), Burn-out (BO), Intention de quitter (Quit): likert de 1 à 7. *** $p < ,001$; ** $p < ,01$; * $p < ,05$; † $p < ,10$

3.2.2. Le rôle médiateur du SOP et du burn-out dans le retour durable au travail

Étant donné le résultat de la régression linéaire multiple, le test de l'hypothèse de médiation prend en compte uniquement le leadership transformationnel. L'analyse révèle que l'effet du leadership transformationnel sur l'intention de quitter s'exerce par une double médiation en série, les effets indirects étant significatifs (indice = $-.30$, $SE = 0,08$, $BCa95\%CI = [-0,48; -0,16]$) : le leadership transformationnel est en effet positivement associé au SOP ($b = ,79$, $p < ,001$, $IC95\% = [0,62; 0,96]$), qui est lui-même négativement associé au burn-out ($b = -,49$, $p < ,001$, $IC95\% = [-0,65; -0,31]$), celui-ci étant positivement associé à l'intention de quitter ($b = ,80$, $p < ,001$, $IC95\% = [0,44; 1,15]$). Toutes les autres relations sont non significatives (tous $p > .10$). La Figure 1 présente les résultats de l'analyse de médiation.

FIGURE 1
Analyse de la double médiation en série (modèle 6 de Hayes, 2013)



4. Étude 2

4.1 Méthodologie

4.1.1. Procédure et participants

L'enquête en ligne menée par les membres de l'axe recherche de la communauté de pratiques internationale en santé mentale et travail (CoP-SMT) visait à : 1) documenter dans plusieurs contextes francophones (Belgique, France, Luxembourg, Suisse et Québec) le sentiment d'autoefficacité des acteurs du RaT concernant des actions relatives au RaT; 2) créer une cartographie des collaborations des acteurs du RaT et de la réinsertion au travail; 3) documenter les représentations sociales des acteurs du retour et de la réinsertion au travail à l'endroit des personnes en processus de réintégration au travail à la suite d'une

absence liée à un trouble psychique/mental (voir l'article de Laberon et al. dans ce numéro). Dans le cadre de cet article, nous nous concentrons sur le premier objectif de cette enquête internationale. Plus particulièrement, les participants de l'enquête sont des managers de proximité et des employeurs/cadres RH. Les données analysées ont été collectées entre novembre 2022 et juin 2024 par le biais d'un questionnaire en ligne (LimeSurvey). Cette enquête internationale a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal (numéro de certification: 2023-5034).

Parmi les 151 personnes ayant consulté le lien vers l'enquête, 30 managers de proximité (33 %) y ont répondu en ligne via la plateforme LimeSurvey. Par ailleurs, sur les 61 employeurs/cadres RH ayant consulté ce même lien, 28 (46 %) ont rempli la section de l'enquête qui leur était destinée⁵. Les personnes ont été invitées à participer à l'enquête via plusieurs canaux: annonces diffusées lors des webinaires organisés 3 fois par an par la Communauté de pratiques internationales santé mentale et travail (CoP-SMT), lors d'autres événements (p. ex. colloque), ainsi que par l'intermédiaire des réseaux professionnels (p. ex. LinkedIn) et des partenaires des membres de l'axe recherche de la CoP-SMT. Sur les 151 participants qui ont commencé l'enquête, 30 managers de proximité (33 %) constituent l'échantillon final. Parmi les 61 participants ayant commencé, 28 employeurs/cadres RH (46 %) ont été retenus pour l'échantillon final. L'échantillon de managers de proximité est majoritairement féminin ($n = 23$; 75 %). Les participants ont en moyenne 47,9 ans ($E-T = 5,7$) et proviennent des secteurs de l'entreprise (p. ex. directeur industriel, directeur général, 18 %), de la santé (p. ex. directrice générale des soins, responsable thérapeutique, 60,7 %) et de l'accompagnement du RaT (p. ex. directeur d'une entreprise adaptée, directrice pôle emploi 25 %), majoritairement de la France (50 %) et du Canada (28,6 %) et d'une moindre mesure de la Belgique, du Luxembourg et de la Suisse (21,4 %). En ce qui concerne les employeurs/cadres RH, ils sont 50 % d'hommes ($n = 15$) et présentent une moyenne d'âge de 47,6 ans ($E-T = 8,8$). Ils proviennent des secteurs de l'entreprise (47 %), de la santé (37 %), de l'accompagnement (30 %)

5. N'ont pas été prises en compte les personnes qui ont simplement cliqué sur le lien de l'enquête et ont quitté celle-ci de manière précoce, ainsi que les personnes qui n'avaient pas le statut de manager de proximité ou d'employeur/cadre des RH.

et de l'assurance (3 %)⁶. Leur lieu de résidence est majoritairement au Canada (43,3 %) et en France (40 %), et dans une moindre mesure en Belgique au Luxembourg et en Suisse (16,7 %).

4.1.2. Matériel

Ce questionnaire a été conçu en fonction des résultats de la revue de la littérature sur les actions attendues par les divers acteurs du RaT (Corbière et al., 2020), dans l'objectif d'évaluer le sentiment d'autoefficacité (Bandura, 1977) de chaque acteur à réaliser différentes pratiques lors de l'arrêt maladie et du RaT (Corbière et al., 2020). Les participants devaient répondre sur une échelle Likert allant de 1 (pas du tout capable) à 6 (tout à fait capable). Ils avaient également la possibilité de cocher la modalité de réponse « Cette pratique est hors de mes fonctions » ou « Cette pratique n'est pas autorisée dans le cadre de mes fonctions. » Cette modalité de réponse permet à chaque participant de répondre uniquement aux propositions qui sont pertinentes dans son contexte (c.-à-d. qu'il est susceptible de réellement mettre en œuvre).

Le sentiment d'autoefficacité de l'employeur/cadre des ressources humaines dans ses pratiques encadrant le RaT

Pour cet acteur, les pratiques de RaT sont considérées comme transversales tout au long du processus d'arrêt-maladie – RaT. Cette transversalité souligne le rôle macroscopique de cet acteur, comparativement à d'autres acteurs dont l'intervention est plus ciblée, comme le supérieur immédiat, les collègues ou les professionnels de la santé.

Le questionnaire comprend 13 énoncés (p. ex. « Contribuer à la mise en place de solutions qui répondent aux besoins et objectifs des services des ressources humaines et de la gestion de l'invalidité ») et présente un coefficient de cohérence interne de 0,93.

Le sentiment d'autoefficacité du supérieur immédiat dans ses pratiques encadrant le RaT

Pour cet acteur, les pratiques de RaT sont segmentées selon les 3 phases du RaT, à savoir l'arrêt maladie (phase 1), la préparation du RaT (phase 2), et la reprise du travail (phase 3). Le questionnaire est composé de 7 énoncés pour la phase 1 du RaT (p. ex. « Informer les membres de l'équipe de l'absence du travailleur tout en respectant

6. Le pourcentage peut être supérieur à 100 % car les personnes pouvaient répondre à plusieurs secteurs d'appartenance.

la confidentialité des informations personnelles»), de 9 items pour la phase 2 (p. ex. «Participer aux réunions de préparation au RaT avec le travailleur et les autres intervenants concernés») et de 9 items également pour la phase 3 (p. ex. «S'assurer d'être disponible pour accueillir le travailleur le premier jour de son RaT»). Les coefficients de cohérence interne pour chacune des phases sont respectivement de 0,82, 0,93 et 0,91.

4.2. Résultats

L'analyse porte uniquement sur les réponses correspondant à une évaluation du sentiment d'autoefficacité (donc à l'exclusion des réponses « Cette pratique est hors de mes fonctions » et « Cette pratique n'est pas autorisée dans le cadre de mes fonctions », environ 10 % des réponses). Dans le cadre des analyses descriptives conduites sur chaque sous-échantillon, nous avons défini un seuil de sentiment d'autoefficacité très élevé en fixant la moyenne des réponses à chaque énoncé (ou pratique) d'une phase du RaT à strictement supérieure à 5 sur l'échelle de sentiment d'autoefficacité (maximum d'un score de 6); les moyennes inférieures ou égales à 5 (minimum d'un score de 1) décrivent un niveau d'efficacité moins élevé. Ce seuil a été choisi pour différencier les pratiques dans lesquelles les participants expriment un sentiment d'autoefficacité certain (une plus grande maîtrise) de celles pour lesquelles ce sentiment est moins affirmé (une moins grande maîtrise).

4.2.1. Les employeurs et cadres des ressources humaines

Pour les employeurs/cadres RH (Tableau 2), l'analyse révèle que les employeurs/cadres RH se sentent davantage capables d'intervenir sur les politiques et règles organisationnelles relatives au RaT (p. ex. « Comprendre la fonction et l'importance des aménagements dans le milieu de travail lors de la reprise du travailleur »), mais sont moins à l'aise pour adapter ces pratiques aux spécificités de l'environnement de travail de chaque employé (p. ex. « Prendre en compte les particularités de l'environnement de travail de chaque département/service pour s'assurer de la faisabilité d'implantation des aménagements de travail, en collaboration avec le supérieur immédiat et son équipe »).

TABLEAU 2
Autoefficacité perçue des employeurs et acteurs des ressources
humaines

Pratiques TRANSVERSALES de RaT que les RH se sentent à l'aise de mettre en œuvre (SEP ≥ 5 et < 6)
Informer les travailleurs des engagements de l'organisation en matière de RaT et les supérieurs immédiats à propos de l'importance des aménagements pour soutenir le RaT d'un travailleur Veiller sur les valeurs et les orientations de l'organisation à propos du RaT et au respect de la confidentialité des informations personnelles et médicales du travailleur Normaliser les problèmes de santé mentale (briser les tabous, éviter les jugements) et veiller au respect de la réglementation qui porte sur la discrimination en milieu de travail
Préparer chaque acteur de l'organisation (p. ex., supérieur immédiat, syndicat) pour agir en faveur du RaT et veiller au bon déroulement du processus de RaT et des actions mises en œuvre par les acteurs S'assurer que les valeurs et les orientations du programme de RaT sont traduites dans les pratiques de gestion de l'organisation, transmises aux supérieurs immédiats, évaluées dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue S'assurer de la faisabilité d'implantation des aménagements de travail, en collaboration avec le supérieur immédiat et son équipe
Pratiques TRANSVERSALES de RaT que les RH se sentent moins à l'aise de mettre en œuvre (SEP > 4 et < 5)

4.2.2. Les managers de proximité

Pour les pratiques de la phase 1 (Tableau 3) les managers de proximité présentent principalement un sentiment d'autoefficacité élevé concernant le collectif de travail (p. ex. «Écouter les préoccupations et les besoins des membres de l'équipe concernant l'impact de l'absence maladie du travailleur»); tandis que les pratiques relatives à l'employé ou à l'évaluation des risques psychosociaux suscitent un sentiment d'autoefficacité moindre (p. ex. «Entreprendre une analyse des facteurs liés à l'environnement de travail qui pourraient être liés à l'absence maladie»).

En phase 2 (Tableau 4), l'analyse montre une plus grande confiance dans les pratiques de préparation au RaT impliquant ou informant le collectif de travail (p. ex. « Informer les membres de l'équipe du pro-

cessus de RaT du travailleur»). Le sentiment d'autoefficacité est, par contre, plus faible pour les pratiques centrées sur l'accompagnement direct de l'employé (p. ex. « Identifier les obstacles éventuels au RaT, en collaboration avec le travailleur et les autres parties prenantes, lui demander comment il souhaite être accueilli par ses collègues et convenir avec lui des informations qui seront partagées avec l'équipe »).

Enfin, en phase 3 (Tableau 5), les managers de proximité expriment une confiance élevée dans la mise en œuvre de pratiques liées aux aménagements de travail, intégrant les besoins du collectif de travail, mais ressentent un sentiment d'autoefficacité moindre pour les pratiques focalisées sur le soutien individuel, telles que le maintien à jour des connaissances relatives aux risques de rechute (p. ex. « Maintenir les connaissances et les compétences relatives aux rechutes éventuelles à la suite d'un trouble mental/psychique »).

TABLEAU 3

Autoefficacité perçue des managers pour les pratiques de la phase 1 de RaT

Pratiques de RaT (PHASE 1) pour lesquelles les SI se sentent à l'aise de mettre en œuvre (SEP ≥ 5 et < 6)
Informer les membres de l'équipe de l'absence du travailleur tout en respectant la confidentialité des informations personnelles et de la redistribution des tâches ou du remplacement du travailleur en absence maladie; Écouter les préoccupations et les besoins des membres de l'équipe concernant l'impact de l'absence maladie du travailleur; Informer le service de santé et de sécurité au travail de l'absence du travailleur et de toute condition particulière (p. ex. conflit de travail, productivité, absentéisme récurrent)
Informer le travailleur des pièces justificatives relatives à son arrêt de travail qu'il doit fournir, ainsi que des services qui sont à sa disposition (p. ex. programme d'aide aux employés); confirmer avec lui des types de communication à privilégier (p. ex., moyens de communication, fréquence), si le travailleur accepte de maintenir le contact pendant son absence maladie Entreprendre une analyse des facteurs liés à l'environnement de travail qui pourraient être liés à l'absence maladie
Pratiques de RaT (PHASE 1) pour lesquelles les SI se sentent moins à l'aise de mettre en œuvre (SEP > 4 et < 5)

TABLEAU 4
Autoefficacité perçue des managers pour les pratiques de la phase 2 de RaT

Pratiques de RaT (PHASE 2) pour lesquelles les SI se sentent à l'aise de mettre en œuvre (SEP ≥ 5 et < 6)
<u>Participer aux réunions de préparation au retour au travail</u> avec le travailleur et les autres intervenants concernés (p. ex., professionnel de la santé) <u>Inform</u>er les <u>membres de l'équipe du processus de RaT</u> du travailleur (ex. prolongation de l'absence, retour progressif) et <u>être attentif au climat de travail et à l'état de santé des autres membres de l'équipe</u> à la suite de la réorganisation de la charge de travail et <u>rappeler aux membres de l'équipe que le RaT</u> fait partie du processus de <u>rétablissement</u> et qu'ils ont un rôle à jouer.
<u>Préparer les termes du plan de retour au travail avec le travailleur</u> et prendre en compte les obligations légales/médicales/organisationnelles en collaboration avec les différents acteurs impliqués dans le processus et <u>évaluer avec le travailleur et le service de santé et de sécurité au travail ou d'autres acteurs de l'organisation</u>, la possibilité de mettre en place des aménagements de travail <u>Contact</u>er le travailleur <u>pour prendre connaissance de son état de santé</u> (p. ex., s'intéresser à son état de santé sans être intrusif) et <u>identifier les obstacles éventuels au RaT</u>, en collaboration avec le travailleur et les autres parties prenantes (p. ex., collègues), <u>lui demander comment il souhaite être accueilli</u> par ses collègues et convenir avec lui des informations qui seront partagées avec l'équipe
Pratiques de RaT (PHASE 2) pour lesquelles les SI se sentent moins à l'aise de mettre en œuvre (SEP > 4 et < 5)

TABLEAU 5
Autoefficacité perçue des managers pour les pratiques de la phase 3 de RaT

Pratiques de RaT (PHASE 3) pour lesquelles les SI se sentent à l'aise de mettre en œuvre (SEP ≥ 5 et < 6)
<u>Être disponible pour accueillir</u> le travailleur le premier jour de son RAT, <u>l'encourager à identifier les obstacles</u> auxquels il est confronté lors de son RAT, <u>désigner un collègue</u> qui guidera et soutiendra <u>suivre le plan de RaT</u> qui a été validé avec le travailleur, son médecin de famille et l'organisation, <u>être attentif à l'évolution</u> du travailleur, notamment en termes de santé et de productivité (ou efficacité) au travail, et communiquer tout problème au représentant désigné du service de santé et de sécurité au travail, <u>organiser des réunions de suivi régulières pour évaluer les aménagements</u> de travail et les ajuster si nécessaire et <u>communiquer avec les membres de l'équipe concernant l'évolution des aménagements</u> requis pour le travailleur et des impacts éventuels sur l'équipe
<u>Vous assurer que l'environnement organisationnel du travailleur est approprié</u> (p. ex., les relations interpersonnelles, la charge de travail, l'espace de travail) et <u>maintenir les connaissances et les compétences relatives aux rechutes éventuelles</u> à la suite d'un trouble mental / psychique (p. ex., dépression)
Pratiques de RaT (PHASE 3) pour lesquelles les SI se sentent moins à l'aise de mettre en œuvre (SEP > 4 et < 5)

5. Discussion générale

5.1. Synthèse des résultats

Les résultats de la 1^{re} étude soulignent le rôle prépondérant du leadership transformationnel, qui, à l'inverse du leadership autoritaire, privilégie le bien-être des employés. Ce style de leadership mis en place par le supérieur immédiat, en renforçant le soutien organisationnel perçu par le subordonné, réduit le burn-out et diminue l'intention de quitter l'organisation, favorisant de ce fait un RaT durable. En ce sens, nos résultats confortent et étendent la littérature sur le rôle du leadership dans le RaT (Kensbock et Boehm, 2016; Kuoppala et al., 2008) d'une part en soulignant que, même dans un contexte incertain comme peut l'être le RaT, le leadership transformationnel soutient le bien-être et le maintien au travail alors que le leadership autoritaire le menace et d'autre part, en contribuant à expliquer par quels mécanismes intermédiaires (c.-à-d. le SOP et la réduction du burn-out), le leadership soutenant favorise le maintien dans l'emploi. Les recherches futures devraient s'attacher à mieux comprendre les composantes du leadership de type transformationnel qui sont particulièrement importantes dans la relation à l'employé qui reprend le travail après une absence maladie. On peut en effet penser que la dimension de reconnaissance joue à cet égard un rôle central (Gilbert et Kelloway, 2018). Dans une perspective proche, le rôle du leadership humble, qui se caractérise en particulier par la valorisation des contributions des collaborateurs (Kelemen et al., 2023), constitue également une voie qui mériterait d'être investiguée.

La 2^e étude révèle que, globalement, ces acteurs de l'entreprise se perçoivent capables de mettre en place la plupart des pratiques de RaT recommandées, bien que certaines nuances subsistent. Au regard des résultats, les pratiques de RaT les plus difficiles à appliquer concernent l'accompagnement individualisé, notamment le soutien apporté par les employeurs et cadres RH au manager dans la gestion du RaT, ainsi que la communication directe entre managers et employés. Par ailleurs, les employeurs et cadres RH se montrent plus aptes à suivre et à appliquer les règles institutionnelles relatives au RaT, mais rencontrent des difficultés à appréhender les spécificités de l'environnement de travail propres à chaque service/département de l'organisation, une tâche souvent dévolue aux managers de proximité.

Ces résultats concordent avec les conclusions de l'étude de Franche et al. (2005), qui mettent en évidence le rôle central des RH/employeurs

dans l'implication des managers de proximité pour identifier les aménagements réalistes et adaptés aux besoins de l'employé. En ce sens, le rôle du manager de proximité consiste à identifier les options d'aménagements du poste de travail, en veillant à les prioriser en fonction des besoins spécifiques de l'employé (Corbière et al., 2020b). Par exemple, à la suite d'une évaluation fine des limitations fonctionnelles et cognitives de l'employé en absence maladie, des aménagements peuvent être recommandés par le professionnel de la santé (p. ex. un ergothérapeute) pour les contrecarrer. Toutefois, il est impératif d'évaluer la faisabilité de leur implantation en considérant les contraintes de l'environnement de travail. Une telle évaluation, qui conjugue les besoins de l'employé avec les réalités opérationnelles dans le milieu de travail, est essentielle pour garantir une application réaliste des mesures d'aménagement et favoriser un RaT dans les conditions optimales.

Un élément clé qui ressort de l'Étude 2 est l'importance pour le manager de consulter le collectif de travail, notamment lorsque les mesures d'aménagement, comme la redistribution des tâches de travail, peuvent impacter l'équipe. Toutefois, lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins individuels de l'employé, les managers de proximité expriment une moindre confiance dans leur capacité à accueillir l'employé lors du RaT et à prévenir les rechutes (pratiques de la phase 3). Ce constat est préoccupant, car la prévention des facteurs de risque psychosociaux constitue un enjeu crucial dans le cadre du RaT, nécessitant une attention particulière de la part du manager de proximité (voir aussi l'article de Corbière et Laberon dans ce numéro).

5.2. Limites et perspectives :

Bien qu'elles contribuent de manière originale à la compréhension des facteurs soutenant le RaT durable après un arrêt maladie, nos études présentent certaines limites qui doivent nous inciter à la prudence dans nos conclusions. Tout d'abord, la taille restreinte de nos échantillons et le taux relativement élevé de non-réponses questionnent la généralisabilité possible de nos résultats. Un biais de sélection peut en effet s'être opéré en faveur des participants ayant le rapport le plus positif à la question du RaT, notamment dans l'Étude 2. Les recherches futures devraient donc approfondir ces résultats auprès d'échantillons plus étendus et variés, en intégrant dans l'analyse, autant que faire se peut, une réflexion sur les raisons de la non-participation.

On notera aussi que la taille de nos échantillons ne nous a pas permis d'effectuer de validation psychométrique de nos échelles par

des analyses factorielles. Cependant, outre le fait que, pour l'Étude 1, les échelles utilisées sont amplement validées dans la littérature, la fiabilité interne des différentes échelles s'est révélée très bonne (égale ou supérieur à ,83). Les recherches futures devraient toutefois s'attacher à apporter les éléments complémentaires permettant de tester la qualité psychométrique de l'échelle originale utilisée dans l'Étude 2.

Ensuite, les données ont été collectées d'une part en Belgique, pour l'analyse des effets du leadership sur le maintien durable au travail du point de vue du travailleur (Étude 1) et d'autre part essentiellement en France et au Canada, pour l'analyse du sentiment d'autoefficacité des managers et employeurs/cadres RH dans la mise en œuvre de pratiques de RaT (Étude 2). Il est dès lors nécessaire de garder à l'esprit que ces études s'inscrivent dans des contextes nationaux qui présentent des cadres législatifs spécifiques en matière de RaT. Cependant, nous sommes confiants dans la transversalité de nos résultats, dans la mesure où nos études s'appuient sur une revue de littérature internationale et confortent les résultats de celle-ci (Corbière et al., 2020; Montana et al., 2023).

Enfin, le devis corrélationnel de l'Étude 1 invite à la prudence dans l'interprétation des résultats en termes de causalité quant aux relations observées entre les variables. Il serait intéressant que de futures recherches longitudinales soient menées afin de vérifier les relations de causalité et les médiations observées. Les recherches futures devront également examiner les effets des pratiques soutenant pour lesquelles le sentiment d'autoefficacité des acteurs est élevé. En effet, percevoir que l'on est un leader efficace est positivement associé au fait d'endosser activement le rôle de leader (Bergman et al., 2021; McCormick et al., 2002); on peut penser que la capacité perçue à mettre en œuvre des pratiques soutenant de RaT prédit un leadership qui est dans les faits de type transformationnel plutôt qu'autoritaire. Examiner les liens entre pratiques et le style de leadership ainsi que leurs effets, permettrait d'apporter des réponses à ces questions. Enfin, comme évoquées plus haut, nos études se sont centrées sur les ressources que l'organisation met à disposition de l'employé dans son processus de RaT. Les prochaines études devraient développer cette approche dans la perspective du modèle des demandes et ressources du travail (*JDR Model*; Bakker et Demerouti, 2007), afin de tenir compte des exigences du travail et d'analyser le rôle des ressources en fonction de celles-ci.

5.3. Recommandations pratiques

La littérature indique qu'un employé en processus de RaT après un TMC présente un risque élevé de faire une rechute. Gili et al. (2015) rapportent qu'après un premier épisode dépressif, la probabilité d'un épisode subséquent est d'environ 50 %, atteignant 70 % après 2 épisodes et 90 % après un 3^e épisode. De même, Nielsen et al. (2018) estiment les taux de rechutes entre 20 et 50 % après un RaT, quel que soit le diagnostic du TMC et la période d'évaluation. Ces pourcentages mettent en évidence la nécessité d'intervenir à la fois sur les caractéristiques individuelles de l'employé et sur son environnement de travail, tout en tenant compte de l'interaction de ces 2 dimensions. Il s'agit d'une nouvelle pratique de RaT dévolue aux RH/Employeurs et aux managers de proximité, qui est parfois difficile à appliquer par sa complexité et la nécessité d'adopter un regard sur la dynamique de l'environnement et de l'organisation du travail.

Par exemple, au Québec, la Loi 59, en cours de déploiement jusqu'en 2025, impose aux entreprises de plus de 20 employés la création d'un comité de santé et sécurité, ainsi que la désignation d'un représentant chargé de prévenir les problèmes de santé. Cette loi vise à éliminer ou, à défaut, à contrôler les facteurs de risques psychosociaux. Bien que principalement axée sur la prévention primaire, la Loi 59 peut inciter les acteurs de l'entreprise, les managers de proximité et les cadres des ressources humaines en particulier, à adopter également des stratégies de prévention tertiaire pour éviter les rechutes après un RaT. En complément de la prévention primaire et de la prévention secondaire des risques psychosociaux, qui visent respectivement à limiter voire supprimer les risques et à limiter leurs effets, la prévention tertiaire est en effet nécessaire pour accompagner le travailleur qui peut encore présenter des vulnérabilités après une absence maladie et ainsi à prévenir les éventuelles rechutes. Dans cette perspective, s'appuyant sur les 3 niveaux de prévention, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, sous presse) a récemment développé une formation concise (autour d'une durée d'une journée) pour aider les managers de proximité à : 1) repérer les moments clés pour soutenir les membres de leur équipe ; 2) orienter les employés vers les ressources appropriées ; et 3) promouvoir des actions favorisant la santé mentale au travail. Fondée sur les données probantes, cette formation s'articule autour de 5 thèmes principaux : reconnaître la santé mentale au travail, prévenir les risques psychosociaux, développer des relations saines au travail,

soutenir les employés et prendre soin de leur propre santé mentale. Des modules spécifiques au RaT après un TMC sont aussi proposés pour aider les managers à adopter des attitudes et comportements adaptés dans ce contexte (OMS, sous presse).

Conclusion

Dans le contexte actuel, le RaT après une absence maladie, en particulier en raison d'un TMC constitue un défi majeur pour les travailleurs concernés et les organisations. Cet article apporte des éléments de réponse originaux quant aux attitudes et pratiques soutenant que les managers, employeurs et acteurs des ressources humaines peuvent mettre en œuvre aux différentes étapes du processus de RaT pour favoriser une reprise durable. Les résultats de 2 études, menées d'une part auprès d'employés ayant repris le travail après une absence maladie, et d'autre part auprès de responsables du RaT en entreprise (managers, employeurs/ressources humaines) montrent tout d'abord que le manager soutient le bien-être et le maintien dans l'emploi de ses collaborateurs après une absence maladie en déployant un leadership fondé sur l'exemple, la motivation et la valorisation des personnes plutôt que sur le contrôle (Étude 1). Ensuite, nos résultats soulignent un sentiment d'efficacité général des managers, des employeurs et des acteurs des ressources humaines quant à la mise en œuvre des pratiques de gestion du RaT, le sentiment d'efficacité personnelle étant toutefois plus faible lorsqu'il concerne les relations proximales à développer avec le collaborateur absent pour TMC (Étude 2). Ce faisant, notre article clarifie les responsabilités individuelles tout en renforçant le message que le RaT constitue une responsabilité collective au sein de l'organisation. Les recommandations formulées sur la base de ces résultats proposent des pistes de formation visant à renforcer les compétences en leadership et la maîtrise expérientielle des responsables du processus de RaT dans ses différentes étapes.

REMERCIEMENTS ET FINANCEMENT

Nous remercions Laura Georges, étudiante à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'UCLouvain, et Hélène Henry, chargée d'étude à la Mutualité chrétienne, pour leur aide dans la collecte des données de l'Étude 1, ainsi que les personnes participantes à l'enquête. Nous remercions les membres de la Communauté de pra-

tiques internationale santé mentale et travail pour leur aide dans la collecte des données de l'Étude 2, ainsi que les personnes participantes à l'enquête.

L'Étude 2 a été financée par la Chaire de recherche en santé mentale et travail, Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

RÉFÉRENCES

- Alcover, C. M., Chambel, M. J., Fernández, J. J. et Rodríguez, F. (2018). Perceived organizational support-burnout-satisfaction relationship in workers with disabilities: The moderation of family support. *Scandinavian journal of psychology*, 59(4), 451-461. <https://doi.org/10.1111/sjop.12448>
- Avolio, B. J., Bass, B. M. et Jung, D. I. (1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(4), 441-462. <https://doi.org/10.1348/096317999166789>
- Bakker, A. B. et Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barbuto Jr, J. E. et Wheeler, D. W. (2006). Scale development and construct clarification of servant leadership. *Group & organization management*, 31(3), 300-326. <https://doi.org/10.1177/1059601106287091>
- Barisi, G. (2011). Les systèmes de travail soutenable, une composante souvent négligée mais fondamentale du développement durable. *Innovations*, (2), 67-87. <https://doi.org/10.3917/inno.035.0067>
- Becker, T.E. (2005). Potential problems in the statistical control of variables in organizational research: A qualitative analysis with recommendations. *Organizational Research Methods*, 8(3), 274-289. <https://doi.org/10.1177/1094428105278021>
- Bedi, A. (2020). A meta-analytic review of paternalistic leadership. *Applied Psychology*, 69(3), 960-1008. <https://doi.org/10.1111/apps.12186>
- Bergman, D., Gustafsson-Sendén, M. et Berntson, E. (2021). From believing to doing: The association between leadership self-efficacy and the developmental leadership model. *Frontiers in Psychology*, 12, 669,905. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669905>
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology*, 1(3), 185-216.
- Carless, S. A., Wearing, A. J. et Mann, L. (2000). A short measure of transformational leadership. *Journal of Business and Psychology*, 14(3), 389-405. <https://doi.org/10.1023/A:1022991115523>
- Cheng, B. S., Chou, L. F., Wu, T. Y., Huand, M. P. et Farh, J. L. (2004). Paternalistic leadership and subordinate responses: Establishing a leadership model in Chinese organizations. *Asian Journal of Social Psychology*, 7, 89-117. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2004.00137.x>

- Corbière M., Lecomte T., Lachance J.P., Coutu M-F., Negrini A. et Laberon S. (2017a). Stratégies de retour au travail des employés ayant fait l'expérience d'une dépression: Perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines - Return to work strategies of employees who experienced depression: Employers and HR's perspectives. *Revue santé mentale au Québec*, 42(2), 173-196.
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J-P., Loisel, P. et Lachance, J-P. (2017b). Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27, 329-341. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>
- Corbière, M., Mazaniello, C. et Auclair, MJ. (2022a). *Le processus de retour au travail à la suite d'une absence maladie*. Chaire de recherche en santé mentale et travail. Centre de recherche et fondation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Montréal, QC, pp.77 <https://www.santementaletravail.ca/bd-retour-au-travail/>
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S. et Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of employees on sick-leave due to common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30, 381-419. doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2 30
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S. et Panaccio, A. (2022b). Developing a collaborative and sustainable return-to-work program for employees with common mental disorders: A participatory research with public and private organizations. *Disability and Rehabilitation*, 44(18), 5199-5211. DOI: 10.1080/09638288.2021.1931481
- Corbière, M., Rabouin, D., Negrini, A., Mazaniello-Chézol, M., Sideris, L., Prady, C. et Lachance, J-P. (2024). Validation of the Return-to-work Obstacles and Self-Efficacy Scale for women on sick leave due to Breast Cancer (ROSES-BC). *Journal of Occupational and Rehabilitation*, 34, 818-831. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10169-5>
- Do, T. T. et Mai, N. K. (2020). Review of empirical research on leadership and organizational learning. *Journal of Knowledge Management*, 24(5), 1201-1220. <https://doi.org/10.1108/JKM-01-2020-0046>
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S. et Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- Etuknwa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of occupational rehabilitation*, 29, 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. et Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of occupational rehabilitation*, 15, 607-631. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Gilbert, S. L. et Kelloway, E. K. (2018). Leadership, recognition and well-being: A moderated mediational model. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue canadienne des sciences de l'administration*, 35(4), 523-534. <https://doi.org/10.1002/cjas.1477>

- Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P. et McMillan, D. (2015). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Preventive Medicine*, 76, S16-S21. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.035>
- Gragnano, A., Corbière, M., Picco, E., Negrini, A., Savioli, G., Conti, M., Corsiglia, L. et Miglioretti, M. (2023). Adaptation and validation of the cardiovascular version of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES-CVD). *Disability and Rehabilitation*, 45(21), 3573-3581. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2123962>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714->
- Gragnano, A., Villotti, P., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C-E. et Corbière, M. (2021). A literature review of measurement tools of individual psychosocial factors predicting return to work after musculoskeletal and common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31, 491-511. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09935-6>
- Harms, P. D., Wood, D., Landay, K., Lester, P. B. et Lester, G. V. (2018). Autocratic leaders and authoritarian followers revisited: A review and agenda for the future. *The Leadership Quarterly*, 29(1), 105-122. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2017.12.007>
- Hayes, A. F. (2013). *An introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Hochwarter, W. A., Kacmar, C., Perrewé, P. L. et Johnson, D. (2003). Perceived organizational support as a mediator of the relationship between politics perceptions and work outcomes. *Journal of Vocational behavior*, 63(3), 438-456. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00048-9](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00048-9).
- Iweins, C., Desmette, D., Yzerbyt, V. et Stinglhamber, F. (2013). Ageism at work: The impact of intergenerational contact and organizational multi-age perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(3), 331-346. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.748656>
- Jyoti, J. et Rani, A. (2019). Role of burnout and mentoring between high performance work system and intention to leave: Moderated mediation model. *Journal of Business Research*, 98, 166-176. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.12.068>
- Kelemen, T. K., Matthews, S. H., Matthews, M. J. et Henry, S. E. (2023). Humble leadership: A review and synthesis of leader expressed humility. *Journal of Organizational Behavior*, 44(2), 202-224. <https://doi.org/10.1002/job.2608>
- Kensbock, J. M. et Boehm, S. A. (2016). The role of transformational leadership in the mental health and job performance of employees with disabilities. *The International Journal of Human Resource Management*, 27(14), 1580-1609. <https://doi.org/10.1080/09585192.2015.1079231>
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. et Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects—a systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 904-915. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31817e918d>

- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A. et Adis, C. S. (2017). Perceived organizational support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, 43(6), 1854-1884. <https://doi.org/10.1177/0149206315575554>
- Lagerveld, SE., Blonk, RWB, Brenninkmeijer, V. et Schaufeli, WB (2010). Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work Stress*, 24, 359-75. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.532644>
- Lamprinou, V. D. I., Tasoulis, K. et Kravariti, F. (2021). The impact of servant leadership and perceived organisational and supervisor support on job burnout and work-life balance in the era of teleworking and COVID-19. *Leadership & Organization Development Journal*, 42(7), 1071-1088. <https://doi.org/10.1108/LODJ-12-2020-0526>
- Leblond, J., Faurie, I. et Corbière, M. (2025). Obstacles, self-efficacy, and strategies for returning to work after experiencing burnout: Paving the path to sustainable reintegration (*in press in Journal of Occupational Rehabilitation*). <https://doi.org/10.1007/s10926-024-10260-5>
- Legood, A., van der Werff, L., Lee, A. et Den Hartog, D. (2021). A meta-analysis of the role of trust in the leadership-performance relationship. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 30(1), 1-22. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2020.1819241>
- McCormick, M. J., Tanguma, J. et López-Forment, A. S. (2002). Extending self-efficacy theory to leadership: A review and empirical test. *Journal of Leadership Education*, 1(2), 34-49. <https://doi.org/10.12806/V1/I2/TF1>
- Madigan, D. J. et Kim, L. E. (2021). Towards an understanding of teacher attrition: A meta-analysis of burnout, job satisfaction, and teachers' intentions to quit. *Teaching and teacher education*, 105, 103425. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2021.103425>
- Marique, G., Stinglhamber, F., Desmette, D., Caesens, G. et De Zanet, F. (2013). The relationship between perceived organizational support and affective commitment: A social identity perspective. *Group & Organization Management*, 38(1), 68-100. <https://doi.org/10.1177/1059601112457200>
- Montano, D., Schleu, J. E. et Hüffmeier, J. (2023). A meta-analysis of the relative contribution of leadership styles to followers' mental health. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 30(1), 90-107. <https://doi.org/10.1177/15480518221114854>
- Munir, F., Yarker, J., Hicks, B. et Donaldson-Feilder, E. (2012). Returning employees back to work: developing a measure for supervisors to support return to work (SSRW). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 196-208. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9331-3>
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M. F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Gragnano, A. et Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 279-288. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9715-0>
- Nielsen, K. et Yarker, J. (2023). What can I do for you? Line managers' behaviors to support return to work for workers with common mental disorders. *Journal of Managerial Psychology*, 38(1), 34-46. <https://doi.org/10.1108/JMP-09-2021-0500>

- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F. et Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32(4), 400-417. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1438536>
- Nielsen, M. B., Skogstad, A., Matthiesen, S. B. et Einarsen, S. (2016). The importance of a multidimensional and temporal design in research on leadership and workplace safety. *The Leadership Quarterly*, 27(1), 142-155. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2015.08.003>
- OMS (sous presse). ASCEND: Advancing Supervisors' Capacity for Mental Health at Work
- Price, J. L. (1997). Handbook of organizational measurement. *International Journal of Manpower*, 18(4/5/6), 305-558.
- Rast III, D. E., Hogg, M. A. et Giessner, S. R. (2013). Self-uncertainty and support for autocratic leadership. *Self and Identity*, 12(6), 635-649. <https://doi.org/10.1080/015298868.2012.718864>
- Rhoades, L. et Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.87.4.698>
- Schaufeli, W. B., Desart, S. et De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495-. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. et Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & stress*, 24(2), 107-139. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.495262>
- Tjulin, Å., MacEachen, E. et Ekberg, K. (2010). Exploring workplace actors experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 311- 321. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-920>
- Villotti, P., Gragnano, A., Larivière, C., Negrini, A., Dionne, C-E., Corbière, M. (2021). Tools appraisal of organizational factors associated with return-to-work in workers on sick leave due to musculoskeletal and common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31, 7-25. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09902-1>
- Villotti, P., Kordsmeyer, A-C., Roy, J-S., Corbière, M., Negrini, A. et Larivière, C. (2024). Systematic review and tools appraisal of prognostic factors of return to work: Part I—Organizational and personal work-related modifiable factors, *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307284>

Prévention de la désinsertion professionnelle et retour au travail : un exemple de collaboration pluripartenariale dans un service de prévention et de santé au travail en France

Evelyne Auriac^a

Sandrine Croity-Belz^a

Isabelle Faurie^a

RÉSUMÉ ■ Contexte En France, le retour au travail (RaT) et le maintien en emploi après un long arrêt maladie sont des enjeux cruciaux pour les risques de désinsertion professionnelle significatifs après une reprise. La désinsertion professionnelle, influencée par divers facteurs liés au travail et à la santé, nécessite une sensibilisation, une prévention et un accompagnement adaptés pour le maintien au travail. L'existence de divers acteurs pour soutenir cette démarche complique l'accès aux dispositifs disponibles, d'où la nécessité d'une coordination. La Loi santé au travail du 2 août 2021 impose aux services de prévention et de santé au travail (SPST) la création de cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) qui ont notamment pour mission la coordination des actions d'accompagnement du RaT auprès des acteurs.

Objectif Cette recherche exploratoire retient le cas d'une cellule PDP développée au sein d'un SPST rural et s'intéresse au processus de coconstruction d'une collaboration pluripartenariale et d'accompagnement du RaT entre un SPST, l'Assurance Maladie et un prestataire spécialisé dans le maintien en emploi des travailleurs en situation de handicap. Notre contribution vise à décrire comment se développe le processus de collaboration pluripartenariale entre ces acteurs et quels rôles jouent les facteurs organisationnels et les représentations de la désinsertion professionnelle propres à chaque professionnel dans le développement de cette collaboration.

a. Université Toulouse - Jean Jaurès

Méthode La méthodologie de recherche qualitative s'appuie sur l'observation de réunions et l'accomplissement d'une tâche d'association verbale auprès des différents acteurs. L'objectif est d'identifier les leviers et freins à la collaboration, ainsi que d'analyser les perceptions des partenaires.

Résultats L'analyse des échanges a identifié des leviers (échange, coordination, complémentarité) et des freins (mode de fonctionnement, rôle, charge de travail). Les leviers favorisent une meilleure qualité des échanges et une structuration des actions, tandis que les freins sont liés à des problèmes de disponibilité et d'écart entre le prescrit et le réel en raison de contraintes administratives et de ressources humaines. La coconstruction d'un outil de collaboration a facilité les interactions entre les partenaires, la prise de décision des acteurs et amélioré l'efficacité du RaT. Les résultats montrent que la collaboration nécessite une clarification des rôles et des attentes de chacun sur la durée. Les représentations de la désinsertion professionnelle montrent des points communs et des divergences entre les différents acteurs. Même si l'accompagnement semble être un élément central de la représentation de la désinsertion professionnelle, d'autres éléments rendent davantage compte d'une variabilité interprofessionnelle.

Conclusion Ces travaux soulignent l'importance d'un temps nécessaire pour permettre l'interconnaissance des rôles et des représentations dans le développement du collectif de travail, essentiel pour pérenniser cette collaboration pluripartenariale. La coconstruction d'un outil s'avère être un levier important pour instaurer une collaboration efficace où la collaboration s'est construite dans un espace de représentations « partagées » plutôt que « communes ».

MOTS CLÉS ■ retour au travail, collaboration, arrêt maladie, coordination pluripartenariale, prévention désinsertion professionnelle

Preventing occupational reintegration and return to work: an example of multi-partner collaboration in an inter-company occupational health prevention service in France

ABSTRACT ■ **Context** In France, both Return to Work (RTW) and sustained employment following extended medical leave are critical concerns, due to the substantial risk of professional disengagement after returning to work. Professional disengagement, influenced by a combination of work-related and health-related factors, necessitates proactive awareness, prevention, and adapted support to maintain employment. The involvement of diverse stakeholders in this process complicates access to available resources, highlighting the need for effective coordination. The occupational health law of August 2, 2021, mandates that Inter-Company Occupational Health Services (SPST) establish Professional Disengagement Prevention (PDP) units. These units are tasked with coordinating RTW support actions among the relevant stakeholders.

Objective This exploratory research examines the collaborative process for RTW within a PDP unit at a rural SPST. It analyzes the development of a multi-partner collaborative process with the Health Insurance (Assurance Maladie) and a service provider specializing in maintaining the employment of workers with disabilities. The research aims to describe the development of this multi-partner collaboration and to elucidate the roles of organizational factors and the professionals' understandings of work disability in this process.

Method A qualitative methodology was employed, involving the observation of meetings and a word association task with the stakeholders. This approach was used to identify both the facilitators and barriers to collaboration and to analyze the stakeholders' perceptions.

Results The analysis identified several facilitators, including effective communication, coordination, and complementarity, as well as barriers, such as operational methods, role ambiguity, and workload. While facilitators enhanced communication and coordination, barriers were associated with limited availability and discrepancies between planned and actual work, intensified by administrative and human resource constraints.

The co-construction of a collaborative tool facilitated interactions, decision-making, and improved the efficiency of RTW. Results indicate that sustained collaboration requires role clarification and aligned expectations over time. Perceptions of Professional Disengagement showed both commonalities and differences among the actors, with "support" being central but other elements revealing inter-professional variability.

Conclusion In conclusion, the study emphasizes the importance of allowing sufficient time for the development of a shared understanding of roles and perspectives among stakeholders. This is crucial for fostering a robust work collective and ensuring the long-term success of multi-partner collaborations. The collaborative creation of a shared tool was shown to be a significant facilitator in establishing effective collaboration, built on shared, rather than entirely common, understandings.

KEYWORDS ■ return to work, collaboration, sick leave, multi-partner coordination, prevention of professional disengagement

Introduction

La désinsertion professionnelle menace 5 à 10 % des salariés français (IGAS, 2017)¹ à court et moyen termes (Aballea et al., 2018). Ce processus plurifactoriel impacte la capacité d'un salarié à tenir son emploi

1. Inspection générale des affaires sociales, <https://igas.gouv.fr/nous-connaître/qui-sommes-nous>

durablement (ARACT, 2018). Les arrêts maladie prolongés, notamment ceux liés à des troubles mentaux courants (TMC)², représentent presque la moitié des arrêts maladie en 2022 (Malakoff Humanis, 2022) et augmentent les risques de désinsertion professionnelle dans l'année qui suit le retour au travail (RaT) (Barnay et al., 2015).

Pour prévenir la désinsertion professionnelle, la Loi santé au travail du 2 août 2021 impose à tous les services de prévention et de santé au travail (SPST)³ français de créer une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) (loi n° 2021-1018, 2021). Coordonnée par un médecin du travail, cette cellule a pour mission d'informer et d'accompagner les salariés vulnérables et notamment, de coordonner les actions de collaboration entre les différents acteurs institutionnels (SPST, acteurs de la protection sociale [Assurance Maladie]⁴, de l'emploi des travailleurs handicapés, du système de soins, de la politique de l'emploi et de la formation, employeurs). Ce « système d'acteurs » (loi de 2021) est complexe et souvent cloisonné, d'où cette injonction à une collaboration davantage coordonnée des acteurs institutionnels. L'objectif de notre contribution est de décrire la mise en place d'une collaboration interacteurs et de repérer ce qui peut l'entraver ou la faciliter.

Bien que la Loi de 2021 soit en vigueur, seulement deux tiers des services SPST français ont créé leur cellule PDP et organisé leur collaboration avec les divers acteurs (Présanse, 2024). Le manque de coordination entre la multitude d'acteurs de la PDP rend difficile l'accès aux dispositifs existants pour les salariés, entrave la circulation de l'information et la synchronisation des actions, freinant ainsi le RaT et augmentant les risques de désinsertion professionnelle. Dès lors, la collaboration devient essentielle (Haute Autorité de Santé, 2019).

-
2. Les troubles mentaux courants (TMC) regroupent les troubles d'adaptation, anxieux et de l'humeur (dont la dépression majeure) (Corbière et al., 2013).
 3. Service de prévention et de santé au travail (SPST) : composé d'une équipe pluridisciplinaire (dont des médecins du travail (MDT) et infirmiers (IDEST), coordonnée par le médecin du travail chargé du suivi de toutes les actions de santé au travail (conseil aux employeurs sur les risques professionnels, préservation de la santé des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel).
 4. Assurance Maladie : système de sécurité sociale français qui assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'accès aux soins. Sa branche « Maladie » indemnise les travailleurs en arrêt maladie. Elle est composée du service social (assistants sociaux [AS]) et du service médical (médecins conseils [MC]) chargés du contrôle et du suivi des prestations médicales des assurés.

Notre étude vise à décrire la construction d'une collaboration pluripartenariale interacteurs institutionnels et à identifier ses leviers et obstacles. Elle répond à un besoin pour les institutions, les professionnels de la santé au travail et les chercheurs en psychologie du travail s'intéressant aux dynamiques interpersonnelles. Pour cela, nous avons observé la collaboration interacteurs mise en place par la cellule PDP du SPST d'un territoire français.

La recherche a déjà investigué la collaboration entre acteurs en matière de RaT, en se centrant sur leurs interactions et leurs rôles (Corbière et al., 2020), la qualité de la coordination (Durand et al., 2016), la formation des acteurs à la PDP (Dol et al., 2021 ; Holmlund et al., 2022) ou encore les dispositifs et missions des acteurs (Barnier, 2019 ; Corbière et al., 2025 ; Lecomte-Ménahès, 2019 ; Del Sol, 2023).

Il est clair que la collaboration interinstitutionnelle est complexe. Elle confronte des enjeux de pouvoir, des identités professionnelles et des modes de fonctionnement établis. Elle peut être entravée par le manque d'interdépendance des acteurs (Landry et al., 1999), l'attachement à des valeurs institutionnelles, des habitudes de travail et des identités spécifiques, ce qui influence la perception de l'objectif commun et le rôle de chacun (Pellerin et al., 2020 ; Laneyrie et al. 2016). Développer des ressources partagées malgré des priorités différentes exige information, coordination, concertation et coopération (Landry et al., 1999), facilitant la coconstruction d'outils pour une meilleure clarification des représentations des pratiques et des rôles mutuels (Drevet, 2008).

Ces travaux soulignent implicitement l'importance des représentations dans le processus de développement d'une collaboration interacteurs institutionnels (ou pluripartenariale). Cependant, peu d'études ont spécifiquement examiné ce processus en tenant compte des représentations que les acteurs ont de leurs rôles respectifs et de l'objet même de la collaboration.

Comprendre la dynamique d'une telle collaboration en examinant les représentations des rôles des parties prenantes est crucial (Dagenais, 2000). Les travaux en psychologie sociale ont montré l'influence des représentations sociales sur les relations interpersonnelles et les comportements (Moscovici, 1961 ; Buschini et Lorenzi-Cioldi, 2024), expliquant leur organisation en systèmes (central et consensuel, périphérique et individuel) dont leur comparaison révèle si les représentations diffèrent (Abric, 2003 ; Flament, 1994). Selon Abric (2003), la

connaissance et la pratique d'un objet façonnent le sens qui lui est donné, et par conséquent la représentation sociale de cet objet.

Notre contribution vise à :

1. Décrire le processus de développement d'une collaboration pluripartenariale;
2. Repérer le rôle des représentations sociales (levier ou frein) dans ce processus.

Nous avons mené une étude exploratoire centrée sur la collaboration, mise en place selon la Loi santé au travail, entre 3 acteurs institutionnels clés sur un territoire: un SPST, l'Assurance Maladie et un prestataire spécialiste du maintien en emploi des travailleurs en situation de handicap⁵. Nous examinerons comment se développe le processus de collaboration pluripartenariale et quels rôles jouent les représentations de la désinsertion professionnelle dans ce processus chez les professionnels et acteurs partenaires impliqués.

Méthode

L'étude exploratoire se déroule en territoire rural, dans un SPST qui suit 42 000 salariés. En réponse à la Loi, ce SPST a créé sa cellule PDP et organise sa collaboration avec les autres acteurs du retour et du maintien en emploi du territoire. Pour décrire le processus de collaboration interacteurs et les représentations de la désinsertion professionnelle des professionnels impliqués dans cette collaboration, nous avons adopté une méthodologie qualitative comportant 2 modes de collecte: une observation participante et une tâche d'association verbale.

1) L'observation participante

Une observation participante a été organisée afin de décrire le processus de développement de la collaboration interacteurs. Un chercheur a été en immersion dans le SPST sur plusieurs mois et, avec l'accord de tous les professionnels et des directions des institutions partenaires impliqués dans la coordination, le chercheur a été convié

5. Un des organismes prestataires spécialistes du maintien en emploi des travailleurs reconnus avec la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) dans lequel les chargés de maintien en emploi (CME) facilitent le maintien en emploi du salarié en agissant sur l'aménagement de son poste, sa formation ou sa reconversion professionnelle.

à toutes les réunions interacteurs organisées par la cellule PDP. Sur une durée de 2 ans (à partir de la mise en œuvre de la cellule PDP), le chercheur a observé comment le groupe de partenaires s'est organisé en laissant chacun libre d'agir (Tétreault, 2014). Les résultats présentés sont la synthèse des observations réalisées au cours des réunions. La grille d'observation des réunions est structurée en 3 rubriques :

- le cadre de la collaboration interacteurs (choix des acteurs institutionnels conviés pour participer aux réunions pluripartenariales, fréquence des réunions, nombre et profil des personnes présentes aux réunions) ;
- l'observation de la dynamique de groupe (taux de présence ou d'absence aux réunions, ordre du jour annoncé et thématiques discutées, nombre, contenu et catégories d'interactions, participation et rôles des différents professionnels présents, animation de la réunion) ;
- l'observation des conduites d'appropriation de la cellule PDP (adhésion, transformation ou éventuellement rejet des objectifs de la cellule PDP et de son cadre de fonctionnement, définition et redéfinition d'objectifs communs au groupe et aux réunions, vocabulaire utilisé pour parler de la désinsertion et des salariés suivis).

2) La tâche d'association verbale (TAV)

Les représentations des différents professionnels interrogés ont été appréhendées à partir des travaux utilisant la TAV (Abric, 2003 ; Salès-Wuillemin et al., 2011 ; Vergés, 1992). La TAV a permis d'accéder facilement aux éléments structurant les représentations de la désinsertion professionnelle qu'ont les différents professionnels impliqués dans l'accompagnement du RaT. Dans un premier temps, la TAV consiste à demander à chaque participant d'écrire les mots qui lui viennent spontanément à l'esprit à l'évocation du terme : « désinsertion professionnelle ». Dans un second temps, le participant désigne avec un numéro de rang le mot qui représente le plus pour lui la désinsertion professionnelle. Tous les mots listés sont hiérarchisés en fonction de l'importance qu'il leur accorde (de 1 = le plus important à Nb = le moins important). Enfin, dans un troisième temps, le participant évalue la valence des mots évoqués, c'est-à-dire leur connotation négative, neutre ou positive, à partir d'une échelle de valeur (de -3 à +3) appliquée à chacun.

La TAV a été effectuée par 16 professionnels (6 hommes, 10 femmes) du système d'acteurs institutionnels territorial de lutte contre la désinsertion professionnelle :

- 10 professionnels du SPST : 6 médecins du travail (MDT, sur les 7 du territoire), 4 infirmiers diplômés en santé au travail (IDEST, sur les 7 du territoire);
- 3 professionnels de l'Assurance Maladie : 2 assistantes sociales (AS, sur les 4 du territoire) et 1 médecin-conseil (MC, sur les 2 du territoire);
- 3 conseillers en maintien en emploi (CME, soit la totalité des CME de ce partenaire) d'un des prestataires spécialistes du maintien en emploi des personnes en situation de handicap.

La TAV a été effectuée après la première réunion. Tous les participants sont impliqués dans le développement de la collaboration pluripartenariale et dans l'accompagnement du RaT après une longue absence. Tous participent aux réunions organisées par la cellule PDP, sauf les IDEST.

Nous avons procédé à une analyse de contenu catégorielle thématique des énoncés recueillis à la TAV (Jeoffrion 2009 ; Dany, 2016). Pour chacun des thèmes identifiés, nous avons réalisé une analyse portant sur :

- la fréquence d'évocation du thème, calculée à partir du nombre de mots évoqués relatifs au thème;
- la hiérarchisation des thèmes, calculée à partir d'une échelle de notation standardisée qui repose sur le rang d'importance accordé au mot par le participant. Le nombre de mots par liste est variable (de 1 à Nb) et 1 désigne le mot le plus important. L'importance du rang 8 d'une liste de 8 mots n'étant pas la même que celle du 8^e mot d'une liste de 12 mots, nous avons standardisé l'importance relative des mots sur une échelle de notation (1 à 10). Cela permet leur comparaison, quel que soit le nombre de mots évoqués sur les listes; la valence moyenne du thème, évaluée à partir du calcul de la moyenne des connotations attribuées aux mots relevant de la thématique (cette valence moyenne varie de -3 « connotation négative » à +3 « connotation positive »).

Ces indicateurs ont été calculés globalement pour tous les participants et pour chacune des catégories de professionnels ayant complété la TAV (CME, AS, MC, MDT, IDEST) afin de repérer d'éventuelles différences dans leurs représentations de la désinsertion professionnelle.

Notre analyse cible la comparaison des représentations interprofessionnelles en croisant la fréquence d'apparition et le rang d'importance des mots évoqués. Nous repérons ainsi les représentations de la désinsertion professionnelle à partir de 3 indicateurs : la fréquence, le rang d'importance des thèmes et leur valence.

Résultats

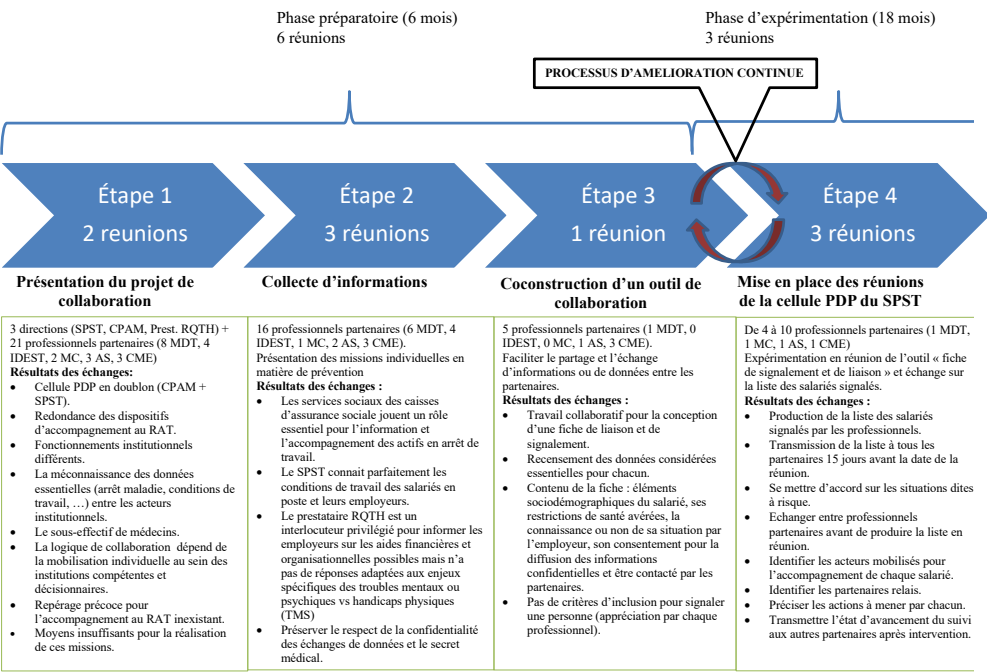
1) L'observation participante : une coconstruction de la collaboration en 2 phases

L'observation participante a permis de mettre en évidence 2 phases dans le processus de coconstruction de la collaboration pluripartenaire (voir Figure 1). La première, qualifiée de « phase préparatoire » à la mise en place de la cellule PDP, s'est déroulée sur 6 mois pendant lesquels 6 réunions ont été organisées. Celles-ci ont eu pour objectif de développer la connaissance mutuelle. La deuxième phase, qualifiée de « phase d'expérimentation », s'est déroulée sur 18 mois durant lesquels 3 réunions ont eu lieu. Dès cette deuxième phase a débuté la mission de suivi collectif des salariés signalés à risque de désinsertion professionnelle. Notons ici que le choix des acteurs institutionnels conviés aux réunions pluriparttenariales a été fait par les médecins du travail du SPST. Ils ont convié des médecins-conseils et des assistants sociaux de l'Assurance Maladie et des conseillers en maintien en emploi d'un prestataire spécialiste du maintien en emploi des personnes en situation de handicap. La composition du groupe aurait pu être différente (d'autres acteurs de l'emploi et de la formation auraient pu être associés ; les infirmières en santé au travail du SPST auraient pu être invitées, ce qui n'a pas été proposé par les médecins du travail). Cette question des acteurs conviés suscitera des interrogations au cours du processus de collaboration, notamment dans la phase d'expérimentation du suivi collectif de salariés à risque de désinsertion professionnelle.

FIGURE 1

Les réunions d'observation participantes

Le processus de coconstruction de la collaboration pluripartenariale



1.1 Phase préparatoire : diagnostic, échanges et coconstruction d'un outil collaboratif pour le signalement des salariés à risque de désinsertion professionnelle

Nous avons distingué 3 étapes dans cette première phase.

Étape 1 (2 réunions) : cette étape concerne la présentation du projet de collaboration. Les rencontres avec les équipes et leur direction ont permis de contextualiser le travail de chacun et de recueillir leurs perspectives sur les enjeux de la collaboration et de la mise en place de la cellule PDP imposée par la Loi. Ces échanges ont révélé des différences dans les fonctionnements institutionnels et une coordination insuffisante suite aux décisions prises par les médecins des différentes institutions. Par exemple, le médecin généraliste qui établit l'arrêt de travail et sa prolongation, le transmet à l'Assurance Maladie sans en informer le médecin du travail du SPST. Si ce dernier n'est pas informé de l'arrêt,

comment peut-il coordonner et préparer efficacement le RaT ? Le médecin du travail n'a pour seule marge de manœuvre que de décider, lors de la visite de reprise, de l'aptitude ou non du salarié à reprendre son poste. Par conséquent, ce manque de coordination entrave l'anticipation du RaT et expose le salarié à un risque de désinsertion professionnelle. Quant au médecin-conseil (Assurance Maladie), il décide sans concertation avec ses pairs et sur la base de critères strictement administratifs du moment de l'arrêt de l'indemnisation ; ce qui précipite la reprise du travail sans qu'elle soit préparée et peut constituer un risque de rechute pour le salarié. Nous observons que la réunion de collaboration permet aux médecins d'échanger sur les enjeux, pour les salariés, de ce manque de coordination et d'information mutuelle entre eux. Elle leur permet d'exprimer ensemble leur vision parcellaire du salarié : le médecin généraliste connaît l'historique de la santé de son patient (mais pas son environnement de travail), le médecin du travail connaît l'environnement de travail et l'employeur (mais pas la santé globale du salarié), et le médecin-conseil évalue la capacité à travailler du salarié sans connaître le contexte de travail ou familial du salarié. Ainsi, lors de cette première étape, les participants ont reconnu collectivement la nécessité d'améliorer l'interconnaissance et de renforcer la collaboration entre les acteurs de l'accompagnement du RaT.

Étape 2 (3 réunions) : cette étape concerne la collecte d'informations entre les professionnels sur les tâches qu'ils réalisent et leurs rôles respectifs dans l'accompagnement des salariés à risque de désinsertion. Il ressort une méconnaissance des dispositifs proposés par chacun des acteurs. Par exemple, lors des réunions, le dispositif « essai encadré » proposé par l'Assurance Maladie (qui permet au salarié de tester, pendant son arrêt de travail, ses capacités de RaT sur un poste adapté à son état de santé) est mal connu des médecins du travail (SPST) qui se réfèrent à leur représentation qu'un salarié ne peut pas retourner travailler chez un employeur pendant son arrêt. Cet exemple illustre le manque de connaissance des dispositifs existants.

À l'issue de ces 2 étapes, un obstacle central est partagé par les partenaires : une communication insuffisante sur les décisions et sur les dispositifs. En conséquence, les professionnels s'entendent sur la nécessité de coconstruire un outil de collaboration pour communiquer entre eux. Les professionnels non médicaux (AS et CME) suggèrent la création d'une « fiche de signalement et de liaison » ; cette proposition est retenue par le groupe.

Étape 3 (1 réunion) : la dernière étape de la phase préparatoire a consisté en la coconstruction de la fiche de signalement et de liaison qui a pour objectif de faciliter la communication entre les professionnels sur les salariés à risque de désinsertion. Elle vise à formaliser les échanges – jusqu'alors informels – entre les professionnels et les marges de manœuvre de chacun, permettant l'harmonisation des points de vue. C'est à partir de cette fiche qu'un salarié pressenti à risque sera signalé à tous les participants des réunions pluripartienariales et que sera constituée une liste des dossiers à traiter lors des prochaines réunions. D'un commun accord, les professionnels se donnent pour principe que chacun est autorisé à signaler un salarié à risque à la cellule.

Lors de cette première phase, nous observons que tous les professionnels sont parvenus à un objectif commun (l'accompagnement du salarié à risque dans son RaT) et à un outil commun. Nous constatons également une évolution des interactions entre les participants : au départ, les médecins sont prédominants dans la prise de parole et prennent un rôle de « personne centrale » dans la dynamique de groupe, entraînant une mise en retrait des autres professionnels (AS, CME). Toutefois, lors de la construction de la fiche (Étape 3), la parole se redistribue : les CME et les AS se saisissent de la construction de cette fiche et deviennent force de proposition. Les médecins adoptent alors un rôle de validateurs des propositions qui leur sont soumises.

1.2 Phase d'expérimentation : la collaboration pluripartienariale mise à l'épreuve du réel

Cette phase démarre le suivi pluripartienarial des salariés à risques signalés à partir de l'utilisation de la fiche.

Étape 4 (3 réunions) : l'expérimentation des réunions pluripartienariales organisées autour de l'outil « fiche de signalement et de liaison » a révélé des difficultés de mise en œuvre : des incomplétudes sur les modalités des échanges, des limites au niveau d'implication, des contraintes pour la participation aux réunions, la mise en lumière de conflits de rôle, le manque de disponibilité, l'insuffisance des ressources, le frein à la transmission des données classées « secret médical », la validation du consentement du salarié pour que son dossier soit traité en cellule pluripartienariale ou encore la qualité du suivi des situations des salariés. Par exemple, une des difficultés observées est le nombre de dossiers signalés qui crée une charge supplémentaire de travail et des tensions.

L'analyse de cette difficulté révèle un désaccord sur les critères à retenir pour signaler un salarié à risque. Les partenaires réalisent qu'ils ne se sont pas concertés sur ces critères; certains signalent des salariés que d'autres ne considèrent pas à risque. Chacun ayant ses propres critères pour caractériser le risque de désinsertion professionnelle, le nombre de salariés signalés est très important. Pour illustrer, le critère majeur de risque de désinsertion professionnelle pour le médecin-conseil est la durée de l'arrêt de travail du salarié; pour le médecin du travail c'est la difficulté du salarié à poursuivre son activité sans qu'il soit forcément en arrêt. Le désaccord porte sur la place de la prévention dans l'accompagnement du risque de désinsertion professionnelle et sur le moment du diagnostic du risque (avant ou pendant l'arrêt maladie). Si les professionnels s'accordent sur la nécessité d'un repérage précoce des salariés à risque, il reste des divergences entre eux sur la définition du risque de désinsertion professionnelle. Enfin, l'observation a révélé des différences de terminologie pour désigner les personnes accompagnées: «salarié» pour les MDT, «patient» pour le MC, «assuré» pour les AS, «personne» pour les CME. Ceci reflète à la fois l'affiliation institutionnelle des professionnels et leurs missions dans le RaT: aptitude ou non au poste (MDT), le rapport soins/indemnisations (MC), les besoins psychosociaux (AS), l'aménagement du poste ou la reconversion pour le maintien en emploi (CME). Ces divergences de représentations de la désinsertion professionnelle se confirment dans les résultats de la tâche d'association verbale.

2) La tâche d'association verbale : des représentations reflets des identités professionnelles

L'analyse de contenu des 180 mots énoncés recueillis dans la TAV a permis d'identifier 12 thèmes associés à la désinsertion professionnelle (voir colonne «thèmes» des Tableaux 1 et 2).

2.1 La fréquence et la valence des mots évoqués

Le Tableau 1 nous indique la fréquence des mots évoqués pour chaque thème (fréquence totale et par profession).

En référence à Vergés (1992), les mots venant en premiers seraient ceux davantage partagés collectivement au sein du groupe des professionnels impliqués dans la collaboration pluripartenariale. Le tableau montre les représentations sociales associées au terme **désinsertion professionnelle** et distingue les thèmes centraux des thèmes périphériques. Le thème le plus fréquemment évoqué est **accompagnement** (rang fréquence 1, 35 mots sur 180); les thèmes les moins fréquents sont **maintien en emploi** et **famille** (rangs fréquence 11 et 12, 4 mots cités sur 180).

TABLEAU 1
Fréquence et valence des thèmes associés à la représentation de la « désinsertion professionnelle »

rang fréquence	Thèmes	Nombre et pourcentage d'évocations (total et par profession)						Valence moyenne par profession					
		Total	CME (N = 3)	AS (N = 2)	MC (N = 1)	MDT (N = 6)	IDEST (N = 4)	Moyenne	CME	AS	MC	MDT	IDEST
1	Accompagnement	35 19%	7 20%	2 6%	3 9%	11 31%	12 34%	1,6	2,0	0,0	2,0	1,6	2,3
2	Exclusion - Isolement	25 14%	2 8%	4 16%	0 0%	11 44%	8 32%	-2,5	-2,5	-2,5	NE	-2,2	-2,6
3	Opportunité	24 13%	5 21%	2 8%	1 4%	10 42%	6 25%	1,8	2,6	2,0	0,0	2,3	2,0
4	Santé - Maladie	22 12%	5 23%	3 14%	0 0%	8 36%	6 27%	-1,3	-1,8	-1,0	NE	0,0	-2,2
5	Diminution ou limitations	17 9%	1 6%	2 12%	1 6%	8 47%	5 29%	-1,9	0,0	-3,0	-2,0	-2,0	-2,6
6	Perte d'emploi	14 8%	3 21%	3 21%	0 0%	5 36%	3 21%	-2,0	-2,0	-1,5	NE	-2,4	-2,0
7	Changement	12 7%	2 17%	1 8%	1 8%	6 50%	2 17%	0,2	1,0	-2,0	-2,0	2,0	2,0
8	Santé mentale	9 5%	1 11%	1 11%	0 0%	5 56%	2 22%	-2,3	-3,0	-1,0	NE	-2,6	-2,5
9	Dévalorisation	9 5%	4 44%	1 11%	0 0%	3 33%	1 11%	-2,1	-2,3	-1,0	NE	-2,3	-3,0
10	Abandon	5 3%	0 0%	0 0%	0 0%	3 60%	2 40%	-1,6	NE	NE	NE	-1,7	-1,5
11	Maintien en emploi	4 2%	3 75%	0 0%	0 0%	1 25%	0 0%	1,8	1,7	NE	NE	2,0	NE
12	Famille	4 2%	1 25%	0 0%	0 0%	3 75%	0 0%	-0,8	-1,0	NE	NE	-0,7	NE

Indice de fréquence moyenne = 8 %
Nb (nb de mots évoqués) = 180 34 19 6 74 47

En comparant le nombre d'évocations par thème, nous constatons un écart important entre les fréquences du premier thème (accompagnement, 35) et du dernier (famille, 4). Les thèmes **accompagnement**, **exclusion-isolement**, **opportunité**, **santé-maladie** sont plus saillants comparativement aux autres. Un écart de fréquence indique une production de thèmes probablement partagée (Flament et Rouquette, 2003).

2.2 La hiérarchisation des mots évoqués

Le Tableau 2 indique la hiérarchisation des thèmes (globale et par profession) calculée à partir de l'échelle standardisée. Au niveau global, un thème est important lorsque son indice d'importance moyenne est supérieur ou égal à celui de tous les thèmes (Abric, 2003). Dans notre tableau, l'indice d'importance moyenne des 12 thèmes est 20,4. L'indice d'importance moyenne **accompagnement** est 40,7, donc supérieur à 20,7. Les thèmes les plus importants sont **exclusion – isolement** (rang d'importance 1) et **accompagnement** (rang 2); les thèmes les moins importants sont **maintien en emploi** (rang 11) et **famille** (rang 12).

TABLEAU 2

Hiérarchisation des thèmes associés à la représentation de la
« désinsertion professionnelle »

rang importance	Thèmes	Hiérarchisation d'importance par profession					Importance des thèmes par profession					
		CME	AS	MC	MDT	IDEST	indice moyen / profession	CME (N = 3)	AS (N = 2)	MC (N = 1)	MDT (N = 6)	IDEST (N = 4)
1	Exclusion - Isolement	6	2	NE	1	1	40,7	13,0	20,6	0,0	73,8	55,5
2	Accompagnement	1	9	1	5	2	31,6	46,1	4,7	19,2	46,9	41,0
3	Santé - Maladie	4	3	NE	4	3	29,8	20,7	15,0	0,0	48,7	34,9
4	Perte d'emploi	2	1	NE	6	6	28,1	29,0	25,5	0,0	33,2	24,9
5	Diminution ou limitations	11	4	4	2	4	22,1	6,3	10,0	1,0	58,6	34,7
6	Opportunité	7	7	3	3	5	19,4	11,7	6,5	2,8	49,2	26,8
7	Santé mentale	8	5	NE	7	8	14,9	8,5	8,7	0,0	26,6	15,8
8	Changement	10	6	2	9	9	11,2	7,4	7,4	10,0	23,9	7,5
9	Dévalorisation	3	8	NE	10	10	11,1	23,3	6,1	0,0	13,9	1,0
10	Abandon	NE	NE	NE	8	7	20,2	0,0	0,0	0,0	24,0	16,4
11	Maintien en emploi	5	NE	NE	12	NE	7,9	13,4	0,0	0,0	2,4	0,0
12	Famille	9	NE	NE	11	NE	7,7	7,8	0,0	0,0	7,6	0,0

indice d'importance moyenne

20,4

2.3 Croisement de la fréquence et de la hiérarchisation des mots évoqués

Nous avons étudié la saillance des thèmes de la représentation de la désinsertion professionnelle à partir d'un tableau à double entrée «fréquence-importance» (Tableau 3) en croisant les résultats de la fréquence des mots évoqués (Tableau 1) avec ceux de la hiérarchisation – rang d'importance – des thèmes (Tableau 2). Les résultats globaux du croisement sont schématisés dans le tableau 3 où «*i*» indique le numéro de rang d'importance et «*f*», le numéro de rang de fréquence. Quatre catégories de représentations ressortent.

TABLEAU 3
« Importance-Fréquence » par croisement des thèmes associés à la représentation de la « désinsertion professionnelle »

		Fréquence			
		Élevée		Basse	
Importance	Élevée	plus important / plus fréquent		plus important / moins fréquent	
		rang (*)		rang (*)	
		<i>i</i>	<i>f</i>	<i>i</i>	<i>f</i>
		Exclusion - Isolement	1 2	Perte d'emploi	4 6
		Accompagnement	2 1		
		Santé - Maladie	3 4		
		Diminution ou limitations	5 5		
		moins important / plus fréquent		moins important / moins fréquent	
	Basse	rang (*)		rang (*)	
		<i>i</i>	<i>f</i>	<i>i</i>	<i>f</i>
		Opportunité	6 3	Santé mentale	7 8
				Changement	8 7
				Dévalorisation	9 9
				Abandon	10 10
				Maintien en emploi	11 11
				Famille	12 12

rang (*): rang d'importance (*i*) et rang de fréquence (*f*)

2.3.1 Les thèmes les plus importants et les plus fréquents

Toutes professions confondues, 4 thèmes sont prédominants : **exclusion-isolement**, **accompagnement**, **santé-maladie** et **diminutions-limitations**. Nous constatons que **accompagnement** est le plus fréquemment évoqué ($f = 1$) devant **exclusion-isolement** ($f = 2$) qui est pourtant le thème estimé le plus important ($i = 1$).

Toutefois, une nuance peut s'observer selon les professions (voir Tableaux 1 et 2). La désinsertion professionnelle renvoie à l'**accompagnement** pour les CME (rang d'importance 1 et 20 %) et le MC (rang 1 et 9 %), plutôt à l'**exclusion-isolement** pour les MDT (rang 1 et 44 %) et les IDEST (rang 1 et 32 %) et à la **perte emploi** pour les AS (rang 1 et 21 %). La **santé-maladie** est un des thèmes les plus fréquents et les plus importants évoqués par les MDT, IDEST et les AS, en revanche le MC ne l'a pas évoqué et les CME priorisent plutôt la **dévalorisation** (rang 3, 44 %).

Diminutions-limitations est nettement représenté par le secteur médical (MC, rang d'importance 4 et 6 %; MDT, rang 2 et 47 %; IDEST, rang 4 et 29 %) alors qu'il est peu marqué pour les CME (rang 11 et 6 %) qui l'associe à la **santé-maladie** (rang 4, 23 %). Cette nuance reflète certaines priorités professionnelles : le suivi de la santé du salarié à son poste de travail ou lors de son arrêt maladie pour les MDT, IDEST et les MC, et la reconnaissance du handicap lié à l'état de santé tout au long de son parcours professionnel pour les CME.

2.3.2 Les mots les plus importants et moins fréquents

Toutes professions confondues, c'est le thème **perte d'emploi** qui caractérise cette catégorie ($i = 4$; $f = 6$). C'est davantage le secteur non médical qui est associé à cette catégorie (CME, rang 2 et 21 %; AS, rang 1 et 21 %). Ceci reflète les priorités professionnelles : la sécurisation du parcours professionnel du salarié pour les acteurs non médicaux (CME et l'AS).

2.3.3 Les mots classés les moins importants et plus fréquents

Toutes professions confondues, seul le thème **opportunité** ($i = 6$; $f = 3$) caractérise cette catégorie qui n'est pas prédominante, mais fait consensus parmi un sous-groupe de participants (Abric, 2003). La désinsertion professionnelle est fréquemment perçue comme une **opportunité** chez les CME (rang 7 et 21 %), bien que ce thème soit pour eux moins important que d'autres. À l'inverse, ce thème est particulièrement important chez les MDT (rang 3 et 42 %).

2.3.4 Les mots les moins importants et les moins fréquents

Il s'agit des thèmes minoritaires. Ce sont les moins saillants et les moins partagés entre les acteurs institutionnels et les professionnels, contrairement aux 2 thèmes dominants et communément partagés : **accompagnement** et **exclusion isolement**. Cela concerne 6 thèmes sur 12 soit la moitié des thèmes identifiés : **santé mentale** ($i = 7 ; f = 8$), **changement** ($i = 8 ; f = 7$), **dévalorisation** ($i = 9 ; f = 9$), **abandon** ($i = 10 ; f = 10$), **maintien en emploi** ($i = 11 ; f = 11$), et **famille** ($i = 12 ; f = 12$).

2.4 Valence des mots évoqués (Tableau 1)

Les thèmes connotés les plus positifs sont : **maintien en emploi** ($m = 1,8$) et **opportunité** ($m = 1,8$). Les thèmes connotés les plus négatifs sont : **exclusion-isolement** ($m = -2,5$), **santé mentale** ($m = -2,3$) et **dévalorisation** ($m = -2,2$). Seul **changement** ne fait pas l'unanimité : il a une connotation négative chez les AS ($m = -2,0$) et les MC ($m = -2,0$) ; une connotation positive pour les MDT ($m = 2,0$), IDEST ($m = 2,0$) et CME ($m = 1,0$).

La TAV révèle une variabilité de la représentation de la désinsertion professionnelle tant au niveau institutionnel que du domaine d'activité ou professionnel. Cette disparité suggère des cadres de référence potentiellement contrastés quant à l'analyse des situations de désinsertion professionnelle et des stratégies d'intervention.

Discussion

Notre étude avait un double objectif. Le premier visait à décrire les étapes du processus de développement d'une collaboration pluripartenaire pour l'accompagnement du RaT après un arrêt maladie de longue durée et la prévention de la désinsertion professionnelle. Le second visait à explorer le rôle des représentations de la désinsertion professionnelle dans la dynamique de collaboration interacteurs institutionnels.

La collaboration pluripartenaire : d'une juxtaposition d'acteurs à la coconstruction d'un collectif de travail

L'observation sur 24 mois des réunions interacteurs initiées par le SPST regroupant les professionnels de 3 acteurs institutionnels partenaires (médecins du SPST, médecins-conseils et assistants sociaux de l'Assurance Maladie, conseillers d'un prestataire du maintien en emploi

des personnes en situation de handicap) a révélé des étapes dans le processus de coconstruction de la collaboration pluripartenariale. Cela démontre que la mise en œuvre d'une collaboration pluripartenariale pour la lutte contre la désinsertion professionnelle est un processus long et non linéaire. Au-delà de l'injonction législative à la collaboration, un temps est nécessaire pour qu'un collectif de travail (Caroly, 2010) puisse se développer lors des réunions pluripartenariales. Des temps et des espaces de discussion sur l'accompagnement du RaT sont indispensables pour instaurer un dialogue de qualité et pour coconstruire des règles et des outils de communication durables. L'enjeu est de passer d'une simple juxtaposition d'acteurs à une coordination des actions, puis, lorsque le collectif devient signifiant et opérant, à une véritable coopération fondée sur une reconnaissance mutuelle entre acteurs. La coopération ne se décrète pas, mais se coconstruit. Les résultats de notre observation participante ont mis en évidence le rôle des représentations sociales dans cette dynamique.

Le rôle des représentations sociales dans la dynamique de collaboration interacteurs

La circulation des informations (ou son absence) entre partenaires (au niveau des décisions médicales ou des dispositifs existants), le positionnement des acteurs lors des réunions pluripartenariales (position centrale ou mise en retrait), les différentes terminologies pour nommer les salariés accompagnés révèlent des représentations contrastées de l'accompagnement du RaT et de la désinsertion professionnelle. L'analyse des échanges lors des réunions pluripartenariales et la TAV ont confirmé l'hétérogénéité des représentations de la désinsertion professionnelle, tout en montrant des points communs entre les partenaires. Le thème commun **accompagnement** est central dans la représentation de la désinsertion professionnelle des différents professionnels et a pu faciliter le début de leur collaboration. Le thème **exclusion-isolement** est aussi prépondérant, soulignant la préoccupation pour les professionnels de la dimension psychosociale de l'arrêt maladie de longue durée et le risque de désocialisation qu'il peut entraîner. La rupture du parcours professionnel due à la santé doit être envisagée comme une transition psychosociale à risques : la perte d'emploi peut avoir des conséquences qui impactent tous les domaines de vie de la personne, entraînant « l'exclusion et l'isolement », sur une temporalité bien plus longue que celle de l'arrêt. Le sujet pluriel (Almudever et Dupuy, 2016) est fragilisé dans sa globalité ; c'est du

moins la représentation des professionnels qui sont au plus proches des réalités vécues par les personnes et la conséquence qu'ils redoutent le plus (MDT, les IDEST et les AS). D'où l'avis unanime sur l'importance de l'accompagnement.

Le thème **opportunité** ressort également comme un élément commun. Ce thème est cité par toutes les catégories de professionnels sans être central dans leurs représentations de la désinsertion professionnelle. Ce sont les médecins qui estiment surtout que l'arrêt maladie longue durée et le changement de poste sont aussi à envisager comme une opportunité. Des divergences de représentations existent : les professionnels médicaux restent centrés sur la limitation des capacités, tandis que les professionnels non médicaux évoquent davantage le rapport à l'emploi et les risques d'exclusion sociale. Nos résultats suggèrent que les identités professionnelles et institutionnelles structurent les représentations des acteurs et orientent leurs engagements et positions lors des réunions pluripartenariales (Dagenais, 2000).

De l'interconnaissance à la coconstruction d'un outil commun

Les réunions préparatoires ont été essentielles pour la mise en place de la collaboration pluripartenariale. Elles ont permis aux professionnels d'exprimer leurs représentations du RaT, de leurs rôles, des besoins et limites de leur mission d'accompagnement, et de la place de la prévention. L'expression des attentes et des rôles de chacun et la confrontation mutuelle des représentations ont valorisé leur complémentarité et ont pu contribuer à réduire les conflits (Franche et al., 2005). Elles ont conduit à un accord sur un objectif collectif : élaborer un outil commun (la fiche de signalement et de liaison) pour signaler les salariés à risque et établir une liste partagée de cas à discuter. On aurait pu s'attendre à ce que la diversité des représentations soit source de conflits, alors qu'elle a été un ancrage à la formalisation de la collaboration ; les partenaires se sont positionnés sur la reconnaissance de leur domaine d'expertise et de leur complémentarité (Gardère et al., 2010) plutôt que sur une pression à converger vers une représentation identique pour tous. La collaboration s'est construite sur des représentations « partagées » plutôt que « communes », où la diversité des identités professionnelles a été à la fois un point de départ et une source de richesse (Gardère et al., 2010). Une régulation collective émerge lorsque cette reconnaissance mutuelle devient une règle partagée dans le groupe. L'interconnaissance des représentations et des pratiques (favorisée

par l'échange entre les professionnels) a concrétisé la collaboration et permis l'élaboration d'un outil commun.

La collaboration interacteurs sur le terrain

La mise à l'épreuve du réel de l'outil créé collectivement a révélé des limites. Bien que la phase préparatoire ait permis de trouver des accords, certaines discussions de fond n'ont pas été approfondies comme : les critères du signalement, l'intérêt d'un repérage précoce du risque, les réticences autour de questions transversales relatives au secret professionnel ou au consentement du salarié. L'objectif initial de parvenir à « faire équipe » pour la collaboration a certainement conduit les partenaires à minimiser la précision de critères majeurs sources de dissensions. Cependant, la reconnaissance mutuelle établie laisse penser que le groupe surmontera ces difficultés.

Malgré cela, un bilan peut être établi. Les réunions de collaboration pluripartenariales ont indéniablement amélioré l'efficacité de la communication entre les partenaires du RaT, en clarifiant la vision des rôles et des actions (Corbière et al., 2020 ; Svärd et al., 2024). Une meilleure connaissance des dispositifs existants a accru la réactivité des acteurs pour l'accompagnement du RaT (pertinence des informations, réduction des délais d'intervention, meilleure coordination entre partenaires). Notre observation permet de dire que ces réunions pluripartenariales améliorent indéniablement la coordination interacteurs, facteur clé d'un retour durable au travail (Corbière et al., 2025).

Conclusion

La réforme législative française vise à prévenir la désinsertion professionnelle après un long arrêt maladie en instaurant des « cellules PDP » pour coordonner les acteurs institutionnels du RaT. Cependant, la Loi ne précise pas le cadre, l'autorité hiérarchique, ni les moyens (financiers, humains) nécessaires au déploiement de cette collaboration interacteurs. La simple conception d'outils pluripartenariaux ne suffit pas ; elle requiert le développement d'un collectif de travail signifiant pour passer d'une simple coordination à une véritable coopération fondée sur la reconnaissance mutuelle et la confiance interacteurs.

Face à ce vide législatif, les acteurs ont dû créer leur propre cadre de collaboration en s'ajustant au fil du temps et des échanges. L'appropriation de la place et du rôle de chacun dans la collaboration et l'organisation des réunions pluripartenariales se sont construites

progressivement. La reconnaissance de leurs domaines d'expertises complémentaires s'est révélée cruciale pour surmonter les divergences initiales et favoriser une dynamique collective efficace pour accompagner les personnes à risque de désinsertion professionnelle.

Cette expérience de terrain donne des résultats qui ont permis de dégager des facteurs déterminants pour la mise en œuvre du processus de collaboration pluripartenariale (la constitution d'un collectif de travail signifiant, la reconnaissance de la diversité des représentations sociales, la coconstruction d'objectifs et d'outils partagés). Néanmoins, notre étude exploratoire présente des limites. Les représentations de la désinsertion professionnelle sont singulières à ce groupe, limitant la généralisation des résultats. Les participants en nombre restreint et la faible disponibilité des acteurs sur ce territoire ont été des contraintes majeures. De plus, l'observation des interactions dans un groupe important devient plus complexe. Les participants étant les seuls à pouvoir expliquer le sens de leurs représentations, des entretiens pourraient compléter la collecte de données.

En perspective, il serait pertinent de mener une étude complémentaire sur d'autres territoires. Les échanges ont également mis en lumière des pistes pour améliorer le RaT, notamment par le repérage précoce des TMC. L'intégration de nouveaux acteurs comme les médecins traitants (pour signaler les arrêts maladie) et les psychologues (pour le repérage des TMC) est essentielle afin de réduire l'isolement des personnes et coordonner un RaT opportun pour éviter le risque de rechute (Boileau-Falardeau et al., 2019; Nigatu et al., 2016; Alonso et al., 2018). Ces recommandations sont d'autant plus pertinentes que l'analyse de la TAV a montré une faible association entre santé mentale et désinsertion professionnelle chez les professionnels.

Ces résultats restent à conforter. Néanmoins, ils offrent des pistes de recherche et d'intervention pour guider les SPST dans la mise en œuvre des cellules PDP et les acteurs institutionnels de la PDP dans l'accompagnement du RaT.

RÉFÉRENCES

- Aballea, P., Du Mesnil du Buisson, M.-A. et Burstin, A. (2018). *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés: rapport tome 1* (RAPPORT IGAS N° 2017-025R). www.igas.gouv.fr. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés.

- Abric, J. C. (2003). L'analyse structurale des représentations sociales. Dans S. Moscovici et F. Buschini (Éds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 375-392). Presses universitaires de France.
- Alonso, S., Marco, J. H. et Andani, J. (2018). Reducing the time until psychotherapy initiation reduces sick leave duration in participants diagnosed with anxiety and mood disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(2), 138-143. <https://doi.org/10.1002/cpp.2134>
- Almudever, B. et Dupuy, R. (2016). Sujets pluriels : la construction de la personne à l'articulation de différents milieux et temps de socialisation. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 22, 7-20. <https://doi.org/10.3917/nrp.022.0007>
- ARACT. (2018). *Fiche pratique – Prévenir la désinsertion en entreprise grâce aux parcours professionnels*. De quoi parle-t-on ? Prévenir la désinsertion en entreprise grâce aux parcours professionnels.
- Barnay, T., Favrot, J. et Pollak, C. (2015). *Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles* (Rapport n° 0938). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles.
- Barnier, F. (2019). L'inaptitude au travail, dispositif de protection ou de relégation des salariés ? *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 37, 109-125. <https://doi.org/10.4000/traces.10105>
- Boileau-Falardeau, F., Turcotte, J.-R., Lafleur, P.-A. et Corbière, M. (2019). Dilemmes des médecins traitants lors du retour au travail de personnes aux prises avec un trouble mental courant : Illustration par des vignettes cliniques. *Santé mentale au Québec*, 44(2), 219-237. <https://doi.org/10.7202/1073530ar>
- Buschini, F. et Lorenzi-Cioldi, F. (2024). Les représentations sociales. Dans L. Bègue-Shankland (Éd.), *Traité de psychologie sociale. La science des interactions humaines* (2e éd., pp. 403-421). De Boeck Supérieur.
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : Des enjeux pour la santé au travail* [Thèse, Université Victor Segalen - Bordeaux II, France]. <https://theses.hal.science/tel-00464801v2>
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S. et Lecomte, T. (2020). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Lecomte, T., Guay, S., Panaccio, A. et Giguère, C.-É. (2025). Web-enhanced return-to-work coordination for employees with common mental disorders: Reduction of sick leave duration and relapse. *BMC Public Health*, 25(1), 676. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21716-5>
- Corbière, M., Negrini, A. et Dewa, C. (2013). Mental health problems and mental disorders—Linked determinants to work participation and work functioning. Dans P. Loisel, H. Anema et autres (Eds.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (pp. 267-289). Springer.
- Dagenais, D. (2000). La représentation des rôles dans une étude de collaboration interinstitutionnelle. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(2), 415-438. La représentation des rôles dans une étude de collaboration interinstitutionnelle – Revue des sciences de l'éducation.

- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Dans G. Lo Monaco, S. Delouvé et P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales* (pp. 85-102). De Boeck.
- Del Sol, M. (2023). Maintien en emploi: La Sécurité sociale en appui des services de prévention et santé au travail. *Regards*, 61(1), 163-173. <https://doi.org/10.3917/regar.061.0163>
- Dol, M., Varatharajan, S., Neiterman, E., McKnight, E., Crouch, M., McDonald, E., Malachowski, C., Dali, N., Giau, E. et MacEachen, E. (2021). Systematic Review of the Impact on Return to Work of Return-to-Work Coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 675-698. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09975-6>
- Drevet, B. (2008). Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion. *Comptabilité Contrôle Audit*, 14(2), 125-153. <https://doi.org/10.3917/cca.142.0125>
- Durand, M. J., Coutu, M. F., Nastasia, I. et Bernier, M. (2016). *Pratiques des grandes organisations au Québec en regard de la coordination du retour au travail* (Étude et rapport R-934). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-934.pdf?v=2024-11-26>
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. Dans J. C. Abric (Ed.), *Pratiques sociales et représentations* (pp. 37-58). Presses universitaires de France.
- Franché, R. L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M. et Loisel, P. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: Optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8032-1>
- Gardère, É., Montagnac-Marie, H., Pascal, C. et Yilmaz, E. (2010). Co-construction d'un réseau de partenaires en recherche-action: Prévention et promotion de la santé mentale des personnes en insertion socio-économique. *Communication et santé: enjeux contemporains*, 53.
- Haute Autorité de Santé. (2019). *Santé et maintien en emploi: Prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs*. Santé et maintien en emploi: prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs.
- Holmlund, L., Hellman, T., Engblom, M., Kwak, L., Sandman, L., Törnkvist, L. et Björk Brämberg, E. (2022). Coordination of return-to-work for employees on sick leave due to common mental disorders: Facilitators and barriers. *Disability and Rehabilitation*, 44(13), 3113-3121. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1855263>
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et représentations sociales: une étude « multi-objets » auprès de professionnels de santé et non-professionnels de santé. *Les Cahiers internationaux de Psychologie sociale*, 82, 73-115. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0073>
- Landry, C. et Gagnon, B. (1999). Les notions de partenariat et de collaboration induisent-elles un nouveau mode de recherche entre l'université et le milieu? *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 6(2), 163. Les notions de partenariat et de collaboration induisent-elles un nouveau mode de recherche entre l'université et le milieu.

- Laneyrie, E., Caroly, S. et Descatha, A. (2016). Le travail collectif pluriacteur, une ressource pour favoriser le maintien en emploi des soignants. *Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement*, 77(2), 179-185. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.admp.2015.09.005>
- Lecomte-Ménahès, G. (2019). La prévention de la désinsertion professionnelle : L'articulation de la prévention des risques professionnels et de la protection sociale. *Droit social*, 11, 914-920. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02383579>
- LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 relative à la prévention en santé au travail. (2021). [Légifrance]. *Journal officiel République française*. renforcer la prévention au sein des entreprises et décloisonner la santé publique et la santé au travail.
- Malakoff Humanis. (2022). *Avec plus de 40 % de salariés arrêtés chaque année, l'absentéisme maladie reste un problème majeur*. <https://newsroom.malakoffhumanis.com/actualites/avec-plus-de-40-de-salaries-arretes-chaque-annee-labsenteisme-maladie-reste-un-probleme-majeur-2f9e-63a59.html>
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public : Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Presses universitaires de France.
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K. et Wang, J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46, 3263-3274. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002269>
- Pellerin, G., Portelance, L., Vivegnis, I. et Boisvert, G. (2021). Responsabilités et rôles institutionnels et interinstitutionnels dans le contexte de la formation des enseignants associés au Québec. *McGill Journal of Education*, 55(1), 12-34. <https://www.erudit.org/en/journals/mje/2020-v55-n1-mje05878/1075717ar.pdf>
- Présanse. (2024). *Chiffres clés 2023 : Informations mensuelles*. Chiffres-clés 2023 | Présanse
- Salès-Wuillemin, É., Galand, C., Cabello, S. et Folcher, V. (2011). Validation d'un modèle tri-componentiel pour l'étude des représentations sociales à partir de mesures issues d'une tâche d'association verbale. *Les Cahiers internationaux de Psychologie sociale*, 91(3), 231-252. <https://doi.org/10.3917/cips.091.0231>
- Seca, J.-M., Flament, C. et Rouquette, M.-L. (2003). Anatomie des idées ordinaires : Comment étudier les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, 56(466), 638-639. Armand Colin.
- Svärd, V., Arapovic Johansson, Z., Holmlund, L., Hellman, T., Kwak, L. et Brämberg, B. (2024). Collaboration in the return-to-work process after sick leave due to common mental disorders: A qualitative study of stakeholders' views on goals and roles. *BMC Public Health*, 24, 1567. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19063-y>
- Tétreault, S. (2014). Observation participante (Participative observation). Dans S. Tétreault et P. Guillez (Eds.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 317-325). De Boeck Supérieur. Observation participante (Participative observation).
- Vergés, P. (1992). L'évocation de l'argent : Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation [The evocation of money: A method for defining the central core of a representation]. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209.

Points de vue des spécialistes de l'emploi sur l'embauche de personnes avec un trouble mental : regards croisés internationaux sur les perceptions des employeurs

Béatrice-Estelle James^a

Marc Corbière^b

Sonia Abelanski^c

Daniele Spagnoli^d

Mireille Valois^e

Cécile Blanchouin^f

Ornella Campanile^g

RÉSUMÉ ■ Introduction et objectifs La réinsertion professionnelle des personnes avec un trouble mental est devenue une préoccupation d'actualité sur le plan international, avec une diversification de pratiques d'accompagnement individualisé. Ces pratiques permettent le développement d'une relation de soutien et d'interface entre les conseillers en emploi et les employeurs et contribuent

a. Université Aix-Marseille.

b. Université du Québec à Montréal. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

c. Working First, Marseille.

d. Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne.

e. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

f. Ligue luxembourgeoise d'hygiène mentale.

g. Institut national d'assurance maladie-invalidité, Liège.

au maintien en emploi de ces personnes. Les objectifs visés par cette enquête internationale sont d'étudier les représentations des conseillers en emploi sur les appréhensions, avantages et prise de risque de l'employeur dans l'embauche des personnes ayant des troubles mentaux et de recueillir le point de vue de 5 conseillères en emploi, provenant de Belgique, Canada, France, Luxembourg et de Suisse sur ces résultats.

Méthodes Dans le cadre de l'enquête internationale de la communauté de pratiques en santé mentale et travail (CoP-SMT) concernant le point de vue des conseillers en emploi (181 répondants) sur l'embauche de personnes ayant un trouble mental, notre analyse s'est focalisée sur les résultats bruts à caractère qualitatif. Un codage manuel de verbatims en codes, sous-thèmes, thèmes, grands thèmes et un calcul des occurrences a été réalisé, suivi d'un atelier d'une heure avec 5 conseillères en emploi pour approfondir les réponses.

Résultats D'après les perceptions des conseillers en emploi, les appréhensions des employeurs reposent sur les caractéristiques personnelles du futur employé (p. ex. manque de constance). Malgré les avantages que ce salarié apporte (p. ex. maturité, efficacité), ce qui pousserait un employeur à prendre le risque d'embaucher ces profils, ce sont les expériences que ce dernier a vécues (p. ex. personne dans son réseau avec un trouble mental), son manque de connaissance de la maladie mentale, ainsi que ses qualités propres (p. ex. sensibilité). Les conseillers en emploi estiment aussi que l'organisation devrait modifier ses politiques et pratiques (p. ex. déconstruction des idées reçues, bien-être des employés) pour fournir à la personne un cadre de maintien en emploi. Pour approfondir ces résultats, 5 conseillères en emploi ont précisé, pendant l'atelier de la CoP-SMT que les employeurs recherchent une personne compétente et causant le moins de problèmes possibles. En outre, la façon dont le conseiller en emploi présente le salarié à l'employeur, la décision de divulgation, la sensibilisation en amont de l'employeur, jouent aussi un rôle dans son ouverture à l'embauche.

Conclusion Le conseiller en emploi joue un rôle majeur dans l'ouverture des employeurs à l'embauche d'une personne ayant des troubles mentaux, car ils veulent connaître la façon dont la personne performe au travail, ses cognitions, sa vitesse d'exécution des tâches, sans changer leurs pratiques organisationnelles.

L'étude présentée suggère des pistes de recherches pour approfondir cette thématique, comme le croisement de ces résultats avec ceux des employeurs, ou de s'intéresser à l'accompagnement et aux compétences du conseiller en emploi dans l'embauche.

MOTS CLÉS ■ troubles mentaux, embauche, insertion, réinsertion, conseillers en emploi, appréhensions, avantages, prise de risque

Employment specialists' views on hiring people with mental disorders: international cross-sections on employers' perceptions

ABSTRACT ■ Introduction and objectives The professional reintegration of people with mental disorders has become a global concern, resulting in a diversity of individualised support practices. These practices require a profound reorganisation of support strategies, where employers become key partners with whom employment advisers must establish enduring relationship. These practices allow the development of a supportive and interface relationship between employment counselors and employers and contribute to the continued employment of these people. This international qualitative study explores not only the perceptions of employment specialists regarding employers' apprehensions, benefits and risk associated with hiring people with mental disorders but also collects insights from 5 employment specialist/job coaches in Belgium, Canada, France, Luxembourg and Switzerland.

Methods This study is part of an international survey conducted by the Community of Practice in Mental Health and Work (CoP-SMT in French), which examined the perspectives of 181 employment specialists on hiring people with mental disorders. The qualitative data (verbatim) were manually coded into codes, sub-themes, themes, major themes and occurrences. Additionally, a one-hour workshop was held with 5 female employment specialists to explore the findings in greater depth.

Results According to the perceptions of employment advisers, employers' apprehensions are based on the personal characteristics of the future employee (e.g. lack of consistency). Despite the advantages that this employee brings (e.g. maturity, efficiency), what would push an employer to take the risk of hiring these profiles are the experiences that the employee has had (e.g. someone in their network with a mental disorder), their lack of knowledge of mental illness, as well as their own qualities (e.g. sensitivity). The employment counsellors also felt that the organization should modify its policies and practices (e.g. deconstructing preconceived ideas, employee well-being) to provide the person with a framework for job retention. To expand on these results, five employment counsellors stated during the CoP-SMT workshop that employers are looking for a person who is competent and causes as few problems as possible. In addition, the way in which the employment counsellor introduces the employee to the employer, the decision to disclose and the employer's awareness of the situation beforehand also play a role in the employer's openness to hiring.

Conclusion The employment counsellor plays a major role in employers' openness to hiring a person with mental disorders, because they want to know how the person performs at work, his or her cognition and speed of task execution, without changing their organizational practices.

The study also suggests avenues for further research in this area, such as cross-referencing these results with those of the employers or looking at the support and skills of the employment counsellor in the hiring process.

KEYWORDS ■ mental disorders, hiring, insertion, reinsertion, job counsellors, apprehensions, benefits, risk-taking

INTRODUCTION

Depuis le début des années 2000, la santé mentale au travail est devenue une préoccupation majeure pour la santé des travailleurs, que l'employeur a le devoir contractuel de protéger, à quelques niveaux hiérarchiques qu'ils soient (Legeron, 2015). Mais force est de constater que les personnes ayant des troubles mentaux sont souvent sujettes à une forme d'exclusion sociale qui s'illustre par un rejet du monde professionnel (Laberon et al., 2017). En effet, malgré les dispositions de la loi et les pratiques de soutien favorisant l'embauche ou la réintégration au travail de personnes aux prises avec un trouble mental, le taux demeure faible, en raison notamment des préjugés stigmatisants concernant ces personnes (OCDE, 2020 ; OMS, 2020).

C'est dans ce contexte que la pratique de l'emploi accompagné est apparue en France, pour combler les insuffisances des pratiques traditionnelles d'aide à l'intégration professionnelle et accroître les chances d'accès, de retour et de maintien individualisé dans l'emploi pour ce public (Lemoine et Chantraine, 2004). Fondée sur les données probantes et courante en Amérique du Nord depuis les années 80 (Corbière, 2023), elle se focalise autant sur l'accès ou la réintégration au travail, que sur le maintien durable dans l'emploi. Cette pratique basée sur le modèle IPS (*Individual Placement Support*) permet à environ 40 à 60 % de personnes avec un trouble mental de trouver un emploi (Pelizza et al., 2020 ; Suijkerbuijk et al., 2017), même si les difficultés de maintien d'emploi à long terme pour ces personnes (Bond et al., 2008), la stigmatisation persistante (Corrigan et al., 2002) et les exigences de formation des intervenants (Perry et al., 2011) parviennent encore à réduire l'impact de ce modèle. Le nouvel employé peut néanmoins se confronter directement à la réalité du travail en milieu ordinaire, tout en bénéficiant d'un soutien approprié et ajusté à ses besoins (Pachoud et al., 2017).

Quand bien même l'embauche des personnes ayant des troubles mentaux apporte des avantages économiques à l'employeur comme

des aides gouvernementales, et des crédits d'impôts (O'Reilley et al., 2020), elle permet aussi à l'individu d'améliorer son état de santé, sa fierté et sa qualité de vie (Chadsey et al., 2001; Corbière et al., 2022). De plus, les employeurs ayant fait l'expérience de l'embauche de ce public, estiment que ces employés sont dévoués, stables, loyaux et assidus (Morgan et Alexander, 2005). Malgré ces avantages, les employeurs éprouvent des réticences à l'embauche des personnes avec des troubles mentaux à cause par exemple des préjugés. Ils pensent que ces personnes peuvent être agressives, dangereuses, imprévisibles, inintelligentes, déraisonnables, peu fiables, manquant de maîtrise de soi (Ozawa et Yaeda, 2007). Par conséquent, ils doutent de leur performance et compétences, de leur capacité à socialiser avec les autres et à gérer leur stress (Scheid, 2005; Stuart, 2006). En même temps, les employeurs disent qu'ils manquent de connaissances en matière de santé mentale et se sentent incertains de l'emploi de ce public. Ils s'inquiètent de leur capacité de travail et estiment que ces personnes ne sont pas à la hauteur des normes actuelles de productivité (Kaye, 2011; Waterhouse, 2010). Néanmoins, les employeurs sont prêts à prendre le risque d'embaucher des personnes avec des troubles mentaux à la suite d'expériences antérieures positives vécues, où après avoir côtoyé ces personnes (Unger, 2002; Yvon et Corbière, 2021). Les qualités humaines et bienveillantes de l'employeur (Vornholt et al., 2017), ainsi que l'acceptation des différences et la mise en place d'une politique antidiscrimination au sein de son organisation incitent l'employeur à prendre le risque d'embaucher ces personnes (Chan et al., 2010; Copeland et al., 2010). Mais les aspects de la recherche qui traitent des défis pratiques que les employeurs rencontrent lorsqu'ils font face à des problèmes de santé mentale au travail, ainsi que les types spécifiques de soutien dont ils ont besoin pour gérer ces profils sont encore peu explorés (Shankar et al., 2014).

C'est dans ce cadre que la Communauté internationale et interdisciplinaire des pratiques en santé mentale et travail (CoP-SMT) a mené une enquête. Son objectif était de saisir les processus de retour et de réinsertion après une absence du marché ordinaire du travail pour des raisons de trouble mental, notamment en ce qui concerne les perceptions des personnes conseillères en emploi quant aux avantages, appréhensions et prise de risque des employeurs, dans l'embauche de ces personnes. Nous avons ensuite étoffé ces résultats par des discussions et la tenue d'un atelier avec des conseillères en emploi des pays retenus lors de l'enquête (Belgique, Canada, France, Luxembourg et

Suisse). Ces conseillères ont été retenues parce qu'elles travaillent dans des pratiques fondées sur les données probantes IPS et ont une expérience avérée dans le soutien à l'emploi de personnes avec les troubles mentaux. Elles occupent toutes des postes de responsabilité ou de coordination d'un programme de soutien ou d'accompagnement de ces personnes. Notre recherche a donc consisté en l'analyse des représentations des personnes conseillères en emploi concernant les perceptions des employeurs à l'égard de l'embauche de personnes ayant des troubles mentaux, en mettant l'accent sur les avantages perçus, les appréhensions et la prise de risque associés à cette démarche. Le but visé était de permettre d'harmoniser les différents points de vue des personnes conseillères en emploi, pour mieux élaborer la stratégie d'approche, non seulement de l'employeur, mais aussi de la personne à accompagner, tout en exploitant les résultats de l'enquête et le point de vue des experts sur le terrain. En outre, interviewer des personnes conseillères en emploi plutôt que les employeurs permet également d'éviter la désirabilité sociale dans les réponses de employeurs.

Le plan de cet article est scindé en 2 parties dont la première traite du cadre théorique et de la méthodologie utilisée dans l'enquête et l'atelier, tandis que la seconde présente les résultats, la discussion, les limites et les perspectives de recherche.

CADRE THEORIQUE

L'environnement dans lequel nous évoluons est complexe, car il est constitué d'une multitude de situations et d'événements, ainsi que d'une diversité d'individus avec lesquels nous interagissons constamment. Cet environnement exige également que nous prenions des décisions, formulions des opinions ou encore expliquions certains comportements. Cela nous plonge en permanence dans un milieu saturé d'informations à traiter, à rendre plus compréhensibles et accessibles ainsi qu'à interpréter la réalité qui nous entoure pour créer nos propres représentations sociales. La représentation sociale peut être définie comme étant « le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (Abric, 1997).

Dans notre étude basée sur « le point de vue des conseillers en emploi sur les perceptions des employeurs concernant l'embauche des personnes avec un trouble mental », nous considérons les « employeurs »

comme objet représentationnel, car les personnes conseillères en emploi se font une représentation des potentiels avantages, appréhensions et prise de risque que les employeurs pourraient concevoir, influant dans leur décision d'embauche d'une personne ayant un trouble mental et désireuse de se réinsérer en emploi. Ces perceptions découlent de plusieurs paramètres en lien avec le milieu professionnel tels que les situations vécues, les informations et connaissances acquises, ou recueillies, les comportements et réactions observées. C'est dans ce cadre que nous convoquons le modèle théorique de Doise (1990) selon lequel : « Les représentations sociales sont des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports. »

Nous voulons croiser les représentations (individuelles et collectives) que les personnes conseillères en emploi se font concernant les perceptions des employeurs dans l'embauche des profils avec des troubles mentaux.

Notre positionnement prend également en compte le rôle du conseiller en emploi, car il permet un soutien souple, adapté aux besoins, qui soit mobilisable à tout moment du parcours, pour les personnes avec les troubles mentaux et les employeurs. Il s'agit pour lui de connaître le monde de l'entreprise, ses attentes, valeurs et codes relationnels, pour assurer à la personne accompagnée l'accès, le maintien et l'évolution dans l'emploi (Thomas et Morgan, 2021).

Par ailleurs, les études existantes sur les attitudes des employeurs dans l'embauche des personnes avec un trouble mental (Tsang et al., 2007; Gilbride et al., 2000), restent souvent globales et traitent des questions liées à l'absentéisme, à la tâche, à la sécurité ou aux relations entre collègues. Elles ne fournissent pas assez de données empiriques sur les préoccupations spécifiques des employeurs (Davis et al., 2014; Hoffman et al., 2016). C'est dans ce sens que nous orientons notre recherche en nous intéressant aux perceptions qu'ont les personnes conseillères en emploi sur les préoccupations des employeurs concernant l'embauche des personnes ayant des troubles mentaux, puis en organisant un atelier permettant de saisir les perceptions des conseillères en emploi sur cette enquête.

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Dans cette recherche, nous optons pour la méthode descriptive interprétative, parce qu'elle permet d'étudier un phénomène humain dont l'état actuel des connaissances n'offre pas une compréhension en contexte et en profondeur (Thorne, 2016). Elle répond à des préoccupations liées à la pratique professionnelle qui émergent la plupart du temps du terrain et d'un processus inductif (Thorne, 2008, 2016). Ce type de recherche accorde une importance à la découverte, à l'exploration et à la quête de signification des phénomènes selon la perspective des participants (Denzin et Lincoln, 2018). Dans le cadre de notre recherche, cette approche nous conduira à analyser d'une part le ressenti et les besoins de l'employeur dans l'embauche (avantages, appréhensions, prise de risque), à travers le point de vue des personnes conseillères en emploi. D'autre part, elle permettra de comprendre les stratégies mises en place (p. ex. anticipation des appréhensions, arguments utilisés) par les personnes conseillères en emploi pour convaincre les employeurs d'embaucher, des personnes avec les troubles mentaux.

Pour ce faire, nous avons utilisé la méthodologie d'analyse de Doise qui comprend 3 étapes successives pour recueillir et traiter les données: « La première étape consiste à analyser le savoir partagé. La seconde s'attèle à étudier les principes organisateurs de prises de positions, en fonction de la trame représentationnelle. Enfin la troisième étape analyse les liens entre ces prises de position et les insertions spécifiques à l'intérieur des rapports symboliques » (Palomari et Emiliani, 2016). Il s'agit pour notre équipe de regrouper et d'analyser les représentations qu'ont les personnes conseillères en emploi de l'enquête et de l'atelier, sur les avantages, les appréhensions et la prise de risque des employeurs dans l'embauche des personnes avec les troubles mentaux, d'étudier ensuite les différentes prises de position et leur apport dans cette embauche.

Procédure de recueil de données

La communauté de pratiques en santé mentale et travail (CoP-SMT) a lancé en 2022 sa première recherche internationale sur la reprise professionnelle des personnes avec un trouble mental (Belgique, Canada, France, Luxembourg, Suisse). Cette enquête a été massivement diffusée en ligne via le logiciel LimeSurvey et avait pour objectif de saisir les processus de retour au travail (la personne retourne à son poste de travail) et de réinsertion (la personne ne connaît pas encore le milieu

de travail dans lequel elle peut être amenée à s'insérer ou se réinsérer) après une absence marquée du marché du travail ordinaire. La sous-section de l'enquête que nous étudions ici est celle qui traite du point de vue des conseillers en emploi sur les perceptions des employeurs dans l'embauche des personnes ayant des troubles mentaux (volet réinsertion de l'enquête). Cette enquête a été approuvée par le comité d'éthique de l' Université du Québec à Montréal (UQAM).

Les résultats de l'enquête ont ensuite été enrichis par la tenue d'un atelier avec des conseillères en emploi des 5 pays cités lors d'un colloque organisé par la CoP-SMT en octobre 2024. Deux réunions zoom de préparation de l'atelier se sont tenues en amont avec les 5 conseillères en emploi sur la base des résultats de l'enquête. Pendant ces visioconférences, les intervenantes ont commenté à tour de rôle les résultats de l'enquête, tout en développant, complétant et harmonisant leurs avis. Ensuite, elles se sont concentrées sur l'harmonisation des stratégies d'approche de l'employeur, l'importance d'établir un lien de confiance et de proximité avec la personne accompagnée et sur le fait de savoir si l'embauche de ces personnes constituait un risque ou une opportunité. Les verbatims des différents échanges ont ainsi été recueillis, organisés selon les thématiques et l'ordre des interventions a été déterminé par le groupe pour la tenue de l'atelier (Tableau 1).

Procédure d'analyse de données

Nous avons récupéré les résultats bruts à caractère qualitatif constitués de phrases très succinctes, après leur analyse via Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) par l'équipe de l'axe recherche de la CoP-SMT. Puis les 2 premiers auteurs de l'article (BEJ et MC) ont effectué un codage manuel chacun de leur côté, en créant des codes mettant en commun des verbatims. Par la suite, ils ont confronté leurs résultats pour atteindre un accord interjuges. Lorsqu'il y avait désaccord, en général sur la manière de nommer un code plutôt que sa sémantique, ils en discutaient jusqu'à l'atteinte d'un commun accord. Ensuite, ces codes ont été regroupés en sous-thèmes, puis incorporés dans des grands thèmes afin de rendre la lecture plus fluide. Enfin, nous avons procédé au calcul des occurrences pour faire ressortir les réponses récurrentes et saillantes des participants.

Dans la préparation de l'atelier, nous avons eu 2 réunions en amont pour dégager les perceptions de chaque conseillère en emploi sur les résultats et avons réorganisé l'information pour la rendre plus accessible aux participants de l'atelier. Nous avons dû écarter certains

verbatim qui n'étaient pas assez explicites. En fonction des résultats de l'enquête qui ont été présentés (Figures 1 et 2), 2 nouveaux grands thèmes ont émergé (Tableau 1) pour davantage regrouper les informations (posture de la personne conseillère en emploi pour favoriser l'embauche et prise de risque ou opportunités), ainsi que des sous-thèmes (p. ex. compétences du job coach, divulgation). Ces partages d'expériences avec des conseillères en emploi, ont permis également d'approfondir les verbatims des résultats de l'enquête.

RÉSULTATS

La présentation des résultats consiste à détailler les connaissances des personnes conseillères en emploi sur les perceptions qu'elles ont des employeurs concernant les avantages de l'embauche, leurs appréhensions et prise de risque. Nous présenterons d'abord l'échantillon retenu, suivi des résultats de l'enquête internationale, puis des résultats de l'atelier du colloque réalisé par la CoP-SMT.

Présentation de l'échantillon de l'enquête

L'échantillon utilisé dans cette approche qualitative et exploratoire est de 181 personnes conseillères en emploi qui ont répondu à toutes les questions de l'enquête, sur un total de départ de 276 répondants. Les femmes ont répondu majoritairement ($n = 147$, soit 81 %) et l'âge moyen est de 42,5 ans (min 25-max 73 ans). Parmi les 5 pays retenus (Belgique, Canada, France, Luxembourg et Suisse), la France et le Québec ont eu le plus grand nombre de participants (72 soit 40 %, contre 56, soit 31 %).

Présentation de l'échantillon de l'atelier

Cinq pays ont participé à l'enquête internationale de la CoP-SMT (Belgique, Canada, France, Luxembourg et Suisse) et c'est dans ces pays, que les 5 conseillères en emploi de l'atelier ont été sélectionnées. Les critères d'inclusion sont l'expérience professionnelle dans le job coaching (elles ont plus de 5 ans d'ancienneté), l'utilisation de la méthode IPS et les postes de responsabilité qu'elles occupent. L'intervenante Belge (OC) est superviseuse IPS, l'intervenante représentant la France (SA) est coresponsable du programme Working First et formatrice IPS au sein de WFX Formations. Celle du Luxembourg (CB) est responsable du service de soutien à l'Emploi chez Ligue Santé Mentale. Quant à la représentante du Canada (MV), elle est coordonnatrice du programme de soutien en emploi-études IPS et formatrice

IPS Employment Center. Enfin, celle de Suisse (DS) est psychologue et coordinatrice cantonale de « Ressort », département de psychiatrie du CHUV.

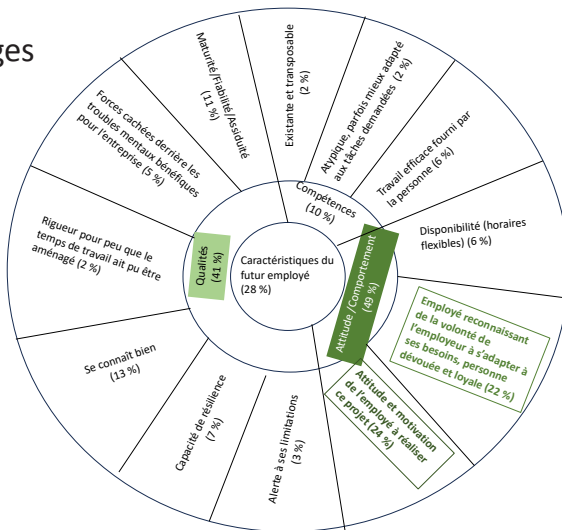
Résultats de l'enquête internationale

Pour traiter et mieux comprendre les résultats de l'enquête, nous les avons regroupé en codes puis en sous-thèmes, pour en dégager 2 grandes thématiques principales :

- Les aspects en lien avec les caractéristiques personnelles du futur employé et celles de l'employeur, qui permettent de favoriser l'embauche des personnes présentant des troubles mentaux ;
- Les aspects organisationnels, structurels et politiques, favorisant la prise de risque par l'employeur de l'embauche d'une personne avec un trouble mental.

Caractéristiques personnelles du futur employé et de l'employeur

Thème 1 : Avantages

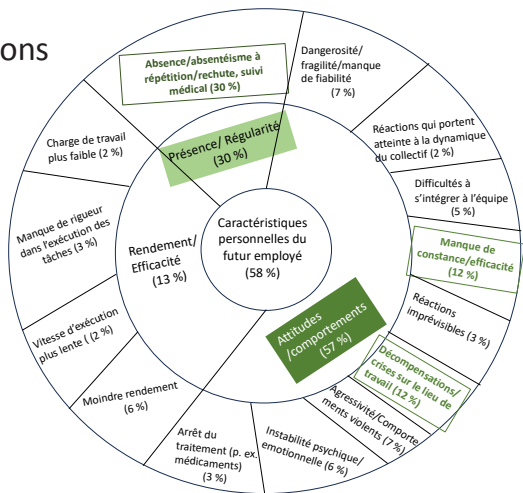


Avantages (Figure 1):

D'après les personnes conseillères en emploi, les avantages perçus par l'employeur concernant l'embauche des personnes ayant des troubles mentaux sont liés aux caractéristiques personnelles du futur employé, plus particulièrement son attitude/comportement : sa motivation à réaliser son projet (24 %), sa reconnaissance, son dévouement et sa loyauté envers l'employeur (22 %). Les qualités du futur employé sont également

un atout qui pèse dans la décision d'embauche de l'employeur : le fait par exemple que la personne se connaisse bien (13 %), qu'elle soit mature, fiable et assidue (11 %).

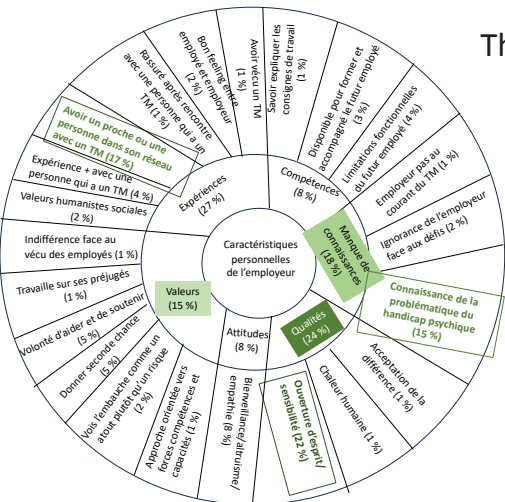
Thème 1 : Appréhensions



Appréhensions (Figure 2) :

Les appréhensions que l'employeur éprouve suivant le point de vue des personnes conseillères en emploi quant à l'embauche d'une personne ayant des troubles mentaux, concernent les caractéristiques personnelles du futur employé (54 %). En effet, l'employeur craint le plus l'attitude et le comportement du salarié (p. ex. manque de constance et d'efficacité, 12 %) et les crises sur le lieu de travail (12 %).

Thème 1 : Prise de risque

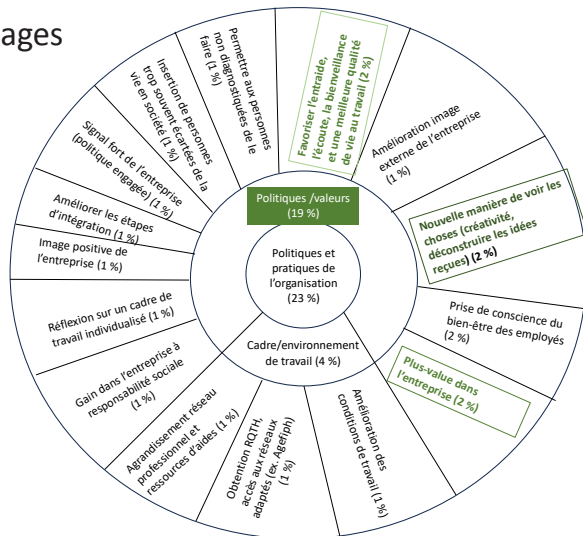


Prise de risque (Figure 3):

Un employeur pourrait prendre le risque de recruter une personne avec un trouble mental selon le point de vue des personnes conseillères en emploi, pour 2 raisons principales : les expériences qu'il a vécues (27 %) ou le fait d'avoir dans son entourage un proche ou une personne avec un trouble mental (17 %). Les qualités de l'employeur (comme sa sensibilité et son ouverture d'esprit) peuvent également jouer dans l'embauche du futur employé (24 %). Par ailleurs, le fait que l'employeur n'ait aucune connaissance de la problématique de santé mentale (15 %) peut également l'amener à embaucher une personne présentant un trouble mental.

Aspects organisationnels, politiques et structurels

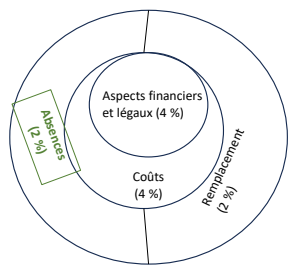
Thème 2 : Avantages



Advantages (Figure 4):

Les personnes conseillères en emploi pensent que cette embauche peut conférer à l'employeur des aides gouvernementales comme les avantages salariaux, fiscaux et allègement des charges (13%) ainsi que des aides à l'embauche (13%) (subventions, prime d'engagement).

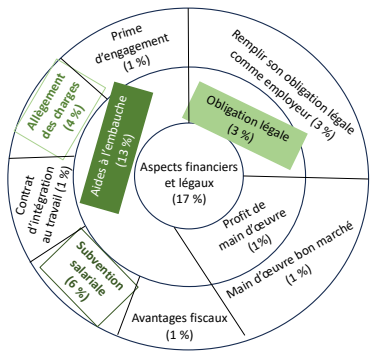
Thème 2 : Appréhensions



Appréhensions (Figure 5) :

Les appréhensions de l’employeur, selon les conseillers en emploi, résident dans la peur du coût lié aux absences à répétitions du salarié et aux remplacements requis (30 %).

Thème 2 : Prise de risque



Prise de risque (Figure 6) :

Pour les personnes conseillères en emploi, l’employeur serait prêt à recruter une personne avec un trouble mental si son organisation se centre sur l’humain, se préoccupe du bien-être de ses employés, tout en apportant une nouvelle manière de voir les choses (c’est-à-dire déconstruire les idées reçues) en favorisant l’écoute, la bienveillance, ainsi qu’en améliorant les étapes d’intégration (19 %). À cela s’ajoute le fait que l’employeur, selon leur point de vue, éprouve la nécessité d’agrandir son réseau professionnel et ses ressources d’aides, en incitant

les personnes à obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) (4 %), pour répondre à l'obligation d'embauche (3 %).

Résultats de l'atelier

Les résultats de l'enquête ont été présentés aux 5 conseillères en emploi (Belgique, Canada, France, Luxembourg et Suisse) afin d'enrichir les réponses brèves obtenues, découlant de leurs expériences.

Tout en commentant les résultats de l'enquête, elles ont présenté la posture qu'une personne conseillère en emploi devrait avoir pour favoriser l'embauche d'une personne avec un trouble mental. Pour ces dernières, il est important de sensibiliser l'employeur aux problématiques de santé mentale, puis d'utiliser un langage intelligible et accessible, en présentant les forces et qualités de la personne accompagnée avec laquelle une relation de confiance s'est créée. La divulgation quant à elle, ne devrait être abordée que dans le sens de besoins d'adaptation de poste et non du diagnostic. Puis elles ont estimé que l'embauche de ces personnes peut à la fois être un risque et une opportunité, comme l'illustrent les propos de I5 : « Tout recrutement comporte un risque, dans tous les cas. Une fragilité psychique peut subvenir également à n'importe quel moment. » et de I4 : « C'est certainement une opportunité de compétences, une opportunité de travailler sur ces processus d'intégration, pour recruter différemment, de penser ces collectifs de travail aussi et d'en faire une force quand on est capable d'inclure une personne différente. »

Les conseillères en emploi ont également fait remarquer que contrairement aux résultats de l'enquête sur les appréhensions des employeurs dans l'embauche de personnes avec les troubles mentaux, les crises ou décompensations sur le lieu de travail sont rares et ne devraient pas constituer un élément majeur dans les craintes des employeurs. Un autre élément souligné par ces conseillères est l'importance de la formation des personnes conseillères en emploi, comme le souligne les propos d'I4 : « La formation du conseiller en emploi sur l'embauche est importante, car elle lui permettra d'apprendre à faire du démarchage, d'approcher l'employeur, de miser sur les forces de l'employé et de voir avec l'employé si on divulgue ou pas. » Les résultats de l'atelier sont répertoriés dans le Tableau 1.

TABLEAU 1
Partage d'expériences (Verbatims discussion de groupe : Avantages, appréhensions, risque)

Thèmes	Sous-Thèmes	Intervenants	Verbatims
Posture de la spécialiste à l'emploi/job coach pour favoriser l'embauche d'un personne avec un tr. psychique/mental	Qualités et expériences de l'usager et de l'employeur		
	Compétences du conseiller en emploi	I1 (Québec)	<i>Je m'appelle I1, je suis une conseillère en emploi, j'aide des personnes qui sont motivées et qui ont des compétences à trouver un emploi en misant sur leurs forces, sans parler de santé mentale. Je dois mettre plus en avant les attitudes positives de la personne, sa motivation, ses qualités, ses forces, ses compétences, plutôt que le handicap et ses difficultés. Le conseiller à l'emploi doit mettre en place une méthode de présentation, d'écoute de l'employeur, et créer avec lui une relation de confiance.</i> <i>Ce que les employeurs veulent savoir, c'est si la personne est capable d'effectuer le travail ou les tâches qui lui sont assignées, ce qu'ils doivent faire pour accompagner les personnes, pour les accueillir, les soutenir.</i> <i>Ils sont aussi intéressés à entendre parler de notre service, de ce qu'on peut faire pour accompagner la personne, si nous pouvons nous déplacer en entreprise. Je pense que la priorité numéro un des employeurs, c'est la notion de «job match», du bon pairing.</i>
	Aborder la divulgation	I2 (Suisse)	<i>On peut choisir de divulguer ou pas. Ce choix est fait sur la base de longues discussions entre le job coach et le candidat et va déterminer pas mal de choses dans la façon dont on peut l'accompagner sur le terrain. Pour faire court, on ne parle pas de diagnostic, mais plutôt des limitations fonctionnelles et des éléments liés à la maladie qui empêcheraient quelqu'un d'être totalement efficace ou sans difficulté dans une tâche. L'idée de base, c'est d'aider l'employeur à comprendre le type d'accommodation, d'aménagement dont le candidat éventuellement pourrait avoir besoin.</i> <i>On est un peu obligé de divulguer quand il y a des éléments de sécurité qui sont impliqués. Par exemple, quand la médication trop lourde empêche le candidat d'avoir une parfaite maîtrise de l'opération d'un outil ou d'une machine.</i>
	Langage à utiliser avec l'employeur,	I3 (Belgique)	<i>Le langage à utiliser est selon moi, une des plus grandes difficultés qu'on rencontre face à un employeur. Quand il pose des questions sur la santé mentale et qu'on ne veut pas divulguer, c'est compliqué de trouver la bonne façon d'amener les choses, de répondre aux questions. Dans ces cas-là, on préfère par exemple parler de ce que l'OMS dit de la santé mentale, c'est-à-dire qu'une personne sur quatre, au moins, dans sa vie, expérimentera un trouble de santé mentale. Cela peut détendre l'employeur, l'amener aussi à reconnaître ce fait, à accepter que tout le monde une fois dans sa vie peut faire une dépression.</i>
	Importance de créer un lien fort avec la personne accompagnée	I4 (France)	<i>Le travail qu'on va faire, c'est de permettre aux personnes d'avoir une expérience de travail qu'elle soit finalement positive ou pas forcément concluante. Cette expérience de travail va lui permettre de trouver du sens. Ensuite, on va travailler avec elle sur les difficultés qu'elle peut rencontrer. Parfois, ça va lui permettre de prendre confiance en elle. Et finalement, l'objectif, c'est qu'elle puisse se rétablir. Donc il y a tout ce continuum avec la personne et aussi ce côté délicat de la prise de confiance en soi tout au long de l'accompagnement.</i> <i>La formation du conseiller en emploi sur l'embauche est importante, car elle lui permettra d'apprendre à faire du démarchage, d'approcher l'employeur, de miser sur les forces de l'employé et de voir avec l'employé si on divulgue ou pas.</i>
	Sensibilisation en amont de l'employeur	I5 (Luxembourg)	<i>Les résultats de l'étude ont montré que 17 % des employeurs qui semblent prendre le risque d'embaucher des personnes ayant une fragilité psychique sont des personnes qui ont une connaissance au sein de leur réseau, de la famille, des amis, qui sont elles-mêmes concernée par une problématique de fragilité psychique. À partir de là, on pourrait envisager le postulat que les employeurs qui ne prennent pas le risque d'embaucher sont peut-être ceux qui manquent de connaissances sur cette thématique et peuvent être effrayés par la fameuse peur de l'inconnu.</i>

DISCUSSION

Le double objectif de cette étude était de croiser les perceptions des personnes conseillères en emploi sur les avantages, appréhensions et prise de risque des employeurs lors de l'embauche d'une personne avec un trouble mental et de recueillir, pendant l'atelier, les expériences des conseillères en emploi sur les résultats de l'enquête. Selon Doise (1990), dans sa théorie des représentations sociales, la façon dont les individus perçoivent et interprètent la réalité qui les entoure est structurée par des systèmes de connaissances, croyances et symboles qui génèrent des prises de position. Ces représentations des personnes conseillères en emploi (enquête et atelier) leur fournissent non seulement des points de référence communs, mais également des informations sur les divergences individuelles des personnes concernées. Aussi, ces dernières peuvent adopter des postures favorisant l'embauche puis le maintien en emploi de ces personnes et rassurer l'employeur dans sa prise de risque d'embauche. Pour aborder cette discussion, nous partirons des réponses brèves de l'enquête, que nous compléterons avec les perceptions des conseillères de l'atelier concernant l'embauche des personnes avec un trouble mental, en incluant les notions d'avantages, d'appréhensions et de prise de risque qui ont émergé de l'enquête.

Posture du conseiller en emploi pour favoriser l'embauche

Avantages à l'embauche des personnes avec un trouble mental

D'après les résultats de l'enquête, les personnes conseillères en emploi, estiment que l'un des avantages perçus par l'employeur dans l'embauche de personnes avec des troubles mentaux, est lié aux caractéristiques personnelles du futur employé (p. ex. attitude reconnaissante, dévouée, motivation à occuper son poste) et ses qualités (maturité, fiabilité, assiduité). En effet, selon plusieurs études menées à l'international, les employeurs recherchent des personnes dévoués, stables, loyales et qui ont également le sens du devoir. (Ruggeri-Stevens et Goodwin, 2007). Ils peuvent ainsi diversifier leur main-d'œuvre et s'octroyer un personnel fidèle et assidu, tandis que les employés ont la possibilité d'avoir un emploi flexible et de longue durée (Morgan et Alexander, 2005; Paez et al., 2002). Cette relation gagnant-gagnant dépend donc, dans une large mesure, de l'attitude ou du comportement des employeurs et employés. En effet, un employé serait prêt à donner le meilleur de lui-même si ses besoins sont pris en compte et qu'il se sente soutenu

dans son développement professionnel. En d'autres termes, les entreprises qui investissent dans des politiques d'inclusion voient souvent un retour sur investissement, tant humain qu'économique, en raison de la loyauté accrue, de la productivité améliorée et de la satisfaction des employés (Commission européenne, 2010).

Un autre avantage de l'embauche qui ressort des résultats est l'obligation légale faite aux entreprises de recruter un minimum de 6 % de travailleurs en situation de handicap (Loi de février 2005 en France). Malgré cette mesure, les entreprises ont du mal à atteindre ledit quota et les employés ayant des troubles mentaux rencontrent des difficultés à obtenir un emploi dans le milieu ordinaire de travail (Fanjeau, 2007 ; Le Clainche et Demuijnck, 2006). Cela peut s'expliquer par les réticences des employeurs à recruter ces profils à cause des représentations négatives (Gouvier et al., 2003 ; Zissi et al., 2007). En effet, ils considèrent les personnes ayant des troubles mentaux comme dangereuses, déviantes et agressives, ce qui suscite la peur et l'irritation chez les collègues (Bos et al., 2009). Cependant, ces résultats ne peuvent pas être généralisés, car il existe des employeurs qui n'éprouvent aucune réticence à embaucher des personnes avec des troubles mentaux. Leur motivation peut être due, comme le démontre également les résultats de l'enquête, à leur expérience de la maladie, à leur formation et participation à des programmes éducatifs ouverts à l'embauche (Schofield et al., 2023).

Concernant l'obligation légale d'embauche, elle n'existe pas dans certains pays comme la Suisse et le Canada, où les entreprises sont libres d'embaucher ou non des personnes en situation de handicap. Il existe néanmoins en Suisse, comme dans d'autres pays occidentaux, des éléments incitatifs comme les aides gouvernementales à l'embauche (p. ex. avantages salariaux, fiscaux) ou des crédits d'impôts octroyés aux employeurs (Gewurtz et al., 2019 ; Irvin et al., 2022).

Dans la pratique, les entreprises considèrent que ces incitatifs ne suffisent pas à compenser les coûts liés à l'embauche de ces personnes (p. ex. coûts d'adaptation, de formation et d'accompagnement nécessaires). De plus, la complexité des procédures pour accéder à ces aides et l'absence de soutien pour gérer les aménagements de travail sont des freins importants (FIPHFP, 2023 ; OCDE, 2014). Aussi, la décision d'embaucher ou non une personne avec les troubles mentaux dépend plus de la volonté de l'employeur que des aides qu'il pourrait recevoir.

Appréhensions des employeurs

Boss et ses collègues (2009) confirment les résultats selon lesquels les craintes des employeurs sont basées sur les caractéristiques personnelles du futur employé, son comportement ou son attitude (manque de constance, d'efficacité, décompensations au travail). Cependant, les conseillères en emploi de l'atelier estiment que les crises au travail sont rares, surtout comme le déclarent Thornicroft et collègues (2013), si des stratégies d'intégration sont mises en place.

D'après les conseillères en emploi de l'atelier, l'employeur appréhende aussi que la présence du futur employé ayant des troubles mentaux ne cause des problèmes avec les collègues (p. ex. manque de compétence). Ces assertions sont confirmées par les propos tenus par l'intervenant I5 dans le Tableau 1. Des recherches ont également relevé que l'employeur, pense que les manifestations du trouble peuvent modifier l'attitude, le comportement ou les compétences de la personne qui le détient et engendrer des conflits au niveau de l'équipe de travail (Andersson et al., 2015 ; Scheid, 2005).

C'est surtout le coût lié aux absences répétitives et aux remplacements, suivis du faible rendement de l'employé (p. ex. vitesse d'exécution plus lente, charge de travail plus faible, manque de rigueur), que l'employeur appréhende le plus, d'après les personnes conseillères en emploi. Mc Cary (2005) corrobore ses dires en affirmant que les préoccupations liées à l'absentéisme et les faibles niveaux de performance anticipés dissuadent souvent les employeurs à recruter des personnes ayant des troubles mentaux. Les taux d'absentéisme de ces personnes demeurent élevés et peuvent impacter la productivité, la compétitivité et le bien-être des salariés (Hernandez et al., 2008). Il est donc essentiel que des stratégies efficaces soient mises en œuvre pour réduire l'absentéisme et limiter les conséquences négatives, car elles constituent un problème grave et persistant, malgré les efforts, la législation et les avantages liés à l'embauche de ces personnes (Agefiph, 2008). Aussi, l'attitude des employeurs, leur prise de risque dans l'embauche des personnes concernées et leur implication dans le maintien en emploi de leurs salariés en situation de handicap mental aideraient à améliorer la situation précitée.

Prise de risque de l'employeur concernant l'embauche

Caractéristiques personnelles de l'employeur

Un employeur pourrait prendre le risque de recruter des personnes avec des troubles mentaux, selon les conseillers en emploi de l'enquête, à la suite notamment d'expériences positives antérieures vécues, ou la présence d'une personne dans son réseau avec un trouble mental. Le fait de ne pas connaître le problème de santé mentale expose au risque que l'employeur recrute la personne en la considérant comme une postulante sans handicap (Nota et al., 2013).

Enfin, les qualités de l'employeur (sensibilité, ouverture d'esprit) ainsi que ses contacts antérieurs peuvent aussi favoriser l'embauche du futur employé et donner une issue positive à la réinsertion sur le lieu de travail de ce dernier (Bonaccio et al., 2020). En somme, c'est la conjugaison de tous ces éléments qui joue un rôle majeur dans l'embauche par les employeurs, de ce public (Chan et al., 2010 ; Copeland et al., 2010).

Aspects organisationnels, politiques et structurels

Les personnes conseillères en emploi de l'enquête font en plus le constat selon lequel une entreprise, qui se préoccupe du bien-être de ces employés, apporte une nouvelle manière de voir les choses (déconstruire les idées reçues) en favorisant l'écoute, la bienveillance et en améliorant les étapes d'intégration, serait prête à prendre le risque d'embaucher des personnes avec des troubles mentaux. Les employeurs qui défendent une approche managériale, organisationnelle ou humaine considèrent que pour être performant au travail, il faut s'y sentir bien. Ce bien-être au travail nécessite néanmoins l'adoption d'un mode organisationnel inclusif, qui défend des valeurs fortes sur la diversité et la recherche de talents, qu'ils soient en situation de handicap ou non (Gratton, 2016). Cela passe également par le recrutement des personnes avec des troubles mentaux, des jeunes, des personnes proches de la retraite, des femmes dans un secteur d'activité plutôt masculin, en étant attentif au fait que les aménagements de poste puissent profiter au plus grand nombre (Gosselin et Joubert, 2014). De plus, la compétence de la personne conseillère en emploi, ainsi que la posture qu'elle adopte, sont nécessaires pour un accompagnement optimal de l'employé et de l'employeur dans le processus d'embauche et de maintien en emploi (Corbière et al., 2017). En effet, les personnes ayant un trouble mental ont besoin d'aide pour entrer sur le marché ordinaire du travail et les employeurs, quant à eux, manquent d'informations et de coaching

dans la mise en place de politiques et pratiques d'accompagnement ce public (Hennekam, 2020).

Posture du conseiller en emploi par rapport à l'employeur

Pour les conseillères en emploi de l'atelier, c'est surtout la façon dont le conseiller en emploi se présente ou introduit la personne qu'il accompagne (mise en avant des attitudes positives, forces et capacités), ainsi que la relation de confiance avec l'employeur, qui va amener ce dernier à la prise de risque d'embauche (Corbière, Brouwers et al., 2014). Son positionnement permet aujourd'hui d'améliorer l'accès et le maintien en emploi des personnes ayant des troubles mentaux, même si des efforts restent encore à faire dans ce sens (Pachoud et al., 2013). C'est pour cela que les conseillères en emploi de l'atelier relèvent l'importance de la formation, afin d'offrir à l'employeur un soutien adapté à la gestion de la diversité au travail, en créant un environnement de travail inclusif et productif. Cela permettra également de réduire les absences et d'améliorer la performance des employés (Woodall et al., 2017).

Le conseiller en emploi cherche alors à améliorer son approche de l'employeur, en ajustant le vocabulaire qu'il utilise, comme l'affirme l'intervenant I3 dans le Tableau 1. La sensibilisation en amont de l'employeur est aussi une des stratégies mises en place pour amener ce dernier à prendre le risque d'embauche (Richards, 2018). Ces résultats montrent qu'une entreprise qui a déjà fait l'expérience du trouble mental ou qui est sensibilisée à cette problématique est beaucoup plus ouverte à l'embauche de ces personnes (Unger, 2002; Ozawa et Yeada, 2006).

Posture du job coach par rapport à l'employé

Les conseillères en emploi de l'atelier estiment que créer un lien de confiance avec la personne accompagnée est primordial et permet d'aborder avec elle des sujets comme la divulgation et son désir de reprendre une activité professionnelle; des résultats qui sont corroborés par l'étude de Corbière et collaborateurs (2014). La divulgation est un choix qui revient à la personne présentant un trouble mental et lorsqu'elle est accompagnée par un conseiller en emploi, ils en discutent, puis cette personne est aiguillée pour ne pas parler de diagnostic, mais plutôt de besoins en accommodements. Le refus de divulguer est la plupart du temps lié à la peur de la discrimination, des préjugés, ou de la non-obtention de l'emploi sollicité (Corbière et al., 2014). Par ailleurs, les employeurs ne sont pas autorisés à s'enquérir

de l'état de santé physique ou mental d'un employé potentiel, mais peuvent poser des questions objectives leur permettant de déterminer la capacité de cette personne à accomplir les tâches essentielles d'un emploi (Commission des droits de l'homme de l'Alberta, 2010). C'est ce que les propos de l'intervenante I2 corroborent (Tableau 1). Le conseiller en emploi a donc besoin d'être formé pour fournir des stratégies d'accompagnement adaptées aux besoins spécifiques des travailleurs avec les troubles mentaux, leur permettant ainsi de mieux s'intégrer dans le monde du travail (Kenny et al., 2010).

Prise de risque ou opportunité ?

La synthèse des discussions de l'atelier a fait ressortir que l'une des craintes de l'employeur est liée aux coûts des absences à répétition et aux remplacements, car il ne peut pas prévoir les absences ou le changement d'emploi de cet employé (American Psychological Association, 2020 ; OMS, 2018 ; OCDE, 2015). Cependant, la présence du conseiller en emploi dans l'accompagnement rassure l'employeur et suffit parfois à l'encourager à prendre le risque d'embauche de ces personnes, comme le déclare I5 dans le Tableau 1.

Les préjugés qui pourraient survenir au sein de l'équipe et qui, selon l'employeur, pourraient entraîner une baisse de productivité, de fiabilité et pourrait impacter la cohésion dans l'équipe, constituent également un risque (Burge et al., 2007). Dans ce cas, ces candidats peuvent être perçus comme incapables d'atteindre le même niveau de performance que leurs collègues (Prins, 2013) et l'employeur éprouve des réticences à les embaucher.

Limites de l'étude et pistes de recherche futures

Parmi les limites liées à cette étude, il y a les réponses trop succinctes de l'enquête, qui ne permettaient pas toujours une bonne compréhension. En outre, certains pays (Canada et France) étaient surreprésentés parmi les participants, ce qui a constitué une limite, car nous ne pouvions pas faire de distinction ou de comparaison entre les pays. Les politiques étant également différentes dans ces pays (p. ex. aides à l'embauche ou l'obligation d'emploi), la généralisation des incitatifs aux divers territoires reste complexe. Par ailleurs, les résultats obtenus sont des représentations des perceptions des employeurs, donc ces perceptions ne traduisent pas forcément leur point de vue. Les conseillères en emploi retenues pour l'atelier, ont été sélectionnées parmi celles qui œuvrent dans des dispositifs d'emploi accompagnés utilisant l'approche

IPS. Cela pouvait constituer un biais, mais ce choix nous est favorable, car nous voulions mettre en avant cette pratique basée sur les données probantes. Il était donc préférable pour nous de recueillir les avis de ces professionnelles, plutôt que celui de conseillers en emploi qui ne sont pas formés sur des approches ayant fait leurs preuves. En outre, cette pratique offre une formation structurante aux conseillers en emploi, donc demander l'avis de ce type de conseillères constitue un avantage supplémentaire à notre recherche.

Le croisement des perceptions des personnes conseillères en emploi avec le point de vue des employeurs sur ce sujet, le développement d'un outil pour évaluer les valeurs, attitudes et comportements des employeurs concernant l'embauche des personnes avec un trouble mental, ou le fait de s'intéresser à l'accompagnement du conseiller en emploi dans l'embauche apparaissent comme des pistes de recherche et d'intervention indispensables. L'évaluation des représentations des conseillers en emploi à l'égard des employés pourrait être envisagée, pour savoir comment ils se comportent, ou interagissent avec les employeurs.

Il serait également intéressant de faire une sorte de « photographie » ou un portrait de ces représentations, pour permettre une meilleure compréhension des stratégies mises en place par les conseillers en emploi en vue de convaincre les employeurs d'embaucher des personnes avec des troubles mentaux. Cela contribuerait à préparer les organisations et leurs collectifs à accepter le caractère universel des « incapacités » et la variabilité de la santé mentale, pour développer un environnement professionnel plus inclusif.

Ces approches pourraient être testées pour évaluer leur impact réel dans la réinsertion au travail durable des personnes avec les troubles mentaux.

Conclusion

En suivant le point de vue de Doise (1990), les principes de prise de position des personnes conseillères en emploi dans notre étude sont ce que l'employeur gagne (avantages), ce qu'il perd (appréhensions) et la décision qu'il prend dans l'embauche de personnes avec des troubles mentaux. En alliant les connaissances acquises par le partage d'expériences entre conseillers au sujet des employeurs, nous pouvons conclure que ce sont les caractéristiques personnelles du futur employé, celles de l'employeur lui-même, qui poussent l'employeur à prendre

le risque de recruter ces personnes. À cela s'ajoutent la volonté de remplir les obligations légales d'emploi, les aides gouvernementales, et le changement d'orientation de la structure vers une entreprise qui intègre la diversité. Par ailleurs, ce sont également les caractéristiques personnelles du futur employé (mauvaise attitude ou comportement), l'attitude de l'employeur (préjugés, représentations négatives sur la maladie mentale), qui expliquent le refus d'embauche. En outre, c'est la posture du conseiller en emploi, face à la personne accompagnée (relation de confiance, formation) et à l'employeur (langage utilisé, sensibilisation, soutien) qui est déterminante dans la prise de risque d'embauche de cette personne. Ainsi, l'embauche d'une personne avec un trouble mental représente tant un risque qu'une opportunité pour l'employeur. En effet, tout recrutement comporte un risque et une fragilité psychique peut survenir à tout moment, mais cette embauche peut aussi apporter à l'employeur un salarié de qualité et une bonne image d'entreprise. Notre recherche et les pistes futures proposées contribueront à préparer les organisations à accepter le caractère universel et la variabilité du trouble mental, pour développer un environnement professionnel plus inclusif.

RÉFÉRENCES

- Abrie, J.C (1997). *Les représentations sociales*. Presse Universitaire de France.
- Agefiph (2008). Insertion professionnelle des personnes handicapées : quel bilan pour l'Agefiph. Rapport annuel 2008, éditions Tissot.
- American Psychological Association. (2020). Work and Mental Health: The Importance of Inclusion and Support.
- Andersson, J., Luthra, R., Hurtig, P. et Tideman, M. (2015). Employer attitudes towards hiring persons with disabilities: A vignette study in Sweden. *Journal of Vocational Rehabilitation*; 43(1): 41-50. <https://doi.org/10.3233/JVR-150>
- Bond, G. R., et Drake, R. E. (2008). Employment and Mental Illness: A Review of the Literature and a Model Program. *Journal of Mental Health*, 17(2), 249-263.
- Bonnacio, S., Connelly, C., Gellatly, I. R., Jetha, A. et Martin Ginis, K. A. (2020). The Participation of People with Disabilities in the Workplace Across the Employment Cycle: Employer Concerns and Research Evidence. *Journal of Business and Psychology* 35(2); DOI: 10.1007/s10869-018-9602-5
- Bos, A. E. R., Kanner, D., Muris, P., Janssen, B. et Mayer, B. (2009). Mental illness stigma and disclosure: Consequences of coming out of the closet. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 509-513. doi:10.1080/ 01612840802601382
- Burge, P., Ouellette-Kuntz, H. et Lysaght, R. (2007). Public views on employment of people with intellectual disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 29-37.

- Chadsey, J. et Beyer, S. (2001). Social relationships in the workplace. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7, 128-133.
- Chan, F., Strauser, D., Maher, P., Lee, E. J., Jones, R. et Johnson, E. T. (2010). Demand-side factors related to employment of people with disabilities: A survey of employers in the mid-west region of the United States. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 412-419.
- Commission des droits de l'homme de l'Alberta. (2010). Duty to accommodate (Interpretive Bulletin). Accessible à l'adresse suivante: <http://www.albertahumanrights.ab.ca/Bull-DutytoAccom-web.pdf>
- Copeland, J., Chan, F., Bezyak, J. et Fraser, R. T. (2010). Assessing cognitive and affective reactions of employers toward people with disabilities in the workplace. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 427-434.
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodements de travail: deux facteurs du maintien en emploi des personnes aux prises avec un trouble mental grave. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 40, Suppl 2: S91-S102. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.006>.
- Corbière, M., Brouwers, E., Lanctôt, N. et van Weeghel, J. (2014). Employment specialist competencies for supported employment programs. *Journal of occupational rehabilitation*, 24, 484-497. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9482-5>
- Corbière, M., De Pierrefeu, I. et Pachoud, B. (2017). Employment counselors in supported employment programs for individuals with mental health issues: Roles, tasks, and competencies in Messidor's transition ESATs. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 155-171. <https://doi.org/10.7202/1041921ar>
- Corbière, M., Villotti, P. et Pachoud, B. (2022). Maintien en emploi avec un trouble psychique: une synthèse des écrits. Dans C. Lagabrielle et S. Croity (Eds), *Psychologie et carrières* (chapitre 12, pp. 221-240). De Boeck.
- Corbière, M. (2023). Les programmes de soutien à l'emploi: Leurs ingrédients et leur implantation. Dans T. Lecomte (Ed.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* - 3ème édition (pp. 227-252). Presses de l'Université du Québec.
- Corrigan, P. W. et Watson, A. C. (2002). Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Davis, M. et Haller, D. (2014). "Employers' Attitudes Toward Hiring Individuals with Mental Illness: A Review of the Literature." *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(3), 225-233.
- Denzin, N.K. et Y.S. Lincoln (dir) (2018). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (5e ed.). Thousand Oaks.
- Doise, W. (1990). *Les représentations sociales. En Traité de psychologie cognitive: Cognition, représentation, communication* (1a. ed., Vol. 3, pp. 113-176). Dunod.
- European Commission. (2010). *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM (2010) 636 final. Brussels.
- Fanjeau, C. (2007). *Accès à l'emploi et qualité de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail*. Document d'études DARES n° 126.

- FIPHFP. (2023). *Des dispositifs adaptés pour l'accompagnement dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique*. Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique. <https://fiphfp.fr/actualites-et-evenements/tous-les-dossiers-experts/des-dispositifs-adaptes-pour-l-accompagnement-dans-l-emploi-des-personnes-en-situation-de-handicap-psychique>
- Gaebel, W., Rössler, W. et Sartorius, N. (Eds.). (2017). *The stigma of mental illness – End of the story?* Springer International Publishing/Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1>
- Gewurtz, R., Tompa, E., Oldfield, M., Lahey, P., Irvin, D., Samosh, D., Padkapayeva, K. et Johnston, H. (2019). Financial incentives to promote employment of people with disabilities? When and how do they work best. *Institute for Work & Health*. <https://www.researchgate.net/publication/342349823>
- Gilbride, D., Stensrud, R., Ehlers, C., Evans, E. et Peterson, C. (2000). Employers' attitudes toward hiring persons with disabilities and vocational rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation*, 66(4), 17-23.
- Gosselin, F. M. et Joubert, A. G. (2014). *La gestion de la diversité au travail: Stratégies d'inclusion et pratiques organisationnelles*. Presses de l'Université Laval.
- Gouvier, D.W., Sytsma-Jordan, S. et Mayville, S. (2003). Patterns of Discrimination in Hiring Job Applicants With Disabilities: The Role of Disability Type, Job Complexity, and Public Contact. *Rehabilitation Psychology*, 48(3), 175-18.
- Gratton, L. (2016). *The 100-Year Life: Living and Working in an Age of Longevity*. Bloomsbury.
- Hennekam, S., Richard, S. et Grima, F. (2020). Coping with mental health conditions at work and its impact on self-perceived job performance. *Employee Relations: The International Journal*, 42(3), 626-645. <https://doi.org/10.1108/ER-05-2019-0211>
- Hernandez, B., McDonald, K., Divilbass, M., Horin, E., Velcoff, J. et Donoso, O. (2008). Reflections from employers on the disabled workforce: Focus groups with healthcare, hospital and retail administrators. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 20, 157-164.
- Hoffman, C. et al. (2016). "Employer Perspectives on the Employment of Individuals with Mental Illness." *Community Mental Health Journal*, 52(7), 856-863.
- Irvin, E., Tompa, E., Johnston, H., Padkapayeva, K., Mahood, Q., Samosh, D. et Gewurtz, R. (2022). Financial incentives to promote employment of persons with disabilities: a scoping review of when and how they work best. *Disability and Rehabilitation*, 45(21), 3595-3609. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2133178>
- Kaye, S. H., Jans, L. H. et Jones, E. C. (2011). Why don't employers hire and retain workers with disabilities? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 526-536.
- Kenny, M. C. et McKinney, C. (2010). Employers' attitudes toward hiring persons with disabilities: The role of education and training. *Journal of Rehabilitation*, 76(3), 33-42.
- Laberon, S. et Scordato, N. et Corbière, M. (2017). Représentations du «trouble psychique» et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 133-153. <https://doi.org/10.7202/1041920ar>

- Le Clainche, C. et Demuijnck, G. (2006). *Handicap et accès à l'emploi: efficacité et limites de la discrimination positive*. Document de travail du Centre d'Etudes de l'Emploi, n° 63.
- Legeron Patrick (2015). *Le stress au travail, un enjeu de santé*. Odile Jacob,
- Lemoine, M.-M. et Chantraine, J.-F. (2004). *L'emploi accompagné en Europe: Un soutien à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap*. Rapport pour la Commission Européenne.
- Lloyd, C. et Waghorn, G. (2010). "Improving employment outcomes for people with mental illness: A review of the evidence." *World Psychiatry*, 9(2), 12-17.
- Malakoff Humanis, (2024). *Employer des travailleurs handicapés: des bénéfices pour l'entreprise et ses salariés*. <https://www.malakoffhumanis.com/s-informer/prevoyance/employer-des-travailleurs-handicapes-des-benefices-pour-tous/>
- McCary, K. (2005). The disability twist in diversity: Best practices for integrating people with disabilities into the workforce. *Diversity Factor*, 13(3), 16-22.
- Morgan, R. et Alexander, M. (2005). The employer's perception: Employment of individuals with developmental disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 23, 46-49.
- Nota L., Santilli S., Ginevra M. C. et Soresi S. (2013). Employer Attitudes Toward Disability and Workplace Integration: The Role of Sensitivity and Previous Experience. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(6), 511-520. DOI: 10.1111/jar.12081
- O'Reilly, S., Williams, R. et Hughes, M. (2020). Government Financial Incentives and Disability Employment Programs: The Role of Tax Breaks and Subsidies. *Journal of Disability Policy Studies*, 31(3), 190-200. DOI: 10.1177/1044207320901519
- Ozawa, A. et Yaeda, J. (2007). Employer attitudes toward employing persons with psychiatric disability in Japan. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 105-113.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *CIF, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf
- Organisation mondiale de la santé (2018). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OECD. (2014). *Mental Health and Work*: United Kingdom. OECD Publishing. DOI: 10.1787/9789264186717-en
- Organisation de coopération et de développement économiques (OECD) (2020). *Mental Health and Work: Fit Mind, Fit Job*. OCDE.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Fit mind, fit job: From evidence to practice in mental health and work, mental health and work*. OECD Publishing. DOI:10.1787/ 9789264228283
- Pachoud, B. et Allemand, C. (2013). Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de job-coaching): une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *Évolution psychiatrique*, 78, n° 1, p. 107-117.
- Palomari, A. et Emiliani, F. (2016). Le modèle sociodynamique. Dans *Les représentations sociales: théories, méthodes et applications* (p. 149-160). De Boeck supérieur.

- Pelizza, L., Ficarelli, M. L., Vignali, E., Artoni, S., Franzini, M. C., Montanaro, S., Andreoli, M. V., Marangoni, S., Ciampà, E., Erlicher, D., Troisi, E. et Pupo, S. (2020). Individual placement and support in Italian young adults with mental disorder: findings from the Reggio Emilia experience. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(5), 577-586. <https://doi.org/10.1111/eip.12883>
- Perry, J. et McFarlane, W. (2011). Training the Workforce for IPS: A Model for Mental Health Professionals. *Psychiatric Services*, 62(6), 623-628.
- Prins, R. (2013). *Sickness Absence and Disability: An International Perspective*. Handbook of work disability. I.S.B.N: 978-1-46-14-62-13-2.
- Rapport Nexem (2017). *Étude évaluative de cinq dispositifs d'emploi accompagné pour des personnes en situation de handicap psychique ou mental* (Rapport - Mai 2017). Université Paris Cité. <https://hal.science/hal-05013522>
- Richards, V. (2018). The importance of language in mental health care. *Lancet Psychiatry*, 5(6):460-461. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30042-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30042-7)
- Rosen, H., Turner, J. et Carroll, D. (2019). Building an Inclusive Work Environment: The Role of Proactive Policies in Supporting Mental Health. *Disability and Health Journal*, 12(4), 480490. DOI: 10.1016/j.dhjo.2019.04.002
- Ruggeri-Stevens, G. et Goodwin, S. (2007). "Apprendre à travailler" dans les petites entreprises: Learning and training for young adults with learning disabilities. *Education and Training*, 49, 745-755.
- Scheid, T. L. (2005). Stigma as a barrier to employment: Mental disability and the Americans with disabilities act. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 670-690. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16112732/>
- Schofield, T. McGarry, S. (2023). Mental Health Awareness and Workplace Inclusion: How Employers are Overcoming Bias in Hiring Practices. *Journal of Occupational Health Psychology*, 28(4), 245-261.
- Schur, L. (2002). The Difference a Job Makes: The Effects of Employment among People with Disabilities. *Journal of Economic Issues*, 36(2), 339-347. <https://doi.org/10.1080/00213624.2002.11506476>
- Shankar, J., Liu, L., Nicholas, D., Warren, S., Lai, D., Tan, S., Zulla, R., Couture, J. et Sears, A. (2014). Employers perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *SAGE Open*, 4(3). <https://doi.org/10.1177/2158244014547880>
- Stuart, H., (2004). Stigma and work. *Healthcare Papers* 5(2), 100-111.
- Stuart, H., (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry* 19(5), 522-526.
- Suijkerbuijk, Y.-B., Schaafsma, F.-G., van Mechelen, J., Ojajärvi, A., Corbière, M., et Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis (review). *Cochrane Review*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011867.pub2/full>
- Thomas, F. et Morgan R. L. (2021). Evidence-based job retention interventions for people with disabilities: A narrative literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 54(2):89-101. doi:10.3233/JVR-201122
- Thorne, S.E. (2008). *Interpretive description*. Left Cost Press.
- Thorne, S. E. (2016). *Interpretive Description: Qualitative Research for Applied Practice* (2nd ed.). Routledge.

- Tsang, H.W., Angell, B., Corrigan, P.W., Lee, Y.T., Shi, K., Lam, C.S., Jin, S. et Fung, K.M. (2007). A crosscultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(9):723-33. doi: 10.1007/s00127-0070208-x. Epub 2007 May 23. PMID: 17522747.
- Unger, D. (2002). Les attitudes des employeurs à l'égard des personnes handicapées dans la force de travail: Mythes ou réalités? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17, 2-10.
- Vornholt, K., Uitdewilligen, S. et Nijhuis, F. J. N. (2013). Facteurs affectant l'acceptation des personnes handicapées au travail: A literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23, 463-475. doi: 10.1007/s10926-013-9426-0
- Waghorn, G. et Lloyd, C. (2005). Employers' attitudes and experiences of employing people with mental illness. *Psychiatric Services*, 56(1), 64-69. https://www.researchgate.net/publication/271446174_The_Employment_of_People_with_Mental_Illness
- Waterhouse, P., Kimberley, H., Jonas, P. et Nurka, C. (2010). *What would it take? Employer perspectives on employing people with a disability: Literature review*. National Centre for Vocational Education Research.
- Woodall, J., Southby, K., Trigwell, J., Lendzionowski, V. et Rategh, R. (2017). Maintaining employment and improving health: A qualitative exploration of a job retention programme for employees with mental health conditions. *International Journal of Workplace Health Management*, 10(1), 42-54. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-02-2016-0005>
- World Health Organization (2020). *Mental Health Atlas 2020*. Organisation mondiale de la santé.
- Yvon, F. et Corbière, M. (2021). Implicit and explicit attitudes of employers towards hiring people who experienced depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 903-915. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-021-09977-4>
- Zissi, A., Rontos, C., Papageorgiou, D., Pierrakou, C. et Chtouris, S. (2007). Greek Employers' Attitudes to Employing People with Disabilities: Effects of the Type of Disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 9(1) 14-25.doi: 10.1080/15017410600973234

Du stigmate à l'évitement des personnes avec un trouble mental.

Analyse des représentations et des émotions des acteurs du retour et de la réinsertion au travail

Sonia Laberon^a

Donatienne Desmette^b

Marc Corbière^c

RÉSUMÉ ■ Objectifs La stigmatisation des personnes avec un trouble mental perdure et leur retour au travail (RaT) ou accès à l'emploi reste complexe. Ces stéréotypes négatifs sont souvent internalisés par les personnes concernées au point qu'ils s'autostigmatisent. La littérature montre que les secteurs médical et entrepreneurial entretiennent de nombreux préjugés et appréhensions à leur égard. En revanche, les milieux de la réadaptation et de l'accompagnement vers l'emploi, qui côtoient fréquemment ces personnes et utilisent les approches du rétablissement, manifestent moins de résistances. Bien que la stigmatisation de ces publics soit relativement bien documentée, peu d'études se sont consacrées à différencier les représentations des acteurs responsables de la mise en œuvre de leur retour et réintégration au travail. Cette étude vise à identifier et comparer les tendances de ces acteurs à stigmatiser les personnes avec un trouble de mental ainsi que leurs intentions d'inclusion professionnelle.

Méthode Dans le cadre de l'enquête internationale de la communauté de pratiques en santé mentale et travail (CoP-SMT), les données ont été collectées par le biais d'une enquête quantitative en ligne auprès de 586 acteurs du retour et de

a. Université de Bordeaux, COMPTRASEC, UMR 5114 CNRS.

b. Université catholique de Louvain, Institut de recherche en sciences psychologiques.

c. Université du Québec à Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

la réinsertion au travail. Quatre systèmes d'acteurs ont été identifiés, ceux de la santé, de l'entreprise, de l'accompagnement vers l'emploi et des personnes avec un trouble mental en absence maladie ou en recherche d'emploi. Le questionnaire comporte une échelle de stigmatisation à 2 facteurs (fardeau organisationnel perçu et émotions négatives) et une mesure d'intention d'inclusion professionnelle à 3 indicateurs (éviter, paternalisme et collaboration). Des analyses factorielles et de cohérence interne ont validé les qualités psychométriques de ces mesures. Des analyses de variances avec comparaisons à posteriori ont permis de comparer les réponses des catégories de 20 acteurs ou plus, soit un échantillon réduit à 473 participants.

Résultats Les résultats mettent en évidence un effet significatif du système d'acteurs sur la stigmatisation et l'intention d'inclusion professionnelle. Ils révèlent que les acteurs qui interviennent en amont de l'emploi (réadaptation et accompagnement vers l'emploi) sont moins enclins à stigmatiser et plus ouverts à inclure les personnes en retour ou en réinsertion au travail que les acteurs qui interviennent dans l'entreprise (hiérarchie, collègues et médecins/infirmier(ère)s du travail). Ils montrent aussi la persistance de l'autostigmatisation des personnes avec un trouble de la santé mentale en retour comme en réinsertion au travail.

Conclusion Pour éclairer les résultats, la question de l'expérience de côtoiement et d'inclusion dans le milieu de travail ordinaire des personnes ayant un trouble mental est abordée à la lumière du rôle des différents acteurs. La connaissance, les orientations conceptuelles autour de la santé mentale et le travail collaboratif en pluridisciplinarité sont suggérés comme leviers antistigmatisation. Des perspectives de recherche et des recommandations sont formulées sur cette base.

MOTS CLÉS ■ santé mentale, travail, stigmatisation, retour au travail, handicap psychique

From stigma to exclusion of individuals with mental health conditions: Analyzing the perceptions and emotions of stakeholders engaged in the work return and reintegration processes

ABSTRACT ■ **Objectives** The stigma surrounding individuals with mental conditions persists, making their return to work or access to employment complex. These negative stereotypes are often internalized by the affected individuals, leading to self-stigmatization. Literature shows that the medical and entrepreneurial sectors harbor many prejudices and apprehensions towards these individuals. In contrast, the fields of rehabilitation and employment support, which frequently interact with these individuals and use recovery approaches, show less resistance. Although the stigma of these populations is relatively well-documented, few studies have differentiated the perceptions of actors responsible for implementing their return and reintegration into work. This study aims

to identify and compare these actors' tendencies to stigmatize individuals with mental conditions and their intentions of professional inclusion.

Method As part of the international survey by the community of practice in mental health and work (CoP-SMT), data was collected through an online quantitative survey involving 586 actors in the return to work and reintegration processes. Four actor systems were identified: health, corporate, employment support, and individuals with mental disorders on sick leave or job seeking. The questionnaire included a two-factor stigma scale (perceived organizational burden and negative emotions) and a professional inclusion intention measure with three indicators (avoidance, paternalism, and collaboration). Factor analysis and internal consistency validated the psychometric qualities of these measures. Variance analyses with post-hoc comparisons allowed the comparison of responses from categories of 20 or more actors, reducing the sample to 473 participants.

Results The results highlight a significant effect of the actor system on stigma and professional inclusion intention. They reveal that actors involved before employment (rehabilitation and employment support) are less prone to stigmatize and more open to including individuals returning or reintegrating into work than those within the company (hierarchy, colleagues, and occupational health professionals). They also show the persistence of self-stigmatization among individuals with mental health issues returning or reintegrating into work.

Conclusion To better interpret the results, the experience of coexistence and inclusion in the ordinary work environment of individuals with mental health conditions is explored, considering the roles of various stakeholders. Knowledge, conceptual orientations around mental health, and collaborative multidisciplinary work are suggested as anti-stigma strategies. Based on these findings, research perspectives and recommendations are formulated.

KEYWORDS ■ mental health, work, stigmatization, return to work, mental disability

INTRODUCTION

En 2022, le rapport mondial sur la santé mentale rendu par l'Organisation mondiale de la Santé révèle une prévalence élevée des problèmes de santé mentale. Près de 1 personne sur 8 est affectée, principalement par des troubles anxio-dépressifs, sans différence notable entre les femmes et les hommes. La pandémie COVID-19 a entraîné une augmentation de plus de 25 % au cours de sa première année. Les troubles mentaux¹ représentent la principale cause d'invalidité dans le monde,

1. Sous cette domination sont regroupés les troubles mentaux courants et les troubles mentaux sévères.

généralisant de lourdes conséquences économiques. L'OMS mentionne enfin que fréquemment, les personnes présentant un ou des troubles mentaux/psychiques (PTM) préfèrent ne pas se signaler ou se soigner de peur d'être discriminées ou mises à l'écart.

De nombreuses recherches montrent en effet que ces personnes sont socialement exclues en raison de stéréotypes tenaces: elles sont souvent perçues comme responsables de leur état par manque de volonté, comme antisociales, et sont victimes de préjugés tels que celui de mauvais pronostics de guérison, ce qui alimente une perception de personnes inutiles pour la société (Boardman et al., 2022; Corrigan, 2012). Ces croyances justifient et perpétuent des comportements discriminatoires ainsi que leur exclusion des diverses sphères de la vie (Dixit, 2005).

Ces stéréotypes négatifs se diffusent dans l'entourage des PTM et chez les PTM elles-mêmes, créant un double phénomène de stigmatisation et d'autostigmatisation². La littérature est inégalement fournie pour nous renseigner sur les attitudes stigmatisantes des différents systèmes d'acteurs qui entourent la PTM lors de son RaT³ ou de sa réinsertion professionnelle⁴. Nous proposons ici une synthèse de cette littérature en considérant les 4 grands systèmes d'acteurs identifiés par Loisel et al. (2013): celui de la santé, de l'entreprise, de l'assurance/accompagnement vers l'emploi et des PTM.

Acteurs du système de santé

Ce système d'acteurs comprend le personnel soignant généraliste et spécialisé en santé mentale du milieu médical (médecins généralistes, psychiatres, médecins du travail), du milieu infirmier (infirmiers(ières) généralistes, infirmiers(ières) en psychiatrie, infirmiers(ières) du travail) et les professionnels de la réadaptation (psychologues, psychothérapeutes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, kinésiothérapeutes, etc.). Bien que ces acteurs soient reconnus comme bienveillants, plusieurs études révèlent des tendances stigmatisantes dans leur façon d'appréhender les PTM, manifestées par des compor-

-
2. L'autostigmatisation consiste à intérioriser le stéréotype posé par l'entourage. Ce processus psychologique a été identifié sous le nom de prophéties autoréalisatrices ou *self-fulfilling-prophecy* (Merton, 1948).
 3. Désigne le cas d'une PTM qui retourne dans son poste de travail après une absence maladie.
 4. Désigne le cas d'une PTM éloignée de l'emploi et qui cherche à s'insérer ou se réinsérer dans le monde ordinaire du travail.

tements paternalistes et négatifs (Kingdon et al., 2004). Schulze (2007) montre la stigmatisation liée aux soins de santé mentale comme la principale forme de stigmatisation rapportée par les PTM. Des études récentes documentent ces pratiques stigmatisantes (Amsalem et al., 2018 ; Mestdagh et Hansen, 2014 ; Valery et al., 2022). Dans le meilleur des cas, ces pratiques se manifestent par une infantilisation de la PTM, exclue des informations sur sa condition, sur les soins requis et sur les décisions médicales. Dans le pire des cas, elles prennent des formes plus insidieuses et agressives, telles que des attributions erronées de plaintes somatiques à des troubles mentaux, entraînant une absence de traitement adéquat, des pronostics pessimistes justifiant des décisions unilatérales (moindre qualité de soins, déclarations d'invalidité, maintien prolongé en établissement spécialisé) et une mise à l'écart de la société (Al Jabouri et al., 2022).

Une stigmatisation par association est aussi signalée, s'étendant aux proches des PTM et au personnel soignant spécialisé en santé mentale (Al Jabouri et al., 2022). Ce phénomène se traduit par une fragmentation des soins disséminés par les experts en médecine somatique et les experts en psychiatrie, ce qui nuit à l'alliance thérapeutique nécessaire au rétablissement. Le faible volume horaire de cours théoriques de psychiatrie pour les médecins généralistes (Bez et Lepetit, 2018) pourrait expliquer cette stigmatisation.

Quant aux médecins du travail, leur tendance à stigmatiser les PTM est moins étudiée. Toutefois, les troubles mentaux représentent la deuxième cause médicale des avis d'aptitude au poste et rattrapent progressivement les troubles musculosquelettiques (Cassadou et al., 2020 ; Ganivet et al., 2020). Les troubles anxio-dépressifs sont les plus fréquents (Lehucher-Michel et al., 2020). L'éviction du milieu de travail semble constituer une façon courante pour le médecin du travail d'exercer son rôle de protection du salarié, en l'éloignant des conditions susceptibles de détériorer sa santé. Cette mise en inaptitude pourrait résulter d'un manque d'opportunités d'aménagements offerts par le milieu de travail, mais aussi d'une évaluation insuffisante des capacités de travail restantes de la PTM, nécessaires pour envisager des aménagements ou un reclassement dans l'entreprise. En effet, l'étude de Courtois et al. (2023) montre que la maladie mentale est un facteur significativement associé à l'absence de capacités de travail restantes et qu'elle génère plus d'inaptitudes sans capacités de travail restantes que les pathologies rhumatologiques. Autrement dit, les stéréotypes d'incompétence associés au trouble mental généreraient un biais

évaluatif traduit par une surévaluation des incapacités de travail de la PTM par les médecins du travail (sorte d'« effet de halo »). La PTM encourt donc un risque accru d'être déclarée inapte à son poste, voire à tout reclassement, conduisant régulièrement à un licenciement et à une exclusion du milieu professionnel. Ces désinsertions ont des conséquences majeures tant sur le plan psychologique pour un individu déjà fragilisé que sur celui de la réinsertion en emploi (Rondi et Fantoni, 2017).

Enfin, les acteurs du champ de la réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes, kinésologues, etc.) et les psychologues ont tendance à avoir un niveau de stigmatisation des PTM modéré et moindre que le corps médical (Gajardo et al., 2022 ; Masedo et al., 2021). Selon l'étude de Peer et al. (2015), les psychologues sont les professionnels de la santé qui stigmatiseraient le moins la PTM. Des stéréotypes et des freins ont été identifiés chez les physiothérapeutes quant aux risques d'agression encourus dans la prise en charge des PTM jugés imprévisibles et agressifs, à un sentiment de méconnaissance théorique et pratique de ces troubles, ainsi qu'à des doutes sur leur apport aux PTM qu'ils perçoivent comme peu motivés.

La littérature avance que ces différences de stigmatisation sont dues à l'expérience de côtoiement d'une PTM et à la formation reçue (Peer et al., 2015 ; Stubbs et al., 2014). Dans le milieu médical, l'accent est mis sur la maladie plutôt que sur l'individu (Wagner et al., 2011) contrairement aux formations de psychologie (Peer et al., 2015) ou dans les métiers de la réadaptation, dont l'objectif est de faciliter la participation sociale des PTM et de réduire leur marginalisation et autostigmatisation.

Acteurs du système de l'entreprise

Ce système d'acteurs inclut les employeurs, responsables des ressources humaines, supérieurs immédiats et collègues (et parfois les syndicats). La littérature a démontré que le milieu professionnel était particulièrement stigmatisant (Al Adlouni et al., 2011 ; Baldwin et Marcus, 2011 ; Krupa, 2009). L'accès, le retour et le maintien en emploi de la PTM représentent un véritable défi (Charette-Dussault et Corbière, 2019) et plusieurs travaux ont décrit la nature des obstacles rencontrés (Al Adlouni et al., 2011 ; Stuart, 2011 ; Laberon et al., 2017). Tout d'abord, les acteurs du monde professionnel exprimeraient des réticences fondées sur des stéréotypes qui présentent les PTM comme fragiles, souffrantes, instables, cognitivement déficientes, peu motivées/

fiables/autonomes/polyvalentes et limitées dans leurs compétences sociales et émotionnelles. Ils les perçoivent également comme ayant une faible maîtrise de soi et une gestion insuffisante du stress du travail. Ensuite, ils formuleraient des appréhensions quant au poids lié à la participation au travail de la PTM : lourdeur des aménagements de poste, absentéisme fréquent, arrêts de travail prolongés liés à une aggravation de la maladie face aux exigences professionnelles, performance insuffisante, manque de rentabilité, rejet par les collègues ou les clients, encadrement chronophage (protection et surveillance de la PTM et des proches collègues). Ces perceptions alimentent l'idée d'un fardeau organisationnel renforcé par la crainte d'un déséquilibre des équipes causé par l'usure, la surcharge de travail et la croyance en une éventuelle contagion du trouble mental. Enfin, des freins personnels relèveraient de leur méconnaissance, impuissance ressentie, voire méfiance vis-à-vis des troubles mentaux. En somme, les représentations associées aux PTM s'opposent aux attentes du monde professionnel qui valorise rendement, productivité et efficacité (Laberon, 2014 ; Laberon et al., 2017). Cette situation est exacerbée par une sphère « d'incompétence » des acteurs de l'entreprise liée à une méconnaissance et un manque d'accompagnements dans ce type d'insertion (Le Roy-Hatala, 2024). Toutefois, des études conduites auprès d'employeurs en France et au Canada apportent plus d'optimisme (Yvon et Corbière, 2021, Laberon et Yvon, 2021 ; Laberon, 2022). Elles montrent une forme d'ambivalence au sujet de l'insertion des personnes présentant des troubles mentaux courants. On observe simultanément des appréhensions alimentées par l'anticipation d'un fardeau organisationnel et par des stéréotypes concernant la PTM, et des signes d'ouverture liés à une normalisation ou banalisation de la maladie mentale. Cette évolution s'accompagne d'une diminution des appréhensions et d'attitudes plus soutenantes et inclusives. Cette ambivalence est influencée par le vécu positif vs négatif des éventuelles expériences antérieures d'inclusion et de côtoiement de la maladie dans la sphère personnelle (Shankar et al., 2014 ; Stuart, 2011). Les valeurs de l'employeur et la mise en place d'une politique de non-discrimination et de diversité font aussi pencher la balance vers plus d'inclusion (Vornholt et al., 2017).

Acteurs du système de l'accompagnement en emploi

Ce système d'acteurs comprend les psychologues du travail, conseillers d'orientation, en emploi spécialisé ou job coaches, coordinateurs ou conseillers en RaT. Les croyances de ces acteurs sur l'intégration

professionnelle des PTM peuvent varier, en fonction du modèle de réinsertion dans lequel ils exercent (Pachoud et Corbière, 2014). Les pratiques d'insertion traditionnelles reposent sur un principe progressif traduit par un entraînement et une formation préparatoire à l'entrée en milieu ordinaire de travail (*Train and Place*). Elles sont donc sous-tendues par des présupposés selon lesquels la PTM n'a pas la capacité immédiate de travailler, doit attendre la réduction de ses symptômes psychiatriques et acquérir des compétences préalables. Le milieu ordinaire de travail serait dangereux pour elle. Il en résulte que les PTM peuvent rester longuement, voire indéfiniment dans des programmes de réinsertion qui les maintiennent paradoxalement loin du milieu ordinaire de travail. En opposition à ce modèle, l'approche alternative IPS (*Individual Placement and Support* ou soutien à l'emploi) part du principe que l'accès au travail est un droit pour tous ceux qui souhaitent travailler, et que leur démarche d'insertion doit être par principe soutenue. Elle renverse le processus en mettant les PTM rapidement en poste (*Place and Train*). Elle privilégie la formation et l'accompagnement des PTM et de leur entourage professionnel sur le long terme afin de favoriser leur intégration et leur maintien en emploi. L'efficacité de cette méthode n'est plus à démontrer, elle a des effets bénéfiques sur les PTM et augmente considérablement leur taux d'insertion (Mueser et McGurk, 2014). Elle est d'autant plus efficace que les acteurs de l'accompagnement vers l'emploi adhèrent au principe clé qu'une insertion professionnelle est possible, et mérite donc d'être tentée et soutenue. De fait, leur tendance à stigmatiser la PTM peut varier selon qu'ils appartiennent à l'une ou l'autre des obédiences.

Système de la PTM

Ce système d'acteurs comprend les PTM en arrêt de travail en processus de retour à leur poste de travail ou les personnes sans emploi en processus de réinsertion professionnelle. De nombreuses recherches attestent d'un phénomène d'intériorisation par les PTM des stéréotypes dont elles font l'objet, les conduisant souvent à s'autostigmatiser (Dubreucq et al., 2021). Autrement dit, lorsqu'elles se pensent telles que leur entourage les voit, leur estime de soi, leur sentiment d'autoefficacité et leur espoir d'une vie meilleure chutent (Lysaker et al., 2012). Elles préféreraient alors cacher leurs troubles, s'isoler plutôt que de risquer d'être confrontées à de la stigmatisation. De ce fait, leur fonctionnement social serait diminué entraînant l'augmentation des symptômes et de leur sévérité, les affects négatifs et le sentiment d'exclusion (Ben-

Zeev et al., 2012; Hill et al., 2013). Tout cela réduit grandement leur chance d'améliorer leur qualité de vie et d'entrevoir ou d'accéder à un avenir professionnel (Corrigan, 2006).

OBJECTIF

Cette synthèse de la littérature ne permet pas de rentrer dans toutes les nuances des recherches exposées. Néanmoins, elle indique une relative uniformité dans les attitudes stigmatisantes à l'égard des PTM en processus de RaT ou de réinsertion professionnelle (REI). Elle souligne également qu'aucune étude n'a comparé simultanément les représentations de ces 4 systèmes d'acteurs. Ainsi, l'axe recherche de la communauté de pratiques internationale en santé mentale et travail (CoP-SMT) a mené une enquête en ligne dont l'objectif était de saisir, dans une même étude, comment la stigmatisation prend place parmi ces différents acteurs du retour et de la réinsertion au travail et quelles sont leurs intentions d'inclusion professionnelle.

MÉTHODE

Procédure et participants

Cette enquête internationale a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal. La collecte de données a été effectuée de novembre 2022 à février 2024 par questionnaire standardisé en ligne (LimeSurvey). L'enquête visait à évaluer les représentations des acteurs des systèmes présentés dans l'introduction, vis-à-vis des PTM en processus de RaT et de REI. Les personnes ont été invitées à participer à l'enquête via plusieurs canaux : annonces diffusées lors des webinaires organisés 3 fois par an par la CoP-SMT, lors d'autres événements (p. ex. colloques), ainsi que par l'intermédiaire des réseaux professionnels (p. ex. LinkedIn) et des partenaires des membres de l'axe recherche de la CoP-SMT. Au total, 586 personnes volontaires ont répondu. L'échantillon est constitué de 134 hommes, 451 femmes et 1 personne non binaire, leur moyenne d'âge est de 45 ans (23 à 78 ans). Les participants appartiennent aux systèmes d'acteurs suivants :

- **La santé** : 79 médecins/infirmiers du travail; 5 médecins généralistes; 61 professionnels de la réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes, kinésilogues); 33 psychiatres/psychologues/psychothérapeutes/psychoéducateurs;

- **L'entreprise**: 29 employeurs/conseillers en RH; 32 supérieurs immédiats; 20 collègues; 9 représentants syndicaux;
- **L'accompagnement**: 41 psychologues du travail; 100 conseillers d'orientation/en emploi/agents d'intégration/jobs coach; 3 agents d'assurance/mutuelle; 7 coordinateurs/conseillers du RaT;
- **Les PTM et leur entourage**: 52 PTM en absence maladie; 9 proches d'une PTM en absence maladie; 26 PTM en recherche d'emploi; 12 proches d'une PTM en recherche d'emploi; 14 pairs aidants;
- **Acteurs indéterminés**: 54 acteurs du RaT ou de la REI ou intervenants en santé mentale.

Les données de l'échantillon complet ont été utilisées pour vérifier les qualités psychométriques des échelles. Toutefois, en raison du faible effectif de certains groupes d'acteurs et pour permettre des comparaisons statistiques interacteurs, un critère d'inclusion de 20 participants minimum par catégorie d'acteurs a été appliqué. Les acteurs de fonction indéterminée ont également été exclus. Ainsi, notre échantillon est réduit à 473 participants pour l'analyse comparative des acteurs.

Mesures et qualités psychométriques des échelles

Les échelles utilisées proviennent des travaux de Corbière et al. (2009) et de Laberon et al. (2017). Les énoncés et consignes ont été revus par les membres de l'axe Recherche de la CoP-SMT, en vue de les adapter aux contextes européen et nord-américain et aux contextes du RaT et du REI.

Le questionnaire est composé d'une échelle de stigmatisation nommée «stigmatisme» (12 items; cf. Tableau 1) qui mesure 1) la perception de fardeau organisationnel, 2) le ressenti d'émotions négatives vis-à-vis d'une PTM et d'une échelle d'intention d'inclusion professionnelle de la PTM nommée «Inclusion» (6 items; cf. Tableau 3) composée de 3 indicateurs: 1) l'intention d'évitement, 2) l'intention de soutien paternaliste, 3) l'intention de collaboration. L'échelle de réponse est de type Likert en 6 points (1 = tout à fait en désaccord, 2 = moyennement en désaccord, 3 = un peu en désaccord, 4 = un peu en accord, 5 = moyennement en accord et 6 = tout à fait en accord). Les répondants ont pour consigne de remplir ce questionnaire 2 fois successivement: tout d'abord dans une condition de RaT puis dans une condition de REI. La présentation des items est donc fixe. Le temps de passation est estimé entre 12 et 20 minutes.

La fidélité et la validité des échelles ont été vérifiées sur les réponses relatives au RaT et à la REI. Les indices des analyses préliminaires

pour tester la structure sous-jacente des données se sont révélés de bonne qualité⁵. La validation structurale a été réalisée grâce à une analyse factorielle exploratoire (AFE) sur la moitié de notre échantillon ($N = 293$) puis la structure des données confirmée par une analyse factorielle confirmatoire (CFA) sur l'autre moitié ($N = 293$). Pour l'AFE, nous avons utilisé la méthode d'extraction factorisation en axes principaux, avec un critère de saturation $\geq 0,40$ et des rotations obliques (Promax). Pour la CFA, la méthode de vraisemblance maximale a été utilisée (Bentler, 1995 ; Hu et Bentler, 1999). Un modèle est considéré bien ajusté lorsque le ratio du Chi carré/degrés de liberté est inférieur ou égal à 2, que les indices NNFI, IFI et CFI robustes dépassent 0,90, et que la valeur du RMSEA est $\leq 0,08$. Ces indices d'ajustement sont usuels dans la réalisation d'AFC (Hu et Bentler 1998). La cohérence interne a été réalisée par un alpha de Cronbach (doit être $\geq ,70$ selon Cohen, 1988).

- Validité structurale de l'échelle « stigmat » : dans les deux conditions (RaT et REI), les AFE (Tableau 1), ont révélé 2 axes expliquant 35,2_{RaT%} et 41,5_{REI%} de la variance totale. La première composante renvoie à la notion de fardeau organisationnel et la seconde à la notion d'émotions négatives. Les charges factorielles après rotation indiquent une structure factorielle claire, avec des saturations de chaque item sur son facteur d'appartenance respectant les normes.

Les AFC (Tableau 2) ont soutenu la structure factorielle proposée. Nous avons testé 3 modèles : modèle 1 sans corrélations entre les deux facteurs, modèle 2 avec les 2 facteurs intercorrélés et modèle 3 ajoutant, selon le multiplicateur de Lagrange⁶, une corrélation entre les 2 énoncés « investissement financier » et « investissement humain » étroitement reliés sur le plan sémantique et syntaxique et présentant une corrélation significative entre les erreurs de mesure. Ce dernier modèle a été retenu, car mieux ajusté aux données avec des indices largement supérieurs aux normes requises.

5. Kaiser-Meyer-Olkin KMO > 0,5 et test de sphéricité de Bartlett significatif.

6. Il évalue l'effet de l'ajout d'un paramètre à estimer sur le modèle hypothétique (Corbière, 2020).

TABLEAU 1
Résultats analyse factorielle exploratoire – Échelle stigmat

Une personne qui a reçu un diagnostic de trouble mental/ psychique en processus de RaT / REI...	F1 – Fardeau organisationnel		F2 – Émotions négatives	
	RaT 28,96 % VE Alpha = ,81	REI 33,72 % VE Alpha = ,84	RaT 6,24 % VE Alpha = ,61	REI 7,75 % VE Alpha = ,73
1. ... crée chez vous de la pitié.			,43	,61
2. ... crée chez vous de l'inconfort ou un malaise			,65	,64
3. ...crée chez vous de l'appréhension de la côtoyer...			,74	,75
4. ...a de la difficulté à faire preuve de motivation au travail.	,48	,55		
5. ...est plus appropriée dans le milieu de travail protégé	,38	,49		
6. ...nécessite des investissements <i>humains</i> trop importants pour l'entreprise classique.	,66	,66		
7. ...nécessite des investissements <i>financiers</i> trop importants pour l'entreprise classique.	,69	,67		
8. ...entreprend une activité professionnelle impliquant peu de responsabilité (p. ex. tâches administratives simples).	,62	,60		
9. ... peut engendrer des problèmes relationnels dans l'équipe de travail.	,55	,61		
10. ... ralentit la productivité de l'entreprise.	,59	,67		
11. ... risque d'être plus souvent absente qu'un autre employé.	,62	,69		
12. ... exige beaucoup de supervision en milieu de travail.	,59	,62		

RaT = Retour au travail – REI = Réinsertion au travail.
Lorsque la cellule est vide, cela signifie que le coefficient de saturation de l'énoncé au facteur est inférieur à 0,30.

TABLEAU 2
Résultats analyse factorielle confirmatoire – Échelle stigmat

Modèles – Retour au travail/Réinsertion au travail	Indices d'ajustement							
	DL	c ²	p-value	c ² /dl	NNFI	CFI robust	IFI	RMSEA
Retour au travail								
Model 1 – Fardeau et Émotions Sans corrélation des facteurs	52	147,74	$p < 0,01$	2,84	0,796	0,839	0,843	0,08
Model 2 – Fardeau et Émotions Avec corrélation des facteurs	51	116,59	$p < ,01$	2,28	0,858	0,890	0,893	0,07
Model 3 – Fardeau et Émotions Avec corrélations des facteurs ($r = 0,49$) et erreurs de 2 items (investissements humains et investissements financiers, $r = 0,51$)	50	72,78	$p < 0,02$	1,46	0,950	0,962	0,963	0,04
Réinsertion au travail								
Model 1 – Fardeau et Émotions Sans corrélation des facteurs	52	139,36	$p < 0,01$	2,68	0,861	0,891	0,893	0,08
Model 2 – Fardeau et Émotions Avec corrélation des facteurs	51	100,01	$p < 0,01$	1,96	0,921	0,939	0,940	0,06
Model 3 – Fardeau et Émotions Avec corrélations des facteurs ($r = 0,42$) et erreurs de 2 items (investissements humains et investissements financiers, $r = 0,47$)	50	66,94	0,06	1,34	0,972	0,979	0,979	0,03

Enfin, la cohérence interne des deux facteurs dans les deux conditions est très satisfaisante pour le facteur fardeau organisationnel ($\alpha_{\text{RaT}} = ,81$; $\alpha_{\text{REI}} = ,84$) et acceptable (au regard du faible nombre d'items) pour le facteur émotions négatives ($\alpha_{\text{RaT}} = ,61$; $\alpha_{\text{REI}} = ,73$). L'échelle « stigmatisme » présente ainsi les conditions métrologiques requises pour donner 2 mesures valides du construit.

- Validité structurale de l'échelle « inclusion » : dans les deux conditions (RaT et REI), les AFE présentées en Tableau 3, ont révélé 3 axes qui rendent compte de 63,6_{RaT%} et 73,3_{REI%} de la variance totale. La première composante renvoie à la notion de collaboration, la deuxième de soutien paternaliste et la troisième d'évitement. Les charges factorielles après rotation indiquent une structure factorielle claire, les saturations de chaque item sur son facteur d'appartenance respectant les normes. Le faible nombre d'items ne permet pas de réaliser des AFC. Néanmoins, la cohérence interne de chaque facteur est très satisfaisante dans les 2 conditions pour l'indice de collaboration ($\alpha_{\text{RaT}} = ,87$; $\alpha_{\text{REI}} = ,93$), de soutien paternaliste ($\alpha_{\text{RaT}} = ,71$; $\alpha_{\text{REI}} = ,80$) et d'évitement ($\alpha_{\text{RaT}} = ,72$; $\alpha_{\text{REI}} = ,74$). L'échelle « inclusion » présente ainsi les conditions métrologiques requises pour donner 3 mesures valides du construit.

TABLEAU 3

Résultats analyse factorielle exploratoire – Échelle inclusion

Une personne qui a reçu un diagnostic de trouble mental/psychique en processus de RaT / REI ...	F1 – Collaboration		F2 – Paternalisme		F3 – Évitement	
	RaT 36,34% VE $\alpha = ,87$ $r = ,76$	REI 42,04% VE $\alpha = ,93$ $r = ,87$	RaT 7,66% VE $\alpha = ,71$ $r = ,55$	REI 21,43% VE $\alpha = ,80$ $r = ,66$	RaT 9,69% VE $\alpha = ,72$ $r = ,56$	REI 9,96% VE $\alpha = ,74$ $r = ,63$
1. ...crée chez vous l'envie de collaborer avec elle.	,82	,92				
2. ... crée chez vous l'envie de travailler avec elle.	,93	,95				
3. ... crée chez vous l'envie de l'aider dans son travail.			,75	,843		
4. ... crée chez vous l'envie de la protéger dans son milieu de travail.			,75	,801		
5. ... crée chez vous l'envie de ne pas tenir compte de son avis sur le plan professionnel.					,76	,81
6. ... crée chez vous l'envie de ne pas l'inviter aux réunions de travail.					,75	,78

RaT = Retour au travail – REI = Réinsertion au travail.

Lorsque la cellule est vide, cela signifie que le coefficient de saturation de l'énoncé au facteur est inférieur à 0,30.

Traitement statistique des données

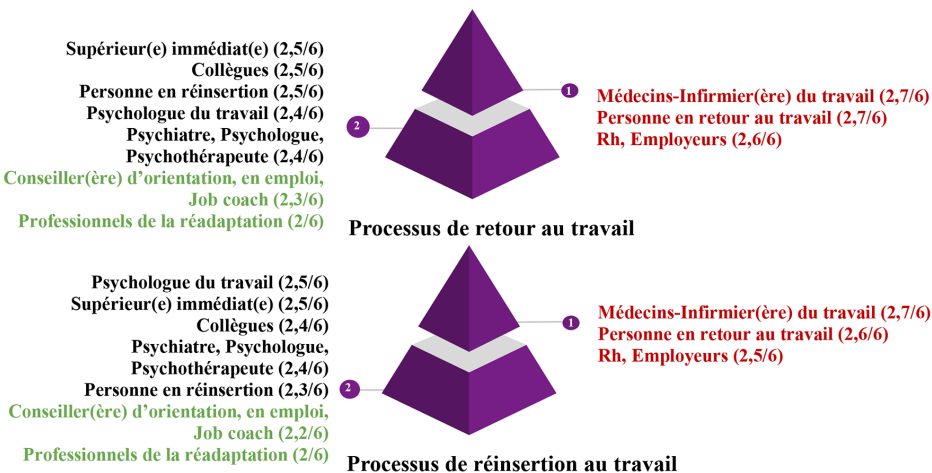
Pour la validation des échelles, les analyses factorielles exploratoires ont été effectuées à l'aide du progiciel IBM SPSS Statistics version 28.0 et les analyses factorielles confirmatoires à l'aide du logiciel EQS (Bentler, 1995). Pour décrire et comparer les résultats interacteurs, des analyses de variance (ANOVAs) accompagnées de comparaisons de moyennes a posteriori (post hoc méthode de Tukey) ont été réalisées. Aussi, la comparaison des résultats en conditions de RaT et de REI a été faite pour chaque groupe d'acteurs pris séparément grâce à des tests T pour échantillons appariés. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du progiciel IBM SPSS Statistics version 28.0.

RÉSULTATS

1. Perception de fardeau organisationnel par les différents acteurs

La perception de fardeau organisationnel est globalement peu élevée ($m_{Fardeau} = 2,4/6$) et identique dans les conditions de RaT et REI. Elle est surtout liée à l'appréhension de problèmes relationnels dans l'équipe de travail ($m_{relationsRaT} = 3,3/6$; $m_{relationsREI} = 3/6$; $p < ,0001$) et aux risques d'absence ($m_{absenceRaT} = 3/6$; $m_{absenceREI} = 2,9/6$; $p = ,002$), notamment en situation de RaT, et à un besoin de supervision plus important ($m_{supervisionRaT} = 2,9/6$; $m_{supervisionREI} = 3,1/6$; $p < ,0001$) lorsqu'il s'agit d'une REI.

FIGURE 1
Perception de fardeau organisationnel



Légende :
1 = tout à fait en désaccord à 6 = tout à fait en accord.
Les acteurs indiqués en rouge se différencient significativement des acteurs indiqués en vert.

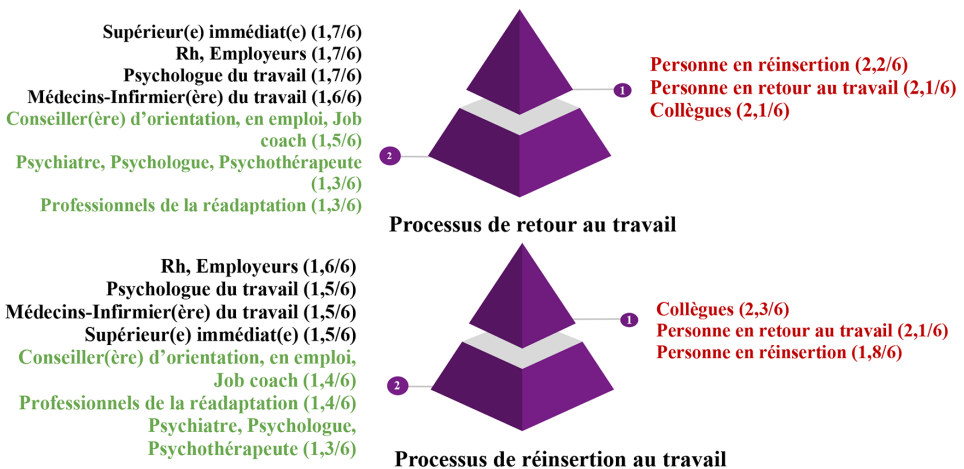
Les résultats présentés dans la Figure 1 montrent qu'il existe des différences significatives dans les perceptions de certains acteurs pour les processus de RaT et de REI ($F = 3,5$, $p_{\text{FardeauRaT}} < ,0001$; $F = 3,1$, $p_{\text{FardeauREI}} < ,001$). Les employeurs/RH, les médecins/infirmières du travail et les PTM en RaT perçoivent plus de fardeau organisationnel que les professionnels de la réadaptation et les conseillers d'orientation/en emploi/job coach. Ces derniers sont d'ailleurs plutôt en désaccord avec l'idée que les PTM sont susceptibles de provoquer des problèmes relationnels au sein de l'équipe, d'avoir un taux absentéisme plus élevé ou de nécessiter une supervision accrue. Ces préoccupations apparaissent comme significativement plus marquées chez les médecins/infirmières et, dans une moindre mesure, chez les supérieurs immédiats (pour la supervision seulement).

2. Ressenti d'émotions négatives par les différents acteurs

Le ressenti d'émotions négatives est globalement assez faible ($m_{\text{Emotions}} = 1,6$) et surtout lié aux ressentis de pitié ($m_{\text{pitiéRaT}} = 1,9/6$; $m_{\text{pitiéREI}} = 1,6/6$; $p < ,0001$) notamment en situation de RaT et d'inconfort ($m_{\text{inconfortRaT}} = 1,6/6$; $m_{\text{inconfortREI}} = 1,6/6$; $p = \text{NS}$) vis-à-vis des PTM.

FIGURE 2

Ressenti d'émotions négatives



Légende :

1 = tout à fait en désaccord à 6 = tout à fait en accord.

Les acteurs indiqués en rouge se différencient significativement des acteurs indiqués en vert.

Les résultats, présentés dans la Figure 2, montrent qu'il existe des différences significatives dans les ressentis de certains acteurs pour les processus de RaT et de REI ($F = 6,1, p_{\text{EmotionRaT}} < ,0001$; $F = 5,3, p_{\text{EmotionREI}} < ,001$). Les collègues et les PTM (en RaT et REI) disent ressentir significativement plus d'émotions négatives (plus de pitié et plus d'inconfort) vis-à-vis des PTM que les professionnels de la réadaptation, les psychiatres/psychologues/psychothérapeutes/psychoéducateurs et les conseillers d'orientation/en emploi/job coach.

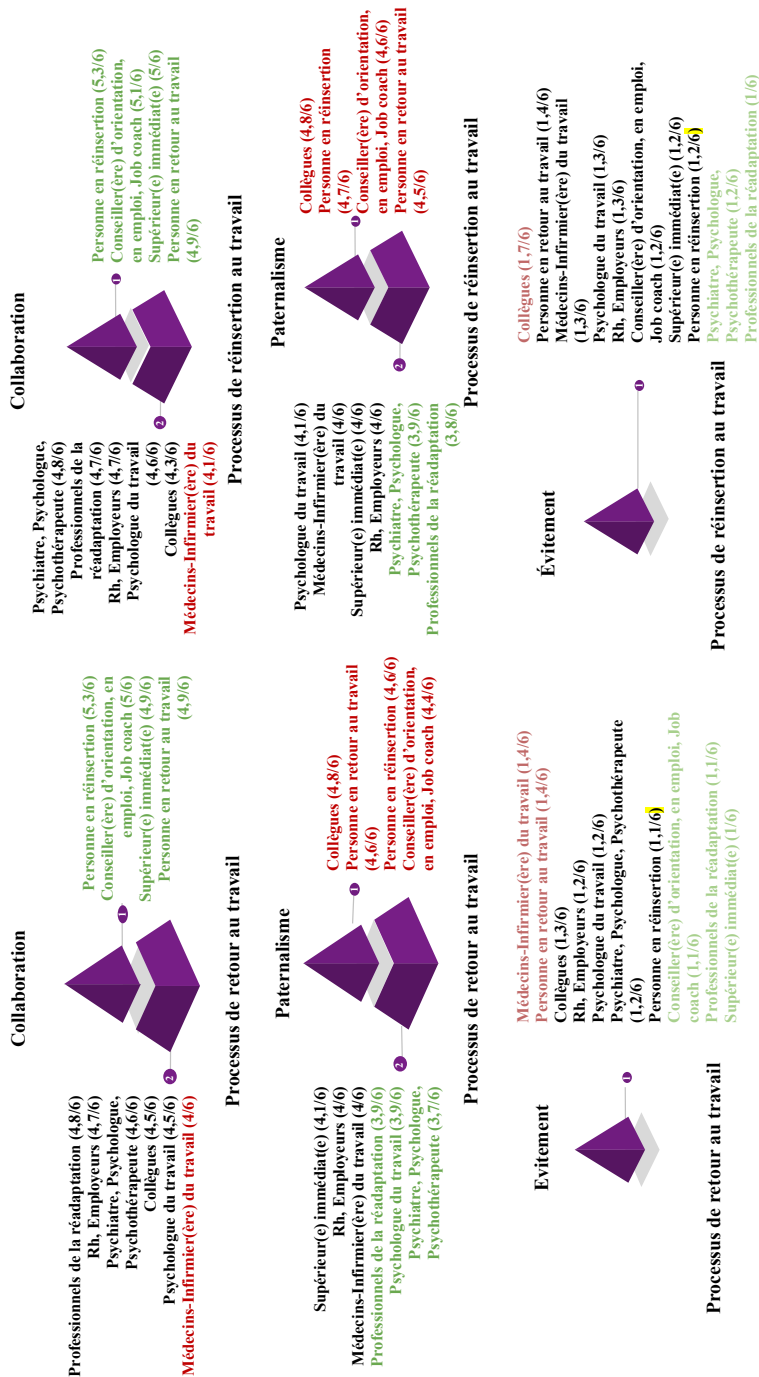
3. Intentions d'inclusion des différents acteurs :

Les intentions de collaboration sont relativement élevées ($m = 4,7/6$), les intentions de soutien paternaliste le sont un peu moins ($m = 4,2/6$) et les intentions d'évitement sont très faibles ($m = 1,2/6$) vis-à-vis des PTM (en RaT et REI).

Les résultats, présentés dans la Figure 3, montrent des différences significatives dans les intentions de collaboration et de soutien paternaliste de certains acteurs pour les processus de RaT et de REI ($F = 4,5, p_{\text{collaborationRaT}} < ,0001$; $F = 3, p_{\text{paternalismeRaT}} = ,002$; $F = 4,5, p_{\text{collaborationREI}} < ,0001$; $F = 3, p_{\text{paternalismeREI}} = ,002$). Les médecins/infirmières du travail ont une intention de collaboration moindre que les PTM (en RaT et REI), que les conseillers d'orientation/en emploi/job coachs et que les supérieurs immédiats. Quant aux intentions de soutiens paternalistes, les résultats montrent qu'elles sont plus présentes chez les collègues, les PTM (en RaT et REI) et les conseillers d'orientation/en emploi/job coachs que chez les psychiatres/psychologues/psychothérapeutes et les professionnels de la réadaptation.

Concernant les intentions d'évitement des PTM, les résultats ne permettent pas de distinguer les groupes, mais montrent cependant des tendances entre les acteurs ($F = 2,9, p_{\text{évitementRaT}} = ,003$; $F = 1,42, p_{\text{évitementREI}} = ,18$). Ainsi, en contexte de RaT, les médecins/infirmiers(ères) du travail ainsi que les PTM en RaT ont une intention d'évitement faible, mais néanmoins plus marquée que celle des supérieurs immédiats, des professionnels de la réadaptation et des conseillers d'orientation/en emploi/job coachs qui est nulle. En contexte de REI, ce sont plutôt les collègues qui se distinguent des psychiatres/psychologues/psychothérapeutes et des professionnels de la réadaptation avec une tendance à l'évitement plus marquée.

FIGURE 3
Intentions d'inclusion



DISCUSSION

Les résultats de cette étude montrent que les participants rendent explicitement compte de peu d'attitudes stigmatisantes. La perception de fardeau organisationnel est peu élevée, le ressenti d'émotions négatives en présence de PTM l'est encore moins et les intentions d'inclusion sont plutôt bonnes. Les préoccupations principales évoquées quant au RaT ou à la réinsertion d'une PTM en milieu de travail ordinaire sont la crainte de la survenue de problèmes relationnels dans les équipes, les risques d'absence et le besoin de supervision accru. Les émotions négatives les plus ressenties en la présence de PTM sont la pitié et l'inconfort. Et pour ce qui est de l'inclusion, les intentions d'évitement sont très faibles, celles de soutien paternaliste sont modérées et celles de collaborer avec les PTM sont élevées. Toutefois, la prudence est de mise sur ces évaluations, car un biais de désirabilité sociale est toujours à envisager dans les mesures explicites du stigmatisme de la PTM (Yvon et Corbière, 2021).

Les comparaisons interacteurs laissent entrevoir néanmoins 2 répétitions de modèles :

- **Les PTM semblent avoir internalisé les stéréotypes** du fardeau organisationnel et les émotions négatives qu'elles peuvent susciter. Elles manifestent des intentions d'inclusion ambiguës, associant des aspirations fortes de collaboration à des intentions de soutien paternaliste, ainsi qu'à des intentions d'évitement plus élevées que celles de la majorité des acteurs. Ces résultats vont dans le sens d'une tendance à l'autostigmatisation telle que décrite par Corrigan et al. (2006), mais suggèrent aussi une forme plus subtile d'autostigmatisation qui s'apparente à ce que Goffman (1963) appelle « la consigne pour l'action ». Il s'agit d'un mécanisme psychologique légitimant les attitudes ou comportements discriminatoires fondés sur le stigmatisme, mais qui se traduit de façon moins explicite ou visible. Cette interprétation reste hypothétique, car un éventuel effet de désirabilité sociale dans les réponses produites par les PTM n'est pas exclu, les mesures d'intentions d'inclusion étant relativement transparentes. Toutefois, elle reste plausible, car bien que les participants PTM ne manifestent pas un rejet explicite envers leurs pairs, certains expriment néanmoins des intentions d'évitement marquées. Notons enfin une nuance dans ces résultats qui distingue les PTM en RaT des PTM en REL. Ces dernières ne diffèrent pas des autres acteurs quant à leur perception du fardeau

organisationnel et leurs intentions d'évitement, suggérant une moindre autostigmatisation. L'éloignement du milieu professionnel pourrait protéger ces PTM des retours négatifs concernant leur accès à l'emploi, contrairement aux PTM en absence maladie, souvent confrontées aux « dommages collatéraux » de leur absence (p. ex. surcharge pour l'équipe) et aux exigences nécessaires à leur éventuel retour (p. ex. aménagements). Il est possible aussi que les personnes en REI aient pu bénéficier de programmes permettant la déconstruction des freins associés à la réinsertion socioprofessionnelle des PTM, et partagent dès lors plus fortement des valeurs d'inclusion que les personnes en RaT.

- **Les acteurs intervenant en amont de l'emploi** (professionnels de la réadaptation et de l'accompagnement vers l'emploi) **sont moins enclins à stigmatiser et plus ouverts à inclure les PTM en RaT ou en REI, comparés aux acteurs qui interviennent dans l'entreprise** (professionnels de l'entreprise et de la santé au travail). Plus précisément, les médecins/infirmières du travail, les employeurs/RH et les proches collègues se différencient nettement des professionnels de la réadaptation et de l'accompagnement. Les médecins/infirmières du travail et les employeurs/RH perçoivent davantage le fardeau organisationnel, tandis que les proches collègues ressentent plus d'émotions négatives. De plus, les médecins/infirmières du travail et les collègues manifestent moins d'intentions de collaboration et plus d'intentions d'évitement. Les collègues en particulier expriment une intention de soutien paternaliste plus prononcée. Cette attitude bienveillante peut également être interprétée à la lumière du modèle du contenu du stéréotype de Fiske et al. (2002), qui l'interprètent comme un préjugé subtil à l'égard des membres de groupes perçus comme peu compétents, mais chaleureux. Ces résultats sont cohérents avec la littérature existante, qui met en évidence une forte appréhension des acteurs de l'entreprise envers les PTM au travail (p. ex. Laberon et al., 2017), une tendance des professionnels de la santé au travail à surestimer l'inaptitude des PTM à travailler (Courtois et al., 2023), et un niveau de stigmatisation moindre des professionnels de la réadaptation (Gajardo et al., 2022) et des professionnels de l'accompagnement axés sur le rétablissement (Pachoud et Corbière, 2014).

Ces différences pourraient s'expliquer par la théorie du contact intergroupe (Allport, 1954), dans la ligne des nombreuses recherches ayant mis en évidence les effets de la qualité du contact sur la réduction des préjugés (Pettigrew et Tropp, 2006). En particulier, la méta-analyse

de Mander et White (2019) met en évidence que le contact positif avec une PTM, quelle que soit la modalité du contact (face à face, vidéo, etc.), réduit significativement les attitudes négatives à l'égard des PTM. À l'inverse, un contact intergroupe négatif pourra conduire au renforcement de la différenciation intergroupe plutôt qu'à son atténuation (Graf et Paolini, 2016). Il est donc possible que les professionnels de la réadaptation et de l'accompagnement, régulièrement exposés aux PTM et dans des cadres sécurisés, développent des attitudes inclusives alors que les employeurs/RH et les médecins du travail davantage confrontés aux contraintes et résistances du milieu de travail, peuvent voir leurs perceptions de fardeau et leurs intentions d'évitement renforcées. À noter que ces derniers acteurs ne se distinguent pas des premiers concernant leurs ressentis d'émotions négatives, ce qui suggère que leur stigmatisation ne se joue pas dans l'émotionnel, mais plutôt dans la perception de ce que la PTM sera capable de faire ou de ne pas faire dans le milieu de travail.

De leur côté, les collègues de travail ont exprimé des éléments plus inattendus. Ils ont des ressentis émotionnels négatifs plus marqués accompagnés d'intentions d'évitement de la PTM accrues lorsqu'il s'agit de réinsertion. En d'autres termes, tout se passe comme si ces acteurs avaient des appréhensions fortes de côtoier de futurs collègues présentant des troubles mentaux. Il est peut-être plus acceptable ou rassurant pour eux de travailler avec une personne déjà connue qui est en processus de retour au travail. Le stéréotype peut en effet être atténué par l'expérience de côtoier de la personne avant l'arrêt de travail, si tant est qu'elle ait été positive (Shankar et al., 2014).

Nous souhaitons évoquer 4 limites dans ce travail qui permettent d'expliquer et de modérer certains résultats: 1) L'échantillonnage de volontaires: il est possible que les répondants particulièrement sensibilisés aux troubles mentaux ou à la stigmatisation aient plus facilement répondu à l'étude; 2) Un biais de désirabilité sociale: malgré l'anonymat du questionnaire, nous ne pouvons pas exclure ce biais dans les réponses, ce qui peut se traduire par des niveaux de stigmatisation et d'évitement bas et un écart avec les attitudes et comportements effectifs des participants. 3) Un effet du test-retest dans les réponses produites en conditions de RaT et de REI est plausible, puisqu'il n'y a eu qu'un temps de mesure et pas d'inversions des 2 conditions dans la passation: un effet de contamination du RaT sur REI pourrait expliquer la quasi-absence de différences dans nos résultats dans ces deux conditions. 4) Enfin, les effectifs inégaux d'acteurs peuvent poser des

problèmes de puissance statistique dans les ANOVAs et, même si des comparaisons par paires ont parfois été effectuées pour assurer les résultats, un renforcement des effectifs par acteurs serait idéal pour conforter ces comparaisons de moyennes.

CONCLUSION

L'originalité de cette étude réside dans la collecte simultanée de données provenant de multiples acteurs impliqués dans le retour et la réinsertion au travail (RaT et REI) au sein d'un même cadre d'analyse. Il ne s'agit en aucun cas de classer ici les acteurs selon leur propension à stigmatiser les PTM, mais d'identifier les freins et leviers à la stigmatisation, spécifiques pour chaque groupe d'acteurs. Ces résultats mettent en lumière les difficultés rencontrées pour intervenir dans des processus complexes, d'accès au milieu ordinaire de travail souvent stigmatisant, méconnaissant, mal outillé et peu flexible face à la variabilité de la santé humaine et des trajectoires des PTM.

Les résultats soulignent le besoin des acteurs de l'entreprise, y compris des médecins du travail, de développer leurs connaissances sur la santé mentale au travail et d'ajuster probablement leur conception de la maladie mentale. Une mesure concrète qui peut être mise en œuvre dans l'entreprise est celle de développer une politique de santé mentale au travail via des formations au « management en santé mentale », à la mise en place de réseaux de « sentinelles », « bienveillants » ou encore « pairs-aidants » dans les équipes de travail, à l'éducation à la littératie en santé mentale. En somme, à toute formation-éducation-psycho-éducation contribuant à développer de la culture en santé mentale au sein même de l'entreprise afin de rendre le sujet moins tabou et contribuer à sa déstigmatisation. Concernant le système de santé, de récents travaux montrent, chez les soignants en santé mentale, qu'une orientation vers des approches incrémentielles (versus essentialistes ou fixistes) basées sur des thérapies cognitivo-comportementales (versus psychanalytiques) et des pratiques issues du courant du rétablissement améliorait le sentiment d'efficacité professionnelle et réduisait significativement la stigmatisation (Valery et al., 2023). Les mesures basées sur les stratégies de contact sont aussi efficaces. Par exemple les « bibliothèques vivantes » ou « activités brise-glace » sont des initiatives qui permettent la rencontre entre une PTM et une personne tout venant pour partager un savoir expérientiel autour du trouble mental.

Enfin, au-delà du stigmate, il apparaît essentiel d'étudier plus en détail les freins propres à chaque acteur qui empêchent leur collaboration. L'absence de partage de connaissances sur la santé mentale au travail, sur le rôle de chaque acteur dans les processus de RaT et de REI ainsi que la coordination insuffisante des actions nécessaires pour réduire les appréhensions de chacun au regard de la place qu'il occupe, constituent des obstacles majeurs à l'insertion professionnelle des PTM. Créer des espaces de rencontre et de dialogue permettant d'engager des actions coconstruites autour des besoins de chacun favoriserait, sans conteste, un climat de confiance et de sécurité pour tous, crucial à l'intégration d'une PTM en milieu ordinaire de travail.

RÉFÉRENCES

- Al Adlouni, S., Chevalier, C., Dauvergne, I., Lauvergne, E., Plégat, S., de Reboul, H. et Scharnitzky, P. (2011). *Les stéréotypes sur les personnes handicapées. Comprendre et agir dans l'entreprise*. Enquête réalisée par IMS-Entreprendre pour la Cité. Récupéré du site : https://handicap.agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/Stereotypes_sur_les_personnes_handicapees_-_Comprendre_et_agir_dans_l_entreprise_cle811332.pdf
- Al Jabouri, O., Leroux, P. et Smith, P. (2022). La stigmatisation des personnes souffrant d'un problème de santé mentale et le rôle des professionnels de la santé : une scoping review internationale, *Revue francophone Internationale de Recherche infirmière*, 8(3), 100-280, <https://doi.org/10.1016/j.refri.2022.100280>.
- Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D. et Roe, D. (2018). Subtle ways of stigmatization among professionals: the subjective experience of consumers and their family members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(3), 163-168. <https://doi.org/10.1037/prj0000310>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison Wesley.
- Baldwin, M. L. et Marcus, S. C. (2011). *Stigma, discrimination, and employment outcomes among persons with mental health disabilities*. In I. Z. Schultz & E. S. Rogers (Eds.), *Work accommodation and retention in mental health* (pp. 53-69). Springer Science Business Media, LLC. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4419-0428-7_3
- Bentler, P. M. (1995). Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 37-55). Sage Publications, Inc.
- Ben-Zeev, D.; Frounfelker, R.; Morris, S.B. et Corrigan, P.W. (2012). Predictors of self-stigma in schizophrenia: New insights using mobile technologies. *Journal of Dual Diagnoses*, 8(4), 305-314. <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.723311>
- Bez, C. et Lepetit, A. (2018). Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. *Ann Med Psychol*, (76), 48-54, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2017.05.010>

- Boardman, J., Killaspy, H. et Mezey, G. (2022). *Social Inclusion and Mental Health Understanding Poverty, Inequality and Social Exclusion*, 2nd edition Cambridge University Press (396 p) <https://doi.org/10.1017/9781911623601>
- Cassadou, S. (2020). Utilisation des logiciels métiers pour le recueil épidémiologique: exemple du projet IODA (Inaptitudes en Occitanie: Diagnostic et Analyses). *Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement*, 81(1), 87. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2019.12.064>
- Charette-Dussault, E. et Corbière, M. (2019). An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(7), 523-537. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001013>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Corbière, M. (2020). Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires: Illustration à l'aide de données recueillies sur l'estime de soi en tant que travailleur. In M. Corbière et N. Larivière (Eds), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp.643-674). Presses de l'Université du Québec. Deuxième édition.
- Corbière, M., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Coutu, M.-F. et Lecomte, T. (2009). *Les facteurs influençant le retour au travail de personnes avec une dépression*. Étude financée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) pour la période 2009-2012.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. et Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 875-884. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. et Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Courtois, R., Couvreur, M. Gehanno, J.F. et Rollin, L. (2023). Analyse du profil des salariés déclarés inaptes au poste de travail: quelle place pour les facteurs sociétaux ou extra-professionnels et quelles conséquences sur l'emploi? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 71(4), <https://doi.org/10.1016/j.respe.2023.102089>.
- Dixit, S. (2005). Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. *Psychology and Developing Societies*, 17(1), 1-18. <https://doi.org/10.1177/097133360501700101>
- Dubreucq, J., Plasse, J. et Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia bulletin*, 47(5), 1261-1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Gajardo, J., Espinosa, F., Goycolea, R., Oyarzún, M., Muñoz, I., Valdebenito, A. et Pezoa, C. (2022). Stigma against people with mental illness in occupational therapy undergraduate students and faculty. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 30, Article e3145 <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO24103145>
- Ganivet, C., Oziol, F., Rivoal, P. et Balhawan, O. (2020). Étude des inaptitudes médicales sur 2018 dans un SSTI. *Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement*, 81(5), 525. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.273>

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin: Harmondsworth.
- Graf, S. et Paolini, S. (2016). Investigating positive and negative intergroup contact: Rectifying a long-standing positivity bias in the literature. In L. Vezzali et S. Stathi (Eds), *Intergroup contact theory: recent developments and future directions* (pp. 100-121). Routledge.
- Hill, K. et Startup, M. (2013). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research*, 206, 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.056>
- Hu, L.-t. et Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>
- Hu, L.-t. et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55 <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kingdon, D., Sharma, T. et Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28(11), 401-406. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.28.11.401>.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L. et Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 33, 413-425. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0>
- Laberon, S. (2014). Les freins psychologiques à l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 40(2), 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.007>
- Laberon, S., Scordato, N., Auvergnon, P., Lerouge, L., Joly, L., Encrenaz, G. et Corbière, M. (2017). *Inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique: leviers et freins psychosociaux et juridiques*. Rapport scientifique pour IReSP, Laboratoire de Psychologie EA 4139, COMPTRESEC UMR/CNRS 5114, Université de Bordeaux, février 2017.
- Laberon, S., Scordato, N. et Corbière, M. (2017). Représentations du «trouble psychique» et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 133-153. <https://doi.org/10.7202/1041920ar>.
- Laberon, S. et Yvon, F. (2021, octobre). *Représentations et attitudes des dirigeants/employeurs à l'égard des personnes atteintes de dépression: situation au Québec et en France*. Colloque francophone international «Regards croisés sur la santé mentale et le retour au travail», Montréal, Canada.
- Laberon, S. (2022). Stigmatisation au travail et stratégies pour l'endiguer. Dans L. Vigneault et T. Lecomte (Eds.), *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale - Pour en finir avec la stigmatisation*. Montréal, Canada: Performance-Broché. 185-196.
- Lehucher-Michel, M-P., Olymbios, O. et Bellagamba, G. (2020). Inaptitudes définitives au travail et troubles de la santé mentale: étude transversale multicentrique sur 2 788 travailleurs, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 81(5), 669-670, <https://doi.org/10.1016/j.admp.2020.03.631>.
- Le Roy-Hatala, C. (2024). *La vérité sur les troubles psychiques au travail*. Payot.

- Loisel, P., Anema, J. R., Feuerstein, M., MacEachen, E., Pransky, G. et Costa-Black, K. (Eds.). (2013). *Handbook of work disability: Prevention and management*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6214-9>
- Lysaker, P.H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E.M. et Yanos, P.T. (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: Associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological Services*, 9(3), 240-247. <https://doi.org/10.1037/a0027740>
- Masedo, A., Grandón, P., Saldivia, S., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E. S., Bustos, C., Xavier, M., Romero-López-Alberca, C., Pena-Andreu, J. M. et Moreno-Küstner, B. (2021). A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC Medical Education*, 21(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-021-02695-8>
- Maunder, R. D. et White, F. A. (2019). Intergroup contact and mental health stigma: A comparative effectiveness meta-analysis. *Clinical psychology review*, 72, 101749. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101749>
- Merton, R. K. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy, *Antioch Review*, 8, 193-21. [doi:10.7723/antiochreview.74.3.0504](https://doi.org/10.7723/antiochreview.74.3.0504)
- Mestdagh, A. et Hansen, B. (2013). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49(1), 79-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>
- Mueser, K. T. et McGurk, S. R. (2014). Supported employment for persons with serious mental illness: Current status and future directions. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 40(Suppl2), S45-S56. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.008>
- Organisation mondiale de la Santé (2022). Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.
- Pachoud, B. et Corbière, M. (2014). Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves: Résultats et pistes de recherche. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 40(Suppl 2), S33-S44. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.001>
- Peer, J. R., Warnecke, A. J., Baum, C. A. et Goreczny, A. J. (2015). Stigmatization of People with Schizophrenia: Perspectives of Graduate Students in Various Healthcare Fields. *International Journal of Mental Health*, 44(3), 186-199. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1035065>
- Pettigrew, T. F. et Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of personality and social psychology*, 90(5), 751-783. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
- Rondi, A. et Fantoni-Quinton, S. (2017). Devenir des salariés après une inaptitude médicale. *Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement*, 78(5), 412-420. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2017.02.005>
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155. <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>

- Shankar, J., Liu, L., Nicholas, D., Warren, S., Lai, D., Tan, S., Zulla, R., Couture, J. et Sears, A. (2014). Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *SAGE Open*, 4(3), <https://doi.org/10.1177/2158244014547880>
- Stuart, H. (2011). Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale au travail. Dans Corbière, M. et Durand, M.-J. (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Presses de l'Université du Québec. 339-362.
- Stubbs A. (2014). Reducing mental illness stigma in health care students and professionals : a review of the literature. *Australas Psychiatry*, 22, 579-584. <https://doi.org/10.1177/1039856214556324>
- Valery, K.-M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S. et Prouteau, A. (2022). Part of the solution yet part of the problem: Factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(2), 134-155. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>
- Valery, K.-M., Fournier, T., Violeau, L., Guionnet, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J.-M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Quemper, D., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L. et Prouteau, A. (2023). When mental health care is stigmatizing: A participative study in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 232-242. <https://doi.org/10.1037/prj0000567>
- Vornholt, K., Uitdewilligen, S. et Nijhuis, F. J. N. (2013). Facteurs affectant l'acceptation des personnes handicapées au travail: A literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23, 463-475. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9426-0>
- Wagner, L. C., Geidel, A. R., Torres-González, F. et King, M. B. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciencia & Saude Coletiva*, 16(4), 2077-2087. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400007>
- Yvon, F. et Corbière, M. (2021). Implicit and explicit attitudes of employers towards hiring people who experienced depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 903-915. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-021-09977-4>

Intervention inspirée de la thérapie centrée sur les émotions pour promouvoir la régulation émotionnelle et faciliter le retour au travail des employés en arrêt maladie

Marc-Simon Drouin¹

Élyse Charette-Dussault¹

Marc Corbière^{1,2}

RÉSUMÉ ■ Le retour au travail (RaT) d'un employé en absence de maladie pour un trouble mental courant peut être entravé par divers obstacles, notamment des relations interpersonnelles complexes ou conflictuelles. Ces dynamiques peuvent s'accompagner d'émotions complexes, mal régulées ou difficilement identifiables par le travailleur. La psychothérapie centrée sur les émotions, développée par Leslie Greenberg (2020), propose des techniques favorisant une meilleure régulation émotionnelle, pouvant ainsi soutenir un RaT plus harmonieux. Cet article vise à présenter un ensemble de techniques spécifiques permettant à la personne de faire face aux émotions complexes et inadaptées qui surgissent dans le cadre de relations difficiles réelles ou anticipées lors du RaT. Tout d'abord, le rationnel qui sous-tend le travail sur les émotions en psychothérapie et l'importance de la régulation émotionnelle dans le fonctionnement de la personne seront présentés. Par la suite, les techniques de *focusing*, de dialogue à chaise vide et de dialogue à 2 chaises seront exposées accompagnées de leurs objectifs spécifiques. Ces interventions sont illustrées à l'aide d'une vignette clinique portant sur un employé en

a. Université du Québec à Montréal.

b. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

absence pour un trouble de l'adaptation avec des difficultés relationnelles avec sa supérieure immédiate. Bien que prometteuse, cette intervention novatrice appliquée au contexte particulier du RaT devra être testée pour à la fois évaluer le fonctionnement émotionnel de l'employé et la réussite de son RaT.

MOTS CLÉS ■ retour au travail, trouble mental courant, régulation émotionnelle, *focusing*, dialogue à chaise vide

Emotion-Focused Therapy-Inspired Intervention to Promote Emotional Regulation and Facilitate Return to Work for Employees on Sick Leave

ABSTRACT ■ The return to work (RTW) of an employee on sick leave for a common mental disorder can be hampered by various obstacles, including complex or conflictual interpersonal relationships. These dynamics may be accompanied by complex emotions that are poorly regulated or difficult for the employee to identify. Emotion-focused psychotherapy, developed by Leslie Greenberg (2020), offers techniques to promote better emotional regulation, which can support a more harmonious RTW. This article aims to present a set of specific techniques enabling people to deal with the complex and maladaptive emotions that arise in the context of difficult relationships, whether real or anticipated, during RTW. Firstly, the rationale behind working with emotions in psychotherapy and the importance of emotional regulation in a person's functioning will be presented. The techniques of focusing, empty-chair dialogue, and two-chair dialogue will then be explained, together with their specific objectives. These interventions are illustrated using a clinical vignette involving an employee on leave for an adjustment disorder with relationship difficulties with his immediate superior. Although promising, this innovative intervention applied to the specific context of RTW will need to be tested to assess both the employee's emotional functioning and to evaluate the effectiveness of the intervention.

KEYWORDS ■ return to work, common mental disorder, emotion regulation, focusing, empty chair dialogue

INTRODUCTION

Les relations difficiles avec les collègues ou le supérieur immédiat constituent un obstacle majeur au processus de retour au travail (RaT) chez les employés en arrêt maladie pour un trouble mental courant (Corbière et al., 2017, 2020). Ces relations tendues s'accompagnent souvent d'émotions complexes, mal identifiées ou mal régulées, qui nuisent à la capacité de l'employé à envisager un RaT de

manière sereine et à adopter des stratégies d'adaptation adéquates et efficaces.

La psychothérapie centrée sur les émotions développée par Leslie Greenberg (1993, 2017, 2020), propose un ensemble de techniques visant à améliorer la régulation émotionnelle. Ces techniques permettent de restaurer la fonction adaptative des émotions, ce qui peut redonner à la personne un sentiment d'efficacité personnelle et un meilleur contrôle de son environnement interpersonnel. Ces techniques thérapeutiques apparaissent particulièrement pertinentes dans le contexte de RaT. Le caractère relationnel du RaT peut rendre l'employé vulnérable à des émotions difficiles à identifier et à réguler. Le contexte de RaT impose en effet des interactions obligatoires et souvent sensibles avec d'autres acteurs, notamment le supérieur immédiat (Corbière et al., 2020). Ce dernier acteur joue un rôle clé dans le succès du RaT, en facilitant la mise en place des aménagements et en favorisant un retour dans des conditions saines et durables (Negrini et al., 2018 ; Shaw et al., 2003). L'employé ne peut donc pas éviter certains contacts, d'autant plus que les relations professionnelles s'inscrivent dans un cadre hiérarchique structuré (horaire, tâches à accomplir, performance, etc.). Le stress vécu par un employé dans l'anticipation de son RaT – en particulier dans un contexte perçu comme tendu, voire conflictuel, avec le supérieur immédiat – peut ainsi compromettre la régulation émotionnelle et par conséquent, la réussite de la reprise professionnelle (Corbière et al., 2018). Des émotions intenses, parfois complexes, comme la peur, la colère, la honte ou encore la crainte de stigmatisation par des acteurs du milieu de travail (Stuart, 2011), peuvent empêcher l'employé d'accéder à la fonction adaptative de ses émotions. Cela peut nuire à sa capacité d'ajustement sur les plans interpersonnel et social (Greenberg 2021, 2024). Dans la littérature spécialisée, la méta-analyse de Cullen et coll. (2017) a montré que les programmes inspirés de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) axés sur des solutions pertinentes pour le travail (p. ex. l'aménagement du poste) étaient particulièrement efficaces. Ces dernières interventions gagneraient à intégrer la composante émotionnelle dans le processus de RaT de l'employé avec un trouble mental courant, particulièrement lorsque les relations avec le supérieur immédiat semblent tendues.

L'objectif principal de cet article est de présenter un ensemble de techniques spécifiques, visant à aider la personne concernée à gérer les émotions complexes et inadaptées, qui émergent lors de relations

difficiles, qu'elles soient réelles ou anticipées, notamment dans le cadre du RaT.

Tout d'abord, le cadre théorique sous-jacent au travail sur les émotions en psychothérapie et l'importance de la régulation émotionnelle dans le fonctionnement de la personne sera présenté. Par la suite, 3 techniques seront décrites: le *focusing*, le dialogue à chaise vide et le dialogue à 2 chaises. Ces techniques seront illustrées à travers une vignette clinique mettant en scène un employé en arrêt maladie pour un trouble de l'adaptation, associé à des difficultés relationnelles avec sa supérieure immédiate. Les 2 premières techniques seront analysées en détail dans le contexte de cette vignette. La 3^e technique, bien que reconnue comme efficace, sera présentée succinctement, car elle se prête moins au cas clinique étudié. Cette intervention incluant plusieurs techniques vise à démontrer son applicabilité pratique, tout en soulignant sa pertinence dans la gestion des émotions et des relations interpersonnelles au travail.

La thérapie centrée sur les émotions

Greenberg et Watson (2006) ont développé une approche spécifique, empiriquement validée, pour le travail thérapeutique auprès de clients dépressifs: **l'approche centrée sur les émotions**. Cette approche vise à aider les clients à réguler leur fonctionnement affectif afin qu'ils soient en mesure d'accéder à des réponses émotionnelles adaptatives, souvent inhibées chez les personnes aux prises avec des affects dépressifs. Ces nouvelles réponses émotionnelles adaptatives les aident à moduler et à contrer les sentiments dépressifs inadaptés tels que l'impuissance, le désespoir et le mépris de soi, ainsi qu'à traiter les émotions sous-jacentes comme la peur, la tristesse et la honte.

Le modèle de Greenberg et Watson accorde une place centrale à l'émotion dans le processus thérapeutique. Contrairement aux approches centrées sur les cognitions et les croyances, ce modèle postule que ce ne sont pas ces dernières qui déterminent les intentions, les comportements ou l'expérience immédiate d'une personne. Ce rôle est essentiellement attribué à des schèmes émotionnels, qui intègrent les perceptions, les émotions, les cognitions, les motivations à l'action et les expressions corporelles. En ce sens, les changements thérapeutiques les plus significatifs se produisent en lien avec les besoins, les objectifs et les schèmes émotionnels du client.

Greenberg et Watson (2006) identifient 2 grandes catégories d'émotions :

1. **Les émotions adaptatives** – Ces émotions favorisent une interaction efficace avec l'environnement et contribuent à la résolution de problèmes ;
2. **Les émotions non adaptatives** – Initialement ces émotions constituaient des réponses adaptées, développées comme stratégies de survie en réaction aux craintes de perte, de destruction de la cohésion de soi, d'humiliation et de négligence. Cependant, ces émotions ne fournissent pas d'information utile pour orienter l'action et demeurent rigides, ne s'ajustant pas aux circonstances. Elles laissent plutôt la personne dans un état de blocage, de perte d'espoir et d'impuissance face aux situations contemporaines.

L'acquisition d'une meilleure régulation émotionnelle et la transformation des schèmes émotionnels inadaptés permettent au client de restaurer l'aspect adaptatif de son fonctionnement émotionnel, jusque-là altéré. Ces 2 objectifs constituent le cœur des interventions présentées ci-dessous.

Le travail thérapeutique vise à mobiliser, à l'aide de stratégies particulières, les émotions adaptatives dans le but d'aider le client à retrouver son autonomie émotionnelle, d'expérimenter de nouvelles expériences relationnelles, et ainsi de favoriser un RaT réussi et pérenne. Dans le cas des employés envisageant un RaT, un processus thérapeutique complet n'est pas toujours possible, nécessaire ou souhaitable. Cependant, une intervention basée sur les techniques spécifiques de la thérapie centrée sur les émotions pourrait permettre à un employé d'améliorer sa régulation affective. Il est à noter que ces interventions relèvent du domaine de la psychothérapie et doivent donc être prodiguées par des psychothérapeutes reconnus par un ordre professionnel.

Dans la vignette qui suit, nous tenterons de faire ressortir, à l'aide d'une situation de RaT anticipé, les aspects spécifiques qui peuvent être visés par les techniques proposées et saisir comment leur utilisation judicieuse peut améliorer le RaT d'un employé aux prises avec des émotions mal régulées. Les 2 techniques, le *focusing* et le dialogue à chaise vide, seront détaillées pour illustrer les enjeux les plus saillants vécus par Dominic dans la vignette.

CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Vignette clinique

Dominic, 38 ans, est un éducateur spécialisé travaillant depuis 15 ans dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle. Il est père de 3 jeunes enfants et s'implique bénévolement comme coach de soccer dans sa municipalité. Toujours prêt à aider, Dominic offre son soutien à ses amis pour des rénovations et se consacre pleinement à son rôle professionnel. Reconnu pour ses compétences humaines et professionnelles, il se sent souvent responsable du bien-être des usagers qu'il accompagne. Il est apprécié pour son dévouement et n'hésite pas à rester tard au bureau pour finaliser ses dossiers, bien que ce temps supplémentaire ne soit pas rémunéré. Il est reconnu pour ses compétences et son désir de bien faire les choses. Dominic est une référence pour les nouveaux employés, et il est souvent consulté par ses collègues pour son savoir-faire.

Lorsque le poste de coordonnateur clinique s'est libéré, ses collègues le voyaient naturellement occuper ce rôle. Lui-même voyait cette opportunité comme une chance d'échapper à certaines tâches moins stimulantes, de contribuer au développement du Centre et de mettre en œuvre ses idées novatrices. Cependant, ces derniers mois, Dominic a éprouvé des difficultés de concentration à son travail et une fatigue persistante. Lors d'une évaluation, sa cheffe de programme, Josiane, lui a reflété ses erreurs récurrentes dans ses dossiers et une difficulté à atteindre ses objectifs. Elle lui a également annoncé que le poste de coordonnateur serait attribué à sa jeune collègue psychoéducatrice. Cette nouvelle a été un choc pour Dominic, qui a ressenti un profond sentiment d'injustice et de colère, le sentiment d'avoir reçu un coup de poing dans le ventre. Dominic se sent surtout vidé, sans énergie.

Au fil des semaines suivantes, Dominic a poursuivi ses activités, mais ses proches et collègues se sont inquiétés de son état. Sa conjointe, préoccupée, l'a poussé à consulter. Son médecin de famille a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et a proposé un arrêt de travail de 3 mois. Cependant, Dominic répond : « Mais je ne peux pas, les clients comptent sur moi, je ne peux pas laisser tomber mes collègues, ils ont aussi trop de choses à faire! ». Il est rentré chez lui avec un profond sentiment de honte et de tension, sans clairement identifier la cause.

Pendant son arrêt de travail, Dominic a eu du mal à se reposer et à prendre soin de lui. Il a continué à s'impliquer dans des activités bénévoles et à aider un ami à rénover son chalet, malgré les recommandations de sa conjointe de s'arrêter. Dominic justifie son comportement en invoquant ses engagements et son incapacité à décevoir les autres. En parallèle, il anticipe avec anxiété son RaT, il souhaite le devancer pour alléger la charge de ses collègues, mais il se sent paralysé par l'idée de reprendre ses fonctions. Cette dualité entre son sens des responsabilités et sa fatigue ressentie le place dans un état de stress et de confusion croissants.

Compréhension clinique et procédure d'intervention

Dans un premier temps, l'analyse du cas met en évidence que Dominic est confronté à des difficultés émotionnelles complexes. Il a d'abord ressenti une fatigue persistante accompagnée de problèmes de concentration. Par la suite, il a rapporté des sensations de lourdeur, de tension et de honte sans clairement identifier la cause. Enfin, il exprime une certaine paralysie à l'idée de retourner au travail. Ces éléments permettent de comprendre que Dominic est confronté à un cumul de situations activant des schèmes émotionnels spécifiques, contribuant à son état actuel.

Description du schème émotionnel problématique

Dominic ressent essentiellement une sensation de lourdeur et de honte. Il se sent vidé, sans énergie, ce qui traduit un profond épuisement émotionnel et mental.

Perception de la situation

Dominic se sent jugé et rabaissé. Il ressent qu'il n'est plus capable de répondre aux attentes placées en lui, ce qui alimente un sentiment d'échec personnel. Il se sent également coupable de laisser ses collègues surchargés en son absence.

Cognitions

Les pensées de Dominic reflètent une crainte de vulnérabilité et un sentiment de devoir inconditionnel envers autrui.

Motivation comportementale

Dominic s'implique intensément dans ses activités pour éviter de décevoir les autres et préserver son estime de soi. Il agit également pour maintenir une image de fiabilité, bien qu'il soit épuisé.

Expression corporelle

Ses manifestations corporelles reflètent son état émotionnel tel qu'une posture affaissée traduisant une perte de motivation et la lourdeur ressentie. De plus, on devine chez Dominic une tension musculaire qui relève de son stress.

Au regard des constats de fatigue, de perceptions négatives, du sentiment de honte, des comportements d'évitement, des symptômes physiques et de l'incapacité de Dominic à identifier les raisons

sous-jacentes à ces ressentis ou perceptions, il apparaît que l'exercice de *focusing* constituerait une première intervention pertinente. Cet exercice pourrait l'aider à clarifier la nature exacte de son état émotionnel.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

1^{re} intervention proposée : le *focusing*

1- Créer un espace

Dominic doit libérer un espace intérieur pour se recentrer, car il est envahi par de multiples émotions qui alimentent son sentiment de confusion. Cette démarche thérapeutique pourrait lui permettre de prendre du recul, de différencier et d'identifier ses émotions, favorisant ainsi une meilleure compréhension de son état émotionnel. Le thérapeute doit guider Dominic dans un processus visant à mettre à distance les contenus émotionnels envahissants. L'utilisation d'exercices de respiration peut être utile.

2- Sélectionner un problème

Le thérapeute encouragera Dominic à dresser une liste des préoccupations qui l'envahissent, sans pour autant approfondir chacun des contenus qui émergeront. Dominic pourra ainsi prendre conscience des sources principales de son état émotionnel.

Parmi les préoccupations, Dominic pourrait mentionner :

- sa difficulté à maintenir son niveau de compétence qu'il percevait auparavant;
- son sentiment de mettre ses collègues dans l'embarras;
- sa culpabilité de laisser ses collègues gérer une surcharge de travail en son absence;
- son incapacité à envisager de cesser certaines activités, malgré son état;
- la crainte que ses collègues puissent lui en vouloir;
- la paralysie qu'il ressent à l'idée de retourner au travail.

Dominic pourrait choisir de s'attarder à sa paralysie, car cette dimension émotionnelle semble saillante en lui.

3- Centrer son attention

Une fois le problème retenu, le thérapeute doit inviter Dominic à mettre de côté toutes les autres préoccupations identifiées à l'étape précédente, pour centrer son attention exclusivement sur le fait de se sentir paralysé face à son RaT.

L'objectif est de diriger toute l'attention de Dominic vers cette seule difficulté, en évitant que d'autres sphères émotionnelles viennent interférer ou envahir son champ expérientiel. En se recentrant sur cette paralysie émotionnelle, une compréhension plus nette de cette difficulté devrait commencer progressivement à émerger, prendre forme.

4- Identifier les étiquettes

L'étiquette consiste en une représentation plus juste de la situation et des émotions qu'elle suscite. À cette étape, il est possible que l'image de sa gestionnaire, Josiane, émerge de manière plus nette dans l'esprit de Dominic. Le thérapeute aidera Dominic à laisser cette image apparaître sans chercher à attribuer un sens immédiat à cette expérience. L'objectif est d'aider Dominic à tolérer la présence de cette image, afin que son sens puisse se révéler tranquillement.

Au fur et à mesure que l'image de Josiane se clarifie, ses propos pourraient lui revenir en mémoire et il pourrait se sentir jugé et rabaissé par elle. Cette prise de conscience pourrait être un point tournant pour explorer le cadre du travail thérapeutique.

5- Vérifier la résonnance

Le thérapeute doit encourager Dominic à demeurer en contact avec l'image de sa gestionnaire le plus longtemps possible et la laisser résonner en lui. Le thérapeute pourra faciliter un processus d'aller-retour entre les pensées de Dominic, ses affects et ses réactions corporelles associées. Progressivement, une étiquette pourra alors émerger et se confirmer, permettant de poursuivre le travail thérapeutique.

6- Maintenir la nouvelle étiquette

Ce moment représente une étape d'ancrage de l'étiquette pour Dominic. Il est important que le thérapeute aide Dominic à rester en contact avec cette étiquette, en l'explorant avec attention et acceptation. L'objectif est d'aider Dominic à tolérer et intégrer cette expérience sans chercher de résolution immédiate, ni tenter de la fuir ou à se laisser distraire par de nouvelles préoccupations.

7- Aller vers du nouveau

À ce stade de l'intervention, le thérapeute pourrait inviter Dominic à une nouvelle expérimentation. Comme le problème semble se situer au niveau du rapport que Dominic entretient ou perçoit dans sa relation avec sa gestionnaire et qu'il ne semble pas en mesure de s'apaiser, nous pouvons y voir le marqueur d'une situation inachevée avec Josiane. Cette situation inachevée pourrait être explorée plus en profondeur pour permettre à Dominic de clarifier et transformer cette expérience non résolue.

2^e intervention proposée : dialogue à chaise vide

Étant donné que le thérapeute a identifié un marqueur d'une situation inachevée entre Dominic et sa gestionnaire, marquée par l'absence de résolution ou de mécanisme d'adaptation serein, il lui propose d'utiliser la technique du dialogue à chaise vide. Pour ce faire, le thérapeute invite Dominic à s'asseoir sur une chaise et à imaginer la présence de Josiane sur une chaise face à lui. Il l'invite à lui décrire l'apparence et la posture de Josiane telles qu'il se les représente.

1- Expression du blâme

Le thérapeute invite Dominic à changer de chaise et à « devenir » Josiane qui lui adresse les blâmes dont il a fait mention. Elle le juge sévèrement, le rabaisse (Dominic doit être le plus spécifique possible dans les reproches que Josiane lui adresse). Si les reproches exprimés par Dominic ne sont pas assez vivaces ou détaillés, le thérapeute peut suggérer des énoncés hypothétiques, tout en vérifiant leur pertinence et justesse auprès de Dominic.

2- Différenciation des émotions

En réponse au discours que Dominic a attribué à Josiane, le thérapeute invite Dominic à revenir dans sa propre chaise et à se centrer sur les affects qui émergent en lui. Les émotions sont sans doute multiples. Dans un premier temps, il est possible que la honte prédomine. Le thérapeute encourage Dominic à accueillir cette émotion et à l'éprouver pleinement, sans chercher à la fuir. Cette honte peut alors évoluer laissant émerger la peine liée au sentiment d'être injustement attaqué, ainsi qu'une colère face à l'odieux et l'injustice perçus dans les propos de Josiane. Si nécessaire, il peut y avoir un retour dans le rôle de Josiane pour permettre à Dominic de renforcer la présence de critiques.

3- Expression intense d'émotion spécifique

Le thérapeute invite Dominic à exprimer avec intensité l'émotion dominante, probablement la colère (ou la peine si elle prédomine) envers Josiane. Dominic est encouragé à verbaliser son sentiment d'indignation face aux jugements qu'il perçoit de Josiane. Pour approfondir l'expérience, le thérapeute peut proposer plusieurs allers-retours entre la position de Dominic et celle de Josiane, en alternant les perspectives, pour permettre à l'expérience de se déployer le plus pleinement possible et ainsi approfondir le dialogue intérieur de Dominic.

4- Mobilisation et expression d'un besoin non reconnu

Le thérapeute invite Dominic à exprimer à Josiane (toujours à l'intérieur du déploiement de la technique et non dans le contexte réel du travail) les besoins fondamentaux qu'il ressent dans leur relation tels que le besoin d'être accueilli, soutenu, protégé et encouragé. Ce processus aide Dominic à explorer, nommer et affirmer ses besoins émotionnels, en créant un espace pour reconnaître leur importance dans la dynamique relationnelle et ainsi, rééquilibrer son vécu émotionnel face à sa gestionnaire.

5- Résolution

À cette étape, le thérapeute explore avec Dominic la possibilité qu'une réponse à ses besoins puisse être envisagée dans sa relation avec Josiane. La résolution n'implique pas nécessairement que Josiane soit en mesure de répondre aux besoins de Dominic; des contraintes personnelles ou organisationnelles pourraient limiter sa capacité à le faire. Il importe toutefois que Dominic exprime d'une manière claire et réaliste ses besoins. Il pourra donc à la suite de cette résolution décider de s'adresser à Josiane, ou à l'inverse renoncer à attendre du soutien de sa part. Dans ce dernier cas, Dominic pourra décider de chercher du soutien auprès d'autres ressources, tout en reconnaissant que les limites de Josiane sont les siennes et non une indication de son propre manque de valeur ou de dignité à recevoir du soutien.

Il est essentiel de noter que la résolution de cet enjeu ne se passe pas principalement sur la scène externe, car Dominic n'obtiendra pas nécessairement ce qu'il souhaite de Josiane. La véritable résolution se déroule sur la scène interne, c'est-à-dire permettre à Dominic d'avoir accès à ses émotions adaptatives pour aller chercher les ressources et le soutien nécessaires.

3^e intervention : Dialogue à 2 chaises

Dans ce cas précis, la 3^e intervention possible est la technique du dialogue à 2 chaises. Cette technique a pour objectif de faire dialoguer 2 parties du self du client qui sont en conflit. Cette approche est utilisée lorsque les aspects internes de la personne s'opposent ou sont en désaccord, avec pour finalité de favoriser une meilleure harmonisation et intégration de ces différentes parties du self. Pour une description plus exhaustive de cette technique, nous vous renvoyons aux travaux de Greenberg et Watson (2006).

CONCLUSION

L'utilisation de techniques issues de la thérapie centrée sur les émotions s'avère prometteuse afin de favoriser le RaT d'un employé en arrêt maladie en raison d'un trouble mental courant. Ces techniques se distinguent en mettant l'accent sur les changements internes plutôt que sur les aspects environnementaux de la situation de l'employé. En visant la transformation des schèmes émotionnels problématiques et en favorisant une meilleure régulation affective, ces interventions visent à produire des changements durables, susceptibles de se généraliser à diverses situations complexes de la vie de l'employé.

Un des avantages indéniables de l'utilisation de cette technique est qu'elle permet à l'employé aux prises avec des relations interpersonnelles complexes et souvent conflictuelles de pouvoir retrouver une meilleure régulation émotionnelle, un sentiment d'autonomie sur les plans de la régulation ainsi qu'un sentiment d'efficacité interpersonnelle. Les difficultés relationnelles, notamment en contexte de RaT, qu'elles soient réelles ou anticipées, ont été travaillées en situation thérapeutique. Ces techniques permettent à l'employé en processus de RaT d'avoir une meilleure représentation de soi et des autres, particulièrement dans un cadre professionnel hiérarchique structuré. Par une meilleure compréhension de ses émotions, de ses besoins et de ses motivations, l'employé développe aussi une meilleure compréhension des capacités et limites des autres à répondre adéquatement à ses besoins. Ce type de travail n'implique pas nécessairement un échange dans le monde externe qui parfois n'est pas ouvert à discuter des anticipations de l'employé. Le dialogue interne développé par l'employé devient le principal moteur pour le changement et l'ajustement à son environnement. L'efficacité de ces techniques a été

largement démontrée en psychothérapie, mais leur application et leur impact spécifique méritent d'être testés dans le cadre d'un RaT. En ce sens, il serait pertinent de tester cette intervention dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, auprès d'employés en arrêt maladie pour un trouble mental courant et présentant des tensions interpersonnelles avec leur supérieur immédiat. Ces participants pourraient être répartis aléatoirement entre psychothérapie centrée sur les émotions et d'autres interventions dont l'efficacité a déjà été démontrée, telles que les interventions inspirées de la thérapie cognitive-comportementale intégrant des composantes du RaT (Corbière et al., 2022 ; Cullen et al., 2018).

RÉFÉRENCES

- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini A., Coutu, M.-F., Samson, E. Sauvé, G. et Lecomte T. (2018). Employee perceptions about factors influencing their return to work after a sick leave due to depression. *Journal of Rehabilitation*, 84(3), 3-13. <http://WOS:000443668700001>
- Corbière, M., Lachance, J.-P., Jean-Baptiste, F., Hache-Labelle, C., Riopel, G. et Lecomte, T. (2022). Healthy Minds—Group cognitive-behavioral for sustainable return to work after a sick leave due to depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(3), 505-514. <http://doi.org/10.1007/s10926-021-09991-6>
- Corbière M., Lecomte T., Lachance J.-P., Coutu M.-F., Negrini A. et Laberon, S. (2017). Stratégies de retour au travail des employés ayant fait l'expérience d'une dépression : perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines –Return to work strategies of employees who experienced depression : Employers and HR's perspectives. *Revue santé mentale au Québec*, 42(2), 173-196. <https://doi.org/10.7202/1041922ar>
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S. et Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of employees on sick-leave due to common mental disorders : A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419. <http://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- Cullen K. L., Irvin E., Collie A, Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newman, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. et Amick III, B.C. (2018). Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions : an update of the evidence and messages for practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. <http://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Drouin, M.-S. (2020, décembre). Meilleures pratiques en intervention humaniste. *Les cahiers du savoir: Les trouble dépressifs de l'Ordre des psychologues du Québec*. 1, 14-18. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/0/OPQ_CahiersDuSavoir_No1_D%C3%A9c2020_Web_FINAL.pdf/77e4b33f-5b9b-0efc-191b-25052d72e7b5
- Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy* (Rev. ed.). American Psychological Association.

- Greenberg, L. S. (2020). *La thérapie centrée sur les émotions*. De Boeck supérieur.
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2024). *Shame and Anger in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. et Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford.
- Greenberg, L. S. et Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Gagnano, A. et Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the successful return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288. <http://doi.org/10.1007/s10926-017-9715-0>
- Shaw, W. S., Robertson, M. M., Pransky, G. et McLellan, R. K. (2003). Employee perspectives on the role of supervisors to prevent workplace disability after injuries. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(3), 129-142. <http://doi.org/10.1023/a:1024997000505>
- Stuart, H. (2011). Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail. Dans M. Corbière et M.-J. Durand (dir.), *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. (pp. 339-361). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.1515/9782760525481-015>

Analyse des coûts évités par l'emploi accompagné pour les personnes avec des troubles de la santé mentale

Simon Roussey^a

Bernard Pachoud^b

RÉSUMÉ ■ Contexte L'emploi accompagné a démontré son impact positif sur l'accès et le maintien dans l'emploi, dans de nombreux pays et plus récemment en France.

Objectifs L'objectif de l'analyse des coûts évités, réalisée en France par l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) en 2021 et 2022, était d'identifier l'impact de l'emploi accompagné sur certaines dépenses publiques.

Méthode Cette analyse portait sur 3 types de coûts : allocations sociales, hospitalisations psychiatriques et arrêts de travail. La méthode a consisté à collecter des informations auprès de personnes accompagnées à travers des questionnaires pour comparer ces coûts sur 3 années (la première avant d'être accompagnée et les 2 années suivantes). Au total, 462 personnes ont répondu au questionnaire dont 136 personnes sur 2 années consécutives. Ces 2 échantillons étaient représentatifs de l'ensemble de la population de personnes accompagnées (9 300 personnes fin 2022).

Résultats L'analyse démontre des coûts évités importants avec, en moyenne, une économie de 802 euros par personne lors de la première année et 1 213 euros par personne lors de la deuxième année d'accompagnement. Si l'on extrapole au nombre total de personnes accompagnées fin 2022, cela constitue une économie de 7,3 millions d'euros pour la seule année 2022, et ce, uniquement sur les 3 types de coûts observés. Les coûts évités s'expliquent en majeure partie par une baisse conséquente du coût des hospitalisations psychiatriques (-56 % sur 2 ans) et par une baisse du coût des allocations sociales (-8,5 % sur 2 ans). Cette

a. Agence nouvelle des solidarités actives, Paris.

b. Université Paris Cité.

analyse démontre également que les coûts évités sont plus importants pour les personnes déclarant un handicap psychique (coût évité moyen de 2200 euros par an environ, dès la première année d'accompagnement). Cette différence s'explique en grande partie par la baisse du nombre d'hospitalisations que ce soit en pourcentage de personnes hospitalisées (de 18 % l'année précédant l'entrée à 9 % et 12 % sur les 2 années suivantes) et par la diminution du nombre de jours moyens d'hospitalisation (de 31 jours l'année précédant l'entrée à 20 jours sur les années suivantes). Pour ce public, on constate également une légère baisse du coût des arrêts de travail (-16 % sur 2 ans).

Conclusion D'un point de vue purement économique, cette analyse démontre un impact plus important de l'emploi accompagné pour les personnes avec un handicap psychique et la nécessité de renforcer les liens avec les acteurs de la santé mentale pour orienter des personnes vers ce nouveau dispositif d'accompagnement.

MOTS CLÉS ■ emploi accompagné, coûts évités, santé mentale

Analysis of avoided costs by supported employment for people with mental disorders

ABSTRACT ■ **Introduction** Supported employment, financed by the French Government since 2016, has demonstrated its positive impact on employment access and retention for people declaring a mental health disorder (40% of people supported in 2022).

Objective The objective of the analysis of avoided costs, led by the Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa) in 2021 and 2022, was to measure the economic impact of supported employment on public finances. This analysis focused on three types of costs: social benefits, psychiatric hospitalizations, and medical leave.

Method The method consisted of collecting information from supported employment clients to compare these costs over three years (the year before supported employment and the following 2 years). In total, 462 people responded to the questionnaire, including 136 people over 2 consecutive years. These 2 samples were representative of the entire population of supported employment clients (9,300 people at the end of 2022).

Results This analysis demonstrates significant avoided costs with, on average, a saving of 802 euros per person during the first year and 1,213 euros per person during the second year of supported employment. If we extrapolate to the total number of clients at the end of 2023, this constitutes a saving of 7.3 million euros for the year 2022 alone and this only on the 3 types of costs observed. The largest part of avoided costs can be attributed to a significant drop in the cost of psychiatric hospitalizations (-56% over 2 years) and in the cost of social benefits (-8.5% over two years). This analysis also demonstrates that the avoided costs are greater for people declaring a mental health disorder (average avoided cost amounts

around 2,200 euros per year). This difference is largely explained by the drop in the number of psychiatric hospitalizations, whether as a percentage of people hospitalized (from 18% the year preceding entry to 9% and 12% over the following 2 years) and by the reduction in the average number of days of hospitalization (from 31 days in the year preceding entry to 20 days in subsequent years). For this public, we also see a slight decrease in the cost of medical leave (-16% over 2 years).

Conclusion From a purely economic point of view, this analysis demonstrates a greater impact of supported employment for people suffering from mental health disorders and the need to strengthen links with mental health professionals to orient people towards supported employment.

KEYWORDS ■ supported employment, avoided costs, mental health

INTRODUCTION

L'emploi accompagné est un dispositif d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap visant à favoriser l'obtention rapide d'un emploi rémunéré en milieu ordinaire de travail et le maintien de cet emploi dans la durée. Il se base sur un accompagnement individualisé de la personne et, si la personne le souhaite, de son employeur, ces 2 accompagnements n'étant pas limités dans le temps.

Conçue initialement aux États-Unis pour des personnes avec un handicap mental, cette méthode, définie par ses valeurs, a ensuite été développée pour accompagner des personnes avec un handicap psychique pour lesquelles elle s'est rapidement avérée particulièrement adaptée et efficace (Pachoud, 2018).

En France, des initiatives locales ont été menées au début des années 2000 (Pachoud, 2014) et une première étude d'impact a été réalisée en 2016 auprès de 3 structures (Marec et al., 2018). En 2016, le gouvernement français a officialisé le développement de l'emploi accompagné en l'inscrivant dans la loi¹ et en finançant cette pratique au moyen de conventions passées entre les pouvoirs publics² et des

1. LOI n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels et Décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033719277/>
2. Financement par les Agences régionales de Santé (ARS), par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (Agefiph) et par le Fonds pour l'insertion des travailleurs handicapés dans la Fonction publique (FIPHP).

opérateurs, généralement des établissements et structures médico-sociales (ESMS). Ces pratiques financées par l'État sont qualifiées d'emploi accompagné conventionné pour les distinguer de celles développées avec d'autres financements.

D'abord expérimenté sur une vingtaine de territoires (régions ou départements français), l'emploi accompagné conventionné a ensuite été progressivement organisé sur chaque département français sous la forme de « plateformes emploi accompagné » à partir de 2022³. Fin 2022, 9 300 personnes étaient accompagnées par ces plateformes. L'entrée en emploi accompagné exige une orientation de La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou une prescription de la part des opérateurs du réseau pour l'emploi (France Travail, Cap emploi, Missions locales).

Toutes les personnes bénéficiaires d'une orientation MDPH ou d'une prescription du réseau pour l'emploi peuvent être accompagnées, quel que soit leur handicap. Cependant, environ 40 % des personnes accompagnées déclaraient un handicap psychique dans la typologie française utilisée dans le suivi de l'emploi accompagné⁴.

Une étude évaluative publiée par l'Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa), en 2022⁵ a permis de confirmer que l'emploi accompagné faisait ses preuves en France tant sur le volet du retour à l'emploi que sur le volet du maintien en emploi. Selon cette évaluation, concernant l'accès à l'emploi, 58 % des personnes avaient retrouvé un emploi au cours de leur accompagnement dont 50 % d'entre elles en moins de 6 mois. Concernant le maintien en emploi, 50 % des personnes accompagnées ayant pris un poste au cours de leur accompagnement étaient toujours en emploi, chez le même employeur, au bout de 6 mois et 30 % au bout de 18 mois. Ces résultats concernant l'accès et le maintien en emploi sont proches des résultats obtenus par différents travaux

3. CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/SD5A/DGEFP/METH/2021/237 du 31 décembre 2021 relative au fonctionnement et au déploiement des dispositifs emploi accompagné en mode plateforme <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45294>

4. Le terme de « Handicap psychique » peut être associé à une large typologie de handicaps en lien avec la santé mentale. En France, la notion de handicap psychique est inscrite dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Nous utiliserons ce terme dans ce présent article.

5. Emploi accompagné, Suivi et évaluation du dispositif au 31 décembre 2020: <https://www.solidarites-actives.com/index.php/fr/nos-actualites/publication/emploi-accompagne-publication-du-rapport-devaluation>

réalisés en Amérique du Nord (Bond et al., 2008) et dans d'autres pays européens (Burns et al., 2008).

Pour compléter cette évaluation sur la plus-value de l'emploi accompagné, l'Ansa a administré, entre 2021 et en 2022, une enquête visant à identifier certains coûts évités grâce à l'emploi accompagné conventionné.

Des travaux visant à identifier les coûts évités grâce à l'emploi accompagné ont été précédemment menés, aux États-Unis, dès 1998 (Clark et al., 1998) puis dans les années 2000 (Salkever, 2010). D'autres analyses de coûts évités ont été réalisées plus récemment dans d'autres pays et notamment au Royaume-Uni (Mavranouzouli et al., 2013), au Danemark (Christensen et al., 2021), en Australie (Hedley et al., 2023) ou encore en Nouvelle-Zélande (Wilson et al., 2024). En revanche, aucune enquête de ce type n'avait encore été menée en France.

Cette enquête avait pour premier objectif d'illustrer que certains coûts pris en charge par les pouvoirs publics peuvent être réduits grâce à l'emploi accompagné. Trois types de coûts ont été retenus dans l'enquête : le coût des indemnités liées aux arrêts de travail, le coût des hospitalisations en hôpital psychiatrique et le coût des allocations sociales à destination des personnes accompagnées.

L'ambition de cette enquête n'était pas de mener une analyse exhaustive des coûts évités. D'autres coûts évités pourraient être calculés (prescriptions pharmaceutiques, fin de certains accompagnements, gains de productivité...) comme cela peut être le cas dans d'autres travaux évoqués ci-dessus.

Cette enquête avait pour second objectif de déterminer si les coûts évités étaient plus importants pour certaines populations et notamment pour les personnes avec un handicap psychique qui représentent une part importante des personnes accompagnées.

MÉTHODE

L'enquête a été administrée sur 2 années consécutives, en 2021 et 2022, au moyen de questionnaires en ligne à destination des personnes accompagnées. Ces questionnaires, construits par l'Ansa et testés auprès de personnes accompagnées, ont été transmis à l'ensemble des plateformes d'emploi accompagné conventionnées.

Deux questionnaires en ligne ont été construits. Le premier questionnaire, permettant de comparer les coûts évités entre l'année précédant l'entrée de la personne en emploi accompagné (Année 0) et la première

année de son accompagnement (Année 1), a été administré en 2021 et en 2022.

Le deuxième questionnaire en ligne, permettant de mesurer les coûts évités lors de la deuxième année d'accompagnement (Année 2), était accessible exclusivement aux personnes ayant déjà rempli le premier questionnaire (Année 0 + Année 1). Il a été administré uniquement en 2022.

Les questionnaires en ligne ont été construits afin qu'ils puissent être remplis facilement par les personnes accompagnées, que ce soit en autonomie ou avec l'aide de leurs conseillers en emploi accompagné, pour les personnes rencontrant des difficultés avec la saisie de questionnaires en ligne. Une version papier du questionnaire a été mise à disposition des conseillers pour faciliter la collecte des informations auprès des personnes accompagnées.

Les questionnaires étaient composés de questions permettant aux répondants d'indiquer, sur les années considérées, le nombre de jours d'arrêt de travail, le nombre de jours d'hospitalisation et, pour les aides sociales, la nature de l'aide, le nombre de mois d'allocation et le montant de cette allocation (si celui-ci était connu par la personne).

Ces questionnaires étaient anonymes. Cependant, grâce à une clef d'identification sécurisée utilisée dans l'outil numérique de suivi de l'emploi accompagné (DAMAAA) pour collecter de manière anonyme des informations sur les personnes accompagnées, les réponses ont pu être analysées en tenant compte de certaines caractéristiques des personnes (type de handicap, genre, âge).

Afin de mobiliser les participants, d'expliquer les objectifs de l'enquête et les modalités de saisie des questionnaires, des webinaires ont été organisés avant la transmission des questionnaires aux structures porteuses de l'emploi accompagné en France.

L'enquête a été validée et suivie par le comité technique de l'emploi accompagné, piloté par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Au total 462 personnes ont répondu à l'enquête (réponses complètes et éligibles, c'est-à-dire concernant les personnes ayant au moins 1 an d'antériorité en emploi accompagné). Ces personnes étaient accompagnées par 38 plateformes d'emploi accompagné différentes.

Parmi les 462 personnes ayant répondu au premier questionnaire (Année 0 + Année 1), 136 personnes ont répondu au deuxième questionnaire (Année 2). Les caractéristiques des personnes ayant répondu aux questionnaires étaient représentatives de l'ensemble de

TABEAU 1
Caractéristiques des répondants aux questionnaires comparées à l'ensemble des personnes accompagnées à fin 2022

	Répondants au questionnaire « Année 1 » N = 462		Répondants au questionnaire « Année 2 » N = 136		Ensemble des personnes accompagnées N = 9300
	Nombre	%	Nombre	%	%
Homme	315	68 %	88	65 %	62 %
Femme	147	32 %	48	35 %	38 %
Moins de 30 ans	207	44 %	70	51 %	41 %
Plus de 30 ans	255	56 %	66	49 %	59 %
Sans emploi depuis plus d'un an	237	51 %	65	47 %	53 %
Ayant travaillé l'année précédant	225	49 %	71	52 %	47 %
Troubles psychiques	180	39 %	50	37 %	39 %
Déficiences intellectuelles	95	21 %	33	24 %	16 %
Troubles du spectre autistique	77	17 %	24	18 %	19 %
Troubles cognitifs	59	13 %	17	13 %	14 %
Déficiences motrices	29	6 %	5	4 %	6 %
Autres déficiences	22	5 %	7	5 %	6 %

la population accompagnée à fin 2022 concernant certaines données clés telles que le sexe, l'âge, le type de handicap et l'éloignement de l'emploi, mesuré selon la durée d'inactivité des personnes à leur entrée en emploi accompagné.

Les coûts évités ont été calculés à partir d'hypothèses de coûts élaborées en 2021: coût moyen d'indemnisation pour une journée d'arrêt de travail, coût moyen d'une journée d'hospitalisation en hôpital psychiatrique et coût moyen annuel de diverses allocations sociales et en particulier l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) et le revenu de solidarité active (RSA).

Concernant le coût moyen d'indemnisation pour une journée d'arrêt de travail et le coût moyen d'une journée d'hospitalisation en hôpital psychiatrique, des estimations financières théoriques approximatives dénommées également « proxys » ont été réalisées.

Pour calculer le coût moyen d'une journée d'hospitalisation en hôpital psychiatrique, une analyse des tarifs pratiqués auprès une

dizaine d'établissements publics et privés en France, a été réalisée par l'Ansa à l'occasion de cette enquête. En 2021, le tarif moyen pratiqué par les établissements était de 641 € pour une journée d'hospitalisation psychiatrique complète. L'Assurance Maladie prenant en charge 80 % des coûts occasionnés, le coût moyen pour les pouvoirs publics d'une journée d'hospitalisation psychiatrique complète pour une personne était estimé à 513 €.

En 2020, le salaire journalier de base était de 50,61 € par jour. Les indemnités journalières étant égales à 50 % du salaire journalier de base, le coût estimé d'une indemnité journalière d'arrêt de travail pour maladie d'une personne au salaire minimum était de 25,31 €. Il s'agit donc d'un coût « plancher », une partie des personnes accompagnées étant rémunérée à un salaire supérieur au salaire de base.

Les valeurs de ces proxys ont été conservées à l'identique sur les 2 années suivantes afin de pouvoir mesurer les coûts évités d'une année sur l'autre sur une base identique, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation psychiatrique et d'une indemnité journalière d'arrêt de travail évoluant dans le temps.

Concernant le coût des allocations sociales, il a été calculé sur la base des montants déclarés par les personnes elles-mêmes lors de la saisie des questionnaires. Pour les personnes n'ayant pas connaissance du montant de leur allocation⁶, le montant moyen des allocations déclarées dans les questionnaires par les autres participants à l'enquête a été appliqué (680 € mensuels pour l'AAH, 400 € mensuels pour le RSA et 800 € mensuels pour l'ARE). Le nombre de personnes n'ayant pas indiqué le montant de leur allocation parmi les personnes déclarant recevoir une allocation était de 14/343 personnes en année 0, de 7/343 personnes en année 1, et de 0/96 personnes en année 3.

Les effectifs étant différents d'une année sur l'autre (462 personnes pour la première année d'accompagnement et 136 personnes pour la deuxième année), l'ensemble des résultats ont été exprimés en coût moyen annuel par personne (rapport entre le coût total pour l'ensemble de l'effectif sur l'année considérée et le nombre de personnes de l'effectif sur l'année considérée). Ceci a permis de calculer les évolutions des coûts évités d'une année sur l'autre, quelle que soit la taille de l'effectif.

6. Nombre de personnes n'ayant pas indiqué le montant de leur allocation parmi les personnes déclarant recevoir une allocation: Année 0: 14/343 personnes, Année 1: 7/343 personnes, Année 2: 0/96 personnes.

Les résultats de cette analyse ont été partagés avec des conseillers emploi accompagné à l'occasion de webinaires de restitution organisés les 27 et 28 septembre 2023 afin de recueillir des éléments d'explication sur les résultats observés.

RÉSULTATS

Les résultats de l'enquête sont présentés dans cet article en 4 parties.

La première partie propose une vue d'ensemble des 3 coûts sur lesquels porte l'enquête. La deuxième partie se concentre sur les arrêts de travail, la troisième partie sur les frais d'hospitalisation en hôpital psychiatrique et la quatrième partie sur les allocations sociales.

Pour chacune des parties sont indiqués les coûts évités moyens entre l'année précédant l'entrée (Année 0), la première année d'accompagnement (Année 1), et la deuxième année d'accompagnement (Année 2). Si le coût diminue d'une année sur l'autre (Année 0 – Année 1, Année 1 – Année 2 ou Année 0 – Année 2), nous utiliserons dans cet article le terme de « coût évité ». Dans le cas contraire, nous parlerons « d'augmentation du coût ».

Une attention particulière étant portée aux personnes avec un handicap psychique dans cette enquête, les tableaux présentés comportent des résultats relatifs à l'ensemble de la population et des résultats propres aux personnes avec un handicap psychique.

Vue d'ensemble des coûts évités

Au cours de la première année d'accompagnement (Année 1), le coût total moyen des 3 types de coûts étudiés (arrêts maladie, hospitalisations psychiatriques, allocations sociales) baisse de 10,2 % par rapport à l'année qui précède l'entrée dans l'emploi accompagné (Année 0), soit un coût évité moyen de 802 € par personne accompagnée. Pour les personnes avec un handicap psychique, la baisse est plus importante (-21,2 %), avec un coût évité de 2 169 €, dès l'Année 1.

Lors de l'Année 2, la diminution des coûts se poursuit avec une nouvelle baisse de 6 % entre la première et la deuxième année d'accompagnement (-411 € par rapport à l'Année 1). Cette baisse est plus faible pour les personnes avec un handicap psychique (-1,3 %), car la baisse était beaucoup plus importante dès l'Année 1. Pour cette sous-population, on peut considérer que les coûts évités constatés en Année 1 se maintiennent au même niveau en Année 2.

TABLEAU 2

Coûts moyens par année, coûts évités moyens entre deux années et coûts évités moyens entre l'année précédant l'entrée et la deuxième année d'accompagnement

TOUT PUBLIC	Coûts totaux	Evolution des coûts évités entre 2 années		Evolution des couts évités sur 2 ans	
Coûts moyen par personne Année 0 (N = 462)	7 845 euros	Coût évité par rapport à l'année précédente	%	Coût évité entre l'Année 0 et l'Année 2	%
Coûts moyen par personne Année 1 (N = 462)	7 043 euros	802 euros	-10,2 %	-1213 euros	-15,5 %
Coûts moyen par personne Année 2 (N = 136)	6 632 euros	411 euros	-5,8 %		
Coût évité moyen par personne sur deux ans :				2 015 euros	
PERSONNES AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE	Coûts totaux	Evolution des coûts évités entre deux années		Evolution des couts évités sur deux ans	
Coûts moyen par personne Année 0 (N = 180)	10 234 euros	Coût évité par rapport à l'année précédente	%	Coût évité entre l'Année 0 et l'Année 2	%
Coûts moyen par personne Année 1 (N = 180)	8 064 euros	2 169 euros	-21,2 %	-2 276 euros	-22,2 %
Coûts moyen par personne Année 2 (N = 50)	7 957 euros	107 euros	-1,3 %		
Coût évité moyen par personne sur deux ans :				4 445 euros	

Entre l'Année 0 et l'Année 2, le coût évité moyen est de 1213 € par personne accompagnée. Sur 2 ans, le coût évité moyen cumulé est de 2015 € par personne.

Pour les personnes avec handicap psychique, le coût évité moyen est de 2276 € entre l'Année 0 et l'Année 2. Sur 2 ans, le coût évité moyen cumulé est de 4445 € par personne. À titre indicatif, le coût moyen par personne accompagnée en 2023 était de 3941 € par personne et par an. Ce montant est variable d'une plateforme d'emploi accompagné à une autre et d'une personne à une autre.

On observe une répartition très inégale des coûts évités entre les 3 types de coûts étudiés.

Sur les 2 années d'accompagnement, la baisse des coûts d'hospitalisations en hôpital psychiatrique constitue une part très importante des coûts évités.

Les arrêts de travail diminuent en Année 1 pour remonter à un niveau supérieur à l'Année 0 lors de l'Année 2. C'est l'inverse pour les allocations sociales qui, après une augmentation en Année 1, diminuent lors de l'Année 2. L'évolution pour chacun des coûts observés est détaillée ci-après.

TABLEAU 3
 Ventilation du coût évité moyen selon les trois types de coûts étudiés

TOUT PUBLIC	Coûts Année 0 (N = 462)	Coûts Année 1 (N = 462)	Coût évité entre l'Année 0 et l'Année 1	Evolution entre l'Année 0 et l'Année 1	Coûts Année 2 (N = 136)	Coût évité entre l'Année 0 et l'Année 2	Evolution entre l'Année 0 et l'Année 2
Arrêt de travail	168 euros	131 euros	-37 euros	-22 %	299 euros	+130 euros	+78 %
Hospitalisations psychiatriques	1 456 euros	496 euros	-960 euros	-66 %	645 euros	-812 euros	-56 %
Allocations sociales	6 219 euros	6 415 euros	+196 euros	+3 %	5 687 euros	-532 euros	-8,50 %
TOTAL	7 845 euros	7 043 euros	-802 euros	-10 %	6 632 euros	-1213 euros	-15 %
PERSONNES AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE	Coûts Année 0 (N = 180)	Coûts Année 1 (N = 180)	Coût évité entre l'Année 0 et l'Année 1	Evolution entre l'Année 0 et l'Année 1	Coûts Année 2 (N=50)	Coût évité entre l'Année 0 et l'Année 2	Evolution entre l'Année 0 et l'Année 2
Arrêt de travail	364 euros	140 euros	-224 euros	-61 %	500 euros	+136 euros	+37 %
Hospitalisations psychiatriques	2 910 euros	989 euros	-1921 euros	-66 %	1 077 euros	-1833 euros	-63 %
Allocations sociales	6 960 euros	6 935 euros	-24 euros	0 %	6 380 euros	-580 euros	-8 %
TOTAL	10 234 euros	8 064 euros	-2169 euros	-21 %	7 957 euros	-2276 euros	-22 %

Arrêts de travail

Après une légère baisse entre l'Année 0 et l'Année 1 (-22 %), on observe une forte augmentation du coût des arrêts de travail entre l'Année 1 et l'Année 2 (+127 %). L'évolution du coût des arrêts de travail est positive entre l'Année 0 et l'Année 2 (+130 € soit une augmentation de +78 % sur deux ans).

Pour les personnes avec un handicap psychique, les variations sont plus importantes avec une baisse plus marquée des arrêts de travail entre l'Année 0 et l'Année 1 (-61 %) et une très forte augmentation entre l'Année 1 et l'Année 2 (+256 %). L'évolution du coût des arrêts de travail est sensiblement la même entre l'Année 0 et l'Année 2 pour les personnes avec un handicap psychique (+136 € sur 2 ans).

La variation positive du coût des arrêts de travail entre l'année 0 et l'année 2 s'explique notamment par une proportion plus importante de personnes ayant exercé un emploi sur les 2 années d'accompagnement (49 % pour l'année 0, 71 % pour l'année 1 et 80 % pour l'année 2, quelle que soit la population considérée).

Cependant, cette variation s'explique également par une recrudescence du nombre moyen de jours d'arrêts de travail pour les personnes ayant connu un arrêt de travail entre l'année 1 et l'année 2.

Pour les personnes ayant travaillé au cours des 3 années sur lesquelles porte l'analyse, on observe une proportion relativement stable de personnes ayant connu un arrêt de travail (environ 30 % pour l'ensemble de la population et environ 40 % pour les personnes avec un handicap psychique). À noter que la proportion de personnes ayant connu un arrêt de travail est conforme à la proportion observée sur l'ensemble des salariés en France en 2022 (entre 35 % et 44 % selon baromètres consultés).

Le nombre de jours d'arrêt moyen baisse de manière significative l'Année 1 (de 13,6 jours à 7,3 jours soit une baisse de 47 %), mais il double entre l'Année 1 et l'Année 2 (de 7,3 jours à 14,6 jours) pour revenir à un niveau proche de celui constaté avant l'accompagnement (13,6 jours). Les évolutions sont plus marquées encore pour les personnes avec un handicap psychique (de 29,4 jours l'année 0 à 7,8 jours l'Année 1 pour remonter à 24,7 jours l'Année 2).

L'enquête montre donc que la forte baisse du nombre de jours moyen des arrêts de travail qui est observée la première année d'accompagnement ne se reproduit pas lors de la deuxième année d'accompagnement. Ce constat interroge la capacité de l'emploi accompagné à prévenir

TABLEAU 4

Analyse de l'évolution des coûts liés aux arrêts de travail

TOUT PUBLIC	Année 0 (N = 462)	Année 1 (N = 462)	Année 2 (N = 136)
Nombre de personnes ayant travaillé au cours de l'année	225	329	110
% de personnes ayant travaillées au cours de l'année	49 %	71 %	80 %
Nombre de personnes ayant eu un arrêt de travail au cours de l'année	64	4	36
% de personnes ayant connu un arrêt de travail parmi les personnes ayant travaillé au cours de l'année	28 %	29 %	33 %
Moyenne du nombre de jours en arrêt de travail sur l'année pour les personnes ayant travaillé au cours de l'année	13,6	7,3	14,6
Coût annuel moyen des arrêts de travail pour les personnes ayant travaillé au cours de l'année	364 euros	185 euros	370 euros
PERSONNES AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE	Année 0 (N = 180)	Année 1 (N = 180)	Année 2 (N = 50)
Nombre de personnes ayant travaillé au cours de l'année	88	128	40
% de personnes ayant travaillées au cours de l'année	49 %	71 %	80 %
Nombre de personnes ayant eu un arrêt de travail au cours de l'année	35	45	15
% de personnes ayant connu un arrêt de travail parmi les personnes ayant travaillé au cours de l'année	40 %	35 %	37 %
Moyenne du nombre de jours en arrêt de travail sur l'année pour les personnes ayant travaillé au cours de l'année	29,4	7,8	24,7
Coût annuel moyen des arrêts de travail pour les personnes ayant travaillé au cours de l'année	745 euros	197 euros	624 euros

sur la durée les arrêts de travail des personnes en emploi, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui en France. Il existe, sans doute, des marges de progrès pour détecter au plus tôt les situations difficiles susceptibles d'entraîner des arrêts de travail.

À noter cependant que, selon certains conseillers en emploi accompagné interrogés lors des webinaires de restitution organisés en septembre 2023, les arrêts de travail peuvent être subis ou, à l'inverse, être accompagnés par les conseillers afin de permettre aux personnes de marquer un temps de pause pour se maintenir en emploi ou éviter des conséquences plus graves (une hospitalisation par exemple), lorsqu'un aménagement du temps de travail n'est pas possible.

L'explication quant à la recrudescence des arrêts de travail à l'issue de la première année d'accompagnement reste donc à approfondir.

TABEAU 5
Analyse de l'évolution des coûts évités par les hospitalisations en
hôpital psychiatrique

TOUT PUBLIC	Année 0 (N = 462)	Année 1 (N = 462)	Année 2 (N = 136)
Nombre de personnes hospitalisées	43	23	8
% de personnes hospitalisées	9,3 %	5 %	5,9 %
Nombre de jours moyen d'hospitalisation par personne hospitalisée	30	19	21
Coût moyen par personne	1 455 euros	496 euros	645 euros
Coût évité par rapport à l'Année 0 par personne	-	959 euros	810 euros
Coût moyen par personne hospitalisée	15 629 euros	9 970 euros	10 965 euros
Coût évité par rapport à l'Année 0 par personne hospitalisée	-	5 659 euros	4 664 euros
PERSONNES AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE	Année 0 (N = 180)	Année 1 (N = 180)	Année 2 (N = 50)
Nombre de personnes hospitalisées	33	17	6
% de personnes hospitalisées	18,3 %	9,4 %	12 %
Nombre de jours moyen d'hospitalisation par personne hospitalisée	31	20	18
Coût moyen par personne	2 904 euros	989 euros	1 077 euros
Coût évité par rapport à l'Année 0 par personne	-	1 915 euros	1 827 euros
Coût moyen par personne hospitalisée	15 841 euros	10 471 euros	8 978 euros
Coût évité par rapport à l'Année 0 par personne hospitalisée	-	5 370 euros	6 863 euros

Hospitalisations psychiatriques

Les hospitalisations en hôpital psychiatrique diminuent avec l'entrée en emploi accompagné. On constate ainsi une baisse des hospitalisations entre l'Année 0 et les 2 années suivantes (Année 1 et Année 2) à la fois en pourcentage de personnes hospitalisées et en nombre de jours moyens d'hospitalisation.

Les hospitalisations en hôpital psychiatrique concernent une faible proportion de personnes accompagnées. Cette proportion diminue entre l'année précédant l'entrée (9,3 %) et les années suivantes (5 % en Année 1 et 5,9 % en Année 2). Ces proportions sont naturellement plus fortes pour les personnes avec un handicap psychique, ces dernières représentant une part très importante des personnes hospitalisées en hôpital psychiatrique (75 % sur les 3 années)⁷.

7. La plupart des hospitalisations en hôpital psychiatrique sont liées à un handicap psychique. Cependant, certaines des personnes hospitalisées ne déclaraient pas de handicap psychique lors de leur entrée en emploi accompagné. Elles n'ont

Ainsi, sur l'Année 0, 18,3% des personnes avec un handicap psychique connaissent une hospitalisation. Les années suivantes cette proportion est d'environ 10 % (9,4 % en Année 1 et 12 % en Année 2).

On constate également, dans le même temps, une importante baisse de la durée moyenne des séjours puisqu'elle passe de 30 jours en moyenne l'année précédant l'entrée à une vingtaine de jours sur les années suivantes (pour l'ensemble de la population comme pour les personnes avec un handicap psychique).

En considérant le coût élevé d'une journée complète d'hospitalisation en hôpital psychiatrique, la baisse du pourcentage de personnes hospitalisées, combinée à la diminution de la durée moyenne des séjours à l'hôpital, a un effet significatif sur les coûts évités.

Si l'on considère uniquement les personnes hospitalisées, la baisse du nombre de jours moyens d'hospitalisation engendre une baisse des coûts d'hospitalisation très importante (5 370 € en Année 1 et 6 863 € en Année 2 pour les personnes hospitalisées avec un handicap psychique).

Allocations sociales

Après une hausse de +3 % au cours de l'Année 1, le coût du versement des allocations baisse de -11,5 % entre l'Année 1 et l'Année 2 (voir Tableau 3). L'augmentation observée sur la première année s'explique par un meilleur recours aux droits des personnes qui entrent dans l'emploi accompagné et notamment à l'AAH, sur recommandation des conseillers. Le droit à l'AAH peut être activé pour des personnes en recherche d'emploi, mais également pour des personnes en emploi, celle allocation étant cumulable avec un emploi à temps partiel pour garantir aux personnes un minimum de ressources financières.

L'Année 2, le coût évité moyen est de 532 € par personne par rapport à l'Année 0. Cette baisse de coût entre la première et la deuxième année d'accompagnement indique une baisse des allocations sociales conséquemment à la reprise d'un emploi, pour une partie des personnes accompagnées.

Pour les personnes avec un handicap psychique, les coûts évités liés à la diminution des allocations sociales sont légèrement supérieurs puisqu'il n'est pas constaté d'augmentation du coût moyen des aides sociales lors de l'Année 1 et qu'il est observé une baisse de 580 € en

donc pas été comptabilisées dans l'analyse des résultats de cette sous-population dans le cadre de cette étude.

moyenne entre l'Année 0 et l'Année 2 (contre 532 € pour l'ensemble de la population).

Compte tenu des résultats positifs en matière d'accès à l'emploi et de maintien dans l'emploi sur la durée mesurés lors des évaluations de l'emploi accompagné (voir partie introductive), cette baisse du coût des allocations sociales pourrait sans doute être observée les années suivantes.

DISCUSSION

Cette enquête démontre que l'emploi accompagné en France permet de diminuer certains coûts, tel que cela a été mesuré dans d'autres pays et notamment une diminution du coût des allocations sociales (Bush et al., 2009) et une baisse des coûts d'hospitalisation psychiatrique (Christensen et al., 2009).

Cette enquête, qui a été administrée en France auprès de publics avec différents types de handicap, permet également d'observer des résultats variables selon le type de handicap en distinguant plus particulièrement les personnes avec un handicap psychique et les personnes présentant un autre type de handicap.

Des coûts évités plus importants pour les personnes avec un handicap psychique

Cette enquête permet de constater que les coûts évités sont, en moyenne, plus importants pour les personnes avec un handicap psychique comparé à l'ensemble de la population des personnes accompagnées.

Cette différence s'explique en grande partie par l'importance de la baisse des coûts d'hospitalisation dans les coûts évités par l'emploi accompagné sur les premières années d'accompagnement et, dans une moindre mesure, par des coûts évités légèrement plus importants concernant les arrêts de travail et les allocations sociales perçues par les personnes déclarant un handicap psychique (voir résultats ci-dessus).

Cette enquête met ainsi en avant l'impact très positif de l'emploi accompagné sur la santé mentale des personnes, illustrée dans cette enquête par la baisse du pourcentage de personnes hospitalisées et par la baisse significative du nombre de jours moyens d'hospitalisation en hôpital psychiatrique.

Le besoin de renforcer l'information des acteurs de la santé mentale pour promouvoir l'emploi accompagné comme un vecteur de rétablissement

Ce constat vient renforcer l'idée qu'il est nécessaire, en France, de rapprocher les acteurs de la santé mentale avec les acteurs de l'accompagnement en emploi et en particulier de l'emploi accompagné afin de promouvoir le retour à l'emploi comme un vecteur de rétablissement pour les personnes avec un handicap psychique. Au-delà de l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées, ce rapprochement pourrait avoir un impact important sur les finances publiques en matière de santé mentale, des résultats positifs étant mesurés dès les premières années d'accompagnement.

En France, les plateformes d'emploi accompagné conventionné restent encore mal connues par de nombreux acteurs de la santé mentale, car elles ne sont pas intégrées aux services de soins. Comme le propose Marie-Gaëlle Marec dans sa thèse de doctorat portant sur le dispositif d'emploi accompagné pour les personnes en situation de handicap psychique (2024), il serait utile de développer des actions de sensibilisation auprès des services de psychiatrie pour mettre en avant l'emploi accompagné comme un élément possible du parcours de rétablissement des personnes. Cela faciliterait les collaborations entre les acteurs de l'emploi et les acteurs de la santé.

Des coûts évités sans doute encore plus importants à court terme

Cette enquête établit que l'emploi accompagné permet, à court terme, de réduire certains coûts et en particulier les coûts d'hospitalisation en hôpital psychiatrique et, au-delà de la première année d'accompagnement, les aides sociales accordées aux personnes.

Si l'on extrapole au nombre total de personnes accompagnées fin 2022, cela constituait une économie de 7,3 millions d'euros pour la seule année 2022, et ce, uniquement sur les 3 types de coûts étudiés. À titre indicatif, le budget total de l'emploi accompagné pour l'année 2022 était de 31,8 millions d'euros.

Le montant total des coûts évités mesurés à travers l'enquête reste cependant illustratif, car il ne comprend pas l'ensemble des coûts évités possibles, comme le montrent certaines études réalisées dans d'autres pays (Clark et al., 1998 ; Salkever, 2010 ; Mavranzezouli et al., 2013 ; Christensen et al., 2021 ; Hedley et al., 2023 ; Wilson et al., 2024).

Les coûts évités possibles sont très nombreux. À titre d'exemple et de manière non exhaustive, on peut citer la diminution des coûts

d'autres accompagnements (p. ex. Cap emploi), la réduction des prescriptions médicamenteuses ou encore la réduction d'autres aides sociales. Par ailleurs, l'emploi accompagné peut générer des bénéfices supplémentaires liés à l'augmentation de la productivité ou encore à l'augmentation de la contribution à l'impôt.

CONCLUSION

Les premiers résultats de cette enquête, obtenus sur une période de 2 ans seulement, démontrent qu'au-delà de son impact sociétal, l'emploi accompagné, grâce aux coûts évités qu'il engendre, peut être considéré comme un investissement financier par les pouvoirs publics.

Dans le cadre de cette enquête, il n'a pas été réalisé de calcul de rentabilité économique. Ce calcul demanderait une étude plus approfondie intégrant la prise en compte d'un coût d'accompagnement par répondant, la durée de l'accompagnement et une mesure plus précise et plus complète des coûts évités pour chaque personne.

Il s'agirait également de poursuivre cette étude sur plusieurs années, au-delà la période d'accompagnement, afin de mesurer son impact économique à plus long terme, tel que cela a été réalisé par exemple aux États-Unis (Bush et al., 2009).

Enfin, une comparaison avec un groupe témoin bénéficiant d'une autre forme d'accompagnement serait également utile, comme cela a été réalisé dans une étude menée au Danemark (Christensen et al., 2021).

Ceci permettrait de renforcer l'idée que développer l'emploi accompagné est un bon investissement pour la société (Park et al., 2022).

RÉFÉRENCES

- Bond, G. R., Drake, R. E. et Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 280. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.280.290>
- Brouant, P. (2019). L'emploi accompagné. *Pratiques en santé mentale*, 65(2), 22-26. <https://doi.org/10.3917/psm.192.0022>
- Burns, T. et Catty, J. (2008). IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(4), 313. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.313.317>
- Bush, P. W., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J. et Haslett, W. R. (2009). The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 60(8), 1024-1031. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1024>
- Clark, R. E., Dain, B. J., Xie, H., Becker, D. R. et Drake, R. E. (1998). The economic benefits of supported employment for persons with mental illness. *The journal*

- of mental health policy and economics, 1(2), 63-71. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-176X\(199807\)1:2<63::AID-MHP8>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-176X(199807)1:2<63::AID-MHP8>3.0.CO;2-2)
- Conley, R. W. et Noble, J. H. (1990). Benefit-cost analysis of supported employment. *Supported employment: Models, methods, and issues*, 271-287.
- Christensen, T. N., Kruse, M., Hellström, L. et Eplov, L. F. (2021). Cost-utility and cost-effectiveness of individual placement support and cognitive remediation in people with severe mental illness: Results from a randomized clinical trial. *European Psychiatry*, 64(1), e3. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.111
- Danley, K. S., Sciarappa, K. et MacDonald-Wilson, K. (1992). Choose-get-keep: a psychiatric rehabilitation approach to supported employment. *New Directions for Mental Health Services*, (53), 87-96. <https://doi.org/10.1002/yd.23319925310>
- Drake, R. E., Bond, G. R. et Becker, D. R. (2012). *Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment*. Oxford University Press.
- Grange, S. (2018). L'emploi accompagné ou la restauration de l'espoir. *Pratiques en santé mentale*, (3), 17-20. <https://doi.org/10.3917/psm.183.0017>
- Hedley, D., Hedley, D. F., Walkowiak, E., Bury, S. M., Spoor, J. R. et Shiell, A. (2023). Cost-benefit analysis of a non-government organization and Australian government collaborative supported employment program for autistic people. *Autism*, 27(5), 1377-1390. <https://doi.org/10.1177/1362361322113864>
- Lafrechoux, M., Visseault, A. et Alleno, G. (2018). Questionnements autour de l'accompagnement des conseillers en emploi accompagné. *Pratiques en santé mentale*, (3), 13-16. <https://doi.org/10.3917/psm.183.0013>
- Latimer, E. A. (2001). Economic impacts of supported employment for persons with severe mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(6), 496-505. <https://doi.org/10.1177/070674370104600603>
- Latimer, E. A., Bush, P. W., Becker, D. R., Drake, R. E. et Bond, G. R. (2004). The cost of high-fidelity supported employment programs for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55(4), 401-406. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.4.401>
- Latimer, E. (2005). Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 355-359. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.4.40>
- Marec, M. G. et Pachoud, B. (2018). Évaluation des pratiques d'emploi accompagné: méthodologie et premières données concernant 3 dispositifs d'emploi accompagné de MESSIDOR en 2016. *Pratiques en santé mentale*, (3), 35-42. <https://doi.org/10.3917/psm.183.0035>
- Marec M.-G. (2024). *Rétablissement et Inclusion professionnelle. Étude évaluative portant sur le dispositif Emploi accompagné pour les personnes en situation de handicap psychique* [thèse de doctorat, Université Paris Cité].
- Mavranetzouli, I., Megnin-Viggars, O., Cheema, N., Howlin, P., Baron-Cohen, S. et Pilling, S. (2014). The cost-effectiveness of supported employment for adults with autism in the United Kingdom. *Autism*, 18(8), 975-984. <https://doi.org/10.1177/1362361313505720>
- Pachoud, B. et Corbière, M. (2014). Pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves: résultats et pistes de recherche. *L'encéphale*, 40, S33-S44. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.04.001>

- Pachoud, B. (2018). L'emploi accompagné : rupture ou continuité avec les approches traditionnelles d'aide à l'insertion professionnelle?. *Pratiques en santé mentale*, (3), 21-26. <https://doi.org/10.3917/psm.183.0021>
- Park, A. L., Rinaldi, M., Brinchmann, B., Killackey, E., Aars, N. A. P., Mykletun, A. et McDaid, D. (2022). Economic analyses of supported employment programmes for people with mental health conditions: A systematic review. *European Psychiatry*, 65(1), e51. <http://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2309>
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Sveinsdottir, V., Løvvik, C., Lie, S. A. et Øverland, S. (2019). A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(1), 33-41. <https://www.jstor.org/stable/26567057>
- Salkever, D. (2013). Social costs of expanding access to evidence-based supported employment: concepts and interpretive review of evidence. *Psychiatric Services*, 64(2), 111-119. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100499>
- Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbiere, M. et Anema, J. R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Sultan-Taïeb, H., Villotti, P., Berbiche, D., Dewa, C. S., Desjardins, É., Fraccaroli, F., Zaniboni, S., Mazaniello-Chezol, M., Lecomte, T., Durand, M.-J. et Corbière, M. (2019). Can social firms contribute to alleviating the economic burden of psychiatric disabilities for the public healthcare system?. *Health & social care in the community*, 27(5), 1311-1320. <https://doi.org/10.1111/hsc.12775>
- Wilson, M., Cram, F., Gibb, S., Gray, S., McLeod, K., Peterson, D. et Lockett, H. (2022). The impact of Individual Placement and Support on employment, health and social outcomes: quasi-experimental evidence from Aotearoa New Zealand. *Commissioners or board—which is best for the role of Health New Zealand—Te Whatu Ora? When do you need to get ethical approval for your research?*, 27.

Santé mentale et retour/réintégration au travail : Concertation internationale sur les solutions et actions prioritaires

Marc Corbière^a

Sonia Laberon^b

RÉSUMÉ ■ Introduction et objectif Dans le cadre du colloque *Regards croisés sur la santé mentale et le retour au travail* qui a eu lieu à Montréal en 2021, un livre blanc a été rédigé pour mettre en relief 10 solutions visant à promouvoir la santé mentale au travail et à faciliter le retour en emploi. Pour exemples, il s'agit d'actions telles que formaliser le processus de retour au travail (RaT) avec des balises communes permettant un suivi personnalisé, former les gestionnaires à la prévention en santé mentale et à l'accompagnement des employés lors de leur RaT, et générer des données probantes pour mieux comprendre et favoriser le RaT durable et en santé des employés en absence maladie. Trois ans plus tard, dans le cadre d'une table ronde du premier colloque de la Communauté de pratiques internationale en santé mentale et travail (CoP-SMT), l'objectif est de revisiter ces solutions en donnant la parole à des acteurs de l'accompagnement et des entreprises.

Méthode Lors d'une table ronde, 8 personnes ayant un poste de direction dans des services de réintégration au travail ou un poste de cadre dans des organisations publiques et privées, provenant de la Belgique, de la France et du Québec, ont été invitées à sélectionner 1 ou 2 solutions du livre blanc, qu'elles ont pu implanter ou qu'elles aimeraient implanter dans leur contexte de travail. Ensuite, il leur a été proposé d'identifier 1 ou 2 pistes d'actions qu'elles jugeaient prioritaires et qu'elles aimeraient voir traitées d'ici le prochain congrès en 2027. Une synthèse des éléments recueillis est proposée comme résultat de cet exercice.

a. Université du Québec à Montréal, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

b. Université de Bordeaux, COMPTRASEC, UMR 5114 CNRS.

Résultats et conclusions Les résultats permettent de confronter les pratiques, difficultés et besoins des experts interrogés et de dégager des orientations de recherche pour soutenir des initiatives/pratiques à mettre en place dans les différents pays concernés. Ces réflexions prennent en compte les nouvelles responsabilités et l'évolution des rôles des divers acteurs impliqués. La notion de santé mentale au travail mériterait d'aller au-delà des seuls facteurs de risque psychosociaux, en incluant les facteurs « de protection ».

MOTS CLÉS ■ acteurs, retour au travail, réintégration au travail, santé mentale, pratiques, interventions

Mental Health and Return/Integration to Work: International Concertation on Solutions and Priority Actions

ABSTRACT ■ **Introduction and Objective** As part of the conference *Crossed Perspectives on Mental Health and Return to Work*, held in Montreal in 2021, a white paper was produced to highlight 10 solutions aimed at promoting mental health in the workplace and facilitating return to work (RTW). Examples include actions such as formalizing the RTW process with common guidelines for personalized follow-up, training managers on mental health prevention and employees support during their RTW, and generating evidence-based data to better understand and promote sustainable and healthy return to work after medical leave. Three years later, during a roundtable discussion at the inaugural conference of the International Community of Practice on Mental Health and Work (CoP-SMT in French), the objective was to revisit these solutions by engaging stakeholders involved in employee support and company representatives.

Method During the round table, eight individuals holding executive positions in RTW services or management roles in public and private organizations from Belgium, France, and Quebec were invited to select one or two solutions from the white paper. They were asked to share which solutions they had implemented or wished to implement in their work contexts. Additionally, participants were encouraged to identify one or two priority actions they deemed essential for discussion at the next conference in 2027. A synthesis of their responses are presented as the outcome of this exercise.

Results and Conclusions The results provide insight into current practices, challenges, and needs identified by the experts consulted, helping to outline research directions to support the implementation of practices/initiatives across different countries. These reflections also consider emerging responsibilities and evolving roles of various stakeholders involved. Notably, the concept of workplace mental health should extend beyond merely addressing psychosocial risk factors by incorporating protective factors as well.

KEYWORDS ■ stakeholders, return to work, work integration, mental health, practices, interventions

Introduction

Lors du colloque *Regards croisés sur la santé mentale et le retour au travail* en octobre 2021 à Montréal, un livre blanc a mis en relief 10 solutions visant à promouvoir la santé mentale au travail et à faciliter la réintégration au travail et le retour en emploi. Trois ans plus tard, en octobre 2024, la table ronde du premier colloque de la Communauté de pratiques internationale en santé mentale et travail (CoP-SMT) a permis de revisiter ces solutions en donnant la parole à des acteurs de l'accompagnement et des entreprises.

Lors de cette table ronde, 8 personnes ayant un poste de direction dans des services de réintégration au travail ou un poste de cadre dans des organisations publiques et privées, provenant de la Belgique, de la France et du Québec, ont été invitées à choisir 1 ou 2 solutions du livre blanc (Tableau 1), qu'elles avaient mises en œuvre ou souhaitaient adopter. Ensuite, il leur a été proposé d'identifier 1 ou 2 pistes d'actions qu'elles jugeaient prioritaires d'ici le prochain congrès de la CoP-SMT en 2027.

Pour cet exercice, les participants ont été répartis en 2 groupes selon leur expertise: le groupe « Réintégration au travail », principalement concerné par les publics éloignés de l'emploi – trouble mental sévère (p. ex. schizophrénie) et le groupe « Retour en emploi », principalement concerné par les publics en absence maladie – trouble mental courant (p. ex. trouble de l'adaptation). En fin de table ronde, un expert juridique a apporté des éclairages sur le rôle du droit dans le développement d'une culture organisationnelle favorable à la santé mentale au travail dans nos différents pays, tout en s'appuyant sur les propos tenus des 8 participants. Cet article propose une synthèse des perspectives internationales sur le retour et la réintégration au travail dégagées lors de cet exercice. Les sections suivantes présenteront les réponses aux questions posées aux participants, suivies d'une brève conclusion.

Question 1 – En fonction des 10 solutions (livre blanc) et de ce que vous avez entendu lors du présent colloque, qu'est-ce qui vous semblerait pertinent à mettre en place dans le milieu de travail ?

En s'appuyant sur les solutions 3, 6, 8 et 9 (Tableau 1), les membres du groupe « Réintégration au travail » ont choisi de les commenter en mettant en relief 2 nouvelles orientations concrètes :

- 1) **Renforcer la collaboration interdisciplinaire pour une réintégration efficace.** Les professionnels de l'emploi au Québec collaborent étroitement avec le réseau de la santé et des services sociaux pour mieux comprendre et accompagner leurs clients, mais des efforts restent nécessaires pour renforcer cette collaboration interdisciplinaire. Une meilleure coordination entre ces réseaux, soutenue par une politique d'investissement ciblée sur la santé mentale et le travail, permettrait d'assurer un accompagnement plus efficace et adapté aux besoins des personnes en difficulté.

« Les compétences de l'emploi et les compétences des services sociaux, à mon sens, ont tout intérêt à développer une collaboration pour travailler davantage en pluridisciplinarité que chacun de son côté... Certains de nos conseillers tiennent des permanences dans les établissements de santé pour pouvoir prendre le relais. Mais ça mériterait vraiment d'être davantage modélisé, que leur rôle soit reconnu de manière plus complète... Je pense que pour le bon accompagnement de nos clients, il faut pouvoir compter sur un coordonnateur qui va être avec eux et un peu au centre de leur parcours. »

En Belgique, il est aussi crucial de mieux comprendre les processus, les acteurs et les dispositifs impliqués dans la réintégration au travail, tout en générant des données probantes pour éclairer la croissance préoccupante des incapacités au travail, notamment celles liées aux troubles psychiques.

« Il m'apparaît aussi que c'est important de pouvoir identifier finalement tous les dispositifs qui existent à l'heure actuelle en Belgique pour accompagner les personnes vers une réinsertion professionnelle, vers un retour au travail (RaT) parce qu'il y en a, il y a des ressources, mais aussi d'aller plus loin à déterminer finalement ce qui va être le plus opportun au regard des besoins de ces différentes personnes en souffrance psychique. »

Les rôles des acteurs, tels que les médecins du travail, les médecins-conseils et les médecins traitants, restent cloisonnés, ce qui complexifie les démarches pour les personnes concernées et met en évidence le besoin d'une approche plus coordonnée et adaptée. De plus, les acteurs n'ont pas toujours les outils pour prendre les bonnes décisions.

« D'ailleurs au niveau de l'INAMI en Belgique, l'Institut national d'assurance maladie invalidité, il y a peu de temps, ils ont lancé un marché dont l'objectif est d'identifier des outils pour évaluer les

incapacités de travail liées à des troubles mentaux. Donc, on voit qu'il y a des questions autour justement des outils dont manquent certains acteurs.»

2) Professionnaliser l'accompagnement en se dotant d'une approche expertise/sensibilité. En France, la formation des professionnels de l'accompagnement vers et dans l'emploi est une pré-occupation exacerbée par l'absence de cursus complet, et ce, malgré la reconnaissance partielle des pratiques d'emploi accompagné par l'État en 2016.

«... c'est quoi les qualités, c'est quoi les compétences... quelle est la particularité de ces professionnels pour qu'ils puissent incarner les grands principes, les fondamentaux, les valeurs des pratiques d'emploi accompagné ou des grands principes IPS...».

Grâce à des efforts conséquents, un référentiel métier a été créé et reconnu, unifiant sous une même fonction les rôles de conseiller en emploi spécialisé (p. ex. accompagnement du participant) et de job coach (p. ex. démarchage de l'employeur), bien que leur dénomination varie selon les cultures (p. ex. aux États-Unis).

«La reconnaissance des certifications professionnelles en France, c'est un champ qui est très lourd, ça met du temps, mais du coup on a pu réussir à faire reconnaître ce référentiel métier, être conseiller en emploi accompagné/job coach. On est sur le même champ d'intervention, c'est vraiment des questions de culture qui viennent désigner pourquoi on les appelle ou pas conseillers en emploi accompagné ou job coach, mais on est sur le même professionnel.»

L'emploi accompagné (programme de soutien à l'emploi au Québec), bien que financé et développé depuis 6 ans en France, reste une pratique innovante qui nécessite une formation adaptée pour professionnaliser ce nouveau métier tout en évitant une formalisation excessive.

«Il y a une grosse hétérogénéité dans la manière de procéder alors que le modèle a été quand même de multiples fois explicité dans plein de colloques, on y a participé, il y a des écrits. Mais malgré ça, on se rend compte qu'effectivement le mode d'appropriation il reste très hétérogène et avec parfois même d'assez gros malentendus.»

La formation doit équilibrer 2 approches : une posture d'expert (*cure*) basée sur des protocoles scientifiques, et une approche sensible (*care*) attentive aux besoins spécifiques et aux détails du

quotidien, souvent négligés, mais cruciaux pour les personnes en situation de handicap.

« Je pense que c'est bien d'avoir une formation éventuellement certifiante qui permet d'avoir un statut reconnu, compétent pour une fonction spécifique. Mais il y a un risque à trop formaliser ces pratiques d'accompagnement, parce que ce qui marche, c'est le "sur mesure", c'est l'ajustement. »

En s'appuyant sur les solutions 2, 4, 5, 9 et 10 (Tableau 1), les membres du groupe « Retour en emploi » ont choisi de les commenter en mettant en relief 8 nouvelles orientations concrètes principalement à destination des acteurs de l'organisation :

- 1) **Intégrer des données scientifiques dans les pratiques.** La production de données de recherche étant solide, il faut réduire le délai, 17 ans en moyenne¹, entre la découverte scientifique et son application clinique. Cela nécessite des efforts de formation pour maintenir les professionnels de la santé et des RH à jour des dernières connaissances tant dans les approches relationnelles (p. ex. évaluer les limitations et les aménagements requis pour RaT durable) que pratiques/techniques (p. ex. développer un plan de RaT et assurer un suivi après son implantation) ;
- 2) **Améliorer la communication et l'accessibilité dans l'organisation.** Développer des canaux de communication, comme la « caravane ressources humaines » qui se rend sur les lieux de travail pour informer et répondre directement aux besoins des employés en matière de santé mentale au travail ;
- 3) **Optimiser les environnements de travail.** Intégrer un design inclusif avec des espaces adaptés (repos, concentration, collaboration) et des infrastructures comme une clinique médicale sur place, pour favoriser le bien-être, le soutien entre collègues, et la persévérance au travail ;
- 4) **Remettre les relations humaines au centre des organisations.** Au-delà des outils et processus formels, il est crucial d'instaurer une culture où les valeurs ne se limitent pas à des affiches ou des slogans, mais se traduisent dans les interactions. Cela passe par une communication authentique, en parlant à l'humain plutôt qu'à la

1. Information remise par le participant à l'atelier.

«ressource», et en favorisant des échanges sincères pour renforcer les liens et la prévention sur le lieu de travail;

- 5) **Personnaliser les processus d'aménagement.** Simplifier l'accès aux services de santé mentale en déléguant la gestion des démarches à un gestionnaire de cas, tout en offrant une personnalisation accrue (p. ex. thérapeute ayant une expérience selon les besoins culturels, la neurodiversité de l'employé). Structurer le processus d'accommodement pour impliquer l'employé et le gestionnaire, «les deux acteurs à la fois, en bâtissant une solution avec le collectif de travail et en instaurant un suivi régulier (3 à 6 mois) pour ajuster les aménagements retenus»;
- 6) **Créer des milieux de travail sains.** Sensibiliser les gestionnaires à leur rôle dans la promotion de la sécurité physique et psychologique, tout en respectant les contrats de travail. Qu'ils apprennent à équilibrer l'application des règles et la création d'un environnement sécuritaire et bienveillant;
- 7) **Maintenir le lien pendant l'absence.** Encourager les gestionnaires à maintenir un contact régulier avec les employés absents tout en respectant le cadre légal, pour favoriser leur retour en douceur et préparer le terrain pour un retour en emploi progressif;
- 8) **Préparer le retour au travail.** Former les gestionnaires sur les bonnes pratiques pour organiser et faciliter le retour, en ouvrant un dialogue constructif et en préparant à la fois l'équipe et l'environnement pour accueillir l'employé.

Question 2. En ce qui concerne la réintégration au travail/retour à l'emploi, quelles seraient les pistes d'actions prioritaires à traiter lors de notre prochain colloque en 2027 ?

En s'appuyant sur les solutions 4, 5, 6 et 8 (Tableau 1), les membres du groupe «Réintégration au travail» ont choisi de les commenter en mettant en relief 4 nouvelles orientations concrètes :

- 1) **Accessibilité universelle.** L'objectif est de promouvoir une approche d'accessibilité universelle en milieu de travail, en dépassant les adaptations individuelles souvent stigmatisantes. En rendant les environnements de travail plus inclusifs, notamment sur le plan de la santé mentale; cela bénéficie non seulement aux personnes en situation de handicap, mais aussi à tous les employés, sans

exception. Cette démarche repose sur l'engagement et la responsabilisation des acteurs pour garantir un changement durable.

«Il y a tout un travail qui est fait par Normes d'accessibilité Canada (<https://accessibilite.canada.ca/>), et puis il y a tout un volet sur le champ de l'emploi. Donc ça mériterait de regarder ça de plus près;»

- 2) **Données probantes et prévention.** Il est crucial de développer des données probantes pour mieux comprendre les enjeux liés aux risques psychosociaux, en identifiant ce qui fonctionne à la fois au niveau macroscopique et microscopique. En tant qu'employeur, cela implique d'aménager un cadre de travail préventif, tout en investissant dans la formation des équipes pour intégrer les bonnes pratiques fondées sur ces données;
- 3) **Approche épistémique.** La solution repose sur l'importance de générer et d'utiliser des données probantes pour favoriser la reprise professionnelle, tout en promouvant une approche épistémique inclusive. Cela implique une **humilité épistémique** (ne pas se limiter à ses savoirs initiaux), un **désir épistémique** (rechercher activement de nouvelles connaissances comme au sein des communautés de pratiques), et une **justice épistémique** (reconnaître et valoriser les savoirs souvent négligés, notamment ceux des usagers). Ces principes favorisent une collaboration plus équitable et une meilleure intégration des perspectives diversifiées dans les pratiques;
- 4) **Développer une politique d'investissement transparente et globale.** Qui rassemble et intègre les pratiques et modèles d'accompagnement afin de mieux aligner les acteurs pour un fonctionnement plus cohérent et efficace.

En s'appuyant sur les solutions 2 et 10 (Tableau 1), les membres du groupe «Retour en emploi» ont choisi de les commenter en mettant en relief 2 nouvelles orientations concrètes :

- 1) **Implantation des solutions.** Bien que la recherche produise des solutions pertinentes, leur implantation dans les organisations reste insuffisante. Face à des enjeux majeurs de main-d'œuvre, particulièrement dans le secteur public, il est important de mettre en place des stratégies pour conserver et soutenir les employés, y compris ceux ayant vécu des problèmes de santé. Cela nécessite un

changement de paradigme pour valoriser les ressources humaines existantes, plutôt que de chercher des solutions externes comme l'embauche à l'étranger, en adoptant des approches concrètes pour maintenir les employés en poste et en santé.

« Il n'y a pas d'autobus d'infirmières qui attendent en avant des CIUSSS². Donc, comment fait-on pour garder nos ressources au travail et les garder en santé pour qu'on puisse continuer ? »

- 2) **Évolution du rôle des gestionnaires et reconnaissance des nouvelles responsabilités.** Le rôle des gestionnaires a évolué, passant de la planification et du contrôle à un soutien accru en matière de santé mentale et de défis personnels, ou encore de gestion du bien-être de leurs équipes. Pour répondre à cette transformation, il est nécessaire de repenser leur formation, en les outillant pour équilibrer bienveillance et performance, et en leur apprenant à mener des conversations adaptées avec le collectif de travail. Parallèlement, le développement de réseaux de soutien, comme les pairs aidants ou les ambassadeurs, permet d'alléger la charge des gestionnaires tout en maintenant un environnement propice au bien-être des employés. Les gestionnaires, étant essentiels au maintien de la santé mentale des équipes, doivent eux aussi être soutenus.

« Il faut prendre soin de nos gestionnaires. »

Question 3. Comment le droit se saisit de ces questions à l'aune du développement d'une culture organisationnelle de la santé mentale dans nos pays ?

Le droit peut jouer un rôle clé dans la promotion d'une culture organisationnelle centrée sur la santé mentale au travail, mais il doit aller au-delà de la simple gestion des facteurs de risque psychosociaux.

« Le droit peut faire l'amalgame parfois entre santé mentale au travail et risques psychosociaux, alors que les deux ne se recoupent pas forcément, que de parler de santé mentale va bien au-delà de la question des risques psychosociaux. »

Il s'agit de mettre en place des conditions de travail dignes, qui respectent la santé physique et mentale des employés, tout en favorisant la prévention primaire et des mesures collectives adaptées. Pour réussir, il faut transcender les frontières entre secteurs et donner aux acteurs du travail les outils via la littératie en santé, et une volonté d'action

2. Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux.

pour réagir et s'adapter aux transitions en matière de santé mentale au travail.

Conclusion

Les résultats de cette table ronde ont permis de confronter les pratiques, difficultés et besoins des experts, tout en identifiant des orientations de recherche et d'intervention pour soutenir les initiatives dans les différents pays. Tout d'abord, il est intéressant de noter que les 10 solutions proposées dans le livre blanc (2021) ont été reprises, pour la quasi-totalité, par les membres de l'atelier. Les solutions formulées il y a 3 ans restent donc d'actualité et témoignent de leur pertinence. À partir des 2 questions posées, les participants ont identifié 10 nouvelles pistes concrètes en réintégration et retour en emploi en s'appuyant sur les préconisations de 2021, ainsi que 6 nouvelles priorités. Les échanges ont mis en lumière des enjeux à plus grande échelle comme l'investissement et l'application des données probantes en milieu organisationnel, ainsi que des aspects plus ciblés, tels que la formation des gestionnaires, des RH et l'accompagnement personnalisé des personnes touchées par la maladie. Ces réflexions prennent en compte les nouvelles responsabilités et l'évolution des rôles de ces acteurs. Sur les plans juridique et organisationnel, il semble opportun de dépasser la notion de santé (mentale) au travail au-delà des seuls facteurs de risque psychosociaux, en incluant, par exemple, les facteurs « de protection ».

Référence

Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M. et Laberon, S. (2022). Livre blanc – Activité fil rouge: Défis et solutions entourant l'implantation des mesures d'aménagements de travail. Colloque santé mentale et travail. Montréal, 20-21 octobre 2021. <https://copratique.santementaletravail.ca/livre-blanc/>

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes participantes pour leur contribution à la table ronde du premier colloque de la Communauté de pratiques internationale en santé mentale et travail (CoP-SMT): Isabelle Heyden, Lucie Houle, Claire Karinthe, Loïc Lerouge, Laurence Marin, Bernard Pachoud, Isabelle Pinard et Mickaël Vachon,

TABLEAU 1

Solutions visant à promouvoir la santé mentale au travail et à faciliter la réintégration au travail et le retour en emploi

Solutions
1- Formaliser le processus de retour au travail avec des balises communes permettant un suivi personnalisé et standardisé.
2- Former les gestionnaires à la prévention en santé mentale et la gestion des employés lors de leur retour au travail.
3- Former les coordonnateurs et coordonnatrices de retour et de la réinsertion au travail.
4- Développer les aménagements de travail et informer les employés.
5- Mettre en place des outils partagés, accessibles et sécurisés à tous les acteurs impliqués dans le processus de retour et de réinsertion au travail.
6- Développer une politique d'investissement dans le champ santé mentale et travail.
7- Mobiliser les ressources humaines et matérielles autour de l'accompagnement du retour au travail des employés.
8- Générer des données probantes pour mieux comprendre et favoriser le retour au travail durable et en santé des employés en absence maladie.
9- Favoriser l'accès aux ressources en santé et services sociaux pour les employés.
10- Sensibiliser les milieux à la santé mentale et promouvoir les bonnes pratiques en matière de prévention et gestion des problèmes de santé mentale pour les employés.

PREMIER COLLOQUE DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUES INTERNATIONALE SANTÉ MENTALE ET TRAVAIL (COP-SMT)

Santé mentale et travail : s'inspirer, s'outiller, s'allier et innover

Dans le cadre du premier Colloque de la CoP-SMT qui s'est tenu à Montréal du 16 au 18 octobre 2024, et dont les articles de la partie thématique de ce numéro sont issus, plusieurs événements ont eu lieu.

Ainsi, lors du Colloque, parmi les 30 affiches scientifiques présentées, par des étudiants à la maîtrise et au doctorat, 4 d'entre elles ont été primées. Elles sont présentées dans ce numéro.

L'importance de la communication entre les ressources humaines et les acteurs clés pour le retour au travail d'employés ayant un trouble mental courant, affiche présentée par Jason Lúcio de Amorim Santos.

L'emploi accompagné en France, affiche présentée par Marie-Gaëlle Marec.

Faciliter la transition militaire-civil chez les anciens combattants aux prises avec un trouble mental, affiche présentée par Dominic Prévost.

Quand tricher donne un sens au travail: le cas des intervenantes sociales face aux outils d'aide à la décision, affiche présentée par Roxanne Poulin.

De plus, fortes d'un savoir expérientiel, des personnes ont proposé des témoignages dans le cadre du Colloque, qui ont été diffusés en guise d'introduction aux symposiums scientifiques. Parmi les témoignages ici retranscrits, on compte ceux de Ralph Buchter, Sophie de Coatpont, Fabienne Germond, Geneviève Lessard et Luc Vigneault que nous tenons à remercier.

À cela s'est ajoutée l'expérience *Photovoice*, une méthode participative qui permet aux personnes de partager leurs expériences à travers des photos et susciter ainsi un dialogue autour de sujets comme la santé, la famille et la communauté. Créée en 1997 par Wang et Burris, elle est utilisée pour promouvoir le changement social en offrant aux individus un moyen d'explorer et de représenter leur communauté. Dans le cadre du Colloque, les participants ont été invités à s'approprier cette méthode, en prenant une photo sur la thématique « Santé mentale et travail ». Lors du vote en ligne, les participants pouvaient, s'ils le désiraient, garder l'anonymat. Trois prix ont été remis aux photos et textes les plus parlants.

La photo intitulée *Le cri des femmes en situation de handicap psychique en Haïti*, créée par Johanne Jean a gagné le premier coup de cœur des délégués du Colloque.

La photo intitulée *Amours de collègues*, créée par Mélanie Pollet a gagné le deuxième coup de cœur des délégués du Colloque.

La photo intitulée *Sur la touche!* créée par Marc Corbière a gagné le troisième coup de cœur des délégués du Colloque.

Enfin, tout au long du Colloque, l'artiste Gabrielle Racine a créé une œuvre en s'inspirant des différents thèmes abordés. C'est d'ailleurs cette œuvre que l'on trouve en couverture de ce numéro. Participante du Centre d'apprentissage parallèle de Montréal (CAP), elle nous livre un commentaire émouvant de son œuvre.

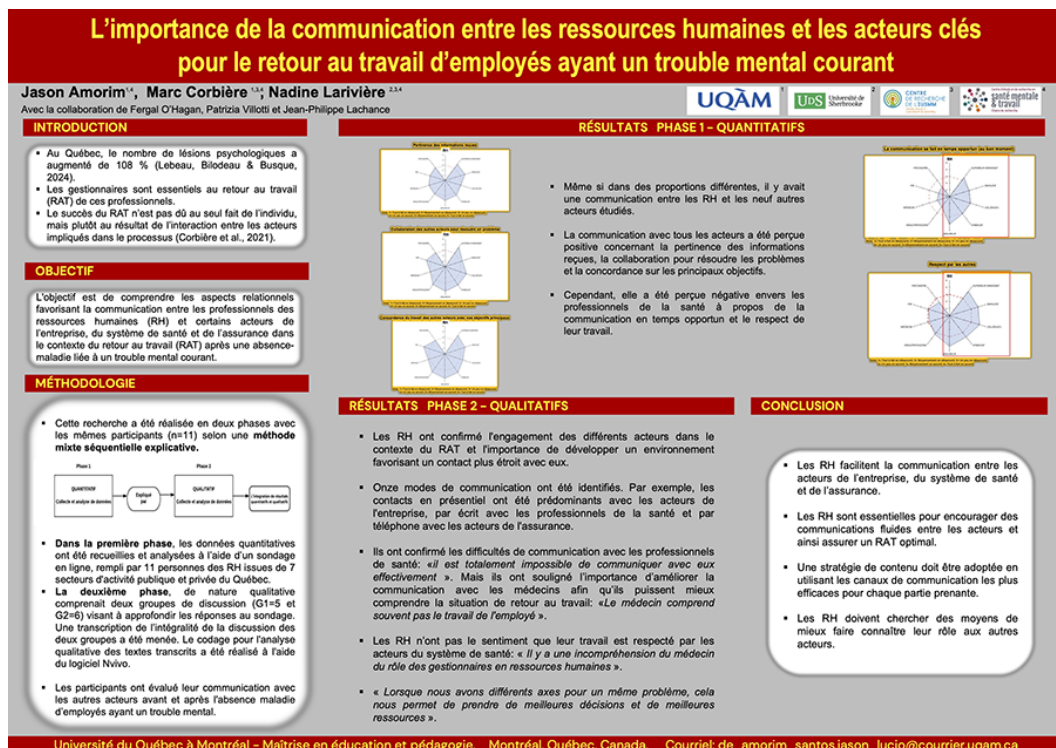
AFFICHES

Près de 30 affiches ont été présentées lors du Colloque, 4 d'entre elles ont été primées.

Vous pouvez les consulter en cliquant sur les liens au-dessous des affiches.

Jason Amorim

L'importance de la communication entre les ressources humaines et les acteurs clés pour le retour au travail d'employés ayant un trouble mental courant



http://www.revue-smq.ca/wp-content/uploads/2025/06/poster_jason-amorim_limportance-de-la-communication-entre-les-ressources-humaines-et-les-acteurs-cles-pour-le-retour-au-travail-demployes-ayant-un-trouble-mental-courant.pdf

Roxanne Poulin

Quand tricher donne un sens au travail : le cas des intervenantes sociales face aux outils d'aide à la décision

QUAND TRICHER DONNE UN SENS AU TRAVAIL : LE CAS DES INTERVENANTES SOCIALES FACE AUX OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

AUTEUR

Roxanne Poulin, candidate au Doctorat en administration

INTRODUCTION

Dans le contexte de standardisation initié dans le Réseau de la santé et des services sociaux, les intervenantes sociales (IS) doivent travailler avec des outils d'aide à la décision (OAD). La finalité des OAD est appelée « recommandation », laissant aux IS, **en théorie**, le choix de suivre ou non la recommandation (Gillingham, 2019). Ces outils confrontent les IS à une pression supplémentaire pour produire des résultats normalisés (Bourque et Grenier, 2016). Ils dénaturisent la profession car ils induisent certaines décisions et ce, au détriment du jugement clinique des professionnelles (Hardy, 2017).

RÉSULTATS

PERCEPTION FACE AUX OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION (OAD)

Dévalorisation de la profession causée par la pression à utiliser les OAD et les statistiques : « L'outil de classification c'est vraiment pas humain. On chiffre une personne selon ses compétences physiques et cognitives, ce qui fait qu'on tombe vraiment dans le jugement selon moi... » (P08-H)

« Quand tu es travailleur social à l'hôpital... ton rôle c'est d'aider à libérer un lit pour que quelqu'un d'autre le prenne. Aille c'est intéressant en tabourette ça ! Moi je me dis j'ai fait un BAC et une maîtrise en travail social pour libérer un lit parce qu'il faut qu'ils mettent la personne dehors. lhhhhh! Ce n'est pas du travail social ça [...] Ce qui intéresse le Réseau, ce sont les maudites statistiques. T'as des cibles à rendre. » (P09-H)

STRATÉGIE : TRICHER POUR DONNER DU SENS AU TRAVAIL

Face aux multiples injonctions contradictoires, les IS trafiquent les données et créent des outils clandestins pour donner du sens à leur travail : « J'ai fait une démarche aujourd'hui, donc l'autre je vais la faire demain... Mais ça fait qu'on se concentre moins sur l'usager ! » (P01-F)

« Y'a un document, une aide à la prise de décision que tous les intervenants remplissent de même « tadadada » sans trop regarder, puis ils le collent dans leurs affaires... » (P07-F)

« Cr*** elle [l'usagère] cote 10 mais je la verrais en RI! Dans ces situations, tu sors ton Excel et tu compares pour modifier tes données... » (P08-H)

OBJECTIFS

1. Analyser la façon dont la standardisation se matérialise dans la pratique des IS.
2. Mettre en lumière comment les IS contournent l'utilisation des OAD et leurs statistiques pour donner du sens à leur travail.

MÉTHODOLOGIE

Devis : Exploratoire qualitatif (Mémoire de maîtrise)

Échantillon : 11 IS (8 F ; 3 H) oeuvrant dans différents secteurs d'intervention

Méthode de collecte : Entretiens semi-dirigés

Thèmes explorés : Contraintes dans le travail ; stratégies de gestion des contraintes

DISCUSSION

Les résultats montrent la façon dont la standardisation contraint le travail des IS (injonctions contradictoires, quantification de la relation d'aide). Or, ils montrent aussi comment les IS agissent dans ce contexte : certaines modifient leurs statistiques quotidiennes et d'autres bricolent des outils collectifs pour contrôler les résultats qui seront obtenus par les OAD. Cela permet aux IS de redonner de la valeur à leur profession et ultimement, de rester en emploi.

CONCLUSION

Implication pratique et pistes de recherche futures :

Les résultats permettent de mieux comprendre la matérialisation des OAD dans la pratique d'intervention sociale. Les acteurs décisionnels du Réseau, ainsi que les gestionnaires, sont ainsi sensibilisés à cette réalité et ultimement, cela pourrait permettre de revoir la pertinence de ces OAD. D'autres méthodes de collecte de données pourraient compléter les entretiens semi-dirigés, comme l'observation non-participante, ce qui assurerait une plus grande richesse.

RÉFÉRENCES

- Gillingham, P. (2019). Can Predictive Algorithms Assist Decision-Making in Social Work with Children and Families? *Child Abuse Review*, 28(2), 114-126.
- Grenier, J., & Bourque, M. (2016). Les politiques publiques et les pratiques managériales : Impacts sur les pratiques du travail social, une profession à pratique prudentielle. *Forum*, 14(3), 8-17.
- Hardy, M. (2017). In Defence of Actuarialism: Interrogating the Logic of Risk in Social Work Practice. *Journal of Social Work Practice*, 31(4), 395-410.

TÉMOIGNAGES

Santé mentale et retour au travail

À l'occasion du Colloque *Santé mentale et travail: s'inspirer, s'outiller, s'allier et innover* qui s'est tenu entre le 16 et le 18 octobre 2024 à Montréal, plusieurs personnes ont accepté de témoigner de leur expérience en matière de santé mentale et de retour au travail. Leurs témoignages ont été présentés sous forme de capsules en introduction aux ateliers qui ont été organisés lors du Colloque.

Ces capsules sont visibles à l'adresse suivante :

<https://www.youtube.com/@santementaleauquebec/videos>

Nous tenons à remercier ces personnes pour leur générosité et leur volonté de contribuer à la déstigmatisation de la maladie mentale.

L'équipe de la revue *Santé mentale au Québec*

PAIR-AIDANCE

Luc Vigneault – La pair-aidance, au Québec, j'en discutais avec des collègues français, il y a eu de la résistance. Il y en a encore beaucoup. Les gens ne comprennent pas que les gens qui ont eu la maladie puissent aider les autres. Ils ne comprennent pas ça. Il ne comprennent pas qu'on puisse travailler et avoir le même salaire.

Sophie de Coatpont – Je sais que la première promotion de pairs aidants en France c'était 2012. Et puis il y a eu une levée de boucliers de syndicats infirmiers et de médecins et il n'y a pas eu de promotion après. Il a fallu attendre six ans et changer d'université pour qu'il y ait une nouvelle promotion de pairs aidants en licence.

Geneviève Lessard – J'ai déjà eu la question : « Pourquoi perd-on nos pairs aidants autant que cela ? » Je pense qu'on ne pose pas la bonne question. Poser la question c'est y répondre. Parce que ça prend de la bienveillance, ça prend du support.

Luc Vigneault – Vraiment, j’ai senti qu’avec les professionnels on est excellent pour faire le pont, pour que les gens puissent s’ouvrir, transférer le lien de confiance, aider les gens à mieux être.

Sophie de Coatpont – En tout cas, j’ai l’exemple d’une ergothérapeute qui n’est même pas dans mon équipe, mais qui est dans le service, qui est venue me voir et qui m’a dit : « T’avais rencontré un jeune homme il y a quelques mois, sache que ça été un déclic pour lui, il a fait pleins de choses depuis. Ta parole a beaucoup plus de poids que la nôtre, je m’en rends compte. »

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Ralph Buchter – La personne qui m’a aidé, je pourrais dire le plus, c’est la psychanalyste avec laquelle je n’ai fait que trois séances, qui en fait a reconnu mon mal. C’est trop bête, c’est des trucs de reconnaissance. Je m’étais senti comme regardé, reconnu dans ma souffrance. Cette femme a été désagréable ; c’était mes pires séances de psy de toute ma vie parce que j’étais hypermal. Parfois, j’hésitais même à y aller pour la voir tellement je ne la supportais pas, mais elle m’a sauvé

Geneviève Lessard – On reçoit un diagnostic en santé mentale, c’est tout ! Retourne chez toi avec ton petit... Oui, mais je fais quoi ? Ça, je pense que c’est un gros manque. Ça s’améliore, mais pour l’avoir vécu, moi j’ai eu des manques un peu partout. Et quand j’ai eu mes diagnostics, mettons le choc post-traumatique, là je retournais à la Vigile¹ et j’avais un suivi avec mon intervenante et elle a fait le pont pour moi au CLSC. J’ai eu accès à une travailleuse sociale, après ça le psychologue. Mais pendant deux ans, dans la police, j’ai consulté un psychologue spécialisé au métier de policier, et il n’a jamais diagnostiqué mon choc post-traumatique.

Fabienne Germond – C’est aussi de pouvoir s’entourer. Déjà, soi-même, se créer ses propres points de vigilance. C’est ce que j’appelle moi mes petits capteurs sensoriels par rapport à moi, par rapport à mon environnement. Tut, tut, tut. S’il y a des zones... oh les petits capteurs là... oh là il y a des zones de stress, là il y a quelque chose qui va pas, oh là... Pouvoir avoir toujours ces petits capteurs, ces petites antennes, pour détecter les petites zones de fragilité et puis effectivement, autour de

1. Ressource spécialisée pour venir en aide aux professionnels qui portent ou portaient l’uniforme.

soi, si on a des personnes qui vont bien qui vous font des retours sur :
« Attention ! Attention ! »

HARMONISATION DES PROCESSUS DE RETOUR AU TRAVAIL

Fabienne Germond – Pendant que j’ai été arrêtée, l’arrêt a duré en fait 18 mois, j’ai été accompagnée par la Mission Handicap et il y avait des relais tous les six mois où les acteurs de mon entreprise se réunissaient avec les personnes qui m’avaient prise en charge dans le dispositif de l’accompagnement. Il y eut deux ou trois points d’organisés qui associaient mon manager, les ressources humaines, la Mission Handicap, le cabinet qui m’accompagnait et le médecin du travail. Voilà, j’étais en dehors et en même temps je n’étais pas oublié complètement. Ils faisaient un point d’étape de mon avancement pour préparer un retour qui se ferait... il n’y avait pas de date. Quand je dis 18 mois, c’est parce que ça s’est passé comme ça. Cela aurait pu durer moins, cela aurait pu durer plus.

Geneviève Lessard – On n’a pas tenu compte de mes limitations, on n’a pas tenu compte de mes séquelles permanentes parce que tout compte fait, 10 ans après, je l’ai eu mon diagnostic de choc post-traumatique qui m’est arrivé comme policière. Toutes les années que je tente de retourner travailler, de chercher, de cogner à toutes les portes pour avoir du soutien, pour comprendre ce qui m’arrive, mais c’est dans le vent. J’aurais aimé ça avoir un employeur ou un gestionnaire compréhensif, bienveillant. Par exemple, j’arrive en retard parce que j’ai fait une crise de panique, une crise d’angoisse et que je n’ai pas de regard ou de commentaire, de feuille de temps à remplir parce que je dois du temps au service. C’est tout ça qui fait que, pour ce que j’ai vécu à l’époque, je trouve qu’il n’y avait pas... ou très peu de soutien et d’accompagnement.

MAINTIEN AU TRAVAIL

Luc Vigneault – Un jour, mon équipe traitante a réuni ma famille, enfin, ma sœur qui était la représentante de la famille, ils ont dit textuellement : « Votre frère, il est fini. » Fini, c’est le mot qu’ils ont employé et j’étais présent. « Luc, il ne travaillera plus, Luc, il n’aura plus de vie sociale. Il faut absolument l’envoyer dans une famille d’accueil. »

C'était au début de la schizophrénie. Mon Dieu! Heureusement, Dieu merci, ma sœur a dit: «Non, non, c'est bon merci.» Elle aussi, elle croyait en moi et c'est à ce moment-là qu'ils m'ont changé d'équipe, et là j'ai rencontré des gens qui travaillaient au rétablissement. Mais ça fait toute la différence au monde quand tu as des gens qui y croient ou des gens qui n'y croient pas.

Geneviève Lessard – Il y en a des personnes bienveillantes et accommodantes, ça existe. Et peut-être qu'il faut se tourner vers ces personnes-là. Et puis je donnerais aussi comme conseil à quelqu'un qui fait un retour au travail, qui a un peu de difficultés, de trouver cette personne parce que c'est important d'avoir du soutien.

Sophie de Coatpont – C'est difficile d'être seul pour aider quelqu'un. C'est mieux d'être plusieurs. C'est même prudent, ça évite des formes d'abus ou d'exclusivité. Moi je trouve que ça, c'est vachement intéressant... la transdisciplinarité.

Fabienne Germond – À partir du moment où je suis revenue en poste, je n'ai pas été laissée de côté. J'avais toujours des contacts, que j'évitais de solliciter tous les jours évidemment. Et dès qu'il y avait des personnes à la Mission Handicap qui changeaient – parce que ce n'était pas toujours les mêmes personnes – je faisais en sorte de me faire connaître: «Coucou! Oui, je te rencontre, est-ce qu'on peut se rencontrer.» Voilà! J'ai identifié la personne, elle m'a identifiée. Pour l'instant, je n'ai pas besoin d'aide, mais je sais que si j'ai besoin d'elle je pourrai la solliciter.

SOUTIEN TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE – TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ

Ralph Buchter – Aujourd'hui, la personne arrive, qu'elle soit schizophrénique, bipolaire ou autre, potentiellement on va lui proposer un sous-travail. En tous cas, nous, ici, sur le territoire national, il y a encore un travail à faire énorme.

Luc Vigneault – Moi j'ai été aidé par des équipes extraordinaires, des équipes qui m'ont accompagné dans mes projets de vie, qui ne m'ont pas dit: «Luc, tu vois, va trier des légumes, ça va t'aider. Non. Toi qu'est-ce que tu veux faire?»

Geneviève Lessard – J’ai essayé plein de méthodes et à chaque méthode je tirais le meilleur pour moi.

Ralph Buchter – On parle de femmes et d’hommes qui vivent leur vie de femme et d’homme, des enfants, des amants, des amantes, des machins, des problèmes de la vie et tout, qui savent faire des choses professionnellement et qui par ailleurs ont un handicap ou une maladie.

Sophie de Coatpont – C’est important peut-être que tout le monde se forme aux premiers secours en santé mentale par exemple pour pouvoir détecter assez vite, même chez l’adolescent une souffrance psychique et pour pouvoir l’orienter.

ÉMOTIONS ET RETOUR AU TRAVAIL

Fabienne Germond – C’est un ensemble de choses. C’est parce que j’étais anxieuse, très très anxieuse, que j’ai voulu trop bien faire, trop perfectionniste, que l’environnement que j’avais m’a mis la pression. J’avais un manager à une époque qui était dans un... pour lui-même déjà c’était un grand sportif qui avait l’esprit de compétition. Il était un peu dans ce mode de fonctionnement « compétition, faire toujours mieux » et donc je suis rentrée aussi là-dedans, bêtement parce que ça répondait aussi à un mécanisme de fonctionnement chez moi de faire plus, une sorte de démarche inconsciente de sacrifice, de s’oublier dans le travail jusqu’à l’absurdité, jusqu’à un moment où ça devient de toute façon impossible.

Ralph Buchter – Je pense qu’il y a peut-être un truc fondamental, c’est que la parole, ça libère et qu’il n’y a rien de plus horrible que de tourner à l’intérieur de soi. En fait c’est le seul truc qui me vient : parler. Pas avoir honte de parler parce qu’en... moi, c’est la que j’ai failli mourir.

OUTILS

Sophie de Coatpont – Un levier de rétablissement pour moi, ça été le travail. Ça m’a structuré, ça m’a donné un sentiment d’utilité, de reconnaissance sociale, le fait de pouvoir gagner sa vie et ça m’a structurée, ça m’a remise en piste et ça m’a donné envie de commencer à croire que je pouvais avoir des rêves, avoir une vie pleine de sens, une vie que je pouvais choisir, quoi.

Ralph Buchter – Une reconnaissance. C’est-à-dire, pour moi, la violence c’était la non-reconnaissance et, avec certaines institutions de ne plus avoir d’interlocutrice et d’interlocuteur humains. C’est vachement bien les trucs à distance, ça va très vite, mais quand tu traverses une période de santé mentale où cela ne va pas – je ne suis pas le seul, pour plein de gens – quand tu n’as plus personne en face pour échanger et que donc il n’y a personne qui peut comprendre ce que tu vis et que tu as des *bots* qui te répondent... ah ça, moi, c’était ultraviolet.

RÉTABLISSEMENT

Fabienne Germond – Au niveau individuel, c’est à chacun de travailler effectivement sur sa prévention, sur ce qui est le mieux pour lui. Parce qu’on n’a pas tous la même vie sociale, affective ou professionnelle. C’est à chacun de créer son petit environnement de prévention.

Luc Vigneault – On vit bien avec les troubles de santé mentale quand on en prend soin de notre santé mentale justement, qu’on se fait une hygiène de vie, qu’on se fait des plans dans notre journée, qu’on prend conscience de ce qui est nuisible, de ce qui est aidant. Et surtout de mieux se connaître.

Ralph Buchter – M’aimer. Plus que m’aimer, avant même de m’aimer ne plus me détester, ne plus me haïr.

Geneviève Lessard – Il y a toujours le sentiment de « je suis toute seule au monde à vivre ça », alors que c’est faux. Si on se permettait de parler avec notre cœur, ouvertement, en toute authenticité... on serait surpris de voir à quel point il y a des gens qui souffrent en silence.

BURN-OUT

Geneviève Lessard – Ça été long avant que je sente que certains collègues me soutenaient parce que j’ai été sept ans en arrêt de travail avec beaucoup de tentatives de retour au travail, qui tout compte fait n’ont jamais été concluantes ni durables, parce qu’il n’y avait pas d’accommodements. C’était une structure qui était trop rigide, pas assez axée sur les problèmes de santé mentale.

Fabienne Germond – À un moment donné, ça allait tellement mal que de fil en aiguille, de petit arrêt en petit arrêt, j’ai finalement été arrêtée pendant une durée indéterminée, et c’est à ce moment-là qu’un

accompagnement a été mis en place, un dispositif qui a compris tout un tas de choses et qui m'ont permis de revenir en emploi dans la même entreprise, sur un autre poste, de consolider ma connaissance de ma fragilité psy et de travailler dessus au quotidien.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Luc Vigneault – Il n'y a pas de rétablissement s'il n'y a pas d'activité physique. Et je ne comprends pas, avec toutes les connaissances qu'on a, que l'activité physique n'a pas plus de place dans les traitements, dans les soins. Je ne comprends pas que dans les cliniques de soins en santé mentale il n'y a pas de club de marche, au minimum.

Ralph Buchter – Si on refait du sport en conscience totale pour nous accompagner dans notre santé, etc., c'est génial. Mais moi j'ai refait du sport pour le coup. À savoir si ça m'a aidé ou pas, ça a quand même pété toute une partie de ma vie la reprise de l'activité physique. Vu l'état émotionnel dans lequel j'étais passé dans cette descente. Comme toute grosse descente, il y a des pics, des machins et le sport à ce moment-là, quand j'étais dans des pics, c'était des pics autodestructeurs en fait. Destructeurs parce que surappétit de tout... ce n'était pas une pratique sportive saine.

Fabienne Germond – Il y a beaucoup de discours « faites du sport... gnagnagna », mais quand on n'est pas bien du tout, qu'on est en dépression, on est accaparé par ses difficultés mentales, on est bloqué, et bien des fois c'est difficile.

Sophie de Coatpont – J'ai fait l'expérience par deux fois dans ma vie que la boxe ou le *punching-ball* ça m'a sauvé de situations... c'est un psy qui m'a fait faire ça pour la première fois. Taper dans un truc de toutes mes forces. Ça m'a fait sortir d'un état dépressif et de confusion mentale. C'était impressionnant. Et d'un coup, je me suis mise à sourire.

DIVULGUER OU NON

Luc Vigneault – Moi, au niveau de la divulgation, je recommande toujours de le dire parce que si on ne le sait pas on ne peut pas avoir d'aide. D'un autre côté, si l'entreprise pour laquelle je travaille n'accepte pas que j'aie une maladie mentale, elle ne me mérite pas. J'ai pas d'affaires là.

Ralph Buchter – Moi, mon histoire personnelle, elle fait que j'ai envie de dire « il faut partager » parce que sinon on reste... et puis moi, ça m'a sauvé. Parce que finalement j'ai mis mon histoire en mots.

Sophie de Coatpont – En fait, les personnes me disaient à chaque fois : « Mais ce n'est pas écrit sur ton front, on ne dirait pas que tu as un handicap. » J'ai dit : « Oui c'est invisible, mais en fait j'ai quand même vécu ça et j'ai aujourd'hui encore un traitement. » Les personnes étaient étonnées et en même temps j'ai toujours eu des bonnes réactions en fait, des ouvertures et même plutôt de la gratification, liées à tout ce que je pouvais dévoiler de mon parcours.

Geneviève Lessard – Ce que tu vas aller dévoiler, tu ne pourras jamais le retirer. Donc, peut-être y aller avec ce qui est prioritaire de savoir.

Fabienne Germond – Il faut sentir le moment, il faut sentir les personnes auxquelles le dire. Il faut se sentir bien, il faut avoir assumé cette histoire douloureuse pour envoyer déjà un regard positif.

INNOVATIONS FRANCE

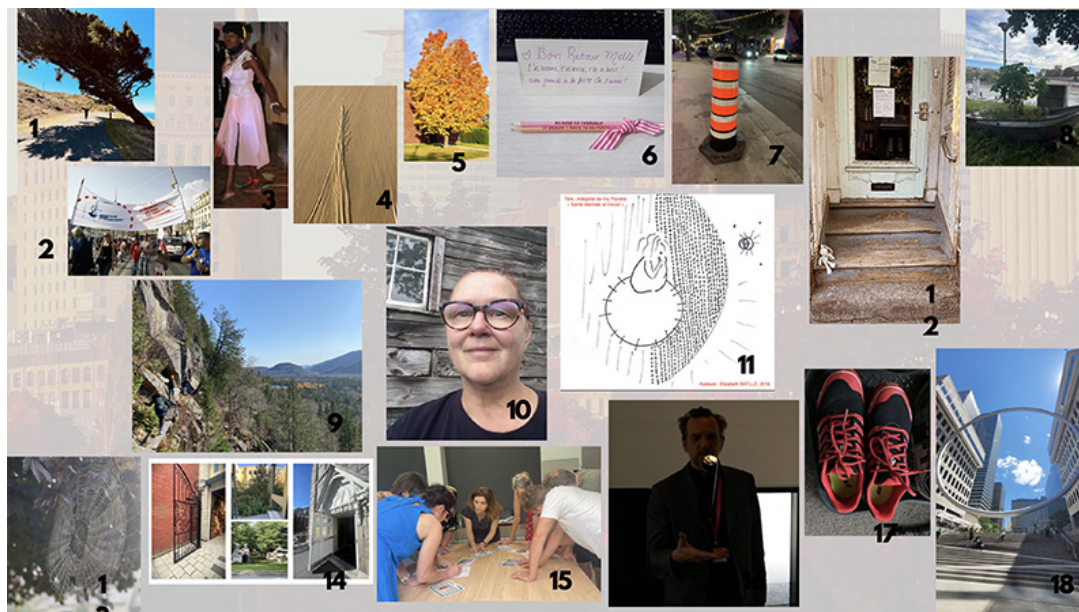
Fabienne Germond – La fragilité a vraiment été révélée et je vis avec ça maintenant, voilà. Et à travers des statuts elle est reconnue. C'est l'invalidité, c'est la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. C'est un statut qui existe en France à travers la RQTH qui est un droit que l'on a, qui passe par la validation d'un circuit administratif.

Ralph Buchter – Il y a un gros gros manque pour une espèce de classe sociale intermédiaire plus, cadres, dirigeants, etc. Et quand elles et eux, qui ont beaucoup de pression, vivent une casse, en fait à la fois limite il y en a qui pensent que « c'est bien fait », il en a qui pensent « c'est bon, avec ce qu'ils ont gagné, ça va on ne va pas se faire de soucis pour eux » et après il n'y a pas forcément les moyens pour bénéficier des « super accompagnements ». En fait il y a un entre-deux qui est un peu « mou ». Ce n'est pas évident.

Sophie de Coatpont – Je n'ai jamais été aussi bien suivie qu'aujourd'hui en fait. Je suis allée au Centre expert bipolaire pour revoir l'histoire de la maladie et confirmer le diagnostic. Ce qui est fait. J'ai pu faire un bilan psy et neuropsychiatrie et puis aussi, j'ai rencontré un psychiatre qui me suit maintenant et qui travaille un peu en réseau. Par exemple, il m'a proposé de vérifier aussi si je n'avais pas d'apnée du sommeil, des choses comme ça, qui a une vue un peu plus générale, plus globale des choses. Donc là maintenant, je me sens très bien prise en charge.

Photovoice

Photovoice est une méthode participative qui permet aux personnes de partager leurs expériences à travers des photos et susciter ainsi un dialogue autour de sujets comme la santé, la famille et la communauté. Créée en 1997 par Wang et Burris, elle est utilisée pour promouvoir le changement social en offrant aux individus un moyen d'explorer et de représenter leur communauté. Dans le cadre du Colloque, les participants ont été invités à s'appropriier cette méthode, en prenant une photo sur la thématique « Santé mentale et travail ».



Premier prix

Le cris des femmes en situation de handicap psychique en Haïti

Cette image saisissante met en lumière la situation critique des femmes haïtiennes en situation de handicap mental. Souvent victimes de discrimination et d'exclusion, elles sont confrontées à de multiples difficultés. L'accès à l'emploi leur est quasi-impossible, et elles sont particulièrement vulnérables aux violences sexuelles, notamment en raison de croyances persistantes les associant à des forces occultes. Ces femmes représentent l'une des populations les plus marginalisées d'Haïti.



Photo et texte: Johanne Jean

<http://www.revue-smq.ca/wp-content/uploads/2025/08/photovoice-1er-prix.png>

Deuxième prix

Amours de collègues

Au printemps 2021, j'ai fait un burn-out. J'étais en dépression depuis plusieurs mois déjà, et dans un contexte de pandémie qui s'étirait, les nerfs ont lâché. Presque inévitablement. J'ai dû m'arrêter de travailler pour un temps, suite aux conseils bienveillants de ma boss de l'époque. À mon retour (progressif) au bureau, j'ai eu une belle petite surprise sur mon bureau : un mot doux de la part de mes deux collègues proches, avec deux crayons aux mots d'encouragements. Cette délicate attention m'a réellement touchée et m'accompagne encore aujourd'hui avec ces crayons que j'utilise à l'occasion, et particulièrement quand je me sens moins bien... pour moi, c'est ça (aussi) la santé mentale et travail : le soutien de précieux collègues et gestionnaires.



Photo et texte: Mélanie Pollet

<http://www.revue-smq.ca/wp-content/uploads/2025/08/photovoice-2e-prix.png>

Troisième prix

Sur la touche!

Les cônes orange à Montréal sont aussi fréquents que les problèmes de santé mentale dans les entreprises. Ils signalent un chantier, une zone vulnérable en transformation. Imaginez maintenant une personne qui revient au travail après un épisode de santé mentale. Bien qu'elle ait repris ses fonctions et réponde aux attentes de l'entreprise, l'équipe semble la laisser en retrait, comme si elle portait un cône invisible. Et parfois, ce cône reste là, même quand il n'y a plus de raison. Il est temps de lever les barrières et de briser le stigmate!



Photo et texte: Marc Corbière

<http://www.revue-smq.ca/wp-content/uploads/2025/08/photovoice-3e-prix.png>

ŒUVRE DE LA COUVERTURE

Présente pendant tout le déroulement du colloque, l'artiste Gabrielle Racine a réalisé en direct une fresque intitulée *La santé mentale au travail*. À travers son œuvre, elle a interprété les thèmes abordés sous sa perspective artistique, apportant ainsi une couleur additionnelle aux réflexions. L'œuvre a été présentée à la clôture du colloque et discutée avec Xavier Bonpunt, directeur artistique, Les ateliers du Cap.



L'œuvre mixte sur toile intitulée *La santé mentale au travail* explore en profondeur les enjeux de la santé mentale dans le milieu professionnel à travers une composition visuellement percutante. Au centre de la toile se dresse une balance imposante, symbole universel de justice et d'équilibre, dont chaque plateau met en lumière deux réalités contrastées.

Éléments représentant un environnement sain

Sur l'un des plateaux, des objets tels qu'un cube Rubik dans son état d'origine, des oiseaux s'envolant et un tournesol lumineux évoquent une santé mentale préservée. Le cube Rubik reflète la complexité des défis professionnels, tandis que les oiseaux symbolisent la quête de liberté mentale. Le tournesol, avec sa nature résiliente, représente la vitalité et le terrain fertile qu'est un environnement de travail sain et équilibré.

Manifestations du déséquilibre mental

L'autre plateau s'incline vers le haut, chargé d'objets brisés, fanés et décomposés, illustrant un état de déséquilibre mental et de surcharge professionnelle. Le cube Rubik est éparpillé en morceaux, il ne reste que quelques plumes des oiseaux, et le tournesol se fane, marquant l'épuisement et la détérioration progressive de la santé mentale.

Tentative de rétablir l'équilibre

Pour contrebalancer cette surcharge mentale, des concepts tels que la reconnaissance, la productivité, le soutien et la prévention sont ajoutés au plateau déséquilibré. Ces éléments viennent symboliser les facteurs protecteurs essentiels dans le monde professionnel, nécessaires pour restaurer un équilibre sain.

Symbolisme du bruit et de la pression quotidienne

La toile, texturée de manière à représenter le bruit incessant de la vie quotidienne, utilise un mélange de peinture acrylique et de collages pour créer une dimension tactile qui amplifie la sensation de charge mentale constante et de mouvement. Malgré ce tumulte, les mots « peur », « stigma », « stress » et « efficacité » se détachent du bruit, demeurant toujours visibles, comme des échos persistants dans le chaos professionnel.

Lumière et métaphore du travail

Dans le coin supérieur droit, une lumière incarne le travail. À l'image des papillons de nuit attirés par la lumière, nous concentrons toute notre énergie sur le travail, jusqu'à risquer l'épuisement, voire de nous brûler mentalement. Cette lumière intense symbolise l'obsession du travail au détriment de la santé mentale.

La nature comme métaphore d'équilibre et d'espoir

La mousse et la vigne qui poussent autour de la balance représentent un équilibre harmonieux, créant un environnement propice à la vie et au travail. Ces éléments naturels illustrent un cadre où il est possible de s'épanouir, tandis qu'un oiseau s'envole symboliquement d'un état d'épuisement vers l'espoir, incarnant la résilience et le renouveau mental.

Réflexion sur la santé mentale au travail

Cette œuvre pousse le spectateur à réfléchir sur la fragilité de cet équilibre et sur l'importance cruciale de préserver la santé mentale dans le monde professionnel. Elle souligne l'urgence de trouver un juste milieu entre productivité et bien-être, pour éviter l'épuisement et promouvoir un environnement de travail plus sain.

Gabrielle Cardinal Racine
Montréal, 18 octobre 2024

MOSAÏQUE

Un esprit d'innovation

Avec ce numéro, chères lectrices et chers lecteurs, nous débutons l'inclusion des articles Mosaïque dans tous les numéros de la revue, afin de rendre disponibles le plus rapidement possible les résultats d'études et les réflexions d'acteurs en santé mentale sur des sujets importants.

Un éventail de sujets est couvert dans ce numéro foisonnant, à commencer par 5 articles scientifiques qui ont en commun d'apporter des éclairages pour mieux accompagner les personnes vivant avec divers troubles mentaux.

Tout d'abord, Mimault et al. se sont penchés sur les violences conjugales, comparant des profils d'hommes français et québécois ayant participé à des programmes d'intervention, en analysant des variables psychologiques comme l'attachement, le risque suicidaire et les symptômes traumatiques. Les résultats montrent des différences dans le type de violences déclarées et dans l'intensité des symptômes traumatiques et dissociatifs. L'étude recommande un accompagnement individuel en complément des stages pour renforcer la responsabilisation et prévenir la récurrence.

Ensuite De Breuker et al. présentent une revue narrative qui s'intéresse à l'impact du contact avec la nature sur la perception du soi physique, en particulier chez les personnes présentant des attitudes et des comportements alimentaires dysfonctionnels. Cinq études sélectionnées montrent des effets positifs du contact avec la nature, via des mécanismes directs et indirects. Ces articles, en accord avec les recherches actuelles, mettent en lumière la complexité de la perception du soi physique et soulignent le rôle prometteur de la nature comme outil d'intervention favorisant la reconnexion à soi, aux autres et à l'environnement. Toutefois, le peu d'études disponibles montre la nécessité de recherches supplémentaires pour évaluer ces effets.

L'expérience vécue dans la relation thérapeutique et d'accompagnement, mise en mots par les personnes concernées, a été approfondie par Frey, une chercheuse avec un savoir expérientiel en psychiatrie – de même que ses collègues – soutenue par une approche de recherche qualitative. L'alliance thérapeutique a été au cœur des entretiens et en particulier les facteurs qui rompent cette dernière. L'analyse a mis en lumière 5 facteurs clés centrés sur les rapports de pouvoir, la violence symbolique et les limites du soin institutionnel. Les participantes, ressentant une asymétrie de pouvoir, développent des stratégies pour regagner un certain contrôle et réduire leur sentiment d'impuissance. La conclusion appelle à fonder des relations thérapeutiques avec des dynamiques d'alliance thérapeutique plus humaines et égalitaires.

Bossé et al. explorent la mise-en-œuvre d'un modèle de pratique en réadaptation psychosociale pour les personnes ayant des troubles mentaux graves, l'approche intégrative Baromètre. Cette étude de cas multiples qualitative, menée dans 2 établissements français s'appuie sur une approche participative impliquant une diversité d'acteurs clés. À travers des observations, des entretiens et des groupes de discussion, plus de 40 facteurs contextuels influençant l'implantation ont été regroupés en 4 catégories imbriquées : processus organisationnels ; pratiques interprofessionnelles ; pratiques d'accompagnement ; processus de rétablissement personnel. L'étude met en lumière 3 dynamiques systémiques : la contagion des vécus, l'inertie et la dynamisation. Ces résultats illustrent de manière tangible la mise-en-œuvre du modèle de pratique Baromètre dans ces milieux. La recherche recommande de poursuivre les efforts pour favoriser des pratiques centrées sur les droits, l'autodétermination et le rétablissement des personnes.

Enfin, Lane et al. examinent l'organisation de l'offre des services dans les universités et les services de santé pour répondre aux besoins des personnes étudiantes universitaires qui vivent avec des problèmes de santé mentale. Le portrait brossé des enjeux et des solutions provient de 17 universités québécoises. Il s'en dégage, entre autres, de bien structurer des corridors clairs et de considérer le mécanisme d'accès en santé mentale comme porte d'entrée.

Suivant ces papiers scientifiques, 3 articles de type Perspectives visent à nous sensibiliser sur des enjeux émergents pouvant inspirer les pratiques et la recherche en santé mentale. Fanid et al. nous rappellent que la fatigue constitue un symptôme fréquent et particulièrement handicapant chez les personnes vivant avec la schizophrénie. Cet article fait le point sur les connaissances actuelles concernant ses

causes et examine d'autres facteurs pouvant y contribuer. Il met en évidence la nécessité de mieux comprendre ce symptôme afin d'en améliorer l'évaluation. Les auteur(e)s insistent également sur l'importance de développer des interventions ciblées pour mieux répondre aux besoins des personnes concernées.

Laliberté expose un nouveau domaine en essor aux États-Unis en psychiatrie, soit la considération des aspects métaboliques dans les troubles mentaux. Plusieurs pistes sont actuellement examinées pour comprendre les mécanismes. De plus, certaines habitudes dans l'alimentation, l'activité physique et le sommeil pourraient ouvrir une voie prometteuse pour prendre soin de sa santé métabolique et mentale, en particulier la diète cétogène.

Pour conclure sur un autre phénomène d'actualité, Paquin réfléchit sur le temps que les jeunes passent devant leurs écrans dans les médias numériques. Il aborde cette question en relevant les nuances qui émanent des effets bénéfiques et négatifs sur la santé mentale décrits dans les études. Il invite ainsi les professionnel(elle)s de la santé à personnaliser l'évaluation en prenant en compte de différents éléments contextuels autour des pratiques numériques.

En somme, cette partie *Mosaïque* se distingue par des articles novateurs et une véritable ouverture sur des perspectives originales en santé mentale. Bonne lecture.

Profils sociodémographiques, criminologiques et cliniques des auteurs de violences conjugales français et québécois : recherche comparative

Telma Mimault^{a, b}

Suzanne Léveillé^a

Yann Auxemery^b

RÉSUMÉ ■ Les violences conjugales représentent désormais une préoccupation sociale à l'échelle internationale. Bien que certains pays aient réagi plus tardivement, nombre d'entre eux ont développé des interventions axées sur une démarche de responsabilisation. L'intérêt du présent article porte sur la prise en compte de plusieurs variables psychologiques et leurs répercussions sur la mise en place d'une démarche de responsabilisation dans un groupe de participants d'origines française et canadienne (Québec). Les variables étudiées sont les symptômes traumatiques, dissociatifs, l'attachement et le risque suicidaire. Bien que ces facteurs soient cruciaux, ils sont peu étudiés alors qu'ils peuvent avoir un impact sur la qualité de l'accompagnement des auteurs de violences conjugales.

Objectifs Nos objectifs sont d'une part, identifier les profils psycho-socio-criminologiques d'auteurs de violences conjugales ayant suivi un stage ou un groupe d'intervention ; d'autre part, mettre en perspective ces 2 groupes et leurs accompagnements respectifs afin d'émettre des hypothèses concernant la mise en place d'une dynamique de responsabilisation au regard de certaines variables psychologiques.

a. Université du Québec à Trois-Rivières.

b. Université de Lorraine, Nancy.

Méthode 57 hommes ont été rencontrés, 38 Français et 19 Québécois ont répondu à des questionnaires sur l'attachement, le risque suicidaire, les symptômes traumatiques et dissociatifs ainsi que des données sociodémographiques.

Résultats Les groupes d'hommes français et québécois sont similaires en ce qui concerne leurs profils sociodémographiques, cependant, on observe des différences significatives en ce qui concerne le dévoilement du type de violences. Le groupe québécois déclare plus de violences sexuelles que le groupe français alors que celui-ci déclare plus de violences physiques que le groupe québécois. Les résultats aux questionnaires portant sur l'attachement et le risque suicidaire ne présentent pas de différence significative, cependant, les questionnaires sur les symptômes traumatiques et dissociatifs sont significativement plus élevés chez les auteurs de violences conjugales québécois.

Conclusion Ces différences peuvent être expliquées par des divergences dans les lieux de recrutement, le niveau d'introspection et la temporalité entre le passage à l'acte et l'entretien de recherche. Un travail de prévention secondaire est à mener afin que les auteurs de violences conjugales puissent repérer leurs difficultés, verbaliser, mentaliser les enjeux les concernant. De plus, la contrainte d'effectuer des stages de responsabilisation telle que mis en place en France apparaît pertinente, mais non suffisante. Des rencontres individuelles avec un intervenant ou un psychologue en complément à ces stages ou groupes pourraient permettre d'augmenter le niveau de responsabilisation vis-à-vis du passage à l'acte ainsi que susciter une mise au travail plus profonde. Cette conscientisation pourrait, dans un deuxième temps, permettre une diminution du risque de récurrence et de la transmission générationnelle.

MOTS CLÉS ■ violences conjugales, agresseurs, France-Québec, responsabilisation, intervention

Sociodemographic, criminological and clinical profiles of perpetrators of domestic violence in France and Quebec: comparative research

ABSTRACT ■ Domestic violence is now an international social issue. Although some countries have been slow to respond, many have developed interventions based on an empowerment approach. This article examines a number of psychological variables and their impact on the implementation of an accountability approach in a group of participants from France and Canada (Quebec). The variables examined are traumatic and dissociative symptoms, attachment and suicide risk. Although these factors are crucial, they have been little studied, even though they may have an impact on the quality of support provided to perpetrators of domestic violence.

Objectives Our objectives were to identify the psycho-socio-criminological profiles of perpetrators of domestic violence who had attended a course or an

intervention group. We also wanted to compare these two groups and their respective support in order to hypothesize about the implementation of an accountability process in relation to certain psychological variables.

Method A total of 57 men were interviewed, 38 from France and 19 from Quebec, who completed questionnaires on attachment, suicide risk, traumatic and dissociative symptoms, and socio-demographic data.

Results The French and Quebec groups of men were similar in terms of their socio-demographic profiles, but there were significant differences in the types of violence reported. The Quebec group reported more sexual violence than the French group, while the French group reported more physical violence than the Quebec group. There were no significant differences in the results of the questionnaires on attachment and suicide risk, but the questionnaires on traumatic and dissociative symptoms were significantly higher among the Quebec perpetrators of domestic violence.

Conclusion These differences may be explained by differences in the recruitment sites, the level of self-reflection and the time between the act of violence and the research interview. Secondary prevention work needs to be carried out so that perpetrators of domestic violence can identify their difficulties and verbalise and mentalise the issues that affect them. In addition, the obligation to attend training courses on responsibility, as proposed in France, seems appropriate but not sufficient. Individual meetings with a counsellor or psychologist, as a complement to these courses or groups, could help to increase the level of responsibility for the act and encourage more in-depth work. This awareness could in turn reduce the risk of re-offending and intergenerational transmission.

KEYWORDS ■ domestic violence, perpetrators, France-Quebec, accountability, intervention

Introduction

L'augmentation des dépôts de plainte concernant les violences conjugales nécessite que les politiques publiques s'ajustent afin d'offrir une meilleure prise en charge judiciaire, psychiatrique, psychologique et sociale. L'engagement de certains pays apparaît plus précurseur que d'autres. Charruault (2019) mentionne que les États-Unis et la province du Québec (Canada) ont mis en place depuis les années 90 des enquêtes de grande ampleur afin de quantifier les violences intrafamiliales commises contre les mineurs. La France s'est intéressée, plus tardivement, à ce phénomène dans les années 2000 avec des enquêtes nationales sur la santé générale et spécifiquement des violences faites aux femmes. Ce décalage entre le Canada et la France s'observe aussi au sein des

pratiques de terrain concernant la mise en place d'une démarche de responsabilisation pour auteurs de violences conjugales, démarche au cœur de la présente étude. Ce processus est défini par Vlais (2016) dans le *Guide de pratique à l'attention des intervenantes et intervenants des organismes membres du réseau à cœur d'homme* rédigé par Roy et al. (2022). Selon ces chercheurs, l'acceptation de la responsabilité du ou des comportements agressifs ainsi que l'engagement sur la voie de la non-violence font partie du processus de responsabilisation.

1. Définitions des violences conjugales

Les violences conjugales peuvent être physiques, psychologiques, sexuelles, économiques, administratives ou encore matérielles. Celles-ci dépassent la simple dispute et affectent de façon majeure les victimes exposées, de façon directe ou indirecte (Organisation mondiale de la Santé, 2021). Elles sont à considérer dans un système de relation « dans lequel l'un des deux conjoints utilise la peur, l'intimidation, l'humiliation, les coups, le contrôle du temps ou de l'argent, ou tout autre moyen pour avoir une emprise sur l'autre » et ainsi, plus globalement, comme un dysfonctionnement grave du lien conjugal « dans lequel un rapport de force se substitue à tout dialogue, à toute négociation, au moins au moment de la crise de violence » (Baron et al., 2016 ; Ferraty-Giacardi et Delbreil, 2017). Les violences conjugales sont généralement complexes, plurielles, et répétitives.

Les dimensions multifactorielle et interpersonnelle de ce phénomène amènent les chercheurs et cliniciens à utiliser et développer plusieurs approches et typologies pour mieux le comprendre. Selon l'approche féministe, les violences conjugales sont comprises comme étant l'héritage d'une problématique sociale et sociétale basée sur le patriarcat. Ce type de violence implique la tentative d'un homme à contrôler et terroriser une femme, pouvant parfois se solder par ce que Frigon (2009) appelle la « stratégie de protection » des femmes qui mène dans certains cas au maricide (homicide du conjoint par une femme). Plus récemment, c'est la création de nombreux modèles typologiques qui ont été développés afin de permettre une meilleure compréhension des différents profils d'auteurs de violences conjugales. Les enjeux examinés dans ces typologies sont la relation entre les deux partenaires, le contexte, la gravité et l'étendue des violences, la place du contrôle et les facteurs de risque (Deslauriers et al., 2022 ; Lussier et al., 2008). Par ailleurs, selon l'approche psychosociale, les violences

conjugales impliquent des comportements violents reliés à des symptômes psychologiques, à des traits ou troubles de la personnalité, des conduites d'attachement dysfonctionnelles, de l'hostilité, de la colère, des problèmes de consommation d'alcool ainsi que de moins bonnes habiletés sociales (Léveillé et al., 2022; Mitchell et Vanya, 2009). Ces éléments soulèvent l'importance d'explorer les variables psychologiques et leurs implications dans le passage à l'acte dans le cadre d'une démarche de responsabilisation, qu'elle soit sous contrainte ou volontaire.

1.1. Prévalence

En France, en 2022, sur 67 millions de personnes, on recense 244 000 victimes de violences conjugales avec une augmentation de 15 % par rapport à 2021. Dans deux tiers des cas, la violence physique était présente et 1 victime sur 4 a porté plainte (Service statistique ministériel de la sécurité intérieure, 2023). Au Québec, en 2022, sur environ 9 millions de personnes, 25 401 ont été victimes d'infractions contre la personne en contexte conjugal avec 75 % de femmes et 25 % d'hommes (Institut de la statistique du Québec, 2023).

1.2. L'évolution des lois et accompagnements des auteurs de violences conjugales en France et au Québec

1.2.1. France

C'est au cours des années 1970 que la prise en compte des violences conjugales a débuté sous la pression des associations féministes. La cause devient de plus en plus légitime dans l'espace social, ce qui permet une plus grande reconnaissance et la création de droits spécifiques pour les femmes victimes. La problématique des violences conjugales devient un enjeu majeur de santé publique qui concerne des hommes et des femmes, de tous âges et de tous niveaux socioculturels. En effet, malgré l'évolution de la place de la femme dans la société avec l'acquisition davantage d'autonomie sur le plan économique, social et juridique, la domination de l'homme sur la femme et la place du patriarcat restent ancrées. De multiples actions gouvernementales et associatives aboutissent à la reconnaissance des victimes ainsi que leur prise en charge dans les années 90. Ce n'est qu'à partir de 2005 que la question de la prise en charge des auteurs de violences conjugales émerge avec la nécessité de traiter le problème « à la source » afin de diminuer le nombre de cas et la récurrence (Coutanceau et al., 2016).

Enfin, c'est en 2010 que les enfants sont reconnus victimes (in)directes à l'exposition des violences sur le plan juridique. L'importance de la prise en charge devient prégnante afin d'éviter la transmission générationnelle (Coutanceau et al., 2016) et la mise en place de centres de prise en charge pour auteurs de violences conjugales (CPCA) débute en 2019.

1.2.2. *Au Québec*

En matière de violences conjugales, le Code criminel du Canada s'applique comme loi fédérale déterminant les infractions criminelles et le Code civil du Québec s'applique comme loi provinciale déterminant le droit de la famille ainsi que la responsabilité civile (Institut national de santé publique du Québec, 2023). Au Québec, les premiers groupes d'intervention pour les hommes auteurs de comportements violents au sein du couple ont vu le jour dans les années 1980 (Deslauriers et al., 2022). En 1995, 4 plans d'action axés sur la prévention, le dépistage et l'arrêt de la violence conjugale sont élaborés. Depuis plus de 25 ans, le gouvernement québécois reconnaît les enfants comme victimes dans un contexte conjugal de par leur forte présence au moment du passage à l'acte et l'importance des conséquences que ces actes ont sur eux (Lapierre et Vincent, 2022).

La reconnaissance des violences conjugales implique une temporalité différente en France et au Québec, ce qui a mené à des propositions d'intervention et d'accompagnement ne reposant pas sur les mêmes fonctionnements et types d'intervention. Dans le Tableau 1, les différences entre les interventions proposées en France et au Québec sont mises en avant.

2. Initiation d'une recherche binationale

À notre connaissance, aucune comparaison internationale entre la France et le Canada (Québec) n'a été réalisée quant aux interventions auprès des auteurs de violences conjugales. Encore trop rares, les recherches internationales permettent la mise en perspective de la diversité des offres de soin ainsi que leur compréhension dans des contextes sociétaux différents. Par exemple, dans le cadre d'une coopération européenne et en prenant en considération les systèmes judiciaires et sociaux français et suédois, Delaunay et al. (2018) repèrent que la politique suédoise est plus structurelle et sexospécifique en proposant des accompagnements individuels alors que la France s'inscrit

TABLEAU 1
Différence entre les stages de responsabilisation et les groupes d'intervention rencontrés au sein de la recherche

	France — stage de responsabilisation	Québec — groupe d'intervention
Participants	10 à 12	6 à 8
Durée	1 à 2 jours	42 h
Temps de parole	Présentation avec tour de table, prise de parole libre, mais non obligatoire	Présentation avec tour de table, peuvent aborder une problématique particulière, prise de parole libre et sollicitée pour les moins bavards
Objectif	La responsabilisation, meilleure connaissance des violences conjugales Perspectives de solutions et outils	La responsabilisation, gestion des émotions, meilleure connaissance des violences conjugales
Animateurs	Un homme et une femme	Un homme et une femme
Intervenants externes	Gendarmerie, addiction France, France Victimes	Aucun
Contexte	Contraint par la justice (peine alternative)	Volontaire ou judiciairisé

dans un régime plus corporatiste se concentrant sur les cas les plus graves et l'utilisation d'une évaluation plus procédurale. Ces conclusions permettent alors d'intégrer un phénomène dans un contexte politique et social; intégration essentielle dans la mise en place d'un accompagnement efficient. Très récemment, grâce à une collaboration francophone, des experts ont réalisé l'état des lieux de la recherche en France en mettant en perspective les dispositifs de prise en charge d'auteurs de violences conjugales en place dans les autres pays, dont le Québec (Courtois et al., 2024)devenant Grande Cause du premier quinquennat (2017-2022). Leurs conclusions indiquent une forte accélération depuis une dizaine d'années, notamment avec le Grenelle de lutte contre les violences conjugales de 2019 en France. Cependant, et ce, malgré l'inspiration prise de l'autre côté de l'Atlantique, peu d'études sont réalisées dans une perspective internationale franco-québécoise. Seulement une étude en psychocriminologie a été réalisée avec une recherche internationale entre la France et le Québec et concerne des hommes auteurs d'un homicide sexuel (James et al., 2018).

2.1. Violences conjugales et vécus traumatiques

Que ce soit du côté de l'Europe ou de l'Amérique, les caractéristiques psychologiques des auteurs de violences conjugales ont été étudiées. Ils incluent l'alexithymie, la dépression, l'impulsivité (Di Piazza et al., 2017), les tendances autoagressives (Léveillé et al., 2009; Léveillé et Vignola-Lévesque, 2021), la qualité de l'attachement ou encore la régulation émotionnelle (Babcock et al., 2000). La majorité des études anglo-saxonnes sont axées sur l'estime de soi et le narcissisme comme caractéristiques psychologiques de ces hommes (Ferraty-Giacardi et Delbreil, 2017). Toutefois, selon une étude canadienne (Talbot et al., 2015), ces enjeux seraient à considérer comme étant des valeurs prévisionnelles permettant de prédire l'agression et non uniquement des caractéristiques psychologiques.

De plus, les études rapportent des taux élevés d'attachement insécurisé, d'exposition à la violence conjugale ou encore le vécu de traumatisme chez les auteurs de violences conjugales (Alexander et Warner, 2003; Babcock et al., 2000; Di Piazza et al., 2017; Smith, 2016). Malgré ces données, peu d'études ont mis en lumière la dissociation et les symptômes traumatiques vécus par les auteurs de violences conjugales, pourtant observés fréquemment dans le discours de ces hommes. Seule l'équipe de recherche du Maryland se distingue avec l'étude de la dissociation dans cette population spécifique. Les résultats indiquent une corrélation ou un lien de prédiction entre les traumatismes vécus, la dissociation et le passage à l'acte violent dans le couple (LaMotte et Murphy, 2017; Simoneti et al., 2000; Webermann et Murphy, 2019). La dissociation est ici considérée d'origine traumatique selon la Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van Der Hart et al., 2010). Elle se définit comme la division de la personnalité entre plusieurs systèmes d'idées ou de fonctions (pensées, affects, sensations, comportements, souvenirs) se manifestant par des flash-back, de l'amnésie ou encore des symptômes de dépersonnalisation ou déréalisation. Sa présence prégnante dans certains critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT) a soutenu la création d'un sous-type dissociatif de TSPT dans le DSM-5 (présence de dépersonnalisation et/ou déréalisation). Ces variables peu prises en compte dans les propositions d'intervention auprès de cette population pourraient devenir un frein à la démarche de responsabilisation et de réduction des risques d'un autre passage à l'acte au sein du couple.

2.2. Objectifs et hypothèses

D'une part, la présente étude a pour objectif d'identifier les profils psycho-socio-criminologiques des auteurs de violences ayant suivi de façon volontaire ou contrainte par la justice un stage proposé en France ou un suivi de groupe au Québec. D'autre part, l'objectif est de mettre en perspective ces 2 groupes et leurs accompagnements respectifs afin d'émettre des hypothèses concernant la mise en place d'une dynamique de responsabilisation.

L'hypothèse principale considère une différence de niveau de dévoilement concernant les types de violence commise, avec des niveaux plus élevés pour le groupe québécois que français en lien avec le type d'accompagnement complété. Autrement dit, les profils d'hommes auteurs de violences conjugales seraient similaires dans les deux pays avec : des niveaux sociodémographiques diversifiés, des taux de récidive et de violence extraconjugale relativement faibles, une présence moyenne (50 %) de consommation de substances psychoactives avant le passage à l'acte et des résultats aux questionnaires marquant la présence de vécu traumatique (symptômes traumatiques et dissociatifs, attachement insécurisé et risque suicidaire).

3. Méthode

3.1. Participants

L'échantillon de cette étude comprend 57 hommes auteurs de violences conjugales. Les participants ont été recrutés au sein de stages de responsabilisation de mai 2022 à décembre 2022 en France ($N = 38$) et au sein de groupes d'intervention consacrés aux violences conjugales d'avril 2023 à novembre 2023 au Québec ($N = 19$). Ces 2 interventions visent la responsabilisation.

Le recrutement a été effectué par une doctorante, psychologue clinicienne, et chaque participant a signé un formulaire de consentement avant le début de l'entretien. Chaque homme a participé à un entretien d'une durée d'environ 1 h 30 et a rempli 4 questionnaires sur l'attachement, les comportements suicidaires, les symptômes traumatiques et les symptômes dissociatifs. Enfin, les participants ont fourni des données sociodémographiques.

3.2. Instruments de mesure

La *Dissociative Experience Scale* (DES) (Bernstein et Putnam, 1986 ; Carlson et Putnam, 1993) a été validée en français par Darves-Bornoz et al. (1999). La DES est un autoquestionnaire de 28 items évaluant la fréquence des symptômes dissociatifs dans la vie quotidienne (score de 0 à 100). Ce questionnaire mesure 3 sous-types de symptômes tels que l'amnésie, l'absorption ainsi que la dépersonnalisation/déréalisation. Un score de 10 ou moins est considéré comme normal, un score entre 11 et 29 témoigne d'une dissociation traumatique ou de légers symptômes dissociatifs et un score supérieur à 30 permet de repérer un trouble dissociatif. La DES a été recommandée pour sa bonne fiabilité intratest et test-retest de 0,93 (Carlson et Putnam, 1993). Darves-Bornoz et al. (1999), avec la version française, montrent une bonne cohérence interne, avec un alpha standardisé de 0,94.

La *Suicide Probability Scale* (SPS) (Cull et Gill, 1989) a été traduit en français en 1998 (Labelle et al., 1998). La SPS est un instrument qui permet d'estimer chez un individu son niveau de désespoir, d'idéation suicidaire, d'évaluation négative de soi et d'hostilité, et d'en inférer un risque suicidaire. C'est un autoquestionnaire de 36 items en 4 sous-échelles. Les résultats de l'étude psychométrique de Labelle et al. (1998) indiquent une bonne validité interne de la version française de la SPS avec un coefficient d'alpha de 0,075.

La *Post Traumatic Checklist Scale* (PCL) (Weathers et al., 2013) a été validée en français par Ashbaugh et al. (2016). La PCL est un autoquestionnaire de 20 items évaluant au cours du dernier mois les symptômes du TSPT selon le DSM-5 (les symptômes d'intrusion, d'évitement, les effets négatifs sur les capacités intellectuelles et de l'humeur, l'excitation altérée). Lorsque le score total est coté inférieurement à 28, aucun symptôme de TSPT n'est repéré. Lorsqu'il est supérieur à 29, la PCL a été décrite comme sensible au repérage d'une difficulté psychique, particulièrement dans les dimensions anxieuses et dépressives (Blevins et al., 2015). Lorsque le score est supérieur à 38, un diagnostic de TSPT peut être envisagé, il devra être validé grâce à la réalisation d'un entretien plus approfondi. Ashbaugh et al. (2016) ont montré des résultats significatifs et confirmé la bonne validité empirique et discriminante de l'échelle avec un coefficient alpha de 0,94 et une fiabilité test-retest de la mesure également bonne ($r = 0,89$).

Le *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) de Bartholomew et Horowitz (1991) traduit en français par Guédeney et al. (2010). Le RSQ est composé de 30 items élaborés à partir du *Relationship Questionnaire* et de l'*Adult Attachment Scale* (Collins et Read, 1990). Le RSQ est conçu comme une mesure continue de l'attachement chez l'adulte. Plus il est élevé, plus il indique un attachement insécurisant. Guédeney et al. (2010) confirment les bonnes qualités psychométriques de l'outil avec un coefficient de Cronbach inférieur à 0,60 et une bonne fiabilité test-retest avec un coefficient de Cronbach inférieur à 0,80.

3.3. Analyse

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées dans un premier temps en ce qui concerne les données sociodémographiques, les données criminologiques, ainsi que les données des questionnaires pour les groupes québécois et français. Nous avons par la suite réalisé des analyses pour comparer les facteurs dans les groupes français et québécois et voir s'il existait une différence significative ou non entre les 2 groupes avec des tests de chi-carré ainsi que des analyses de variance. Le test exact de Fisher était utilisé lorsque l'effectif de la cellule était inférieur à 5. Dans l'objectif d'évaluer la force de la significativité des résultats, nous avons réalisé une mesure d'association grâce au V de Cramer.

4. Résultats

Notre échantillon est composé de 57 participants, 19 Québécois et 38 Français. Les caractéristiques sociodémographiques des auteurs de violences conjugales français et québécois apparaissent très similaires. Aucune différence statistiquement significative n'a été repérée en ce qui concerne ces variables. Il en est de même pour l'état matrimonial, les catégories et la moyenne d'âge, la scolarité, la profession ainsi que le fait d'avoir des enfants ou non (Tableau 2). En moyenne, lors des rencontres, les participants étaient âgés de 41 ans. La plupart des participants étaient séparés ou divorcés et avaient des enfants (plus de 70 %). La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était la catégorie ouvrière/intermédiaire en concordance avec des participants ayant étudié jusqu'au lycée/cégep.

En moyenne, le temps écoulé entre le passage à l'acte au sein du couple et l'intervention est de 19 mois au Québec et de 27 mois en France. On observe des similitudes pour la catégorie de violences psychologiques,

TABLEAU 2
Caractéristiques sociodémographiques des auteurs de violences conjugales

Variables	Français (%) N = 38	Québécois (%) N = 19	Total (%) N = 57	Taille d'effet
Catégorie d'âge				0,11
Moins de 30 ans	13,2	10,5	12,3	
Entre 30 et 40 ans	39,5	36,8	38,6	
Entre 40 et 50 ans	36,8	31,6	35,1	
50 ans et plus	10,5	21,1	14,0	
Moyenne d'âge	41,3	41,7	41,4	0,44 ^a
Âge d'arrêt de la scolarité				0,10
Primaire	2,6	0	1,8	
Collège/Secondaire	13,2	21,1	15,8	
Lycée/Cégep	57,9	57,9	57,9	
Formation professionnelle/Université	2,3	21,1	24,6	
Profession				0,14
Sans Profession	2,6	0	1,8	
Ouvrier/catégorie intermédiaire	47,4	68,4	49,1	
Artisan	18,4	21,1	17,5	
Cadre	21,1	0	19,3	
Chef d'entreprise/autoentrepreneur	7,9	10,5	10,5	
Retraité	2,6	0	1,8	
Statut marital avec la victime				0,07
Concubin/marié	26,3	26,3	26,3	
Séparé/divorcé	71,1	73,7	71,9	
Veuf	2,6	0	1,8	
Enfant				0,14
Oui	89,5	73,7	84,2	
Non	10,5	26,3	15,8	

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

^ad de Cohen

verbales et cyberviolences (harcèlement ou menace de mort par voie téléphonique le plus souvent). Cependant, il existe une différence significative pour la catégorie des violences sexuelles ($p = 0,038$, $\phi = 0,22$), physiques ($p = 0,041$, $\phi = 0,19$) et autres violences ($p = 0,016$, $\phi = 0,23$) incluant les violences matérielles, économiques et animalières. Les auteurs de violences conjugales français rapportent plus de violences physiques alors que les auteurs de violences conjugales québécois rapportent plus de violence sexuelle et autres violences (Tableau 3). Enfin, une dernière différence est observée concernant la violence extraconjugale ($p = 0,034$, $\phi = 0,20$) avec des taux plus élevés dans le groupe québécois. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour les variables

TABEAU 3
Caractéristiques criminologiques des auteurs de violences conjugales

Variables	Français (%) N = 38	Québécois (%) N = 19	Total (%) N = 57	Taille d'effet
Type de violences conjugales commis				
Violences psychologiques, verbales et cyber	86,8	100	91,2	0,15
Violences physiques	79,9	52,6	70,2	0,19*
Violences sexuelles	2,6	21,1	8,8	0,22*
Autres violences (matérielles, économiques, animalières)	21,1	52,6	31,6	0,23*
Récidive			1,8	0,03
Oui	7,9	10,5	8,8	
Non	92,1	89,5	91,2	
Violence en extra conjugale			84,2	0,20*
Oui	28,9	57,9	38,6	
Non	71,1	42,1	61,4	
Consommation de substances psychoactives pendant le passage à l'acte				0,07
Oui	47,4	36,8	56,1	
Non	52,6	63,2	43,9	

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

TABEAU 4
Réponses aux questionnaires des auteurs de violences conjugales

Variables	Français (%) N = 38	Québécois (%) N = 19	Total (%) N = 57	Taille d'effet
Dissociation (DES1)				0,24*
Pas de dissociation	50	36,8	45,6	
Score de repérage de la dissociation traumatique	42,1	26,3	36,8	
Score de repérage du trouble dissociatif	7,9	36,8	17,5	
Trouble de stress post-traumatique (PCL2)				0,30**
Pas de TSPT	71,1	26,3	56,1	
Score de repérage de dimensions anxieuses et dépressives	7,9	21,1	12,3	
Score de repérage de symptômes de TSPT	21,1	52,6	31,6	
Risque suicidaire (SPS3)				0,21
Pas de risque	76,3	47,3	66,7	
Score de repérage d'un risque léger	21,1	42,1	28,1	
Score de repérage d'un risque modéré	2,6	10,5	5,3	
Relationship Scale Questionnaire (RSQ)				
Moyenne	2,94	3,26	3,04	0,35 ^a

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

^ad de Cohen

de consommation de substances psychoactives et de présence de récidive (commettre de nouveau la même infraction).

En ce qui concerne les questionnaires complétés par les auteurs de violences conjugales, des différences significatives sont relevées pour les variables de symptômes traumatiques ($p = 0,004$, $\phi = 0,30$) et dissociatifs ($p = 0,039$, $\phi = 0,24$) (Tableau 4), mais pas pour le risque suicidaire et la mesure de l'attachement. En effet, d'importantes différences significatives sont repérées concernant l'identification de symptômes du trouble dissociatif présent à 7,9 % pour les participants français et 36,8 % pour les participants québécois. Il en est de même pour le repérage de symptômes du TSPT avec environ 20 % pour les participants français et plus de 50 % pour les participants québécois.

Discussion

Les groupes français et québécois sont similaires en ce qui concerne leurs profils sociodémographiques, cependant, on observe des différences significatives en ce qui concerne le dévoilement du type de violences commises et les réponses aux questionnaires. Les auteurs de violences conjugales français rapportent davantage de violences physiques que les auteurs de violences conjugales québécois qui rapportent davantage de violences sexuelles et autres violences. Les résultats significativement différents aux questionnaires portent sur les symptômes traumatiques et dissociatifs plus élevés chez les auteurs de violences conjugales québécois. Nous allons explorer les similitudes puis les divergences.

1. Similitudes : le profil sociodémographique, la qualité d'attachement et le risque suicidaire

Les profils sociodémographiques et les qualités d'attachement sont similaires dans les 2 groupes. Cette similitude peut être expliquée par une culture occidentale prévalente et un niveau de développement économique commun entre la France et le Québec. Néanmoins, les résultats au questionnaire du risque suicidaire ne présentent pas de différence significative alors que des différences significatives sont observées pour les questionnaires sur les symptômes traumatiques et dissociatifs. Ces résultats peuvent paraître discordants au vu des corrélations observées entre les risques suicidaires et les symptômes traumatiques et dissociatifs (Calati et al., 2017; Vaiva et Ducrocq, 2010; Vandevorde et Le Borgne, 2015). Il semble qu'avec plus de participants,

les résultats au SPS auraient certainement été différents allant ainsi dans le même sens que les symptômes traumatiques et dissociatifs.

2. Divergences : la portée de 2 accompagnements

a. Importance du repérage des symptômes traumatiques et dissociatifs

Les participants québécois déclarent des pourcentages plus élevés de symptômes traumatiques et dissociatifs. Les démarches d'intervention sont différentes impliquant un stage de responsabilisation en France et un groupe d'intervention au Québec. Soixante-quinze pour cent des participants québécois ont entrepris une demande d'aide auprès d'un organisme de façon volontaire et/ou motivé ou non par un membre de la famille, un avocat, un ami... Cette demande pourrait être le signe d'une souffrance psychique, qui plus est parfois dans un contexte de séparation (Léveillé et Vignola-Lévesque, 2021). Autret et al. (2009) appuient cette idée en soulignant que les auteurs de comportements violents dissimulent souvent une fragilité psychique reposant sur des normes sociales apprises comme la dévalorisation de l'expression émotionnelle ou encore la valorisation de la virilité.

Enfin, la démarche volontaire ou non a pu impacter les variables psychologiques mesurées. En France, le stage de responsabilisation était une peine judiciaire. Quelques études se sont penchées sur la démarche de contrainte judiciaire, comme dans l'obligation de soin par exemple. Ces études démontrent que la contrainte de soin peut-être un réel levier thérapeutique dans le cadre d'une démarche longue. En effet, les premiers entretiens auront un enjeu majeur dans la démarche de responsabilisation et de soin par la suite (Adam, 2012; Scroccaro, 2012). En 2 jours et au sein d'une démarche groupale, nous pouvons penser que les niveaux d'implication et d'introspection puissent être plus faibles. Cela pourrait se refléter dans les réponses aux questionnaires dans la mesure où le dévoilement et la reconnaissance des faits de violence sont plus faibles. Pour ces hommes, le stage de responsabilisation serait un temps psychoéducatif de sensibilisation aux violences conjugales et un premier pas dans une marche de responsabilisation. Seul un dévoilement public (jugement au tribunal) a été réalisé durant le passage devant la justice, le dévoilement personnel n'étant pas encore accessible (Kowal et al., 2016).

Ainsi, les Québécois présenteraient-ils plus d'enjeux traumatiques et de symptômes dissociatifs ou auraient-ils des capacités d'élaboration et d'introspection différentes? Il semblerait que les participants

québécois soient traversés par des conflits internes élaborés au sein du groupe d'intervention alors que le stage de responsabilisation en France, plutôt perçu comme une formation, n'active pas forcément des mécanismes de changements chez les participants. Ces éléments sont importants à prendre en compte, car nous observons que plus le repérage de ces symptômes traumatiques est réalisé proche du passage à l'acte et plus ils sont marqués. C'est en ce sens que l'accompagnement psychologique et social serait des plus pertinent à mettre en place à la suite du stage afin que ces symptômes ne deviennent pas des freins à la démarche (Meurant et Janote, 2022). Ces différences, au sein d'une population francophone comparable, pourraient aussi être expliquées par des différences de rapport à la santé mentale, notamment avec la considération du Québec comme « chef de file » d'une approche globale de santé mentale mettant en avant la santé communautaire contrairement à la France et sa perspective biomédicale ancrée (Pitti, 2021).

b. Les caractéristiques criminologiques : accent porté sur les violences sexuelles et physiques

Concernant les différences quant aux caractéristiques criminologiques, les auteurs de violences conjugales recrutés au Québec révèlent des taux plus élevés de violences sexuelles. Les violences sexuelles sont l'une des formes de violences les plus difficiles à dénoncer à la fois pour la victime et l'auteur (Chariot et Vigarello, 2019). Pour les 2 protagonistes, elles peuvent être source de honte et de peur du jugement de l'autre. Les statistiques pour le groupe québécois obtenues (21 %) concordent avec ce qui a pu être obtenu dans une étude réalisée par Léveillé et al. (2022) avec 26 % des participants qui reconnaissent de la violence sexuelle au sein de leur couple. De plus, les chercheurs indiquent que l'encouragement à la communication et la verbalisation constitueraient un pilier fondamental du dévoilement de tous types de violences. Le pourcentage plus élevé de dévoilement de violences sexuelles au Québec pourrait être en lien avec l'évocation des violences commises à de multiples reprises et sous différentes formes dans un temps réparti de 0 à 21 semaines (entretien individuel avant l'intégration du groupe et pendant le groupe avec la présentation individuelle, le tableau et le rituel du nouveau). L'engagement des participants sur plusieurs semaines dans le cadre du groupe d'intervention au Québec permettrait une plus grande reconnaissance des violences de plusieurs formes, notamment les violences sexuelles, que la participation à un stage de responsabilisation de 2 jours. Dans le stage de responsabilisation en France, la question du

consentement dans le couple et les violences sexuelles en général sont moins abordées par manque de temps. C'est en ce sens que Meurant et Janote (2022) décrivent la limite prégnante de ces stages concernant le manque d'approfondissement de thématiques primordiales à élaborer (gestion émotionnelle, gestion des situations quotidiennes, affinement des violences commises, contexte de séparation, mise en place d'une nouvelle relation...). De plus, rappelons que si ce fait n'a pas été mentionné au tribunal, les participants peuvent craindre de l'évoquer dans le cadre d'entretiens de recherche. Ainsi, ces résultats étant autodéclarés, la violence sexuelle pourrait être sous-déclarée au moins en France, et au Québec dans une moindre mesure.

Enfin, un plus grand nombre d'hommes français rapportent de la violence physique. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette différence. Les Québécois étant pour $\frac{3}{4}$ volontaires, on peut émettre l'hypothèse qu'ils ont demandé de l'aide à un organisme avant de commettre de la violence physique et être judiciarisés. Cent pour cent d'entre eux rapportent de la violence psychologique et verbale. Le passage à l'acte avec de la violence physique est souvent le déclencheur d'un dépôt de plainte, qui plus est lorsque les stigmates de la violence physique sont constatés. En France, tous les participants ont été judiciarisés; on peut donc émettre l'hypothèse que la différence du taux rapporté de violence physique soit en lien avec la demande d'aide prépassage à l'acte ou la contrainte judiciaire postpassage à l'acte. De plus, Delaunay (2023), grâce à une approche sociologique, analyse le discours de 19 hommes et femmes ayant participé à un stage de responsabilisation en France. Selon les résultats de cette recherche, les représentations des auteurs de violences conjugales concernant leur violence sont axées sur la qualification de ce qui engendre des conséquences directes, objectivables sur le corps des victimes et d'une certaine gravité. Des résultats similaires ont été trouvés dans la population générale et chez les victimes de violences conjugales (Le Laurain et al., 2018). La première violence conjugale reconnue est la violence physique suivie de la violence psychologique ou verbale. Ces éléments nous permettent de mieux comprendre les différences de déclaration entre ces 2 groupes.

Finalement, les divergences liées aux questionnaires peuvent s'expliquer par les 2 types d'accompagnements proposés aux hommes. Les résultats de la présente étude permettent de soutenir le constat que la reconnaissance de problématiques d'attachement, de traumatisme (avec ou sans dissociation) et de risque suicidaire chez les auteurs

de violences conjugales est primordiale à prendre en compte. Cette reconnaissance est nécessaire également par les professionnels avec l'objectif d'identifier les leviers et freins thérapeutiques des hommes auteurs de violences conjugales. De plus, ceux-ci ont avantage à mieux comprendre leur fonctionnement dans l'objectif d'améliorer leurs capacités d'introspection. Pour ce faire, les auteurs de violences ont besoin de temps avant de se confier et initier un travail psychologique. La proposition d'intervention plus longue telle qu'offerte au Québec serait une démarche plus efficiente. Les stages de responsabilisation de 2 jours sont suffisants pour de la sensibilisation, mais insuffisants pour un travail d'introspection préventif de passage à l'acte

Forces et limites

Des limites sont à souligner dans la réalisation de cette étude telles que le nombre de participants inégal en France et au Québec et le fait que les données soient autodéclarées. Cependant, ce recrutement en rencontre individuelle est aussi considéré comme une force en comparaison à l'analyse de sondage ou de dossiers souvent utilisée dans cette population. Soulignons aussi les différences de recrutement concernant la nature de la démarche de responsabilisation (Tableau 1) ainsi que l'implication judiciaire pouvant créer les différences suscitées. Il est aussi important de souligner les différences culturelles, même si les 2 pays se rejoignent dans un mode de vie occidental. Cependant, notre travail s'avère novateur. Les études internationales concernant les hommes auteurs de violences conjugales sont rares alors qu'elles permettent de souligner le meilleur de ce qui est proposé dans des pays différents. Elles permettent aussi d'expliquer certains freins rencontrés dans les accompagnements proposés à ces personnes. De plus, ces données quantitatives ouvrent un nouveau champ de recherche et permettent, pour la première fois, un focus sur l'importance de la prise en compte des enjeux traumatiques, dissociatifs et suicidaires chez les auteurs de violences conjugales. Des recherches supplémentaires sont attendues afin de pouvoir préciser ces premiers résultats.

Perspectives cliniques et futures études

Les perspectives de recherches sont multiples. La réalisation d'une étude prenant en compte les victimes et les auteurs pourrait permettre une objectivation partielle des données autodéclarées de violences, les

documents judiciaires ou le témoignage de l'auteur ne suffisant pas toujours d'un point de vue quantitatif et qualitatif. De plus, réaliser de nouveau cette étude avec un nombre de participants plus grand pourrait être pertinent afin de confirmer ou non certaines hypothèses; des limites statistiques sont à soulever dans la présente étude. De plus, l'ajout d'une recherche longitudinale afin d'évaluer le changement et l'impact avant/après le stage/groupe d'intervention serait des plus pertinent afin d'identifier plus finement l'évolution ainsi que les blocages dans le changement psychologique de ces personnes de même que les risques de récurrence de comportements violents au sein du couple.

Conclusion

Malgré des profils sociodémographiques similaires, nous observons des différences entre les groupes de participants québécois et français. Elles apparaissent justifiées aux vues des divergences de lieux de recrutement et de temporalité entre le passage à l'acte et l'entretien clinique; cependant elles nous permettent de préciser l'accompagnement des auteurs de violences conjugales. En France, les propositions d'accompagnement mises en place ont évolué de façon exponentielle depuis le Grenelle de 2019. À la lumière de ce qui est observé sur le terrain, la proposition de groupes d'interventions pour des participants judiciairisés en France n'est pas si aisée. En effet, dans certains centres de prise en charge pour auteurs de violences conjugales, ce type de groupe est proposé à la suite des stages de responsabilisation; néanmoins peu d'intervenants et stagiaires s'en saisissent. Est-ce que le passage par un suivi individuel pourrait être un tremplin avant une nouvelle démarche de groupe? Nous pouvons penser que le travail de prévention secondaire est à poursuivre afin que les auteurs de violences conjugales puissent repérer leurs difficultés, verbaliser et mentaliser les enjeux les concernant et trouver des ressources proches de chez eux. Enfin, la contrainte imposée par les stages de responsabilisation apparaît intéressante, mais non suffisante. Des rencontres individuelles avec un intervenant ou un psychologue pourraient permettre la prise de parole à des participants silencieux dans un groupe. De plus, le groupe d'intervention psychosociale avec non seulement une visée d'information (comme dans les stages), mais intégrant une portée thérapeutique pourrait aussi pallier les manques identifiés dans l'intervention auprès d'auteurs de violences conjugales.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts. Cette recherche n'a bénéficié d'aucune subvention spécifique de la part d'organismes de financement des secteurs publics, commerciaux ou à but non lucratif.

Remerciements

Cette recherche a pu être menée grâce à la collaboration de l'Association départementale d'accompagnement éducatif et social de Loire-Atlantique (ADAES 44) en France et l'organisme Accord Mauricie au Québec. Nous tenons à remercier les équipes ayant permis la réalisation de cette étude.

Déclaration d'intérêts concurrents

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas d'intérêts financiers concurrents connus ou de relations personnelles qui auraient pu sembler influencer le travail rapporté dans cet article.

RÉFÉRENCES

- Adam, C. (2012). Responsabilisation et déresponsabilisation dans le traitement des délinquants sexuels en Belgique. *Déviance et Société*, 36(3), 263-276. <https://doi.org/10.3917/ds.363.0263>
- Alexander, P. C. et Warner, S. (2003). Attachment theory and family systems theory as frameworks for understanding the intergenerational transmission of family violence. In *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (pp. 241-257). Brunner-Routledge.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W. et Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One*, 11(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Autret, G., Bidan, M.-J. et Pervanchon, M. (2009). Auteurs de violences conjugales: Comprendre et agir. *Empa*, 73(1), 98-102. <https://doi.org/10.3917/empa.073.0098>
- Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M. et Yerington, T. P. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and nonviolent husbands. *Journal of Family Violence*, 15(4), 391-409. <https://doi.org/10.1023/A:1007558330501>
- Baron, D., Janin-Quercia, N. et Nesta-Enzinger, O. (2016). Chapitre 20. Prises en charge des interactions conjugales violentes: De l'auteur au couple. In R. Coutanceau (Ed.), *Violences conjugales et famille* (pp. 222-231). Dunod.
- Bartholomew, K. et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bernstein, E. et Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>

- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K. et Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5*. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Calati, R., Bensassi, I. et Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>
- Carlson, E. et Putnam, F. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.
- Chariot, P. et Vigarello, G. (2019). *Le viol conjugal*. CNRS éditions.
- Collins, N. L. et Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Courtois, R., Roy, V. et Causse, L. (2024). État des lieux de la recherche en France concernant la prise en charge des auteurs de violences conjugales en lien avec l'évolution des politiques publiques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 182(2), 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.12.008>
- Coutanceau, R., Besset, M.-O. et Javay, A. (2016). Évaluation et prise en charge du conjoint violent. In R. Coutanceau (Ed.), *Violences conjugales et famille* (pp. 141-152). Dunod.
- Cull, J. G. et Gill, W. S. (1989). *Suicide probability scale (SPS)*. Western Psychological Services.
- Darves-Bornoz, J., Degiovanni, A. et Gaillard, P. (1999). Validation of a french version of the Dissociative Experiences Scale in a rape-victim population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(3), 271-275. <https://doi.org/10.1177/070674379904400308>
- Delaunay, M. (2023). La responsabilisation des auteurs de violences conjugales à l'épreuve de leurs stratégies de contestation des décisions pénales. *Déviance et Société*, 47(3), 401-433. <https://doi.org/10.3917/ds.473.0401>
- Delaunay, M., Hearn, J. et Stride, S. (2018). *Gendered violence regimes: Context, policy and practice in intimate partner violence in France and Sweden* [Congrès]. XIX ISA World Congress of Sociology, Toronto, Canada. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-83752>
- Deslauriers, J.-M., Tremblay, G., Genest Dufault, S., Blanchette, D. et Desgagnés, J.-Y. (2022). *Regards sur les hommes et les masculinités: Comprendre et intervenir* (2nd ed.). Presses de l'Université Laval.
- Di Piazza, L., Kowal, C., Hodiaumont, F., Léveillé, S., Touchette, L., Ayotte, R. et Blavier, A. (2017). Étude sur les caractéristiques psychologiques des hommes auteurs de violences conjugales: Quel type de fragilité psychique le passage à l'acte violent dissimule-t-il? *Annales Médico-Psychologiques*, 175(8), 698-704. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.06.013>
- Ferraty-Giacardi, C. et Delbreil, A. (2017). Caractéristiques du fonctionnement psychique des auteurs de violences conjugales. *Perspectives Psy*, 56(4), 372-378. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2017564372>
- Frigon, S. (2009). Des paroles et des femmes. Le « maricide » comme stratégie de survie. In S. Fatou (Ed.), *La recherche féministe francophone: Langue, identités et enjeux* (pp. 439-452). Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.sow.2009.01.0439>

- Guédeney, N., Fermanian, J. et Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew: Étude de validation du construit. *L'Encéphale*, 36(1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.006>
- Institut de la statistique du Québec. (2023, November 24). *Violence en contexte conjugal*.
- Institut national de santé publique du Québec. (2023). *Cadre légal en matière de violence conjugale*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/loi/cadre-legal>
- James, J., Proulx, J. et Lussier, P. (2018). A cross-national study of sexual murderers in France and Canada. In J. Proulx, E. Beauregard, A. Carter, A. Mokros, R. Darjee et J. James, *Routledge International Handbook of Sexual Homicide Studies* (pp. 117-132). Routledge.
- Kowal, C., Roussel, M., Deroe, E. et Gobert, V. (2016). L'évaluation des auteurs de violences conjugales. In R. Coutanceau (Ed.), *Violences conjugales et famille* (pp. 183-197). Dunod. <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille--9782100749386-page-183.htm>
- Labelle, R., Daigle, M. S., Pronovost, J. et Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du « Suicide Probability Scale » auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et Psychométrie*, 19(1), 4-27.
- LaMotte, A. D. et Murphy, C. M. (2017). Trauma, posttraumatic stress disorder symptoms, and dissociative experiences during men's intimate partner violence perpetration. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 567-574. <https://doi.org/10.1037/tra0000205>
- Lapierre, S. et Vincent, A. (2022). *Le meilleur intérêt de l'enfant victime de violence conjugale: Enjeux et réponses sociojudiciaires*. Presses de l'Université du Québec.
- Le Laurain, S., Fonte, D., Graziani, P. et Lo Monaco, G. (2018). Les représentations sociales associées à la violence conjugale: De la psychologisation à la légitimation des violences. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 119-120*(3-4), 211-233. <https://doi.org/10.3917/cips.119.0211>
- Léveillé, S., Lefebvre, J., Ayotte, R., Marleau, J. D., Forest, M. et Brisson, M. (2009). L'autodestruction chez des hommes qui commettent de la violence conjugale. *Bulletin de psychologie*, 504(6), 543-551. <https://doi.org/10.3917/bupsy.504.0543>
- Léveillé, S. et Vignola-Lévesque, C. (2021). *La violence familiale et sociale: De la description à la compréhension psychodynamique*. Éditions JFD.
- Léveillé, S., Vignola-Lévesque, C., Brisson, M. et Champagne, C. (2022). Enjeux psychosociaux des auteurs de violences conjugales sexuelles. *Sexologies*, 31(1), 14-26. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.07.001>
- Lussier, Y., Wright, J., Lafontaine, M.-F., Brassard, A. et Epstein, N. B. (2008). L'évaluation et le traitement de la violence conjugale. In J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (pp. 445-505). Presses de l'Université du Québec.
- Meurant, D. et Janote, M. (2022). Responsabiliser les auteurs de violences conjugales. *Empan*, 128(4), 120-127. <https://doi.org/10.3917/empa.128.0120>
- Mitchell, C. et Vanya, M. (2009). Explanatory framework of intimate partner violence. In C. Mitchell et D. Anglin (Eds.), *Intimate partner violence: A health-based perspective* (pp. 39-52). Oxford University Press.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Violence à l'encontre des femmes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

- Pitti, L. (2021). Le renouveau d'une utopie? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale: les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 3, 305-317. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0305>
- Roy, V., Brodeur, N., Angele, R., Champagne, C., Desjardins, J. et Hamelin, C. (2022). *La responsabilisation des hommes auteurs de violence conjugale—Guide de pratique à l'attention des intervenantes et intervenants des organismes membres du réseau à cœur d'homme* (p. 56). Université de Laval et à cœur d'homme.
- Scroccaro, N. (2012). Obligation de soins et travail thérapeutique. *Le Sociographe*, 39(3), 93-99. <https://doi.org/10.3917/graph.039.0093>
- Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. (2023). *Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2022* [Communiqué de presse]. Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer. <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiques-de-presse/violences-conjugales-enregistrees-par-services-de-securite-en-2022>
- Simoneti, S., Scott, E. C. et Murphy, C. M. (2000). Dissociative Experiences in Partner-Assaultive Men. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1262-1283. <https://doi.org/10.1177/088626000015012002>
- Smith, J. (2016). Dissociation et auteurs de violences. In R. Coutanceau (Ed.), *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (pp. 261-271). Dunod.
- Talbot, F., Babineau, M. et Berghéul, S. (2015). Les dimensions du narcissisme et de l'estime de soi comme prédicteurs de l'agression en lien avec la violence conjugale. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 173(2), 193-196. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.005>
- Vaiva, G. et Ducrocq, F. (2010). Syndrome de stress post-traumatique et risque suicidaire. In *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 151-155). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0151>
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K. et Mousnier-Lompré, F. (2010). *Le soi hanté: Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation*. De Boeck Supérieur.
- Vandevoorde, J. et Le Borgne, P. (2015). Dissociation et passage à l'acte violent: Une revue de littérature. *L'Évolution Psychiatrique*, 80(1), 187-208. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.09.002>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. et Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Webermann, A. R. et Murphy, C. M. (2019). Childhood Trauma and Dissociative Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 25(2), 148-166. <https://doi.org/10.1177/1077801218766628>

Cultiver son estime de soi.

Les effets de la nature sur les perceptions du soi physique dans une population présentant des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels : une revue narrative

Céline De Breucker^a

Geneviève Bergeron^a

Johana Monthuy-Blanc^a

RÉSUMÉ ■ Problématique Au-delà de l'approche catégorielle classique des troubles des conduites alimentaires, de récents articles scientifiques, catalysés par le contexte pandémique, démontrent l'importance de considérer l'approche alternative des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels induits par les perceptions négatives du soi physique afin de considérer l'ensemble de la population générale et clinique. Dans ce contexte, les interventions ciblant le contact avec la nature montrent des effets positifs et prometteurs sur les perceptions du soi physique, comme l'apparence physique perçue.

Objectif Cette revue narrative a pour objectif de recenser les écrits relatifs aux effets du contact avec la nature sur les perceptions du soi physique et plus précisément sur l'apparence physique perçue auprès d'une population présentant des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels.

Méthodes Une recherche approfondie de la littérature scientifique a été conduite entre août 2022 et septembre 2023 avec une mise à jour en décembre 2023 sur les principales bases de données du domaine de recherche.

Résultats Cinq articles ont été sélectionnés pour la revue narrative. Tous démontrent les effets positifs du contact avec la nature sur les perceptions du soi physique chez les individus qui présentent des attitudes et comportements

a. Université du Québec à Trois-Rivières.

alimentaires dysfonctionnels. Ces effets peuvent être classés en 2 catégories, à savoir les voies directes et indirectes (médiées). Ce résultat est cohérent avec la littérature actuelle sur les populations non cliniques.

Discussion et conclusion Certains articles de la revue ont mis en évidence d'autres implications à prendre en compte dans la relation entre la nature et les perceptions du soi physique des personnes ayant des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels. Ces articles, qui sont cohérents avec la littérature existante, illustrent le caractère multidimensionnel du modèle des perceptions du soi physique et montrent comment le fait de se reconnecter à la fonctionnalité de son corps peut avoir un impact sur l'apparence physique perçue. De plus, d'autres articles ont démontré le potentiel du support de la nature dans une logique interventionnelle et de reconnexion à soi, aux autres et à la nature. Néanmoins, le nombre limité d'articles indique qu'il est nécessaire de mener d'autres études dans ce domaine de recherche. D'autres recherches devraient être menées pour évaluer l'impact réel du contact avec la nature sur l'apparence physique perçue et plus largement sur les perceptions du soi physique de personnes vivant avec des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels, et pour comprendre comment cet impact fonctionne.

MOTS CLÉS ■ milieu naturel, image du corps, trouble des conduites alimentaires, environnement, santé publique

Cultivate your self-esteem. The effects of nature on physical self-perceptions of people living with disordered eating behaviors and attitudes: A narrative review

ABSTRACT ■ **Context** Beyond the classic categorical approach to eating disorders, recent scientific articles, catalysed by the pandemic context, demonstrate the importance of considering the alternative approach of dysfunctional eating attitudes and behaviors induced by negative physical self-perceptions in order to consider the general and clinical population as a whole. In this context, interventions targeting contact with nature show positive and promising effects on physical self-perceptions, such as perceived physical appearance.

Objectives The objective of this narrative review is to identify the literature pertaining to the effects of contact with nature on physical self-perceptions and, more specifically, on perceived physical appearance in a population with dysfunctional eating attitudes and behaviors.

Method A comprehensive search of the scientific literature was conducted between August 2022 and September 2023, with an update in December 2023 on the principal databases in the research field.

Results Five articles were selected for the narrative review. All of them demonstrate the positive effects of contact with nature on physical self-perceptions in individuals who exhibit dysfunctional eating attitudes and behaviors. These

effects can be classified into two categories, namely direct and indirect (mediated) pathways. This finding is consistent with the current literature on non-clinical populations.

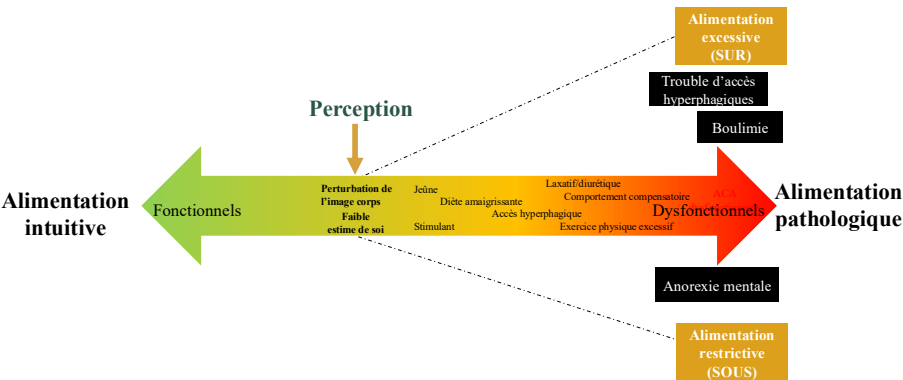
Discussion and Conclusion Some articles in the review highlighted further implications to be considered in the relationship between nature and physical self-perceptions of individuals with dysfunctional eating attitudes and behaviors. These articles, which are consistent with the existing literature, illustrate the multi-dimensionality of the model of physical self-perceptions and show how reconnecting to one's body functionality can impact perceived physical appearance. Moreover, other articles have demonstrated the potential of nature as a medium for interventional logic and for reconnecting with the self, with others, and with nature. Nevertheless, the limited number of articles indicates a need for further studies in this area of research. Further research should be conducted to assess the actual impact of contact with nature on perceived physical appearance and more broadly on physical self-perceptions of individuals with dysfunctional eating attitudes and behaviors, and to understand how this impact works.

KEYWORDS ■ environment, body image, eating disorders, perception, environment and public health

INTRODUCTION

Les attitudes et comportements alimentaires (ACA) dysfonctionnels induits par les perceptions du soi physique: le rôle de l'apparence physique perçue. Toutes les 52 minutes, une personne décède des complications liées aux troubles des conduites alimentaires (Deloitte Access Economics, 2020). Ce constat épidémiologique positionne ces troubles mentaux parmi les plus mortels en santé mentale (van Hoeken, D. et Hoek, H. W., 2020). Catégorisés par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 TR) en 3 principaux types distincts et spécifiés (c.-à-d. anorexie mentale, boulimie et accès hyperphagiques), les troubles des conduites alimentaires se conceptualisent principalement selon l'approche catégorielle issue de la psychiatrie biologique (American Psychiatric Association [APA], 2023; Monthuy-Blanc et al., 2022a). Dans une visée d'établissement d'un diagnostic précis, l'approche catégorielle qui répond à des critères diagnostiques très stricts, ne considère qu'une part restreinte de l'expression dysfonctionnelle de l'acte de s'alimenter (Monthuy-Blanc et al., 2022a). En effet, les troubles des conduites alimentaires toucheraient environ 6 % de la population générale contre 48 % pour les attitudes et comportements alimentaires (ACA) dysfonctionnels induits pas des

FIGURE 1
Continuum des attitudes et des comportements alimentaires
dysfonctionnels tiré et traduit de Monthuy-Blanc et al. (2023)



Monthuy-Blanc, J., Corno, G.* et Abou Chabake, S.* (2023). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on perceptual disturbances and dysfunctional eating attitudes and behaviors: A review of the literature. *Frontiers in psychology*, 14, 1139261. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1139261> (Open Access)

perceptions négatives du soi physique (PSP négatives) (Monthuy-Blanc et al., 2022a; Monthuy-Blanc et al., 2023a; Bagaric et al., 2020). Selon cette approche, les ACA dysfonctionnels s’illustrent sur un continuum de manifestations allant d’un état dit « fonctionnel » (ACA fonctionnels) correspondant à une alimentation intuitive à un état dit « dysfonctionnel » (présence avérée d’un trouble des conduites alimentaires) correspondant à une alimentation pathologique avec, en son centre, des états partiellement dysfonctionnels de type frénésie alimentaire¹ et comportements compensatoires dysfonctionnels (Figure 1) (Monthuy-Blanc et al., 2023a).

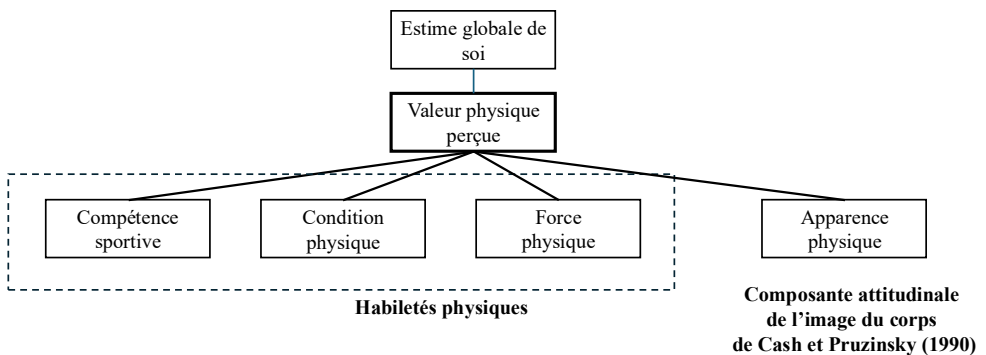
Ces états alimentaires qui peuvent être transitoires ou permanents sont communément liés à l’expression des perceptions qu’un individu a de son apparence physique au fil du temps (Monthuy-Blanc et al., 2023a; Monthuy-Blanc et al., 2023b). Théoriquement, les PSP correspondent à la dimension physique du concept de Soi (Fox et Corbin,

1. Le terme, nouvellement introduit dans le DSM-5-TR, « épisodes de frénésie alimentaire » se réfère [...] aux crises de suralimentation et aux accès hyperphagiques (souvent confondus, respectivement avec la suralimentation et le trouble d’accès hyperphagiques [...]) (Monthuy-Blanc et al., en préparation).

1989; Ninot et al., 2000). Selon le modèle multidimensionnel et hiérarchique de Fox et Corbin (1989), les PSP incluent l'estime globale de soi, la valeur physique perçue (sentiments de fierté, le respect de soi, la satisfaction et la confiance dans le soi physique) (Monthuy-Blanc et al., en préparation) et 2 sources perceptuelles du soi physique: les habiletés physiques perçues et l'apparence physique perçue (Fox et Corbin, 1989) (Figure 2). Les habiletés physiques perçues (compétence sportive, condition physique et force physique) relèvent des capacités physiques et l'apparence physique perçue (*physical attractiveness*) correspond à une image corporelle positive et la capacité à maintenir un corps jugé attractif dans le temps (Fox et Corbin, 1989). Ce concept est étroitement lié à la dimension attitudinale de l'image corporelle, selon Cash et ses collègues (1991), qui englobe les aspects affectifs et cognitifs de la perception du corps; notamment dans le cas d'ACA dysfonctionnels (Monthuy-Blanc et al., en préparation). En effet, chez les personnes vivant avec des ACA dysfonctionnels, toute variation — positive ou négative — de l'estime de soi globale de soi ou d'un sous-domaine du soi physique tend à influencer de manière réciproque les autres niveaux, reflétant des dynamiques ascendantes et descendantes (Monthuy-Blanc et al., 2012).

FIGURE 2

Modèle des perceptions du soi physique traduit et adapté de Monthuy-Blanc et al. (en préparation)



Monthuy-Blanc, J., Corno, G.* et Bouchard, S. (in preparation). Examining the distinctiveness of body image and self-related constructs in eating disorders using virtual reality: The role of shape concerns, physical self-worth, and global self-worth. *Frontiers*.

Pour pallier ces enjeux perceptuels et alimentaires, plusieurs interventions ont démontré leur efficacité (Hughes et al., 2019; Solmi et al., 2024). Cependant, les ACA dysfonctionnels gardent une évolution du pronostic mitigé (Solmi et al., 2024; Stone et al., 2021). En effet, 30 à 50 % des individus présentant des ACA dysfonctionnels sévères à extrêmes connaissent des rechutes après traitement (Stone et al., 2021; Sala et al., 2023). Ces résultats peuvent s'expliquer selon 3 principales raisons. Premièrement, il existe une résistance aux interventions chez les personnes présentant des ACA dysfonctionnels avec un taux d'abandon de traitement se situant autour de 20 à 70 % (Bottera et Luzier, 2023). Deuxièmement, la caractéristique psychosomatique des ACA dysfonctionnels impose une prise en charge complexe à la fois par des équipes en santé physique et santé mentale (Solmi et al., 2024). Troisièmement, l'accès aux soins reste limité avec des coûts de soins de santé annuels des personnes vivant avec des ACA dysfonctionnels sévères 48 % plus élevés que dans la population générale (van Hoeken et Hoek, 2020). Étant donné ces constats, il est nécessaire de développer des pistes d'intervention innovantes pour réguler, voire gérer les effets négatifs des ACA dysfonctionnels. À ce titre, les autorités sanitaires basées sur les données probantes rappellent l'importance d'une santé dite « intégrée » (ou globale) pour répondre aux enjeux holistiques de la santé alimentaire en misant sur des solutions innovantes et peu coûteuses (Monthuy-Blanc et al., 2020). Les interventions de contact avec la nature s'inscrivent en cohérence avec ce postulat de santé publique (Ma et al., 2023; Busk et al., 2022).

La Nature, un environnement naturel favorable aux PSP. La nature est conceptualisée sur un continuum allant des plantes d'intérieur en milieu urbain aux vastes espaces naturels relativement inaltérés par l'Homme (Bratman et al., 2019; Frumkin et al., 2017). Le contact avec la nature peut se comprendre comme l'exposition et l'engagement avec les environnements naturels (p. ex. éducation et thérapie par la nature, bains de forêt, activités basées sur la nature, non compétitives et non motorisées issues du terme norvégien *friluftsliv*, exercice physique en nature, etc.) (Hartig et al., 2014; Darcy et al., 2019; Tillmann et al., 2018). L'exposition peut être passive ou quasi passive (p. ex. voir ou toucher la nature) et l'engagement avec la nature sous-entend une interaction directe, intentionnelle et soutenue avec la nature (p. ex. participation à des activités, programmes d'intervention par la nature, etc.) (Darcy et al., 2019; Tillmann et al., 2018). À ce titre, un nombre grandissant d'études tend à montrer des effets spécifiques

positifs du contact avec la nature sur les PSP (Stieger et al., 2020 ; Swami et al., 2020 ; Hennigan, 2010). Les théories relatives aux effets du contact avec la nature sur l'apparence physique perçue empruntent 2 voies distinctes : les voies directes et les voies indirectes (Stieger et al., 2020). **Les voies directes** reposent sur 2 théories complémentaires : la théorie psychophysiologique de la réduction du stress (Ulrich, 1991, 2023) et la théorie de la restauration attentionnelle (Kaplan, 1995 ; Kaplan et Kaplan, 1989). Ces théories soulignent l'impact de la nature sur la santé physique et cognitive (Darcy et al., 2019 ; Stieger et al., 2020 ; Swami, 2024). Selon la théorie de la réduction du stress, fondée sur la psychologie évolutionniste (Ulrich, 1983), l'être humain développerait un sentiment positif envers la nature, car cette réaction aurait été avantageuse au cours de l'évolution (Ulrich, 1991, 2023 ; Swami, 2024). Ainsi, la nature exercerait un effet direct en facilitant la récupération du stress physiologique et subjectif (Ulrich, 1983 ; Swami, 2024). D'autre part, la théorie de la restauration attentionnelle suggère que la nature capte l'attention involontaire, ce qui permet à l'attention dirigée, souvent sollicitée en milieu urbain et dont les ressources sont limitées, de se rétablir. Cela conduit ainsi à une restauration cognitive et à une meilleure autorégulation (Ohly et al., 2016 ; Stevenson et al., 2018). Empiriquement, plusieurs études expérimentales et prospectives qui s'appuient sur ces théories, suggèrent que l'engagement avec l'environnement naturel limite les pensées liées à l'apparence physique perçue, favorise une récupération plus rapide des atteintes envers cette apparence et détourne l'attention de l'esthétique corporelle en faveur des compétences ou fonctionnalités du corps (Swami et al., 2018). Ainsi, la distanciation vis-à-vis des contextes centrés sur l'apparence physique perçue permettrait des attitudes holistiques de soins personnels qui incluent un plus grand respect, une appréciation et un « amour » pour son corps (c.-à-d. autogratITUDE corporelle ; Homan et Tylka, 2018) (Hennigan, 2010 ; Swami et al., 2018). **Les voies indirectes** renvoient aux apports empiriques relatifs aux relations entre l'exposition à la nature et les PSP médiées par d'autres concepts comme la pleine conscience (Swami et al., 2020), la connexion à la nature (Swami et al., 2020), l'activité physique (Hartig et al., 2014 ; Darcy et al., 2019 ; Sundgot-Borgen et al., 2020) ou encore l'autocompassion (Swami et al., 2019). Plus concrètement, l'exposition à la nature peut favoriser une plus grande bienveillance à l'égard de soi conduisant à une autocompassion plus importante inférant positivement sur l'apparence physique perçue (Swami et al., 2019). Certaines études montrent que le contact

avec la nature permet à certaines personnes de discerner des ressemblances entre elles et des écosystèmes plus vastes (p. ex. en confirmant des rôles subordonnés parallèles des femmes et de la nature), ce qui peut contribuer à une apparence physique perçue positive (Stieger et al., 2020 ; Hennigan, 2010). Les théories sur les liens entre l'environnement naturel et l'apparence physique perçue sont encore à leur début (Stieger et al., 2020). Toutefois, les effets positifs de la nature sur le bien-être psychologique et l'étendue de ces effets sur l'apparence physique perçue deviennent de plus en plus établis (Hennigan, 2010 ; Stieger et al., 2020 ; Swami, 2020 ; Swami et al., 2020).

OBJECTIFS

Considérant les effets du contact avec la nature sur l'apparence physique perçue et les ACA dysfonctionnels induits par une apparence physique perçue négative, cette revue narrative vise à recenser les écrits portant sur les effets du contact avec la nature sur l'apparence physique perçue et, plus largement, sur les PSP chez les personnes présentant des ACA dysfonctionnels.

À cette fin, une revue narrative fondée sur le modèle SANRA (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*) a été retenue. Ce format permet une synthèse approfondie de la littérature sans recourir à un protocole strictement systématique, tout en intégrant une question ciblée et une analyse critique des études (Baethge et al., 2019). Contrairement aux revues systématiques, ce format offre une approche souple et multidimensionnelle, adaptée à l'exploration d'effets complexes, comme ceux du contact avec la nature sur les PSP, tout en offrant une contextualisation approfondie des résultats. Les conclusions de cette revue contribueront à mieux comprendre les interactions entre ces variables et à orienter les recherches futures vers des interventions basées sur la nature pour la prise en charge des préoccupations liées à aux PSP et aux ACA dysfonctionnels.

MÉTHODE

Une recherche approfondie de la littérature scientifique, a été conduite entre août 2022 et septembre 2023 avec une mise à jour en décembre 2023 sur les principales bases de données du domaine de recherche : Science Direct, EBSCO (Academic Search Complete, eBook Academic Collection, eBook Collection, ERIC, GreenFILE, Humanities Source,

TABLEAU 1
Mots clés utilisés dans la revue

ACA dysfonctionnels		PSP		Nature
eating disorder* OR disordered eating OR anorexia OR bulimia OR binge eating OR eating disturbance OR EDNOS	AND	self-perception OR self-esteem OR physical self OR body image OR body esteem OR physical abilities	AND	nature OR nature exposure OR nature experience OR natural environment OR nature therapy OR nature education OR outdoor* OR outdoor therapy OR outdoor education OR wilderness OR wilderness experience* OR wilderness therapy OR wilderness education OR adventure OR adventure education OR adventure therapy OR forest OR blue space* OR green space* OR ecotherapy OR friluftsliv OR forest bathing OR green exercise

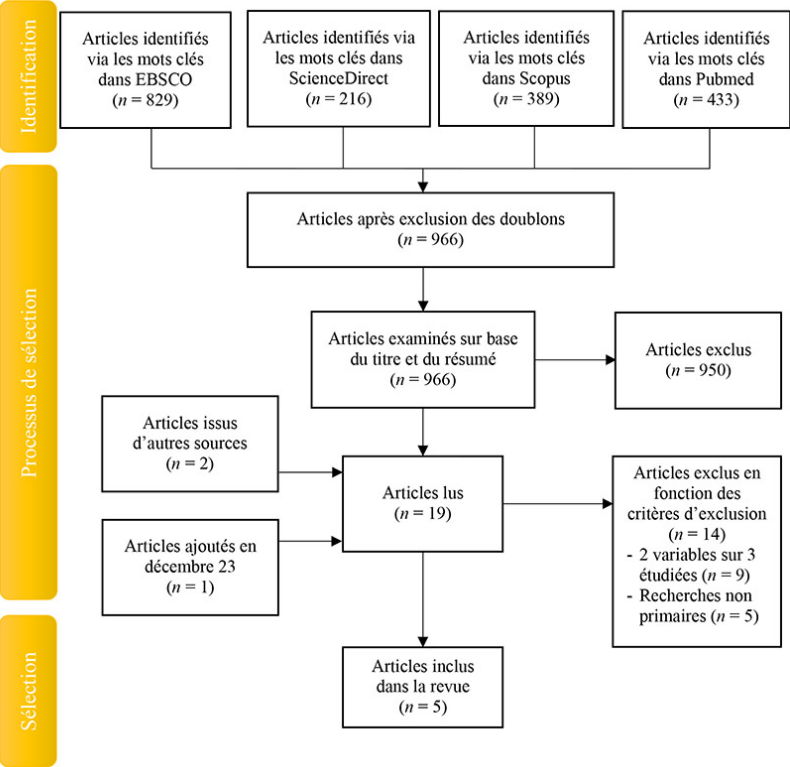
MEDLINE, Psychology and Behavioral Sciences Collection, APA PsycInfo, ScoINDEX, SPORTDiscus et CINAHL Complete) Scopus et Pubmed. Des mots clés en anglais, issus de la littérature sur le sujet, ont été utilisés (Tableau 1).

La recherche initiale (août 2022 - septembre 2023) a mené à 1867 articles. Les 901 doublons ont été exclus et 966 articles ont été examinés sur la base du titre et du résumé. Seize articles ont été sélectionnés sur la base du titre et du résumé. Puis 3 articles ont été ajoutés de sources diverses. Des 19, 14 ont été exclus selon les critères d'exclusion. Enfin, 5 articles répondaient aux critères d'inclusion et ont été sélectionnés pour la revue narrative. Pour être inclus dans la revue, les articles devaient satisfaire aux critères suivants : 1) contenir des éléments relatifs aux 3 variables étudiées, à savoir les ACA dysfonctionnels, les PSP, et la nature ; 2) être rédigés en anglais ou en français ; et 3) constituer des recherches primaires ou originales (qualitative, quantitative et/ou méthodes mixtes) (Figure 3).

RÉSULTATS

Tous les articles ont montré des effets positifs du contact avec la nature sur les PSP et les ACA dysfonctionnels. Ces articles sont présentés selon les théories sur les voies directes et indirectes des effets de la nature sur les PSP en cohérence avec les appuis théoriques présentés plus tôt. Trois articles (Corazon et al., 2018 ; Trangsrud et al., 2020, 2022) spécifient le type d'environnement naturel étudié, les 2 autres

FIGURE 3
Processus de sélection des articles de la revue narrative



l'abordent globalement, implicitement, voire pas du tout (Kaptian, 2003; Tsartsapakis et al., 2023).

Voies directes. Plusieurs articles mettent en évidence les effets dits « calmants » de la nature (Corazon et al., 2018; Trangsrud et al., 2020, 2022). Certaines études relèvent un sentiment de paix et de calme ressenti en nature grâce à une déconnexion de l'environnement écologique (c.-à-d. habituel) et des préoccupations à la fois corporelles et alimentaires qui y sont associées (Trangsrud et al., 2020, 2022). Selon ces études, la nature permet d'engager tous les sens des individus participants et de rediriger l'attention habituellement portée sur soi et le corps vers la nature (Trangsrud et al., 2020, 2022). En effet, selon certains individus participants de l'étude de Trangsrud (2020), la nature

permet de capturer l'attention via des éléments naturels spécifiques (p. ex. des pierres, racines, etc.). Ainsi, la prise de distance avec la société et ses dictats corporels de minceur (et plus récemment de minceur musculeuse; Scheiber et al., 2023) permet un moment de déconnexion de cet environnement hétéronormé, vis-à-vis des sentiments de détresse et de jugement souvent associés aux ACA dysfonctionnels (Trangsrud et al., 2020, 2022). Cette distanciation est précisée par une étude qui souligne un sentiment de « normalité » (c.-à-d. être comme tout le monde) ressenti par les individus participants en contexte de nature (Kaptian, 2003) et par une autre étude qui souligne la possibilité de se redécouvrir en tant que personnes de « plein air » (Trangsrud et al., 2022). La nature peut être également perçue comme favorisant un sentiment d'autonomie dans sa propre vie. Les aspects moins contrôlables de la nature servent ainsi de soutien pour apprendre à vivre dans un monde imprévisible (Trangsrud et al., 2022). Dans ce même ordre d'idées, Trangsrud et ses collègues (2020) concluent que la nature constitue un lieu d'épanouissement et d'expression des émotions sans crainte de jugement; terreau fertile à une distanciation des émotions négatives et de la détresse associée aux ACA dysfonctionnels. Ainsi, passer du temps en nature permet de gérer la détresse de manière plus fonctionnelle, en évitant les méthodes habituellement utilisées (p. ex. frénésie alimentaire, vomissements, etc.) qui offrent un soulagement de courte durée (Trangsrud et al., 2022). Enfin, certains auteurs ont également mis en lumière que le contact avec la nature permet de décentrer les individus vivant avec des ACA dysfonctionnels de leur apparence physique perçue en remettant l'accent sur la fonctionnalité du corps (Trangsrud et al., 2020, 2022). Le contact avec le sol permet notamment à ces individus de se décentrer du vécu lié aux ACA dysfonctionnels (Trangsrud et al., 2020). En effet, les ACA dysfonctionnels sont liés à des pensées ou sentiments pouvant conduire à une déconnexion avec le reste du corps (et plus précisément du corps en tant que sujet; Monthuy-Blanc et al., 2022b) (Trangsrud et al., 2020). En outre, les conditions inhérentes à l'environnement naturel (p. ex. météo, apport nutritif nécessaire au bon déroulement des activités, etc.) incitent les individus à (re)prendre contact avec leur corps et à collaborer avec lui (Trangsrud et al., 2020).

Voies indirectes. Toutes les études soulignent les effets du contact avec la nature sur les PSP à travers des relations indirectes. Dans l'étude de Trangsrud et ses collègues (2020), le contact avec la nature amène à ressentir un sentiment d'appartenance à quelque chose de plus grand (en

relation avec le concept de « connexion à la nature »), permettant aux individus participants de prendre du recul par rapport aux difficultés liées aux ACA dysfonctionnels. L'activité physique constitue également une composante importante du contact avec la nature (Trangsrud et al., 2020, 2022). À titre d'exemple, une randonnée en montagne permet à certains individus de se donner des objectifs réalistes, ce qui contraste avec leur réalité en lien avec les ACA dysfonctionnels (Trangsrud et al., 2022). Certaines études ont montré que le fait d'être actif physiquement en nature a des effets positifs sur les ACA (Tsartsapakis et al., 2023), l'estime de soi (Kaptian, 2003; Tsartsapakis et al., 2023), et permet également aux individus participants d'éviter un sentiment de perte de contrôle associée aux ACA dysfonctionnels (Trangsrud et al., 2022). Enfin, une relation indirecte présumée, via la relation aux autres, a également été relevée par certains auteurs. L'équipe de Trangsrud (2022) montre que le contact avec la nature permet de créer une distance confortable entre les individus participants et autrui en favorisant une attention partagée sur la nature. La nature permet ainsi de rassembler les individus en proposant des activités sociales (p. ex. randonnée, tâches pratiques de vie en camp, etc.) (Trangsrud et al., 2022). En nature, certains individus présentant des ACA dysfonctionnels et ayant besoin d'efforts pour socialiser peuvent apprendre à considérer leurs propres besoins (p. ex. besoins corporels en lien avec la météo), et plus seulement ceux des autres, favorisant ainsi un équilibre entre les besoins personnels et sociaux (Trangsrud et al., 2022). Le contact avec les autres en nature contribue également à redéfinir leur relation avec la nourriture (Trangsrud et al., 2022). Ainsi, interagir avec d'autres personnes leur aurait permis de prendre en compte les besoins alimentaires des autres et les choix alimentaires « normaux » lors d'activités en nature (c.-à-d. randonnée; Trangsrud et al., 2022). Le contact avec la nature permet, dans ce cas, de prendre en considération les besoins de son corps ainsi que les comportements alimentaires via une juste distance avec les autres.

TABLEAU 2

Synthèse des écrits scientifiques

Auteurs, année, Pays	Méthodologie et mesures	Participants (N total et genre)	ACA dysfonctionnels	PSP	Contact avec la nature	Voie directe ou indirecte	Résultats en lien avec les variables étudiées : ACA dysfonctionnels et PSP
Corazon et al., 2018 DAN	Devis mixte	15	Trouble d'accès hyperphagiques (DSM-5)	Estime de soi	Type de contact : NBT basé sur l'ACT avec exercices guidés (pleine conscience, marche en pleine conscience, etc.)	Voie directe : interventions en nature	QUANT : Tailles d'effet NBT > groupe
	Questionnaires (Démographiques, EDE, RSES, PGWBI) et entretiens semi-structurés	– Groupe NBT : 8 femmes – Groupe SGMs : 6 femmes et 1 homme	Frénésie alimentaire		Type de Nature : 1,4 hectare de forêts et jardins thérapeutiques (Nacadia, Université de Copenhague). Automne – Hiver	Voie indirecte (via médiation) : NBT, pleine conscience, marche en pleine conscience	ACA dysfonctionnels : ↓ épisodes de frénésie alimentaire, ↑ bien-être général psychologique PSP : ↑ estime de soi
Kaptian, 2003 CAN	QUAL Évaluation d'un programme	6 Adolescentes	Anorexie	Estime de soi	Type de contact : thérapie par l'aventure, paddle, pêche, team-building, résolutions de problèmes, remplissage de journaux thérapeutiques, randonnées, cuisine et camping.	Voie directe : Interventions en nature	ACA dysfonctionnels : ↑ ACA fonctionnels (essayer de nouveaux aliments en dehors de l'hôpital, respecter les paramètres de prise de poids exigés par l'hôpital de jour)
	Questionnaire d'auto-évaluation				Type de nature : ☉	Voie indirecte : thérapie par l'aventure, activités physiques en nature	PSP : ↑ estime globale de soi
Trangsrud et al., 2020 NOR	QUAL Étude exploratoire	8	Trouble d'accès hyperphagiques et boulimie (autorapporté)	Soi	Type de contact : <i>friluftsliv</i> et marche en nature (rencontres)	Voie directe : contact avec la nature	ACA dysfonctionnels : ↑ place pour les besoins personnels (distance avec l'apparence physique)
	2 entretiens individuels avec chaque participant. 1) entretien de marche non structuré en nature 2) entrevue semi-dirigée deux semaines après la première rencontre.	7 femmes et 1 homme			Type de nature durant les rencontres : 4 en forêt, 2 autour d'un lac, 1 dans les montagnes et 1 près d'une rivière Type de nature en dehors des rencontres : ☉	Voie indirecte : activités en nature (randonnées, bivouac, etc.) et marches en nature (rencontres)	PSP : ↑ (re)connexion avec le corps
	<i>Même étude Trangsrud 2020</i>				Durée du contact lors des rencontres : 60 à 90 min Durée du contact en dehors des rencontres : ☉		

Trangsrud et al., 2022 NOR	QUAL 2 entretiens individuels avec chaque participant. 1) entretien de marche non structuré en nature. 2) entrevue semi-dirigée 2 semaines après la première rencontre. <i>Même étude</i> <i>Trangsrud 2022</i>	8 7 femmes et 1 homme	Trouble d'accès hyperphagiques et boulimie (autorapporté)	Soi et soi physique Habiletés physiques	Type de contact: <i>friluftsliv</i> et marche en nature (rencontres) Type de nature durant les rencontres: ○ Type de nature en dehors des rencontres: ○ Durée du contact lors des rencontres: 60 à 90 min Durée du contact en dehors des rencontres: ○	Voie directe: contact avec la nature Voie indirecte: activités en nature (random-nées, bivouac, etc.) et marches en nature (rencontres)	ACA dysfonctionnels: ↑ reconnaissances des besoins personnels ↑ apprentissages et pratiques dans le cadre du rétablissement (p. ex. mieux gérer la détresse, sans les conséquences négatives des épisodes de frénésie alimentaire et des purges, etc.) PSP: ↑ développement un nouveau sens de soi en (re)devenant une personne de plein air (d'autres aspects que les ACA dysfonctionnels peuvent prendre de la place dans la vie des individus participants)
Tsartsapakis et al., 2023 GRE	QUANT Recherche expérimentale avec groupe contrôle	1747 882 hommes et 865 femmes	Attitudes alimentaires	Estime de soi Image du corps	Type de contact: programmes de loisirs de remise en forme en plein air. Type de nature: ○ Durée du contact: exercices multiples (de 1 heure à plus de 3 heures) plusieurs fois par semaine (de 1 à 5)	Voie directe: contact avec la nature Voie indirecte: activités physiques en nature	ACA dysfonctionnels: ↓ ACA dysfonctionnels, PSP: ↑ estime de soi, ↑ apparence physique perçue positive

DAN Danemark; CAN Canada; NOR Norvège; GRE Grèce; ACA Attitudes et comportements alimentaires; PSP Perceptions du soi physique; QUANT étude quantitative; QUAL étude qualitative; EDE Eating Disorder Examination Questionnaire; RSE Échelle de l'estime de soi de Rosenberg; PGWBI Psychological General Well-Being Index; DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par J.-D. Guelh et M.-A. Crocq; 3e éd.); NBT Thérapie basée sur la nature (nature-based therapy); ACT Thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Acceptance and commitment therapy); SGMs Réunions de groupe de soutien (Support Group Meetings); Friluftsliv des activités basées sur la nature, non compétitives et non motorisées (sédentaire ou actif); ↑ Favorable; ↓ Défavorable; ○ Pas d'informations.

DISCUSSION

Discussion générale. Les articles retenus dans cette recension démontrent principalement que le contact avec la nature a des effets positifs sur l'apparence physique perçue selon des relations à la fois directes et indirectes. Ces résultats font écho aux capacités restauratives des environnements naturels et aux théories psychophysiologiques de réduction du stress de Ulrich (1991, 2023) et de restauration attentionnelle de Kaplan (1995 ; Kaplan et Kaplan, 1989). Par ailleurs, d'autres résultats secondaires propres aux PSP négatives et aux ACA dysfonctionnels ressortent de ces études en lien avec la littérature existante.

L'incarnation, une alternative à la dichotomie corps-esprit ? Selon l'équipe de Trangsrud (2020), l'expérience d'incarnation, ce sentiment d'être son corps et de (ré)investir la fonctionnalité du corps, aurait un impact positif sur l'apparence physique perçue. Ce constat est en cohérence avec le modèle des PSP qui postule une corrélation entre les différentes dimensions du modèle (habiletés physiques et apparence physique perçue) (Fox et Corbin, 1989 ; Ninot et al., 2000). Cependant, selon Trangsrud et son équipe (2020), l'investissement de la fonctionnalité du corps peut mener à une nouvelle instrumentalisation du corps telle que souvent observée chez les individus vivant avec des ACA dysfonctionnels sévères. Par exemple, certains individus participants mentionnent la caractéristique compensatoire « inappropriée » que peut avoir l'activité physique en nature (Trangsrud et al., 2022). Ce constat fait écho aux études démontrant que les individus présentant des ACA dysfonctionnels perçoivent l'activité physique comme un comportement compensatoire inapproprié de type exercice physique excessif (Ouellet et Monthuy-Blanc, 2022). Cependant, la majorité des études concluent à l'effet bénéfique de l'activité physique en nature comme moteur de distanciation des pensées obsessionnelles liées à l'apparence physique perçue (Kaptian, 2003 ; Trangsrud et al., 2020, 2022 ; Tsartsapakis, 2023). Dans ce cas, le corps devient alors un allier à écouter et avec qui composer, afin de (sur)vivre dans l'environnement naturel (Trangsrud et al., 2020).

La décontextualisation comme processus interventionnel pour une meilleure connexion à la nature, à soi et aux autres : 1) Connexion à la Nature. Les individus vivant avec des ACA dysfonctionnels

proviennent d'un milieu écologique et sont décontextualisés (c.-à-d. immergés dans un environnement plus ou moins familier ; Rojo, 2019) en milieu naturel. Ce processus implique que les individus apportent leurs réalités personnelles, ce qui peut influencer leur expérience en nature. En effet, selon l'équipe de Trangsrud (2022), les expériences des individus participants semblent toutes être influencées par celles vécues durant l'enfance et par la représentation culturelle de la nature. Ainsi, les expériences varient en fonction de ces représentations, en accord avec la littérature existante sur l'expérience vécue en nature (Bratman et al., 2019 ; Bratman et al., 2012). Ce processus de décontextualisation fait également écho à la décontextualisation « cognitive » évoquée par certains individus dans les recherches (Trangsrud et al., 2022). En effet, le contact avec la nature permettrait de reléguer les ACA dysfonctionnels au second plan, offrant ainsi une distance par rapport aux préoccupations qui y sont souvent associées (Trangsrud et al., 2022). Cependant, ces préoccupations refont parfois surface, créant un va-et-vient — une dynamique de décontextualisation et de recontextualisation mentale — entre un focus interne sur leurs pensées et un focus externe sur leurs expériences avec la nature (Trangsrud et al., 2022). Enfin, l'accessibilité à la nature semble être une caractéristique importante de l'environnement naturel. Certains individus participants de l'étude de Trangsrud et son équipe (2022) soulignent qu'il leur est parfois difficile de quitter leur domicile et de se mettre en mouvement. Par conséquent, disposer d'un accès simple et rapide à la nature devient un élément important dans la prise en charge quotidienne des ACA dysfonctionnels. Ce constat est cohérent avec certaines études qui indiquent que les effets du contact avec la nature sur la santé mentale varient en fonction de son accessibilité (Hartig et al., 2014).

2) Connexion à Soi. L'équipe de Corazon (2018) mentionne que les individus se sentent plus ancrés dans le moment présent lorsqu'ils sont dans une nature qualifiée de « calmante et protectrice », facilitant l'accès au contenu interventionnel. En d'autres termes, la façon dont les exercices sont menés (p. ex. exercices de pleine conscience intégrant les expériences sensorielles et le mouvement) les rend plus compréhensibles et plus accessibles (Corazon et al., 2018). La nature permet d'ajouter une dimension holistique et ancrée au travail plus mental que demande l'intervention grâce aux métaphores qu'il est possible d'utiliser en milieu naturel et qui font écho aux vécus des individus participants ou encore aux relations qu'il est possible d'entretenir avec les éléments naturels (Corazon et al., 2018). La nature

peut ainsi jouer le rôle de « miroir » (au sens figuré) pour l'intervention, agissant comme « second thérapeute » (Corazon et al., 2018). De plus, les bénéfices de l'intervention semblent perdurer dans le temps (Corazon et al., 2018). Ainsi, les stratégies développées durant l'intervention (p. ex. gestion émotionnelle) peuvent être réactivées par des éléments naturels, comme la vue d'un arbre ou de feuilles, facilitant la reconnexion à ces ressources après le retour en milieu écologique. Un transfert d'apprentissages et leur application dans leur vie quotidienne (c.-à-d. lors de la recontextualisation dans leur milieu écologique) sont alors possibles. En outre, le contact avec la nature devient une opportunité d'apprentissage dans le rétablissement des ACA dysfonctionnels sévères (Trangsrud et al., 2022). Ce contact favorise le développement d'un sentiment de maîtrise, où les éléments imprévisibles de la nature sont perçus comme des occasions d'apprendre à naviguer dans un monde incertain (Trangsrud et al., 2022).

3) Connexion à Autrui. Le recours à la nature comme médium d'intervention permet également d'offrir une alternative aux interventions plus conventionnelles en favorisant le développement de relations authentiques entre les individus participants et avec l'équipe intervenante (Trangsrud et al., 2022). Certains travaux soulignent le rôle médiateur des relations interpersonnelles dans les effets du contact avec la nature sur la santé physique et mentale (Hartig et al., 2014; Darcy et al., 2019). Cependant, en ce qui concerne les PSP, certaines études rapportent une influence ambivalente des pairs et de l'environnement social (Keery, Van den Berg et Thompson, 2004; Cash, 2012) et identifient 2 mécanismes principaux à l'œuvre : l'intériorisation de l'idéal de minceur (Thompson, 1999) et la comparaison sociale (Festinger, 1954). Selon ce dernier mécanisme, les individus ont naturellement tendance à se comparer aux autres et à utiliser les informations perçues comme socialement significatives dans leur environnement pour s'autoévaluer (Festinger, 1954). Par exemple, si un individu, pour qui les PSP sont une valeur importante, se compare à d'autres individus qu'il considère comme ayant une meilleure apparence physique, risque de juger sa propre apparence de façon négative. À l'inverse, d'autres études montrent que les pairs peuvent avoir un effet protecteur en ce qui concerne les PSP et les comportements alimentaires dysfonctionnels associés (Gonzaga et al., 2021; Tylka et Wood-Barcalow, 2015). Lorsque les individus se sentent acceptés dans leur corps et soutenus socialement, ils sont moins enclins à vouloir modifier leur apparence et accordent davantage d'attention à la manière dont leur corps se sent et fonctionne (Tylka et Wood-

Barcalow, 2015). Cette littérature fait écho aux résultats des études de la présente revue, qui soulignent l'importance de la fonctionnalité du corps et la juste distance entre les besoins des autres et ceux de son propre corps (p. ex. alimentation, météo, etc.). Dans cette optique, le contact avec la nature peut agir comme médium d'intervention en facilitant une meilleure compréhension du vécu d'autrui et en créant des expériences propices au changement (Trangsrud et al., 2022). Le contact avec la nature peut permettre de rétablir un équilibre entre les besoins personnels et sociaux en créant une juste distance entre soi, la nature et autrui. Cet écosystème tripartite, reliant soi, la nature et autrui (pour un aperçu de ces interactions, voir Rojo et Bergeron, 2020), offre ainsi un cadre pertinent pour examiner les facteurs sociaux impliqués dans l'émergence et le maintien des ACA dysfonctionnels (Mostefa-Kara et al., 2024).

Forces et limites de la revue narrative. Les forces et limites de cette revue narrative sont d'ordre épistémologique, méthodologie et pratique. **Forces.** Cette revue enrichit le corpus des connaissances sur la nature et le contact avec la nature en proposant une classification des effets du contact avec la nature (directs et indirects) et en précisant les types et durées de contact contribuant ainsi à une meilleure structuration et compréhension de ces notions parfois polysémiques. La méthodologie utilisée est flexible et adaptée pour explorer de nouveaux sujets, permettant d'inclure un maximum d'articles pertinents grâce à une large variété de mots clés et de bases de données. **Limites.** Les concepts multidimensionnels et polysémiques provenant exclusivement d'études primaires et originales en anglais et en français ont pu introduire des biais lors de la recherche et de la sélection des articles. De plus, la revue de la littérature ayant été menée par une seule personne, un biais de sélection des articles à ce niveau est également possible. En outre, la diversité des méthodologies employées dans les articles complexifie le travail de formulation de conclusions; l'hétérogénéité des environnements naturels et leurs contacts complexifient la comparaison des résultats (p. ex. marche en forêt, intervention dans un jardin thérapeutique, etc.) et les questionnaires utilisés ne permettent pas de prendre en compte la multidimensionnalité de certains concepts (p. ex. échelle unidimensionnelle de l'estime de soi de Rosenberg pour les PSP). Enfin, le faible nombre d'articles sélectionnés ne permet pas de généraliser les résultats qui doivent donc être interprétés avec prudence.

Implications pour la pratique. Plusieurs éléments de cette revue peuvent être considérés par la communauté praticienne. Premièrement, cette revue permet de mettre en lumière les effets prometteurs du contact avec la nature sur les PSP d'individus vivant avec des ACA dysfonctionnels. Outre les relations directes observées, cette revue souligne que certains éléments médient la relation entre le contact avec la nature et les PSP. En plus d'agir indépendamment, certaines études suggèrent que c'est la combinaison de ces interactions qui produit un effet « thérapeutique » (p. ex. l'effet conjugué de la marche et du contact social) (Hartig et al., 2014). Par ailleurs, dans le cadre d'interventions ayant démontré leur efficacité pour la prise en charge des ACA dysfonctionnels et des PSP (p. ex. la thérapie cognitive comportementale améliorée, issue de l'approche cognitivo-comportementale) (Mares et al., 2022), le contact avec la nature pourrait renforcer l'expérience thérapeutique et faciliter la compréhension du contenu thérapeutique pour les individus tout en les aidant à transférer les acquis thérapeutiques dans leur contexte écologique (Corazon, 2018). Ces programmes, qui visent notamment à considérer les pensées et croyances dysfonctionnelles, ainsi que les relations interpersonnelles et l'estime de soi afin de promouvoir des comportements alimentaires fonctionnels (Fairburn, 2008; Aimé et al., 2021), pourraient bénéficier de l'intégration d'une intervention centrée sur le contact avec la nature pour optimiser le processus thérapeutique. En effet, les interventions centrées sur la nature offrent une approche complémentaire aux méthodes thérapeutiques conventionnelles, augmentant ainsi les possibilités de changement au sein du processus thérapeutique et améliorant les résultats (Rojo et Bergeron, 2021; Menhas et al., 2024). De plus, l'ancrage thérapeutique que ces interventions procurent pourrait favoriser des effets durables, prolongeant les bénéfices à plus long terme (Corazon et al., 2018). Toutefois, cette revue met en lumière qu'il est essentiel pour la communauté praticienne de prendre en compte la manière dont les individus perçoivent la nature et le groupe, ainsi que l'impact de ces représentations sur l'efficacité du contact avec la nature sur les PSP chez les individus présentant des ACA dysfonctionnels. Enfin, bien que les études analysées dans cette revue n'abordent pas directement ce point, les interventions centrées sur la nature sont souvent plus économiques et relativement simples à mettre en œuvre (Swami, 2024), ce qui pourrait constituer une réponse efficace aux défis rencontrés dans la prise en charge des individus souffrant d'ACA dysfonctionnels dans le système de santé.

CONCLUSION

Cette revue narrative a exploré la littérature sur les effets du contact avec la nature sur les PSP d'individus vivant avec des ACA dysfonctionnels. Les résultats montrent des effets positifs qui peuvent être classés selon des voies directes (relation directe) et indirectes (relation médiée) conformément à la littérature existante. Les articles retenus dans cette revue ont également permis de mettre en évidence la relation entre les fonctionnalités du corps et l'apparence physique perçue ainsi que le potentiel du contact avec la nature comme catalyseur de l'intervention en milieu naturel. Cependant, le nombre limité d'articles retenus souligne le caractère novateur de ce champ de recherche. Pour les études futures, des recherches originales, tant exploratoires que quantitatives et qualitatives, sont nécessaires pour évaluer et comprendre les impacts réels du contact avec la nature sur les PSP des personnes vivant avec des ACA dysfonctionnels. Bien que ces effets soient prometteurs, la recherche approfondie manque encore sur des aspects tels que le processus de décontextualisation, l'influence des pairs, et l'impact de l'activité physique en pleine nature pour cette population spécifique. Enfin, il serait pertinent d'élargir le spectre culturel des recherches, en intégrant des approches issues d'autres contextes (p. ex. le *Shinrin-Yoku*), afin d'enrichir la compréhension interculturelle des effets du contact avec la nature.

Contributions des auteurs. Conception de l'étude: CDB, JMB et GB; Revue de la littérature: CDB; Méthodologie: CDB et JMB; Analyse des données: CDB, JMB et GB; Supervision: JMB et GB; Écriture de l'ébauche originale: CDB, JMB et GB; Relecture et modification de l'ébauche originale: JMB, CDB et GB.

Remerciements. Les autrices remercient les membres-étudiants du groupe de recherche Loricorps, les membres d'ARRIS et Grammata pour leurs relectures et précieux commentaires aidant à l'amélioration de la qualité de cet écrit.

Financements. Cette recherche est financée par une bourse Mitacs Accélération, 2020-2021 (IT20199), une bourse Universalis Causa (UQTR), 2020-2023, une bourse du programme de bourse parcours du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) attribués à Céline De Breucker; par des fonds de la Fondation de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal affiliée au CR-IUSMM, 2021-2025, la Fondation de RBC Royal Banque de Takeda Canada, 2021-2024 (0288007) attribués à Johana Monthuy-Blanc.

IA. Au cours de la préparation de ce travail, l'autrice principale a utilisé Chat GPT et DeepL afin d'améliorer la lisibilité du texte et la langue employée. Après avoir utilisé ces outils, les autrices ont revu et corrigé le contenu et en assument l'entière responsabilité.

RÉFÉRENCES

- Aimé, A., Gagnon, C., Gagnon-Girouard, M.-P., Bégin, C., Poirier, R. et Meilleur, D. (2021). Recension exploratoire des traitements utilisés pour les troubles des conduites alimentaires et des facteurs associés au changement. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 121-143. <https://doi.org/10.7202/1081258ar>
- American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S. et Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Bagaric, M., Touyz, S., Heriseanu, A., Conti, J. et Hay, P. (2020). Are bulimia nervosa and binge eating disorder increasing? Results of a population-based study of lifetime prevalence and lifetime prevalence by age in South Australia. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 260-268. <https://doi.org/10.1002/erv.2726>
- Bottera, A. R. et Luzier, J. L. (2023). Eating Disorder Treatment Dropout : What Factors Influence Access to Specialty Care in an Underresourced Appalachian Region? *Rural Mental Health*, 47(2), 123-128. <https://doi.org/10.1037/rmh0000230>
- Bratman, G. N., Anderson, C. B., Berman, M. G., Cochran, B., de Vries, S., Flanders, J., Folke, C., Frumkin, H., Gross, J. J., Hartig, T., Kahn, P. H., Kuo, M., Lawler, J. J., Levin, P. S., Lindahl, T., Meyer-Lindenberg, A., Mitchell, R., Ouyang, Z., Roe, J., ... Daily, G. C. (2019). Nature and mental health: An ecosystem service perspective. *Science Advances*, 5(7), eaax0903. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax0903>
- Bratman, G. N., Hamilton, J. P. et Daily, G. C. (2012). The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1249(1), 118-136. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06400.x>
- Busk, H., Sidenius, U., Kongstad, L. P., Corazon, S. S., Petersen, C. B., Poulsen, D. V., Nyed, P.K. et Stigsdotter, U. K. (2022). Economic evaluation of nature-based therapy interventions—a scoping review. *Challenges*, 13(1), 23. <https://doi.org/10.3390/challe13010023>
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of body image and human appearance*, 1, 334-342.
- Cash, T. F. et Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance, and change*. Guilford Press.
- Cash, T. F., Pruzinsky, T., Grazer, F. M. et Sorensen, C. L. (1991). Body images: Development, deviance, and change. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 88(2), 367.
- Cash, T. F., Santos, M. T. et Williams, E. F. (2005). Coping with body-image threats and challenges: Validation of the body image coping strategies inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 190-199. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.07.008>
- Corazon, S. S., Sidenius, U., Vammen, K. S., Klinker, S. E., Stigsdotter, U. K. et Poulsen, D. V. (2018). The Tree Is My Anchor: A Pilot Study on the Treatment

- of BED through Nature-Based Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph15112486>
- Darcy, P. M., Jones, M. et Gidlow, C. (2019). Affective responses to natural environments: From everyday engagement to therapeutic impact. In *Physical Activity in Natural Settings* (pp. 128-151). Routledge.
- Deloitte Access Economics (2020). The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders. <https://hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/10/Social-Economic-Cost-of-Eating-Disorders-in-US.pdf>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Festinger, L. (1957). Social comparison theory. *Selective Exposure Theory*, 16(401), 3.
- Fox, K. R. et Corbin, C. B. (1989) The physical self-perception profile: development and preliminary validation. *JSport Exerc Psychol*, 11(4): 408-430. <http://dx.doi.org/10.1123/jsep.11.4.408>
- Frumkin, H., Bratman, G. N., Breslow, S. J., Cochran, B., Kahn, P. H., Lawler, J. J., Levin, P. S., Tandon, P. S., Varanasi, U., Wolf, K. L. et Wood, S. A. (2017). Nature Contact and Human Health: A Research Agenda. *Environmental Health Perspectives*, 125(7), 75001. <https://doi.org/10.1289/EHP1663>
- Gonzaga, I., Claumann, G. S., Scarabelot, K. S., Silva, D. A. S. et Pelegrini, A. (2021). Body image dissatisfaction in adolescents: Comparison with physical activity, teasing and social support. *Journal of health psychology*, 26(10), 1651-1660. <https://doi.org/10.1177/13591053198877>
- Hartig, T., Mitchell, R., de Vries, S. et Frumkin, H. (2014). Nature and Health. *Annual Review of Public Health*, 35, 207-228. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182443>
- Hennigan, K. (2010). Therapeutic potential of time in nature: Implications for body image in women. *Ecopsychology*, 2(3), 135-140. <https://doi.org/10.1089/eco.2010.0017>
- Homan, K. J. et Tylka, T. L. (2018). Development and exploration of the gratitude model of body appreciation in women. *Body Image*, 25, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.01.008>
- Hughes, E. K., Sawyer, S. M., Accurso, E. C., Singh, S. et Le Grange, D. (2019). Predictors of early response in conjoint and separated models of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 283-294. <https://doi.org/10.1002/erv.2668>
- Kaplan, S. (1995). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182. [https://doi.org/10.1016/0272-4944\(95\)90001-2](https://doi.org/10.1016/0272-4944(95)90001-2)
- Kaplan, R. et Kaplan, S. (1989). *Experience of Nature; A Psychological Perspective* (Pap). Press.
- Kaptian, J. (2003). Blazing new trails: Adventure therapy for adolescents with eating disorders. *American Journal of Recreational Therapy*, 2(3), 41-44.
- Keery, H., Van den Berg, P. et Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body image*, 1(3), 237-251. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.03.001>

- Ma, J., Lin, P. et Williams, J. (2023). Effectiveness of nature-based walking interventions in improving mental health in adults: a systematic review. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 43(11), 9521-9539. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05112-z>
- Mares, S. H., Burger, J., Lemmens, L. H., van Elburg, A. A. et Vroling, M. S. (2022). Evaluation of the cognitive behavioural theory of eating disorders: A network analysis investigation. *Eating Behaviors*, 44, 101590. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101590>
- Menhas, R., Yang, L., Saqib, Z. A., Younas, M. et Saeed, M. M. (2024). Does nature-based social prescription improve mental health outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 12, 1228271. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1228271>
- Monthuy-Blanc, J., Bouchard, S., Ouellet, M., Corno, G., Iceta, S. et Rousseau, M. (2020). "eLoriCorps Immersive Body Rating Scale": Exploring the Assessment of Body Image Disturbances from Allocentric and Egocentric Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2926. <https://doi.org/10.3390/jcm9092926>
- Monthuy-Blanc, J., Corno, G. et Abou Chabake, S. (2023a). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on perceptual disturbances and dysfunctional eating attitudes and behaviors: A review of the literature [Review]. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1139261>
- Monthuy-Blanc, J., Corno, G.* et Bouchard, S. (in preparation). Examining the distinctiveness of body image and self-related constructs in eating disorders using virtual reality: The role of shape concerns, physical self-worth, and global self-worth. *Frontiers*.
- Monthuy-Blanc, J., Corno, G., Ouellet, M., Touré, F., Bourbeau, F., Rousseau, M., Charette, A., Moreau, N., Roy, N., Drapeau, V., Mathieu, M.-E., Bouchard, S. et Roccella, M. (2022b). eLoriCorps Immersive Body Rating Scale and eLoriCorps Mobile Versions: Validation to Assess Body Image Disturbances from Allocentric and Egocentric Perspectives in a Nonclinical Sample of Adolescents. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/jcm11051156>
- Monthuy-Blanc, J., Faghihi, U., Fardshad, M. N. G., Corno, G., Iceta, S., St-Pierre, M.-J. et Bouchard, S. (2023b). When Eating Intuitively Is Not Always a Positive Response: Using Machine Learning to Better Unravel Eaters Profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 12(16). <https://doi.org/10.3390/jcm12165172>
- Monthuy-Blanc, J., Morin, A. J., Pauzé, R. et Nino, G. (2012). Directionality of the relationships between global self-esteem and physical self components in anorexic outpatient girls: An in-depth idiographic analysis. Dans A. M. Columbus (ed.) *Advances in Psychology Research* (p. 59-75). Hauppauge: Nova Science Publishers.
- Monthuy-Blanc, J., St-Pierre, M.J., Ménard, J. et Scanferla, E. (en préparation). Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments. Dans G. Martin et S. Bouchard (dir). *Manuel portant sur les psychopathologies*. Presses de l'Université Laval
- Monthuy-Blanc, J., St-Pierre, M.-J., Ménard, J. et St-Pierre, L. (2022a). La transdisciplinarité en santé, la puissance plutôt que l'absence des disciplines: L'exemple des Troubles des Conduites Alimentaires vers les Attitudes et les Comportements Alimentaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 180(4), 350-359. <https://doi.org/10.1016/j.jamp.2022.02.001>

- Mostefa-Kara, L., De Breucker, C. et Monthuy-Blanc, J. (2024) La décontextualisation au cœur du corps : comment le voyage et la nature peuvent protéger des troubles perceptuels menant aux attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels? *Bulletins de l'observatoire québécois du loisir*, 21(11).
- Ninot, G., Delignières, D. et Fortes, M. (2000). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *Staps*, 21(53), 35-47. <https://doi.org/10.3406/staps.2000.1182>
- Ohly, H., White, M. P., Wheeler, B. W., Bethel, A., Ukoumunne, O. C., Nikolaou, V. et Garside, R. (2016). Attention restoration theory: A systematic review of the attention restoration potential of exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 19(7), 305-343. <https://doi.org/10.1080/10937404.2016.1196155>
- Ouellet, M. et Monthuy-Blanc, J. (2022). Quand bouger n'est plus synonyme de santé : une recension des traitements de l'exercice physique pathologique en troubles des conduites alimentaires. *Annales Médico-Psychologiques*, 180(9), 862-874. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448722000075>
- Rojó, S. (2019). Penser autrement l'intervention : L'intervention psychosociale par la nature et l'aventure comme tremplin transformationnel et développemental de la personne. Dans T. Trontin (éd.), *Les séjours de rupture en questions: Oser l'innovation!* (pp. 161-192). Ères. <https://doi.org/10.3917/eres.tront.2019.01.0161>
- Rojó, S. et Bergeron, G. (2020) « VIII. La nature et l'aventure comme levier à l'intervention psychosociale ». Dans D. Auger (éd.), *Plein air: manuel réflexif et pratique*. Paris, Hermann, « Collection 21 », 149-158. DOI: 10.3917/herm.routl.2020.01.0149. URL : <https://www.cairn.info/plein-air-manuel-reflexif-et-pratique--9791037014405-page-149.htm>
- Rojó, S. et Bergeron, G. (2021). Les médiations dans l'intervention psychosociale par la nature et l'aventure. *Sociographe*, 14,39-60. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.3917/graph1.hs014.0039>
- Sala, M., Keshishian, A., Song, S., Moskowitz, R., Bulik, C. M., Roos, C. R. et Levinson, C. A. (2023). Predictors of relapse in eating disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 281-299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.002>
- Scheiber, R., Diehl, S. et Karmasin, M. (2023). Socio-cultural power of social media on orthorexia nervosa: An empirical investigation on the mediating role of thin-ideal and muscular internalization, appearance comparison, and body dissatisfaction. *Appetite*, 185. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106522>
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., Carfagno, M., Eaton, M., De Toffol, M., Vergine, M., Meneguzzo, P., Collantoni, E., Gallicchio, D., Stubbs, B., Girardi, A., Busetto, P., Favaro, A., Carvalho, A. F., Steinhausen, H. C. et Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 124-138. <https://doi.org/10.1002/wps.21182>
- Stevenson, M. P., Schilhab, T. et Bentsen, P. (2018). Attention Restoration Theory II: A systematic review to clarify attention processes affected by exposure to natural environments. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B*, 21(4), 227-268. <https://doi.org/10.1080/10937404.2018.1505571>

- Stieger, S., Aichinger, I. et Swami, V. (2020). The impact of nature exposure on body image and happiness: an experience sampling study. *International Journal of Environmental Health Research*, 32(4), 870-884. <https://doi.org/10.1080/09603123.2020.1803805>
- Stone, K. D., Dimitropoulos, G. et MacMaster, F. P. (2021). Food for thought: A dissonance between healthcare utilization costs and research funding for eating disorders in Canada. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30, 197-203. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8315219/>
- Sundgot-Borgen, C., Trangsrud, L.K.J., Otterbring, T. et Bratland-Sanda, S. (2022). Hiking, indoor biking, and body liking: a cross-sectional study examining the link between physical activity arenas and adults' body appreciation. *J Eat Disord*, 10, 183. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00705-8>
- Swami, V. (2020). Body image benefits of allotment gardening. *Ecopsychology*, 12(1), 19-23. <https://doi.org/10.1089/eco.2019.0032>
- Swami, V. (2024). Associations between nature exposure and body image: A critical, narrative review of the evidence. *Acta Psychologica*, 248, 104355. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104355>
- Swami, V., Barron, D. et Furnham, A. (2018). Exposure to natural environments, and photographs of natural environments, promotes more positive body image. *Body Image*, 24, 82-94. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.12.006>
- Swami, V., Barron, D., Hari, R., Grover, S., Smith, L. et Furnham, A. (2019). The nature of positive body image: Examining associations between nature exposure, self-compassion, functionality appreciation, and body appreciation. *Ecopsychology*, 11(4), 243-253. <https://doi.org/10.1089/eco.2019.0019>
- Swami, V., Barron, D., Todd, J., Horne, G. et Furnham, A. (2020). Nature exposure and positive body image: (Re-)examining the mediating roles of connectedness to nature and trait mindfulness. *Body Image*, 34, 201-208. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.06.004>
- Thompson, J. K., Coovert, M. D. et Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26(1), 43-51. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199907\)26:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<43::AID-EAT6>3.0.CO;2-R)
- Tillmann, S., Tobin, D., Avison, W. et Gilliland, J. (2018). Mental health benefits of interactions with nature in children and teenagers: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(10), 958. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-210436>
- Trangsrud, L. K.J., Borg, M., Bratland-Sanda, S. et Klevan, T. (2020). Embodying Experiences with Nature in Everyday Life Recovery for Persons with Eating Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082784>
- Trangsrud, L. K. J., Borg, M., Bratland-Sanda, S. et Klevan, T. (2022). Shifting the eating disorder into the background—Friluftsliv as facilitating supportive strategies in everyday life recovery. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning*, 22(2), 165-179. <https://doi.org/10.1080/14729679.2021.1894954>
- Tsartsapakis, I., Chalatzoglidis, G. et Zafeiroudi, A. (2023). Investigating Differences in Personality Traits, Self-Esteem, Eating Attitudes, and Body Image among Participants in Indoor and Outdoor Fitness Activities. *Healthcare*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare12010047>

- Tylka, T. L. et Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body image*, 14, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- Ulrich, R. S. (1981). Natural versus urban scenes: Some psychophysiological effects. *Environment and Behavior*, 13(5), 523-556. <https://doi.org/10.1177/0013916581135001>
- Ulrich, R. S. (1983). Aesthetic and affective response to natural environment. In *Behavior and the natural environment* (pp. 85-125). Springer.
- van Hoeken, D. et Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521-527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>

Alliance thérapeutique, entre rupture et jeux de pouvoir, une étude qualitative

Mizué Frey^a

Benedetta Silva^a

Philippe Golay^b

Stéphane Morandi^a

Charles Bonsack^a

Aurore Chambaz^a

RÉSUMÉ ■ L'alliance thérapeutique (AT) est considérée comme un des piliers fondateurs d'une démarche thérapeutique. Sa rupture est un phénomène complexe touchant tant les patient(e)s que les thérapeutes. La rupture d'une AT fait intervenir des dynamiques de mise en retrait ou de confrontation, voire les deux. Cet article se focalise sur l'expérience des patient(e)s face à une rupture de l'AT au travers d'entretiens. Que disent les patient(e)s des comportements qu'ils/elles jugent antinomiques au processus thérapeutique? Comment comprennent-ils/elles la rupture de l'AT – dans un cadre hospitalier ou un suivi privé? Une résolution est-elle possible? L'analyse de ces entretiens permet de dresser une cartographie préliminaire de situations types vécues par les patient(e)s et des motifs les ayant conduits à rompre l'AT.

Méthodes Cette étude s'inscrit dans une approche qualitative en sciences sociales. Dans un premier temps, 5 entretiens ont été effectués par une chercheuse experte par expérience en psychiatrie auprès des personnes concernées (toutes de femmes) par une rupture de l'AT. Dans un second temps, les données

a. Université de Lausanne; Centre hospitalier universitaire Vaudois.

b. Haute école spécialisée de Suisse occidentale.

récoltées ont été transcrites, analysées puis regroupées et comparées par thèmes pour être ensuite réorganisées, fusionnées et enfin hiérarchisées.

Résultats L'analyse a mis en évidence 5 thèmes essentiels dans les facteurs de rupture de l'AT: le pouvoir des professionnels, la relation comme violence symbolique, l'acte de soin, le fonctionnement des institutions de soin et la réparation de l'alliance. Un élément central des discours des patientes interrogées est la violence provoquée par l'expérience vécue d'une asymétrie de pouvoir entre elles et le cadre psychiatrique. Face à cette situation, les patientes mettent progressivement en place des stratégies d'influence pour réduire leur impuissance vécue et adapter le contexte de soin à leurs besoins, comme par la dissimulation d'informations ou le mensonge. Ces récits viennent interroger le bien-fondé des actes de soin en psychiatrie et invitent à remettre en question les déterminants épistémologiques ayant abouti à ces standards et actes de soin en premier lieu.

Discussion En institution psychiatrique, ces résultats suggèrent que les déterminants de l'AT sont en réalité reliés de manière non négligeable aux enjeux de pouvoir à de multiples niveaux. Le maintien, ou la rupture d'une AT s'insère dans un registre sociologique au travers duquel les patientes se reconnaissent en tant que dominées, stigmatisées et marginalisées. Dans ce cadre d'oppression, dissimuler la vérité ou la manipuler apparaît comme des actes nécessaires et licites pour échapper à des situations vécues comme injustes. Ce type de réaction n'est pas nouveau, il s'inscrit dans le développement de l'épistémologie « des dominés », un mouvement en sciences sociales théorisant la construction du savoir chez les personnes et groupes connaissant la domination et où la résistance à l'oppression constitue un acte subversif de lucidité. Il n'est pas étonnant que leurs perspectives soient minoritaires, comme elles reflètent également la position sociale minoritaire des personnes qui la pratiquent.

Conclusion La conservation, ou la réparation d'une AT solide est une priorité pour toute relation thérapeutique. Dans ce cadre, la sensibilisation du personnel psychiatrique aux limites du paradigme biomédical positiviste duquel l'éthos et l'habitus psychiatriques sont profondément imprégnés pourrait être un préalable bienvenu à l'intégration de certains points de vue de l'épistémologique des dominés dans la relation thérapeutique. L'accueil de ces perspectives minoritaires permettrait de nourrir de véritables compréhensions nouvelles dans la dynamique de l'AT et de créer des dynamiques d'AT fondées d'abord sur l'humanité qui nous relie tous et moins sur la catégorie à laquelle on appartient.

MOTS CLÉS ■ étude qualitative, alliance thérapeutique négative, psychiatrie, pouvoir, savoir

Therapeutic alliance: between rupture and power games, a qualitative study

ABSTRACT ■ The therapeutic alliance (TA) is considered one of the founding pillars of a therapeutic approach. Its breakdown is a complex phenomenon affecting both patients and therapists. The breakdown of a TA involves dynamics of withdrawal or confrontation, or both. This article focuses on patients' experiences of TA breakdown through interviews. What do patients have to say about behaviors that are antinomic to the therapeutic process? How do they understand the breakdown of TA-in a hospital setting or in private care? Is a resolution possible? Analysis of these interviews enables us to draw up a preliminary map of typical situations experienced by patients and the reasons that led them to break off the TA.

Methods This study is part of a qualitative social science approach. In the first stage, 5 interviews were carried out by a researcher with experience in psychiatry with people affected (all women) by a breakdown in TA. The data collected was then transcribed, analyzed, grouped by theme, compared by theme, reorganized, merged and prioritized.

Results The analysis highlighted five key themes in the factors leading to TA breakdown: the power of professionals, the relationship as symbolic violence, the act of care, the functioning of care institutions and the repair of the alliance. A central element in the discourse of the patients interviewed is the violence provoked by the lived experience of an asymmetry of power between them and the psychiatric setting. Faced with this situation, the patients gradually implement strategies of influence to reduce their powerlessness and adapt the care context to their needs, such as withholding information or lying. These narratives call into question the validity of psychiatric acts of care, and invite us to question the epistemological determinants that led to these standards and acts of care in the first place.

Discussion In psychiatric institutions, these results suggest that the determinants of TA are, in fact, not insignificantly linked to power issues at multiple levels. Maintaining or breaking a TA is part of a sociological register in which patients recognize themselves as dominated, stigmatized and marginalized. In this context of oppression, concealing or manipulating the truth appear as necessary and licit acts to escape from situations experienced as unjust and confining. Taking a step back, this type of reaction is not new; it's part of the development of the epistemology of the dominated, a movement in social science theorizing the construction of knowledge among people and groups experiencing domination, and where resistance to oppression constitutes a subversive act of lucidity. Not surprisingly, their perspectives are in the minority, as they also reflect the minority social position of the people who practice them.

Conclusion The preservation, or repair, of a solid TA is a priority for any therapeutic relationship. In this context, sensitizing psychiatric staff to the limits of the biomedical-positivist paradigm with which the psychiatric ethos and habitus are deeply imbued could be a welcome prelude to integrating certain points of view from the epistemology of the dominated into the therapeutic relationship. Welcoming these minority perspectives (for practitioners, not patients), has the potential to nurture genuinely new understandings in the TA dynamic, and to (re-) create TA dynamics based first and foremost on the humanity that connects us all, and less on the category to which we belong.

KEYWORDS ■ qualitative study, negative therapeutic alliance, psychiatry, power, knowledge

Introduction

Dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, la place des «savoirs expérientiels» constitue une dimension essentielle des activités et des pratiques professionnelles notamment dans la lutte contre la stigmatisation. La stigmatisation est un terme global comprenant 3 aspects majeurs : les problèmes de connaissance (ignorance), d'attitude (préjudice) et de comportement (discrimination) (Thornicroft et al., 2007). Les pratiques en santé mentale sont identifiées comme une source importante de stigmatisation qui peuvent être contrées par la prise en compte du vécu expérientiel transformé en savoirs (Valery, 2021). Ces savoirs ont favorisé un mouvement politique sur le modèle de partenariat de soin (Flora et al., 2015) ainsi que les prescriptions accordées au patient expert (Tourette-Turgis, 2019). Le rétablissement, concept initié par le mouvement des patients, y est vu comme une reprise d'un pouvoir d'agir, une «juste colère» comme facteur clé de la déstigmatisation. Dans leur ouvrage sur les racines du rétablissement, Davidson et al. (2011) font référence à Martin Luther King lorsqu'il a passé outre les réticences des Blancs modérés pour une confrontation forte et immédiate. L'adoption du concept de rétablissement par les professionnels constitue une révolution, car cette conception n'est pas issue du pouvoir médical, mais vient en grande partie des personnes rétablies. Le soin y est vu désormais comme un partenariat désengagé des rapports de pouvoir. La collaboration est effectuée au service du projet de vie de l'utilisateur(-ère). Elle est la garantie d'une alliance thérapeutique. Dans les faits, la prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une grande pluralité d'acteur(-trice)s (patient(e)s,

institutions, systèmes) et de modalités d'accompagnement. La personne aux prises avec des difficultés affectant sa vie psychique ou mentale peut expérimenter plusieurs approches allant de la prise en charge exclusivement hospitalière aux soins ambulatoires. La prise en charge peut être également sous la responsabilité d'un(e) psychiatre ou d'un(e) psychologue libéral(e). Dans tous les cas, la qualité de la relation patient(e)-soignant(e) représente un facteur des plus importants dans la constitution d'une alliance thérapeutique. Elle se base sur le sentiment du(de la) patient(e) d'un travail et d'une coopération dans un but commun à partir du développement d'un lien de confiance (Bordin, 1994). L'alliance thérapeutique est identifiée dans la littérature comme un impératif préalable aux soins psychiatriques, que cela soit lors d'hospitalisation (Morvillers et al., 2022), de consultations aux urgences (Lazignac et al., 2005), dans la psychiatrie de liaison (Consoli, 2010) et plus spécifiquement dans la thérapie (Collot, 2011). Le maintien de l'alliance thérapeutique ne constitue pas un acquis, des recherches récentes en psychothérapie mettant en évidence l'occurrence fréquente de tensions ou de ruptures de l'alliance (Eubanks et al., 2018). Des difficultés empathiques et contre-transférentielles des professionnel(s) sont mentionnées lors d'une rupture thérapeutique (Vallerand-Roy, 2020). Laconi et al., (2015) caractérisent l'alliance thérapeutique négative comme un mécanisme de défense des patients alors que Safran and Muran (2000) y voient un marqueur de retrait ou de confrontation. Dans les cas de retrait, le(la) patient(e) ou le(la) thérapeute s'éloignent l'un(e) de l'autre (p. ex. réponse minimale, narration évitante, autocritique) ou se rapprochent, mais d'une manière qui nie leur expérience authentique (à travers le déni ou la séparation contenu-affect par exemple). Les marqueurs de rupture et de confrontation impliquent des actions où le(la) patient(e) ou le(la) thérapeute adopte des comportements contraires au processus thérapeutique, à l'instar de plaintes, critiques, tentatives de mise à distance ou de contrôle (Safran et Muran, 2000). Du côté du thérapeute, Hartley (1983) identifie une série de comportements intrusifs spécifiques impactant négativement l'alliance thérapeutique, tels que l'imposition de ses propres valeurs, l'encouragement à la dépendance thérapeutique et l'utilisation d'interventions inappropriées. Dans ce cadre, cette étude propose d'explorer les motifs de confrontation ou de rupture d'alliance thérapeutique des patient(e)s à travers leurs points de vue. Quelles sont les situations évoquées par les patients et les patientes qui reflètent une confrontation ou une rupture de l'alliance thérapeutique ? Comment comprennent-

ils(elles) la rupture de l'alliance, que ce soit à l'hôpital ou par rapport à un(e) thérapeute ? Une résolution est-elle possible ? La « juste colère » engendrant confrontation et rupture est-elle une nécessité identitaire en regard du processus de rétablissement ?

Il s'agit de questionner les récits d'expérience et de montrer la tension entre la prise en charge optimale telle qu'elle est définie par les professionnel(le)s de la santé et la réalité du patient.

L'alliance thérapeutique, le point de vue d'une chercheuse experte par expérience

Le concept de l'alliance thérapeutique est né de la psychanalyse pour s'étendre aux autres psychothérapies. Les théories psychanalytiques ont été influencées ces vingt dernières années par une interrogation portant sur l'intersubjectivité. Il s'agirait de mettre l'accent sur l'interaction, la disposition, la spontanéité, la mutualité et l'authenticité, plutôt que sur des notions comme la neutralité analytique. La théorie de l'intersubjectivité reconnaît que dans toute situation psychanalytique, deux mondes subjectifs se révèlent et tentent de se cacher en permanence. Même la rétention est une forme de communication (Orange et al., 2015). Selon Luborsky (1976), l'alliance thérapeutique peut être vue comme « ce point dans la relation thérapeutique où d'un côté le patient élève le thérapeute à sa position d'autorité, mais d'un autre croit que cette puissance et cette autorité sont partagées entre eux, qu'il y a un sens profond de collaboration et de participation dans le processus ». En tant que personne concernée par un trouble psychique, j'ai expérimenté différentes prises en charge : urgences en psychiatrie, hospitalisations et psychothérapies diverses. Dans mon expérience, la définition de l'alliance thérapeutique dans sa mise en œuvre concrète se situait presque toujours dans un parti pris en faveur des modèles explicatifs des professionnel(le)s par rapport à l'observance médicamenteuse et au diagnostic. Mon défaut d'adhésion était reporté comme un déni de mon trouble ou comme des limitations en termes de capacités et de ressources. Alors que les professionnel(le)s tentaient de m'impliquer dans mon traitement par différents moyens persuasifs, je me mis à jouer « la bonne patiente » et à dissimuler mes croyances et ressentis véritables. Il était trop épuisant de les confronter à ma vérité émotionnelle. C'est en discutant avec d'autres patients et patientes que je réalisais que mon comportement de résistance n'était pas isolé. Une patiente m'avait avoué qu'elle ne voulait pas contredire sa psychothéra-

peute qui était persuadée que le processus thérapeutique était efficace alors qu'elle-même avait le sentiment que ces rencontres n'aboutissaient à rien. Ce phénomène de décalage intersubjectif m'interrogeait. Il apparaissait que le « processus thérapeutique » faisait sens de manière unilatérale alors que les approches intersubjectives soulignent l'importance de « faire sens ensemble ». En effet, Orange (1995) décrit l'activité clinique comme un effort collaboratif pour comprendre l'expérience émotionnelle du patient. Dès lors, pourquoi faisons-nous l'expérience de museler notre vérité intérieure au profit de celle du praticien, perçue comme objective ? J'ai tenté de répondre à cette question en initiant cette étude.

Méthodes

Une épistémologie située

Toute connaissance est socialement située. Cela inclut le savoir dominant qui fonde ses prétentions à un savoir universel, en vertu d'une méthode souhaitée universelle et dénommée ainsi « scientifique », alors que la connaissance ainsi produite est contingente à un contexte et partielle. Dans ce cadre, les connaissances certes partielles, mais conscientes de leur ancrage social sont donc plus transparentes et « plus objectives », ce qu'Harding (1991) caractérise comme une « objectivité forte ». La recherche menée par les usager(-ère)s des services psychiatriques s'intéresse principalement à ce que ceux(elles)-ci présentent de leur expérience et s'appuie sur leurs propres cadres pour comprendre cette expérience, et non sur des concepts professionnels de la maladie (Faulkner et Thomas, 2002). L'implication des usager(-ère)s dans la recherche en santé mentale met en évidence que leur contribution soulève nettement de nouvelles questions de recherche (Trivedi et Wykes, 2002). Rose (2003) suggère que les chercheur(-euse)s-usager(-ère)s de service offrent de nouveaux types de preuves sur lesquelles fonder la pratique, en apportant des perspectives singulières « de l'intérieur ». Le fait que les enquêteur(-trice)s-usager(-ère)s de services indiquent davantage d'insatisfactions à l'égard des services de santé mentale a été interprété comme apportant une plus grande validité à la recherche (House, 2003). Beresford (2005) attribue cette validité à la plus faible distance entre l'expérience directe et son interprétation, indiquant que la connaissance qui en résulte est moins susceptible d'être « inexacte, peu fiable ou déformée ». Dans cette perspective, l'implication d'une

chercheuse avec un savoir expérientiel a permis de collecter des données qui selon nous n'auraient pas été accessibles autrement. En effet, son propre vécu en lien avec la contrainte en psychiatrie a fait émerger une observation différenciée selon la posture et le contexte. Du côté du corps professionnel, l'utilisation du vocable « alliance thérapeutique » était souvent posée pour exprimer une construction d'un lien de confiance avec un ou une patiente alors que du côté des patients et des patientes, ce mot n'apparaissait qu'en de rares exceptions. La relation entre patient(e)s et professionnel(le)s penchait plutôt en faveur de la « désalliance » que de l'alliance. Dans cette étude, la chercheuse a exploré le point de vue de 5 patientes en respectant leurs intérêts et leur volonté d'exclure des interprétations psychanalytiques ou psychopathologiques. Alors que les professionnel(le)s attendent des conseils et des outils afin d'améliorer l'alliance thérapeutique, les patientes interrogées révèlent un intérêt de se distancier de l'étiquette « malade psychiatrique » en refusant d'être des alliées.

Considérations méthodologiques

Cette étude qualitative est guidée par une approche compréhensive. L'approche compréhensive se focalise sur le sens, comme le souligne Marie-Noëlle Schurmans (2003) : « d'une part, les sujets humains réagissent par rapport aux déterminismes qui pèsent sur eux ; d'autres part, ils sont les propres créateurs d'une part de ces déterminismes ». La posture de l'intervieweuse en tant que chercheuse a pour effet de contrer les biais dus aux processus psychologiques en jeu dans l'entretien de recherche que décrit Blanchet (1989). Son savoir expérientiel accentue son rôle de soutien et de guide, assuré par des attitudes confirmatives et des interventions de relance. L'activité interprétative s'effectue sur la base d'un écho qui permet un discours transparent évitant les stratégies d'opacité de risque de « perte de la face » (Goffman et Kihm, 1974). Le recrutement des participant(e)s a été effectué via un groupe associatif d'entraide regroupant une trentaine de personnes concernées. La chercheuse s'est présentée au moyen du réseau social créé spécialement pour ce groupe d'entraide. Elle a effectué une courte présentation du projet de recherche en soulignant sa posture. Elle a invité toute personne intéressée entre 18 et 65 ans à la contacter. Cinq participantes ont accepté de participer à la recherche. Elles ont été interviewées dans le cadre d'entretiens semi-directifs réalisés sur la base d'un guide d'entretien (Kaufmann, 2011). Les entretiens ont duré entre 60 et 75 minutes, explorant les thèmes suivants : les

situations vécues de confrontation ou de rupture de relations avec des soignant(e)s, les motifs qui ont conduit à des comportements d'éloignement, de retrait, de critique ou de confrontation, les aspects intersubjectifs et les suggestions de résolution de l'alliance. Tous les entretiens ont eu comme particularité un échange dans un tutoiement respectif et consenti, favorisant une reconnaissance d'une expérience vécue similaire. Les entretiens ont été enregistrés, anonymisés et transcrits intégralement. Une analyse thématique a été réalisée. Dans un premier temps, un travail de saisie de l'ensemble des thèmes pertinents en lien avec les objectifs de recherche a été effectué, puis complété, dans un second temps, par une vérification des schèmes récurrents, afin de voir comment ils se recoupent, se contredisent ou se rejoignent. Les thèmes ont été identifiés, puis regroupés et fusionnés. Finalement, ils ont été hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux (Paillé et Mucchielli, 2012).

Les résultats obtenus ont été soumis à une réflexion dialogique avec une équipe de chercheurs en santé mentale et une seconde chercheuse avec un savoir expérientiel.

Considérations éthiques

La Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud a approuvé l'étude (protocole n° 2016-00738). Toutes les personnes potentiellement éligibles ont reçu une fiche d'information et ont eu au moins 24 heures pour accepter de participer à l'étude. Un formulaire de consentement écrit a été signé avant le début de chaque entretien. Chaque interviewée a été informée qu'elle était libre de mettre fin à l'entretien à tout moment ou de refuser de répondre à toute question. Un pseudonyme a été attribué à chaque participante.

Résultats

Situations vécues et contexte

- Aurélie a accepté de participer à l'étude afin de pouvoir raconter son expérience d'hospitalisation en psychiatrie. Diagnostiquée autiste, les dimensions relationnelles sont particulièrement importantes pour elle. Son récit fait part de sa confrontation avec des pratiques professionnelles qu'elle juge déshumanisantes et oppressantes. La nécessité de ne pas dévoiler ses envies de suicide s'impose comme une évidence et elle en explique la teneur et les enjeux.

- Tout comme Aurélie, une même trame de dissimulation se joue pour Marina qui exprime sa colère en tentant de réhabiliter sa propre justice. Elle a également expérimenté plusieurs hospitalisations en psychiatrie qui la laisse extrêmement méfiante. Son discours est construit autour d'expériences négatives qu'elle associe à des pratiques professionnelles générales. Elle mentionne son acte de refus d'ingérer les médicaments par cette stratégie que l'on retrouve dans beaucoup de témoignages : recracher les comprimés en cachette.
- Nadine a une longue expérience du système de soin en psychiatrie. En tant que patiente, elle a bénéficié de plusieurs approches : des thérapies individuelles, des ateliers de réhabilitation, des réseaux de soin, ainsi que différentes mesures pour l'accompagner. Nadine raconte sa perception du fonctionnement du système de soin en psychiatrie, elle détaille avec force détails les raisons de son comportement d'apparente soumission. Elle préfère faire croire en une alliance tout en agissant de manière dissimulée en optant pour le mensonge par rapport aux scarifications qu'elle s'est infligées au bras.
- Parvana a accepté de participer à l'entretien en affichant sa volonté de mettre en lumière des dynamiques relationnelles qu'elle a maintes fois repérées dans des relations thérapeutiques. Intéressée par les sciences sociales, elle évoque directement des enjeux de pouvoir reliés à ce qu'elle nomme « violence symbolique ». À titre d'expérience, elle partage une anecdote qui semble anodine, mais qui révèle son sentiment d'humiliation : elle a caché délibérément son véganisme à son psychiatre référent.
- Le témoignage de Charlotte raconte une histoire inverse où son attente de réaliser une thérapie pour faire face à ses traumatismes du passé est évincée en faveur d'impératifs thérapeutiques « peu clairs » qu'elle juge totalement inefficaces et inutiles. La non-prise en compte du trauma apparaît pour Charlotte, comme une tentative de dissimuler ce qui importe véritablement pour elle.

Toutes les situations évoquées par ces 5 femmes font part d'un climat d'influence, de menace, de soumission voire d'humiliation dans un positionnement hiérarchique qui s'inscrit en faveur d'impératifs créés par les professionnel(le)s.

Un trop grand pouvoir du côté des professionnels

La cause principale reliée au sentiment de rupture de l'alliance thérapeutique est un déséquilibre entre le pouvoir du système de soin et les patientes. Aurélie adapte son discours en fonction de ce que pensent les professionnels en mentionnant une stratégie d'autocensure. Elle

tait ses envies de suicide par peur des restrictions de liberté. Marina ne contient pas sa colère : « il ne faut jamais leur dire qu'on a les idées noires parce qu'ils estiment que tu es dangereux pour toi-même » ! Les deux femmes sont très en colère contre ce qu'elles nomment « de la violence et de la maltraitance ». Mentir ou ne rien dévoiler leur permet de résister contre un système qui érige un cadre interprétatif de soin comme postulat objectif. En effet, dans la logique du soin telle qu'elle est véhiculée à l'hôpital, il est normal de restreindre la liberté d'une personne qui évoque ses envies de suicide si des professionnel(le)s estiment que le risque de passage à l'acte est réel. Ainsi, le jugement de la part de professionnel(le)s supplante celui de la patiente. Son seul moyen de conserver un pouvoir d'agir est de dissimuler cette vérité. Cette dissymétrie de pouvoir est rapportée également par Parvana. Elle raconte la déclaration de son psychiatre après avoir vu l'inscription « végan » sur son sac : « ah, j'espère que vous n'êtes pas végan comme ces zinzins qui ne mangent rien » ! Au lieu d'assumer ses convictions, Parvana a préféré se taire par peur « de se faire moquer, d'être prise de haut ». Elle explicite son comportement par sa perception d'une forte différence de statut alors qu'elle sortait juste d'une formation postobligatoire. Son psychiatre représentait « une figure d'autorité » qu'elle ressentait comme « un mépris de classe ». Au contraire de la posture d'Aurélie et de Marina pour qui la dissimulation constituait un acte de résistance, Parvana a agi par une volonté de se protéger. De fait, dans les 3 positions des patientes, on constate que « ne pas dire la vérité » conforte la perception d'une alliance thérapeutique du côté des professionnel(le)s qui ignorent qu'une rupture a eu lieu. Nadine explicite son mensonge au sujet de ses coupures sur un bras par le fait que les professionnel(le)s « ont une forme de pouvoir, ils peuvent appeler l'hôpital et puis c'est bon quoi ». Au lieu de participer à l'alliance thérapeutique, la relation se construit ainsi par des comportements négatifs des patientes, c'est-à-dire dans la fuite, le silence et la dissimulation à l'insu des professionnel(le)s concerné(e)s. L'injonction au lien de confiance est établie de manière implicite par la légitimité du rôle et de la fonction du(de la) soignant(e). Le ou la professionnelle possède la légitimité de poser toutes les questions intimes en regard des impératifs de soin qui concerne la psyché. Les patientes interrogées révèlent que cette injonction au dévoilement de soi participe au sentiment de domination et d'oppression. Dévoiler sa vérité se heurte au pouvoir d'une autorité supérieure qui peut restreindre la liberté ou poser un placement à des fins d'assistance contre la volonté de la personne

concernée. Le cas de Charlotte diffère des 4 autres patientes par le fait que son silence n'a pas été un choix, mais une obligation. Alors qu'elle a clairement mentionné à sa thérapeute sa volonté de travailler sur ses blessures du passé, elle participe avec un sentiment d'impuissance aux déroulements de séances basées sur des problématiques de surface. Avec le recul, Charlotte tente de donner sens à son incompréhension. Elle interprète l'attitude de rejet de sa thérapeute par une orientation de soin de type cognitivo-comportemental. Pourtant, à aucun moment, Charlotte ne s'est confrontée à sa thérapeute en la questionnant sur le fonctionnement des séances qui la laisse insatisfaite. À nouveau, le sentiment de rupture est ignoré de la professionnelle en faveur d'une alliance thérapeutique de façade. Charlotte en vient à stopper son suivi thérapeutique et raconte la surprise de la thérapeute lorsqu'elle apprend les raisons de cette décision.

Une alliance thérapeutique factice

Aurélie pointe le doigt sur la problématique sous-jacente qu'elle qualifie de « chantage qui ne dit pas son nom ». Elle perçoit un « marché de la relation » dans lequel il s'agit de reconnaître le différentiel de pouvoir et de compétences comme un impératif caché pour obtenir des soins. Marina évoque la condescendance comme posture et attitude des professionnel(le)s. La supériorité bienveillante mêlée de mépris est ressentie face à deux soignants qui « veulent t'apprendre la vie en me disant qu'il faudrait que j'envisage de me remettre du décès de mon fils. J'avais juste l'impression d'avoir deux gamins en face de moi qui venaient me faire des théories, alors que j'ai 50 ans, et une expérience de vie qu'ils n'ont peut-être pas forcément vécue ». Marina ne confronte pas ces soignants sur leur savoir qu'ils estiment objectif. Il est probable que dans les rapports écrits, cet échange avec Marina soit interprété comme « un recadrage nécessaire » ou comme « une parole invitant à changer de point de vue ». L'intersubjectivité est rarement un axe pris en compte dans les soins en psychiatrie à l'hôpital alors qu'il est un enjeu majeur d'une alliance thérapeutique authentique. Face aux théories et aux conseils des professionnel(le)s, Nadine explique qu'il est plus facile de jouer la soumission : « faire le petit chaton, dire oui et tout. Être gentille avec tout le monde ». La vérité devient dangereuse, car elle peut être retournée contre la volonté de la patiente : « si j'avais parlé de mes problèmes suicidaires, je ne serais pas sortie de l'hôpital ». La stratégie de ruse et de manipulation de Nadine vise la conservation d'une liberté propre par l'acte de jouer une fausse soumission. Il est

plus important pour elle d'instrumentaliser la pseudo alliance thérapeutique au service de ses propres intérêts. C'est dans ce même mouvement à l'aune de la liberté de ses choix et ses décisions que Parvana dissimule une vérité importante : « C'est dingue ! je n'osais pas dire à mon thérapeute que je veux suivre des cours d'histoire ! ». Lorsqu'elle revient sur les raisons de cette dissimulation, elle invoque l'attitude de supériorité du thérapeute « plein de condescendance et d'orgueil dans sa façon de parler ». Parvana insiste ici sur la violence symbolique, du fait d'avoir internalisé un certain type de comportement parce qu'« on est dans une stature d'infériorité, de peu de pouvoir et qu'on a peu d'outils pour se défendre ». Charlotte se rappelle également la violence qu'elle a ressentie face à une thérapeute qui lui dicte de venir avec sa mère à la prochaine séance, alors qu'elle venait de partager « des trucs assez atroces » sur ce que cette dernière lui avait fait subir. Aurélie se questionne alors sur « cette violence déguisée en acte de soin » qu'elle percevait. La violence ressentie par ces patientes est en lien avec leur sentiment de ne pas avoir la capacité de confronter les professionnel(le)s du fait de leur positionnement d'infériorité. Elles ressentent le possible conflit comme un danger d'une prise de pouvoir sur leur intégrité et leur dignité. Dans leurs expériences, les professionnel(le)s ont raison, peu importe leurs arguments. L'agressivité manifestée dans la colère exprimée sera interprétée comme un symptôme psychopathologique ou comme une défaillance narcissique. Les patientes sont renvoyées à leurs troubles psychiques. La seule issue à ce dilemme consiste pour elles à jouer le jeu d'une alliance thérapeutique factice dans laquelle le sentiment de pouvoir et l'orgueil du(de la) professionnel(le)s seront préservés par l'ignorance de la subjectivité de la patiente.

L'acte de soin en question

Aurélie dénonce un système de pouvoir qui ignore sa propre violence. La violence comme acte de soin se mue en ignorance profonde inconsciente où « l'acte d'allégeance et de soumission est de se rendre chaque jour au bon moment prendre les traitements qui ne sont que des médicaments. Alors que les bénéfices d'aller marcher dans la nature sont clairs en termes de santé mentale, « c'était nulle part recommandé ». « C'est très axé médicament » renchérit Marina, « ils n'ont jamais essayé de me poser des questions sérieuses à l'hôpital de comment je suis arrivée là. Ils me disaient, mais vous avez vécu votre grossesse comment ? C'était en 2008, on est en 2023, qu'est-ce que ça peut vous faire ? ». Marina et Aurélie font part d'une même problématique

qu'elles ont repérée dans le cadre de leur hospitalisation. La compliance du patient est une donnée implicite non discutée et non négociable. Cette compliance apparaît comme un ingrédient essentiel de l'acte de soin alors qu'elle est vécue comme une obligation de collaboration. Il s'agit d'adhérer au discours et au traitement de manière collaborative afin d'éviter une intervention plus brutale. Nadine avoue « camoufler sa dépression, parce que c'est facile, ça ne se voit pas sur le visage ». Quand un médecin l'appelle pour lui demander comment ça va, elle répond qu'elle va bien. Le médecin lui demande : « vous dites que vous allez bien pour me faire plaisir ? ». Consciente qu'elle doit mentir pour qu'on la laisse sortir de l'hôpital, elle répond : « je vous dirais la vérité si ça n'allait pas » et peut sortir le lendemain. Nadine a pu expérimenter différents comportements durant sa longue expérience de soins. Elle raconte comment le mensonge dans une soumission factice consiste en la meilleure stratégie pour conserver une possibilité de marge de manœuvre. La vérité avouée n'est pas au service d'un acte de soin. Avouer sa dépression signifie prolonger son séjour à l'hôpital qu'elle ne considère pas comme une thérapie efficace. Qu'est-ce qu'une thérapie efficace ? Cette question dépend du point de vue de celui ou celle qui la pose. Parvana camoufle son envie d'aller à l'université face à un thérapeute, dont elle perçoit le jugement comme empreint de mépris. L'acte de soin considéré comme bienveillant par le thérapeute ne l'est pas du tout par elle : « j'avais l'impression que c'était sa méthode, d'être dans la confrontation ». Même impression du côté de Charlotte qui ressent un processus méthodique dans les questions qui reviennent toujours, mais qui la laissent de marbre : « comment est-ce que vous avez dormi ? Parce que j'avais des problèmes de sommeil, elle ne parlait que de ça. C'est exactement la même question que j'avais chaque semaine. Mais en même temps, ce n'est pas en parlant que je vais dormir mieux ». Marina explique : « ils ont déjà l'entretien tout prêt, ils font les questions et les réponses. Pour finir, je leur disais des conneries, de toute façon, ils ne t'écoutent pas ». Les méthodes thérapeutiques sont imposées sans remise en question, car elles sont considérées d'office comme pertinentes et efficaces, étudées à l'appui. Les protocoles prennent le pas sur la perception intersubjective et la relation thérapeutique est souvent vécue comme une rencontre standardisée qui ne laisse que peu de place à la spontanéité.

L'honnêteté de l'alliance

Si les récits des patientes ont révélé une « juste colère » (Golay et al., 2021), elles soulignent des situations particulières au travers desquelles elles se sont senties en confiance. Marina a pu poser toutes ses insatisfactions envers le système hospitalier par le biais d'un dialogue hors institution avec son psychiatre, avec qui « elle peut tout dire ». Ce psychiatre l'a rassurée quant à ses sentiments négatifs et a eu envers elle une parole directe : « je vois dans votre dossier, vous fuguez, vous faites ça et vous mentez. Si vous voulez que ça marche, il faut être honnête, on repart à zéro ». « Le courant a passé » explique Marina. Quant à Aurélie, elle fait part du comportement d'une infirmière, « la plus authentique de tout le service ». Elle raconte comment celle-ci est restée auprès d'elle pendant une heure, sans rien faire d'autre que d'être une présence « exceptionnelle » alors qu'Aurélie exprimait une détresse insurmontable. Du point de vue de ces deux patientes, l'alliance thérapeutique n'est pas une question d'une collaboration au service d'un objectif commun. Elle se présente dans un vécu relationnel entre deux personnes qui font preuve d'honnêteté. Honnêteté de la part des patientes de faire face à leurs comportements de fuite, de mensonge ou de mal-être et honnêteté de la part du(de la) professionnel(le) à accueillir ce qui se présente sans imposer un savoir.

Discussion

Les récits de ces 5 patientes dévoilent ici une réalité psychosociale complexe qui dépasse le simple cadre de la relation thérapeutique. Ils remettent en question le contexte, les institutions et les systèmes de santé ainsi que le concept même de « soins » psychiatriques et montrent que le savoir et le pouvoir sont les deux faces d'une même réalité (Gros, 2012). Alors que cette étude était focalisée sur les dimensions d'une alliance thérapeutique en rupture, elle révèle qu'un des enjeux principaux se situe dans les dynamiques de pouvoir entre patients, thérapeutes et institutions de soin. Dans la parole des patientes, l'alliance thérapeutique est à replacer dans des enjeux d'ordre sociologique. En effet, celles-ci n'attribuent pas la rupture de l'alliance principalement à des comportements des thérapeutes (Ackerman et Hilsenroth, 2001), mais plutôt par le différentiel de statut entre elles et ces derniers. Ce différentiel est nourri par leur étiquette de « patientes psychiatriques », qui souligne leur position de population stigmatisée et marginalisée

(Castel, 1994). Le mensonge et la dissimulation sont convoqués comme stratégies d'autonomie et de souveraineté. Selon Sylvie Fainzang, le « mensonge » est au cœur de l'interaction de la relation thérapeutique. Il répond à des mécanismes spécifiques et il est révélateur de la « relation asymétrique et conséquemment des relations de pouvoir qui continuent de se manifester en dépit de la valorisation et de la revendication d'une démocratie sanitaire » (Fainzang, 2015). En tant qu'anthropologue, Sylvie Fainzang montre que les pratiques « mensongères » ne sont pas uniquement du côté des patient(e)s, mais font partie de la pratique médicale. Le mensonge est présenté sous la forme d'un discours savant. Il en va ainsi du discours qui consiste à affirmer qu'il est absolument impossible, pour quiconque a été alcoolique dans sa vie, de pouvoir, un jour, boire de nouveau normalement de l'alcool, même bien plus longtemps après avoir été désintoxiqué, sous peine de rechute. Un discours semblable est proféré dans le cas de la psychose qui consiste à affirmer la nécessité d'une médication à vie sous peine de rechute. Dans les deux cas, ces discours suscitent des controverses suivant les recherches médicales. Sylvie Fainzang insiste sur l'usage que font les médecins de la connaissance qu'ils ont des cas de buveurs qui parviennent à boire de nouveau « normalement ». Ils disent alors : « C'est vrai qu'il y a des cas où la reprise d'une consommation normale est possible, mais il ne faut pas le dire ! ». Le mensonge accompli ici par les médecins est lié au danger, sur le plan thérapeutique que recèle l'énoncé de la vérité en la matière. En soustrayant délibérément la vérité au malade et en refusant de l'évoquer, le mensonge est stratégique. Il est nécessaire afin de parvenir à des objectifs thérapeutiques. Katz (2002) montre que les médecins manipulent l'interaction pour arriver à des fins thérapeutiques, l'information n'est donnée que pour faciliter une décision du malade conforme à celle du médecin. L'usage du mensonge trouve son ancrage dans un modèle culturel de construction de la relation d'autorité (Fainzang, 2006). Ainsi, nul dialogue autour du principe du « danger envers soi-même » que les patientes ont maintes fois entendu à l'évocation de leurs « idées noires » ou de leurs « envies de suicide ». L'acte de soin a été réfléchi et posé a priori en dépit du vécu subjectif. Il entre dans une procédure standardisée autour de la construction de la relation d'autorité que confère le savoir « savant » du professionnel induisant des rapports d'oppression qui conduisent à dénier à un tiers la possibilité de se constituer en sujet épistémique à part entière en raison de discriminations et de préjugés (Godrie et Gross, 2024). Les désirs de suicide sont considérés comme des

troubles psychiques susceptibles de conduire à une hospitalisation forcée. De fait, les patientes détectent très vite le scénario relationnel qui s'enchaîne dans une suite de questions servant à évaluer le risque d'un acte réel suicidaire. Si les patientes refusent l'hospitalisation, elles savent que la meilleure stratégie consiste à demeurer dans le mensonge. Considérées comme « vulnérables, fragiles ou dépendantes », les patientes se reconnaissent une expertise dans l'éthique du soin en tant que care, ce dont elles jugent incapables la majorité des professionnels. Dans leur point de vue, rares sont ceux qui, comme la chercheuse spécialiste du care Carole Gilligan (2014) le précise, sont en capacité de prendre soin, d'adopter le point de vue de l'autre et surmonter leur intérêt personnel. L'obstacle majeur réside dans des injustices épistémiques et herméneutiques (Fricker, 2007) que l'on pourrait qualifier d'oppressions épistémiques. En effet, les patient(e)s psychiatriques sont rarement considéré(e)s comme des interlocuteur(-trice)s crédibles en raison de préjugés défavorables. Ils(elles) vivent l'oppression épistémique qui désigne une forme d'exclusion persistante empêchant ou limitant la contribution d'une personne à la production des savoirs (Dotson, 2018).

De fait, les voix exprimées dans cet article, peuvent être assimilées à un miroir à travers duquel un autre groupe est vu avec un regard extérieur et distancé. Comme l'évoque (Abdallah-Pretceille, 1997), l'enjeu épistémologique et ontologique n'est pas d'apprendre à voir l'autre, mais d'apprendre à objectiver son propre système de référence afin de pouvoir admettre d'autres perspectives. Or, pour un(e) soignant(e), la conscientisation de son propre système de référence implique de reconnaître la violence inhérente à celui-ci, qu'elle soit symbolique ou non, subie ou infligée. Dans ce cadre, la dissimulation, l'autocensure ou le mensonge des patientes doit être abordé à partir d'une épistémologie des dominés où la résistance constitue un acte subversif de lucidité vis-à-vis du système de référence dominant (Frega, 2013). Pour le(la) patient(e), il s'agit de dissimuler, euphémiser, légitimer les rapports de forces tant formels qu'informels (Golay et al., 2021) alors qu'il(elle) se retrouve être en position de dominé(e) (Mauger, 2006). Dans cette perspective, cet article met en évidence les violences déguisées des thérapeutes, institutions ou systèmes de soin et constitue un acte de délégitimation de l'usage de ces violences. De cette manière, ce discours critique met en évidence des formes concrètes par lesquelles la psychiatrie atteint à l'intégrité morale des patient(e)s. Il peut révéler aux dominants qui le souhaitent la perspective des dominés, qui est le

plus souvent dissimulée derrière une soumission performative pour se protéger. Le concept d'alliance thérapeutique corrélé au discours sur l'adhésion au traitement est-il une illusion mensongère quand il met en jeu des rapports de pouvoir et de soumission ? Le sociologue Roland Gori relève le passage de l'alliance thérapeutique entre le médecin et le patient à la compliance du patient au traitement. Cette évolution récente de la médecine vers la prise en charge à partir d'une logique probabiliste a acquis une importance considérable. Aujourd'hui, les spécialités médicales les plus valorisées et les actes de soins privilégiés sont les plus techniques, les plus quantifiables en affinité avec les valeurs sociales. René Gori constate la présence d'un nouveau malaise chez les malades comme chez les professionnel(le)s qui résulte de la prolétarianisation des pratiques, de l'effacement de la dimension artisanale des métiers, et de l'accroissement des exigences de soumission à des pouvoirs normatifs qui se mettent en place tant au nom de la raison de la science que de celle de l'économie. La prolétarianisation des actes professionnels consiste en un déplacement du centre de décision de la pensée du praticien vers les machines numériques des procédures et des protocoles d'information, transformant l'humain en instrument technique (Gori, 2015). Les patients et les patientes possèdent leur cadre de référence, qui s'est construit à partir de leur histoire de vie, de leur expérience personnelle, de leurs conditions de vie immédiates et des valeurs de leur milieu. Ce cadre influence la façon dont ils « reçoivent », interprètent, contestent ou subvertissent les pratiques qu'on leur propose (Rodriguez del Barrio, 2005). Dans le cadre du traitement de la schizophrénie, des experts défendent l'idée de compliance et d'alliance thérapeutique en proposant une démarche de psychoéducation. Un des axes prioritaires concerne le droit à l'information dans une dimension pédagogique qui consiste à « éclairer le patient (voire ses proches), de façon structurée, objective et dédramatisante sur la maladie et ses traitements » (de Beauchamp et al., 2013). Dans cette optique, le savoir en tant que pouvoir se situe du côté des professionnel(le)s alors que les patientes interrogées font valoir un savoir « profane » et expérientiel qui n'est pas pris en compte (Bachelard et al., 2024). La recherche en santé mentale n'est pas à l'abri d'injustices épistémiques dans la mesure où la formulation d'hypothèses et la construction d'arguments peuvent se fonder sur un discrédit épistémologique de la narration des personnes concernées (Quintin, 2023).

Conclusion

Dans les récits de ces 5 patientes, c'est le savoir médical qui offre l'étalon d'appréciation et d'évaluation de l'alliance thérapeutique envisagé comme un partenariat. Dans le champ de la santé mentale, on assiste à la récupération des savoirs expérientiels pour dénouer des situations dans lesquelles les personnes accompagnées refusent leur traitement ou se situent en rupture de soins ou de service (Godrie, 2021). L'horizontalité relationnelle tant recherchée se heurte à la distance critique nécessaire à la compréhension de la condition située de toute connaissance (Bessone, 2020). L'intérêt de cet article n'a pas pour finalité de donner des outils de compréhension aux professionnel(le)s afin de consolider le lien thérapeutique, ni d'investiguer le point de vue des patientes en les opposant aux impératifs des professionnel(le)s. Il s'agit davantage d'une volonté de partage de savoirs expérientiels entre la chercheuse et d'autres personnes concernées dans une logique qui exclut une vision utilitariste et extractiviste de la connaissance. Ce n'est que dans les groupes d'usagers et usagères que ces savoirs expérientiels peuvent être échangés, « comme le fait de savoir quoi dire pour éviter une hospitalisation d'urgence ou "manipuler" son ou sa psychiatre pour obtenir une médication régulière » (Godrie, 2021). Même si ces savoirs ne sont pas intégrables dans les institutions, cet article donne la parole à ces patientes qui osent ici livrer sans condescendance ni retenue leur point de vue et analyses, bien loin des rapports de force qu'elles ont vécus. Le pouvoir étant un jeu relationnel, c'est précisément lorsque, dans un jeu de pouvoir déterminé, l'asymétrie est trop forte et qu'il n'y a plus de réciprocité possible que la violence s'exerce. Avec cette conscience, la question de la possibilité de réparation d'une alliance rompue peut alors se poser. Comme le souligne Medina (2013), il est important de noter que les groupes épistémiques dominants ne reconnaissent pas les ressources cognitives des groupes subordonnés comme pertinents. Ils manifestent une « méta-ignorance », ou ignorance systémique, qui consiste à ignorer leur propre indifférence, méconnaissance ou incompréhension des ressources produites par les groupes subordonnés. Dans ce cadre, pour qu'il y ait réparation, la psychiatrie doit conscientiser sa situation épistémique dominante et reconnaître les violences associées à cette position pour envisager un penser et un agir qui considère les patients psychiatriques comme des partenaires égaux du contrat social. Pour ce faire, le développement de recherches permettant de comprendre comment les patients et les

patientes vivent leur expérience de contact avec différentes composantes du système de soins de santé est nécessaire. Il s'agit de saisir le rôle central et actif des patientes et des patients dans la compréhension des pratiques professionnelles tout en identifiant les contraintes et les rapports de pouvoir qui les affectent.

RÉFÉRENCES

- Abdallah-Pretceille, M. (1997). Pour une éducation à l'altérité. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(1), 123-132. <https://doi.org/10.7202/031907ar>
- Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171.
- Bachelard, M., Kaech, F. et Dutray, F. (2024). De la maladie comme expérience à l'expertise de l'initié. *Rhizome*, 8889(1), 82-89.
- Beresford, P. (2005). Developing the theoretical basis for service user/survivor-led research and equal involvement in research. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(1), 4-9.
- Bessone, M. (2020). « Ignorance blanche », clairvoyance noire ? WEB Du Bois et la justice épistémique. *Raisons politiques*, 2, 15-28.
- Blanchet, A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé. *L'année psychologique*, 89(3), 367-391.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance : New directions. Dans A. O. Horvath et L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). John Wiley & Sons.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-27. <https://id.erudit.org/iderudit/1002206ar>
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique : Fondements et mise en œuvre*. Dunod.
- Consoli, S. (2010). La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- Davidson, L., Rakfeldt, J. et Strauss, J. (2011). *The roots of the recovery movement in psychiatry: Lessons learned*. John Wiley & Sons.
- de Beauchamp, I., Lévy-Chavagnat, D. et Chavagnat, J.-J. (2013). Éducation thérapeutique et schizophrénie : Quels buts ? *Actualités pharmaceutiques*, 52(524), 8-13.
- Dotson, K. (2018). Conceptualiser l'oppression épistémique. *Recherches féministes*, 31(2), 9-34. <https://doi.org/10.7202/1056239ar>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C. et Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair : A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508.
- Fainzang, S. (2006). Secret et mensonge dans le discours médical. *Cités*, 26(2), 27-36.
- Fainzang, S. (2015). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. PUF.
- Faulkner, A. et Thomas, P. (2002). User-led research and evidence-based medicine. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 1-3.

- Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J. et Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie: le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101-117.
- Frega, R. (2013). L'épistémologie des dominés. *Critique*(12), 978-991.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford university press.
- Godrie, B. (2021). Intégration des usagers et usagères et extractivisme des savoirs expérientiels: une critique ancrée dans le modèle écologique des savoirs dans le champ de la santé mentale. *Participations*, 30(2), 249-273.
- Godrie, B. et Gross, O. (2024). Injustices épistémiques en santé: une introduction. Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE(71).
- Goffman, E. et Kihm, A. (1974). *Les rites d'interaction*. Ed. de minuit.
- Golay, P., Moga, M., Devas, C., Staecheli, M., Poisat, Y., Israël, M., Suter, C., Silva, B., Morandi, S. et Ferrari, P. (2021). Measuring the paradox of self-stigma: psychometric properties of a brief scale. *Annals of General Psychiatry*, 20, 1-11.
- Gori, R. (2015). La technique: un facteur de prolétarianisation du soin? In *Soigner (l') humain* (pp. 181-194). Presses de l'EHESP.
- Gros, F. (2012). Foucault, penseur de la violence? *Cités*, 50(2), 75-86. <https://doi.org/10.3917/cite.050.0075>
- Harding, S. (1991). "Strong objectivity" and socially situated knowledge. *Whose science*, 138-163.
- Hartley, D. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. *Empirical studies of psycho analytic theories/Erlbaum*.
- House, A. (2003). User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. *The British Journal of Psychiatry*, 183(2), 89-91.
- Katz, J. (2002). *The silent world of doctor and patient*. Jhu Press.
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.
- Lazignac, C., Damsa, C., Caillhol, L., Andreoli, A., Pichene, C. et Moro, M.-R. (2005). Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(1), 53-57. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.11.010>
- Mauger, G. (2006). Sur la violence symbolique. *Pierre Bourdieu, théorie et pratique*, 84-100.
- Medina, J. (2013). *The epistemology of resistance: Gender and racial oppression, epistemic injustice, and the social imagination*. Oxford University Press.
- Morvillers, J.-M., Roy, C., Laouénan, C. et Goutté, N. (2022). Alliance Thérapeutique Entre Les Patients Hospitalisés En Psychiatrie De Secteur Et Les Infirmier (e) s Et Aide-Soignant (e) s: Une Etude Prospective, Observationnelle Et Transversale. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(11), 855-864.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. Guilford Press.
- Orange, D. M., Atwood, G. E. et Stolorow, R. D. (2015). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Routledge.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11-L'analyse thématique. *Collection U*, 231-314.
- Quintin, J. (2023). Herméneutique et injustice épistémique dans la recherche en santé mentale et en éthique. *Ethica*, 25(1), 31-48.

- Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*(41), 237-255.
- Rose, D. (2003). Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls. *Psychiatric Bulletin*, 27(11), 404-406.
- Safran, J. D. et Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 233-243.
- Schurmans, M.-N. (2003). *Les solitudes*. PUF.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. et Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193.
- Tourette-Turgis, C. (2019). L'apport des malades à l'amélioration de l'organisation des soins: vers une science participative en nutrition. *Nutrition clinique et métabolisme*, 33(4), 290-294.
- Trivedi, P. et Wykes, T. (2002). From passive subjects to equal partners: qualitative review of user involvement in research. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 468-472.
- Valery, K.-M. (2021). *Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans les pratiques en santé mentale*. Université de Bordeaux.
- Vallerand-Roy, M.-C. (2020). *L'influence de la personnalité du psychologue, du client de leur relation sur l'empathie spécifique du psychologue et son contre-transfert lors d'une rupture thérapeutique*. Université de Sherbrooke.

Facteurs influençant la mise en œuvre du modèle de pratique Baromètre dans le champ de la réhabilitation psychosociale en santé mentale : résultats d'une étude de cas multiples

Pierre-Luc Bossé^a

Juan Manuel Moreno^b

Paul Morin^c

Catherine Hudon^a

RÉSUMÉ ■ Au cours des dernières années, plusieurs stratégies de réhabilitation psychosociale en santé mentale (RPS) ont été développées afin d'aider les personnes vivant avec des troubles graves de santé mentale (TGSM) à exercer pleinement leur citoyenneté. Or, ces stratégies demeurent souvent fragmentées, cloisonnées et non intégrées les unes aux autres de façon cohérente, ce qui nuit à leur efficacité. Bien qu'il existe un consensus scientifique et des données probantes en la matière, la mise en œuvre de modèles de pratique intégrateurs constitue encore aujourd'hui une pratique marginale. L'enjeu consiste à comprendre comment implanter efficacement ces modèles de pratique.

Objectif L'objectif principal de cette recherche consiste à identifier et à décrire les facteurs contextuels (facilitants, barrières) influençant la mise en œuvre du modèle de pratique Baromètre (MPB) dans différents contextes organisationnels. La recherche vise aussi à coproduire avec les différents acteurs des recommandations afin d'améliorer le MPB et les stratégies de mise en œuvre de ce modèle.

a. Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé.

b. Fondation John Bost, Bordeaux.

c. Université de Sherbrooke, École de travail social.

Méthode Dans cette recherche fondée sur l'approche participative organisationnelle, une étude de cas multiples qualitative a été effectuée dans 2 établissements français hébergeant des personnes vivant avec des TGSM. Une collecte de données multisources a été réalisée incluant des séances d'observation participante, des groupes de discussion focalisée auprès de personnes soignées et accompagnées (PSA), des entretiens semi-structurés auprès de dyades professionnelles, et des rencontres avec un comité scientifique. Une synthèse théorique combinant les fondements de l'approche par les capacités et de l'approche de la personnalisation des soins et des services, ainsi que les dimensions du *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) a guidé la démarche itérative d'analyse thématique.

Résultats Plus de 40 facteurs contextuels ont été identifiés et regroupés en 4 grandes catégories imbriquées : contexte et processus organisationnel ; pratiques interprofessionnelles ; pratiques d'accompagnement ; processus de rétablissement personnel et participation maximale des PSA. Les interactions entre ces différents facteurs ont entraîné l'émergence de dynamiques systémiques particulières : la contagion des vécus (positifs ou problématiques) ; l'inertie, qui amène un retour aux habitudes et aux modes de fonctionnement antérieurs ; et la dynamisation, qui entraîne chez les acteurs un renforcement de la motivation à adopter et à mettre en œuvre les nouvelles pratiques.

Conclusion Cette recherche permet une meilleure compréhension des facteurs contextuels internes aux organisations qui influencent la mise en œuvre du MPB. Elle montre aussi qu'il est possible d'opérationnaliser ce modèle dans des organisations offrant des soins et des services à des personnes qui vivent avec des TGSM. La recherche doit se poursuivre pour faciliter la mise en œuvre au sein de réseaux de soins et de services souhaitant concrétiser des pratiques collaboratives favorisant le respect des droits des personnes, leur autodétermination et leur rétablissement personnel.

MOTS CLÉS ■ troubles graves de santé mentale, modèle de pratique en santé mentale, réhabilitation psychosociale, science de la mise en œuvre

Factors Influencing the Implementation of the Barometre Practice Model in the Field of Psychosocial Rehabilitation in Mental Health: Results from a Multiple Case Study

ABSTRACT ■ Over the past few years, several psychosocial rehabilitation strategies in mental health (PSR) have been developed to assist individuals living with severe mental health disorders (SMHDs) to fully exercise their social participation. However, the effectiveness of PSR strategies is often undermined as they remain fragmented, compartmentalized, and not cohesively integrated with one another. Furthermore, while there is scientific consensus and evidence on the

usefulness and need for integrative PSR practice models, their effective implementation is not well understood and continues to be a marginal practice.

Objective The main objective of this research is to identify and describe the contextual factors (enablers, barriers) influencing the implementation of the Baromètre Practice Model in different organisational contexts. The research also aims to co-produce recommendations with various stakeholders to improve the BPM and the strategies for its implementation.

Methodology Drawing from the organizational participatory approach, a qualitative multiple case study was conducted with two French organization's housing individuals living with SMHD. Data collection involved multiple sources including participant observations, focus groups with accompanied persons, semi-structured dyad interviews with health professionals, and round-table discussions with a scientific committee. A theoretical synthesis combining the Capability and Personalised Care and Services approaches, and the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR), guided the iterative thematic analysis process.

Results More than 40 contextual factors were identified and grouped into four main interrelated categories: organizational context and process; interprofessional practices; support practices; personal recovery process and maximum participation of people living with SMHDs. The interactions between these different factors led to the emergence of specific systemic dynamics: the contagion of experiences (positive or problematic); inertia, leading to a return to previous habits and modes of operation; and dynamization, which brings about a reinforcement of the motivation among actors to adopt and implement new practices.

Conclusion This research provides a better understanding of the internal organizational contextual factors that influence the implementation of the Baromètre Practice Model. It also shows that it is possible to operationalise this model in various organisations offering care and services to individuals living with SMHDs. Research must continue to facilitate the implementation within health care and health service networks wishing to realize collaborative practices that promote the rights of individuals, their self-determination, and their personal recovery.

KEYWORDS ■ severe mental health disorders, practice model of mental health, psychosocial rehabilitation, implementation science

Introduction

Au cours des dernières décennies, une multitude de stratégies de réhabilitation psychosociale en santé mentale (RPS) ont été développées pour aider les personnes vivant avec des troubles graves de santé mentale (TGSM) «à vivre dans la communauté une existence aussi

gratifiante que possible avec les limites imposées par leurs difficultés» (Vidon, 1995); stimuler et soutenir leur processus de rétablissement personnel (Leamy et al., 2011); favoriser leur autodétermination et l'actualisation de leurs droits fondamentaux (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2021); et leur permettre de prendre leur «place dans la société en tant que citoyen à part entière» (Prouteau et al., 2018). Ces stratégies multiniveaux consistent en un large éventail d'outils, de méthodes, de techniques, de dispositifs organisationnels, de politiques, et de programmes publics. Plusieurs de ces stratégies en soutien au rétablissement personnel ont montré leur efficacité; il existe un consensus scientifique et des données probantes sur ce sujet (Farkas et al., 2016; Franck et al., 2018; Lecomte et al., 2023; Slade et al., 2017a). Aux yeux de l'OMS (2021), «il n'y a aucune raison d'attendre d'autres recherches avant d'implanter des modèles de services alternatifs (au modèle biomédical traditionnel) visant à améliorer le respect des droits humains et à changer les pratiques culturelles» (traduction libre).

Pourtant, dans la majorité des systèmes de santé et de services sociaux, les stratégies de RPS mises en œuvre à ce jour demeurent partielles, fragmentées, cloisonnées, et non intégrées les unes aux autres de façon cohérente (Farkas et al., 2016; van Genk et al., 2023; World Health Organization [WHO], 2021). À ce sujet, l'examen de la portée que nous avons réalisé met en lumière que la mise en œuvre de modèles de pratique de RPS intégrateurs et congruents dans le champ de la santé mentale est essentielle à la concrétisation effective des conditions catalysant et facilitant les parcours de rétablissement personnel. Le principal enjeu consiste à savoir comment parvenir à le faire concrètement, et ce, dans une grande diversité de contextes (Menear et Girard, 2023). Plusieurs problèmes sont souvent observés sur le terrain: influence du contexte de mise en œuvre minimisée; planification présentant des lacunes; parties prenantes peu mobilisées et peu engagées; soutien et accompagnement requis sous-évalués au cours du processus de mise en œuvre; et besoins en ressources (financières, humaines, matérielles) sous-estimés. En outre, les suivis et les évaluations périodiques — 2 mesures reconnues pour favoriser la congruence des composantes et des principes des modèles de pratique à implanter — se révèlent insuffisants (Briand et al., 2023; Buus et al., 2021; Farkas et Anthony, 2010; Farkas et al., 2016; Latimer et Aubry, 2023; Menear et Briand, 2014; Menear et Girard, 2023; Mezzina, 2014; OMS, 2021; Rapp et Sullivan, 2014; Slade et al., 2017).

Bref, on constate des écarts importants entre les pratiques considérées efficaces au plan scientifique et la mise en œuvre de ces pratiques sur le terrain. Mieux comprendre comment opérationnaliser les modèles de pratique dans la routine quotidienne des organisations apparaît comme un élément clé pour transformer les pratiques en santé mentale et mettre davantage l'accent sur le respect des droits humains et sur le soutien des processus de rétablissement personnel.

Le modèle de pratique Baromètre comme objet de mise en œuvre

Pour relever ce défi, deux des auteurs de cet article (PB et PM) œuvrent depuis 2012 au développement participatif du modèle de pratique Baromètre (MPB) dans une équipe de recherche de l'Institut de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du CIUSSS¹ de l'Estrie-CHUS. L'optimisation et la validation scientifique du MPB se poursuivent au rythme de ses mises en œuvre (Bossé et al., 2018).

Actuellement, dans le domaine de la RPS, le MPB est le seul modèle de pratique recensé qui soit soutenu par une plateforme numérique collaborative disponible en français. Le Tableau 1 présente les principes et les caractéristiques de ce modèle de pratique à partir d'une synthèse de la littérature scientifique internationale sur le sujet.

Le contexte de recherche partenariale

Au cours des dernières années, le MPB a fait l'objet de mises en œuvre dans 2 établissements sanitaires et médico-sociaux français dans le cadre d'un partenariat quinquennal de recherche et développement (2018-2023) conclu entre l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et la Fondation John Bost (FJB). Cette institution œuvrant dans le domaine de la santé mentale et du handicap, administre 42 établissements répartis dans 4 régions de France (Fondation John Bost, 2023a). Ce partenariat a pour objectif de stimuler et soutenir une transformation en profondeur des pratiques d'hébergement pour les personnes soignées et accompagnées vivant avec des troubles graves de santé mentale. Axées antérieurement sur la prise en charge complète et l'institutionnalisation des personnes, les priorités stratégiques de FJB sont désormais orientées vers l'autodétermination de la personne et le renforcement de son pouvoir d'agir, le soutien au processus de rétablissement et

1. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.

TABLEAU 1
Principes et caractéristiques du modèle de pratiques Baromètre

Principe 1	Principe 2	Principe 3	Principe 4	Principe 5
Se centrer sur la personne	Établir et maintenir une alliance collaborative	Renforcer les partenariats de soins et de services	Soutenir le développement continu des compétences	Créer des environnements favorables à l'implantation du modèle de pratiques
❖ Considération de la personne dans sa globalité en interaction avec son environnement: ➢ Identification de ses forces, ses ressources, ses préférences, ses souhaits et ses priorités ➢ Observations des facilitateurs et les obstacles à la participation sociale ➢ Aller au-delà des symptômes, des maladies et des limitations ➢ Promotion, respect et défense de ses droits	❖ Établissement et maintien d'une relation égalitaire et non autoritaire: ➢ Coréalisation d'une évaluation globale et interdisciplinaire coproduite avec la personne et ses proches ➢ Coélaboration d'un projet personnalisé	❖ Renforcement de la qualité des communications et de la coordination à l'aide d'outils collaboratifs et de temps d'échange, réunissant tous les acteurs concernés: ➢ Partage d'un langage commun entre la personne accompagnée, ses proches et les professionnels (pas de jargon) ➢ Structuration et partage d'observations et de notes de suivi interprofessionnelles	❖ Animation de temps de réflexions et d'apprentissages intégrés dans l'organisation du travail, au cœur du quotidien des équipes: ➢ Supervisions cliniques régulières, visant à soutenir la concrétisation du modèle de pratiques et la concrétisation des projets personnalisés ➢ Temps dédiés à la préparation et à la coordination des projets personnalisés de soins et d'accompagnement ➢ Organisation de réunions portant sur la bonification, la validation et la mise à jour des projets personnalisés; participation de tous les acteurs concernés; animation soutenue par la plateforme Baromètre	❖ Mise en œuvre de démarches d'accompagnement organisationnelles visant à faciliter les transformations et les réorganisations essentielles à l'implantation du modèle de pratiques: ➢ Coréalisation d'un état des lieux organisationnel ➢ Mise sur pied d'un groupe projet; mobilisation et formation des participants ➢ Coélaboration d'un plan d'implantation, c'est-à-dire d'une stratégie d'implantation adaptée aux contextes organisationnels ➢ Mise en place des prérequis (ressources humaines, matériel, organisation du travail, etc.) ➢ Réalisation des activités et actions d'implantation ➢ Suivis et bilans périodiques visant l'ajustement et l'amélioration continue...
❖ Participation maximale de la personne: ➢ Soutien de la personne pour qu'elle concrétise un projet de vie significatif à ses yeux ➢ Soutien aux prises de décisions et à son autodétermination: multiplier les opportunités de « microchoix »	❖ Valorisation des savoirs d'expériences des personnes concernées: ➢ Coévaluation des forces, des compétences, des réussites antérieures, des ressources...	❖ Orientation des actions professionnelles à entreprendre à partir des priorités, des souhaits et des préférences de la personne accompagnée	❖ Mise en œuvre de parcours de formation continue, impliquant tous les acteurs, incluant les personnes concernées et leurs proches: ➢ Formations portant sur le modèle de pratiques Baromètre, l'évaluation interprofessionnelle ➢ Modules en ligne (E-learning) ➢ Formation et mentorat pour initier les nouveaux employés ➢ Ateliers d'entraînement pratiques en milieu de travail, retours d'expériences... impliquant si possible des personnes accompagnées ➢ Communautés de pratiques, favorisant l'entraide et le partage d'expérience entre les acteurs	
❖ Implication de proches ou de personnes de confiance (si la personne y consent)	❖ Centration sur les accomplissements de la personne: ➢ Mise en lumière de ses progrès et des changements se produisant à travers le temps ➢ Suivi et modification de son projet au rythme des expériences vécues et de l'évolution de ses priorités	❖ Réseautage et arri-mage intersectoriels avec les partenaires du territoire local en fonction des spécificités du projet de la personne		❖ Création des conditions environnementales permettant la réalisation d'habitudes de vie en phase avec les préférences de la personne (p. ex. renforcement de l'entraide et des solidarités locales, lutte à la stigmatisation, développement d'habitats inclusifs) ❖ Organisation territoriale d'un réseau de soins et services en proximité des communautés locales

l'inclusion sociale (Fondation John Bost, 2023b). C'est dans ce contexte partenarial à visée transformationnelle que fut réalisée cette recherche doctorale (2021-2023).

Objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette recherche consistait à décrire les facteurs contextuels (facilitants, barrières) influençant la mise en œuvre du MPB dans divers contextes organisationnels. La recherche visait aussi à coproduire des recommandations avec les acteurs concernés pour améliorer le MPB et les stratégies de mise en œuvre.

Méthodologie

Pour atteindre ces objectifs, une étude de cas multiples qualitative a été effectuée selon une approche participative organisationnelle. L'étude de cas se révèle très utile pour appréhender des interventions complexes et multidimensionnelles dépendant des interactions avec l'environnement (Merriam et Tisdell, 2016; Patton, 2015) comme c'est le cas avec la mise en œuvre du MPB. Elle permet de procéder à une analyse en profondeur d'un phénomène donné dans son contexte naturel en mobilisant différentes stratégies de collecte de données, ce qui favorise leur triangulation (Creswell et Poth, 2018; Patton, 2015; Yazan, 2015). En cohérence avec l'approche participative organisationnelle, l'étude de cas a été coréalisée en partenariat avec des acteurs clés de la FJB qui ont pris part activement aux différentes étapes de la démarche (Bush et al., 2018; Camden et Poncet, 2014; Hudon et al., 2021). Pour concrétiser ce volet, différentes instances de participation ont été mises en place : un comité scientifique (chapeautant les 2 organisations à l'étude); 2 groupes de mise en œuvre (1 par organisation); et 1 groupe formé de PSA provenant des 2 organisations.

Pour Merriam et Tisdell (2016), un cas constitue un « système délimité par des frontières » à l'intérieur duquel les nombreuses variables en interaction ne peuvent pas être comprises isolément les unes des autres. Dans la présente recherche, le phénomène à l'étude correspondait à la mise en œuvre du MPB dans les organisations de soins et de services en santé mentale implantant le MPB. Pour des raisons de faisabilité, la recherche s'est limitée à l'analyse des facteurs contextuels internes aux organisations.

Parmi les 6 établissements candidats potentiels au démarrage de la recherche, 2 ont été sélectionnés par l'équipe de recherche et la direction générale de la FJB par la méthode de l'échantillonnage raisonné (Creswell et Poth, 2018) en fonction des 4 critères suivants : être une organisation affiliée à la FJB ; dispenser des soins et des services d'hospitalisation ou d'hébergement de longue durée aux PSA ; avoir des acteurs activement impliqués dans la démarche de mise en œuvre du MPB ; et présenter une structure organisationnelle différente (entre les 2 cas). Le Tableau 2 présente leurs caractéristiques respectives.

TABLEAU 2
Caractéristiques structurelles et culturelles des cas A et B

	Caractéristiques	Cas A	Cas B
Structurelles	Population cible	Personnes ayant des troubles graves de santé mentale (TGSM).	Personnes faisant l'expérience de troubles graves de santé mentale et en situation de handicap.
		Plus de 90 % de ces personnes bénéficient d'une mesure de protection juridique.	
	Type d'établissement	Établissement de santé autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie (ÉSAP).	Foyer d'accueil médicalisé (FAM).
	Mission	Hospitalisation de longue durée et épisodes de soins visant la stabilisation des symptômes.	Hébergement à durée indéterminée.
	Nombre d'usagers hébergés	Entre 25 et 30 PSA	48 PSA
	Mode de fonctionnement	Une seule grande équipe	4 équipes réparties en 4 lieux de vie de 12 usagers et une infirmerie connexe.
	Proportion de professionnels soignants	75 %	45 %
	Proportion de professionnels psychosociaux	25 %	55 %
Culturelles		Organisation hiérarchique et médico-centrée : prédominance d'une culture fondée sur l'expertise médicale.	Transition d'une culture hiérarchique et médico-centrée vers une culture de partage des responsabilités entre les divers professionnels.
		Focalisation sur la maladie, sur les soins et sur les actes de la vie quotidienne.	Focalisation sur les actes de la vie quotidienne, sur les incapacités fonctionnelles et sur la compensation de ces incapacités.
		Distinction marquée entre le statut de soignant et celui de malade : dynamique d'autorité professionnelle.	Réflexe de (sur)protection des PSA et de prise de risque minimale.
		Prédominance de l'expertise professionnelle, faible considération des priorités et des aspirations des PSA.	
		Prédominance d'une culture de l'oralité, faible traçabilité des documents écrits, perte d'information.	

Les acteurs participant à la recherche

Plusieurs catégories d’acteurs ont participé à la recherche : membres de la direction générale de la fondation ($n = 3$) ; gestionnaires et responsables cliniques des 2 organisations ($n = 8$) ; professionnels soignants et professionnels psychosociaux ($n = 64$) ; et PSA ($n = 20$). Le Tableau 3 illustre la composition des ressources humaines pour les 2 cas (A et B) à l’étude.

TABLEAU 3
Composition des ressources humaines (cas A et cas B)

Catégories	Cas A	Cas B
Gestion	1,3 ETP	2,3 ETP
Directeur	0,3 ETP	0,3 ETP
Adjoints de direction	1 ETP	2 ETP
Professionnels soignants	16,8 ETP	19 ETP
Médecin psychiatre	0,5 ETP	Externe
Médecin généraliste	0,3 ETP	0,5 ETP
Infirmière diplômée d’État (IDE)	6 ETP	5 ETP
Aides-soignants (AS)	10 ETP	13 ETP
Psychologues et autres professionnels paramédicaux	Externe	0,5 ETP
Professionnels psychosociaux	5,5 ETP	23 ETP
Éducateurs spécialisés (ES)	2 ETP	4 ETP
Moniteurs-éducateurs (ME)	1 ETP	5 ETP
Assistants éducatifs et sociaux (AES)	2,5 ETP	14 ETP

ETP : Équivalent à temps plein (en date du 1^{er} septembre 2023).

Collecte des données

Une stratégie de collecte de données multisources a été mise en œuvre (Merriam et Tisdell, 2016) sur une période de 24 mois afin d’impliquer l’ensemble des participants, de trianguler les points de vue et d’atteindre une redondance soutenant la validité interne de nos résultats (Creswell et Poth, 2018). L’immersion prolongée dans les 2 milieux de pratique (125 heures/cas environ) s’est concrétisée sous forme de séances d’observation participante tenues lors de plusieurs activités : temps de coordination interprofessionnelle ; réunions pour les projets personnalisés des PSA (10 par cas) ; formations interactives en petits groupes ; rencontres avec les groupes responsables de l’application et du suivi du MPB (6 par cas) ; et bilans réflexifs menés au sein des établissements (2 par cas).

À ces séances d'observation participante se sont ajoutés 10 entretiens semi-structurés avec des dyades professionnelles ($n = 5/\text{cas}$), des séances d'observation non participante avec le soutien de la plateforme Baromètre dans 10 rencontres d'accompagnement entre les professionnels et les PSA ($n = 5\text{h}/\text{cas}$), et 2 groupes de discussion focalisée avec de PSA. Quatre rencontres du comité scientifique comprenant des représentants de la FJB et des 2 organisations à l'étude (12 participants) ont permis de valider les données collectées. Les rencontres de groupe et les entretiens individuels ont été enregistrés et retranscrits.

Analyse des données

S'appuyant sur le dialogue et les réflexions avec les participants, un processus d'analyse itératif concomitant à la collecte de données a été mis en œuvre (Creswell et Poth, 2018). Une analyse thématique mixte — déductive (déterminée à partir de catégories issues d'une synthèse théorique), et inductive (ouverte aux découvertes émergeant du terrain) — a été menée à l'aide du logiciel MAXQDA 2022®. Peu à peu, les thématiques se sont stabilisées, les regroupements ont émergé et un arbre thématique s'est construit tout au long de la démarche de codage (Miles et al., 2014) effectuée avec l'un des coauteurs (Moreno). Les résultats de l'analyse ont été discutés et approfondis à intervalles réguliers lors de rencontres avec l'équipe de recherche et le comité scientifique. Des tableaux de synthèses et des représentations visuelles ont mis en relief les interrelations entre les différentes thématiques (Creswell et Poth, 2018).

Cadre conceptuel

Considérant la quantité colossale de données recueillies, l'élaboration et l'utilisation d'un cadre conceptuel constituaient une démarche essentielle pour structurer la collecte et l'analyse des données (Creswell et Poth, 2018). Ce cadre combine les fondements de l'approche par les capacités, de l'approche de personnalisation des soins et des services, de même que les principales dimensions du *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR).

Le *Consolidated Framework for Implementation Research* s'appuie sur une synthèse de 19 cadres d'analyse en science de la mise en œuvre. Dans une perspective écosystémique, il cherche à identifier les facteurs contextuels (facilitants, barrières) qui influencent la mise en œuvre des innovations dans le domaine de la santé. Il est structuré autour de 5 grandes dimensions interdépendantes : caractéristiques de l'innovation, processus de mise en œuvre, caractéristiques indi-

viduelles des personnes participantes influençant la mise en œuvre, contexte organisationnel interne et contexte externe à l'organisation (Damschroder et al., 2022).

L'approche de personnalisation des soins et des services s'intéresse aux pratiques et aux dynamiques d'ordre relationnel qui influencent la participation des PSA. Elle met l'accent sur la coproduction et le croisement des savoirs, la reconnaissance des savoirs d'expérience et la mise en lumière des réalisations considérées comme importantes par les PSA (Bossé, 2018; Carrier et al., 2015).

L'approche par les capacités se révèle pertinente pour l'évaluation de la qualité des pratiques. Elle se concentre sur les conditions qui permettent aux personnes de faire leurs propres choix, d'améliorer leur qualité de vie en mettant à contribution leurs potentialités et d'actualiser leurs droits fondamentaux (Davidson et al., 2009; Nussbaum, 2012; Sen, 2016; Shinn, 2014).

Résultats

Quatre grandes catégories ont émergé de l'analyse: le contexte organisationnel et le processus de mise en œuvre; les pratiques interprofessionnelles; les pratiques d'accompagnement; et les processus de rétablissement personnel des PSA. Le Tableau 4 présente les principaux facteurs facilitants et contraignants qui ont influencé la mise en œuvre du MPB.

Contexte organisationnel et processus de mise en œuvre

L'ensemble du processus participatif de mise en œuvre du MPB dans les 2 institutions a été stimulé par un accompagnement organisationnel externe offert par le chercheur principal et une spécialiste en développement organisationnel de la FJB. Offrant coaching, formation et soutien méthodologique et stimulant la réflexivité chez les acteurs, cette forme d'accompagnement a constitué un facteur favorable de premier ordre pour catalyser la structuration d'un écosystème organisationnel propice à la réussite des démarches de mise en œuvre du MPB.

Une phase de préparation et de planification a précédé la mise en œuvre du MPB dans les deux établissements à l'étude. Cette étape a permis au chercheur de se familiariser avec le terrain de recherche, de développer des liens de confiance et de mobiliser les parties prenantes dans une démarche participative et réflexive prévoyant des ajustements continus aux points d'étape. Ainsi, la structuration de la gouvernance

TABLEAU 4

Principaux facteurs contextuels influençant la mise en œuvre du modèle de pratique Baromètre

Facteurs facilitateurs	Facteurs contraignants
Contexte et processus organisationnel	
Structuration de la gouvernance du projet, mobilisation des diverses parties prenantes.	Application des mesures sanitaires (injonctions externes).
Codiagnostic organisationnel, coconstruction d'un plan de mise en œuvre avec les différentes parties prenantes, ajustements continus.	Roulement de personnel, absentéisme au travail.
Démarche participative d'optimisation des outils et de clarification de leurs usages respectifs.	Multiplication et compétition des outils cliniques et administratifs utilisés.
Mise en place des conditions matérielles favorables à l'usage de la plateforme numérique Baromètre.	
Adaptation du rythme de mise en œuvre à la réalité organisationnelle.	Manque de synergie et d'intégration entre le dossier médical informatisé et la plateforme Baromètre.
Accompagnement organisationnel externe à l'établissement.	
Pratiques interprofessionnelles (Climat, communications, coordination)	
Cadres intermédiaires et professionnels portant un leadership collaboratif.	Influence de leaders aux comportements autoritaires et/ou paternalistes
Formations interactives en petits groupes, de courte durée et intégrées au quotidien (séries de plusieurs séances).	Présence de clans et de conflits au sein des équipes.
Formalisation des temps de discussion et de réflexivité professionnelles.	Manque de temps alloué à l'apprentissage et à l'expérimentation.
Usage régulier de la plateforme numérique collaborative Baromètre.	Culture de l'oralité et de l'informel.
Traçabilité quotidienne des communications centrée sur les priorités des PSA et la coordination des projets personnalisés	Pratiques d'hébergement dictées par les routines quotidiennes et les urgences perçues.
Structuration et temps dédié à la coordination centrés sur les projets personnalisés.	Difficultés de planification et de gestion des horaires de travail.
Clarification des rôles et des responsabilités des différents professionnels.	
Pratiques d'accompagnement	
Focalisation sur un projet de vie significatif pour la PSA.	Postures professionnelles autoritaires ou surprotectrices.
Postures professionnelles facilitatrices.	
Capacité d'expression et de communication, comportements prosociaux, motivation, participation et engagement des PSA.	
Supervision et coaching clinique interne à l'organisation.	
Modalités d'usage collaboratif de la plateforme adaptées à chaque PSA	Crises, conflits, troubles du comportement, agressivité; méfiance vécue par les PSA.
Ateliers d'entraînement pratique impliquant les PSA.	
Réalisation d'un projet de vie significatif pour la PSA.	
Processus de rétablissement personnel avec participation maximale des PSA	
Soutien lors de la prise de ses propres décisions.	Pratiques restreignant les droits et les libertés des PSA.
	Ressentis d'infantilisation et de surprotection.
Nouvelles expériences, nouveaux apprentissages.	Autostigmatisation de la PSA.
	Dépendance et effets secondaires de la médication.
Optimisation de la médication.	Non-disponibilité des ressources et des services pour soutenir la réalisation du projet personnalisé.

du projet, la production du codiagnostic organisationnel, et la coconstruction de plan de mise en œuvre ont été des éléments facilitateurs importants qui ont permis d'engager activement les parties prenantes et d'adapter la mise en œuvre du MPB aux spécificités des contextes respectifs des 2 cas organisationnels étudiés.

C'est également au cours de cette phase qu'un obstacle a été identifié dans les 2 organisations: une pléthore d'outils administratifs et cliniques (en format papier et informatisés) se chevauchant et suscitant frustration et confusion en lien avec leur utilité et leur pertinence. Les participants ont été unanimes à mentionner qu'il ne fallait surtout pas que les nouveaux outils intégrés au MPB se superposent à ceux qui existaient déjà; les plans de mise en œuvre ont été adaptés en conséquence. La mise en place de conditions matérielles et logistiques nécessaires à l'utilisation de la plateforme numérique (ordinateurs, locaux, etc.), en combinaison avec une démarche d'optimisation des outils et de leurs usages, a constitué un levier stratégique essentiel pour résorber les craintes liées à un alourdissement de la charge de travail et obtenir l'adhésion des professionnels.

S'appuyant sur des expériences vécues, le processus de développement participatif et d'amélioration continue du MPB a favorisé la mise en place de cette démarche d'optimisation puisque diverses fonctionnalités de la plateforme ont pu remplacer des outils préexistants. Au terme de la recherche, les participants ont spécifié qu'il était important de poursuivre ce travail d'optimisation pour favoriser la synergie et l'intégration du dossier médical informatisé et de la plateforme Baromètre. Cela permettrait d'éviter le cloisonnement entre les pratiques de soins et les pratiques d'accompagnement psychosocial.

La capacité de moduler le rythme de mise en œuvre du MPB fut également un facteur facilitant primordial. Cette modulation est apparue cruciale pour faire face aux événements imprévisibles, notamment la crise sanitaire, qui a bouleversé les modes de fonctionnement et les habitudes de travail. L'augmentation du roulement du personnel a aussi fragilisé les efforts de mise en œuvre du MPB. Ce phénomène a mis en lumière l'importance d'instaurer un processus organisationnel permettant aux nouveaux professionnels de se familiariser avec les fondamentaux du MPB et de les mettre rapidement en pratique.

Les pratiques interprofessionnelles

Au chapitre des pratiques interprofessionnelles, une multitude de facteurs contextuels interdépendants ont influencé la qualité des

communications, l'efficacité des dynamiques de coordination, et le climat de travail dans les équipes. Les démarches de mise en œuvre du MPB furent d'abord confrontées à 2 contraintes majeures : la présence de leaders affichant des comportements autoritaires et/ou paternalistes et l'existence de clans et de conflits au sein de certaines équipes. Dans ce contexte, la mise en place d'une stratégie de formation interactive en petits groupes (5-6 participants) et sous forme de séries de plusieurs rencontres de courte durée (environ 45 minutes) a contribué à contourner les dynamiques nuisant aux changements de pratique. En prévoyant des temps précis intégrés à l'organisation du travail, cette stratégie a aussi permis de surmonter la contrainte représentée par le manque de temps consacré aux nouveaux apprentissages dans le quotidien. De même, l'instauration de bilans réflexifs périodiques en grands groupes dans lesquels sont abordées les réussites, les difficultés rencontrées et les pistes de solution a aidé à réguler les dynamiques d'équipe et à valoriser les leaders montrant une influence positive.

En matière de communication, la culture de l'oralité et de l'informel est rapidement apparue comme un obstacle à la continuité informationnelle et au renforcement de la cohérence d'ensemble des pratiques interprofessionnelles. L'usage collectif de la plateforme numérique Baromètre a favorisé la consolidation d'un langage commun et guidé la sélection des informations pertinentes devant être notées et partagées (en équipe, avec la PSA et ses proches, avec les partenaires). Cette utilisation a également contribué à la mise en place de nouvelles habitudes communicationnelles favorisant la coordination interprofessionnelle afin de soutenir la concrétisation des priorités et des objectifs importants pour les PSA.

Toutefois, les pratiques de coordination interprofessionnelle se sont confrontées à une autre contrainte, celle des pratiques d'hébergement dictées par des routines et par les petites urgences du quotidien (p. ex. des troubles du comportement vécus comme dérangeants tels que des expressions de colère, des demandes répétées et insistantes, des altercations conflictuelles, etc.). Le poids des habitudes, qualifiées de chronicisées, s'est combiné aux multiples sollicitations qui interpellent les professionnels. Ce phénomène monopolise leur temps et leur attention, ce qui fait dire à plusieurs : « c'est compliqué de trouver du temps pour bien faire et pour travailler en équipe » (PRO-B270).

Par conséquent, la structuration des rencontres d'équipe hebdomadaires et des temps attribués à la coordination des projets personnalisés des PSA est apparue comme un levier pour permettre aux professionnels de s'abstraire des routines quotidiennes, d'instaurer une nouvelle

dynamique et de nouveaux modes de fonctionnement, de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun et mettre en lumière leurs contributions respectives, de légitimer le temps accordé à des tâches qui comportent des répercussions intangibles dans l'immédiat, mais qui demeurent incontournables pour la mise en œuvre du MPB (p. ex. temps de coévaluation et de coconstruction des projets personnalisés, suivis réguliers des objectifs et des actions, liaisons avec les partenaires externes, etc.). Or, cette stratégie a été fragilisée par des difficultés récurrentes de planification des horaires de travail, qui ont forcé l'annulation de plusieurs temps réservés à la coordination.

De manière plus large, tout ce processus de mise en œuvre des nouvelles pratiques interprofessionnelles n'aurait pu se concrétiser sans l'engagement des cadres intermédiaires et des professionnels porteurs d'un leadership collaboratif. Ces personnes ont facilité la dynamique de transformation et ont contribué à la consolidation des nouvelles habitudes de travail dans les organisations. À la fin du projet de recherche, ce facteur critique a été mis en évidence dans le cas A lors du départ du cadre intermédiaire, à la suite duquel l'organisation du travail nouvellement mise en place s'est déstructurée, les espaces de coordination interprofessionnelle furent réduits et d'anciennes pratiques ont refait surface. Les propos d'un professionnel rendent bien compte de cette situation : « Depuis [son départ], rien ne va plus ; sans capitaine, le bateau part littéralement à la dérive. » (PRO-A108)

Les pratiques d'accompagnement

Sur le plan des pratiques d'accompagnement, la focalisation des professionnels sur la réalisation d'un projet de vie significatif aux yeux de la PSA a été un facteur décisif pour instaurer de nouvelles pratiques. Ici, les postures adoptées par certains professionnels sont apparues comme les principaux facteurs contraignants à l'actualisation des principes du MPB. Ces postures se traduisaient soit par des comportements autoritaires et répressifs imposant des protocoles, des règles, et des punitions, soit par un comportement paternaliste, qui surprotège et infantilise. Ces comportements pouvaient être associés aux troubles du comportement et à la méfiance de certaines PSA face aux professionnels ou aux soins. Le témoignage d'une PSA participante illustre bien ce ressenti de peur et de méfiance : « Avant la rencontre, j'ai les boules, et, après la rencontre, j'ai encore plus les boules. » (PSA-A157) Les données collectées laissent voir que ces 2 contraintes se renforcent mutuellement, ébranlant la confiance et l'alliance collaborative entre les PSA et les professionnels.

Au contraire, l'un des leviers positifs déterminants résidait dans la posture professionnelle de facilitateur, fondée sur le respect, l'ouverture à la différence et la reconnaissance que la PSA « n'est pas une maladie » (PRO-B302); qu'elle est un être humain qui a des préférences, des rêves et des aspirations; un être humain qui, malgré les troubles vécus, « [...] peut faire des choix pour sa propre vie » (PRO-A104). Cette posture facilitait la communication, stimulait la confiance mutuelle et renforçait la participation de la PSA. Les ateliers d'entraînement pratique impliquant les PSA (cas B) et la mise en œuvre d'une stratégie d'utilisation collaborative de la plateforme Baromètre (cas A et cas B) ont favorisé l'adoption de cette posture de facilitateur. La supervision et le coaching clinique apparaissaient comme des facteurs facilitants importants pour internaliser le MPB dans la culture organisationnelle.

Les processus de rétablissement des PSA

Les processus de rétablissement personnel des 20 PSA participantes ont été influencés par l'interaction des facteurs contextuels décrits précédemment. À l'influence de cette dynamique complexe s'ajoutait celle d'autres facteurs importants. Ainsi, l'analyse a permis de préciser certains facteurs nuisant au processus de rétablissement: vécus associés à des pratiques restreignant les droits et libertés; ressentis d'infantilisation; comportements de dépendance; effets secondaires de la médication; et non-disponibilité de services sur le territoire soutenant la concrétisation de leur projet personnalisé. À l'opposé, le fait de vivre de nouvelles expériences et de faire de nouveaux apprentissages, l'optimisation de la médication, et le fait de recevoir du soutien pour prendre ses propres décisions stimulaient le processus de rétablissement personnel.

En synthèse: interactions entre facteurs contextuels et phénomènes systémiques

Les innombrables interactions entre les parties prenantes et les facteurs contextuels contribuaient à l'émergence de phénomènes systémiques: la contagion; l'inertie; et la dynamisation. En effet, les expériences vécues par les parties prenantes (PSA, professionnels, cadres, etc.) étaient contagieuses tant positivement que négativement et influençaient la mise en œuvre du MPB. Ainsi, les visites et les contacts avec des PSA qui ont quitté l'établissement et qui concrétisaient leur projet de vie en milieu ordinaire ont suscité et stimulé l'espoir chez plusieurs PSA qui aspiraient à travailler ou à vivre en appartement. En revanche,

les problèmes de santé des uns affectaient la vie des autres. Comme le dit une PSA participante: «Il y a des personnes en grande difficulté qui crient beaucoup et qui ne sont pas bien. Du coup, moi, ça m'agace, personnellement, ça m'énerve. Donc, soit je crie, soit je mets la musique à fond!» (PSA-B251)

Quand l'accumulation des facteurs contraignants freinait fortement l'influence des facteurs facilitants, un phénomène global d'inertie, caractérisé par des retours aux dynamiques et aux habitudes antérieures, se manifestait. Cette inertie fut mise en lumière dans le cas A lors du départ d'un cadre intermédiaire.

À l'inverse, lorsque suffisamment de facteurs facilitants se combinaient et que les facteurs contraignants s'estompaient, une dynamique d'entraînement positif, «un effet boule de neige» (PRO-A101), se mettait en place dans les organisations. Cette dynamisation du système motivait les acteurs, stimulait leur engagement et la prise d'initiatives, et suscitait l'entraide et les encouragements mutuels. Par exemple, dans le cas B, la diminution des irritants quotidiens et la structuration de temps consacrés à la coordination, de concert avec la réussite de projets entrepris avec des PSA, ont motivé les équipes à vouloir aller plus loin dans la mise en œuvre du MPB. Ainsi, des professionnels ont proposé d'inviter les PSA aux rencontres d'équipe les concernant, ce qui n'avait pas été envisagé lors de la planification initiale. Vécue comme une réussite renforçant la participation et l'engagement des PSA, cette stratégie a ensuite été systématisée et intégrée au mode de fonctionnement régulier de cette organisation.

Discussion

Ces résultats mettent en lumière la nature complexe de la mise en œuvre du modèle de pratique Baromètre, qui a conduit à l'identification de plus de 40 facteurs contextuels interagissant et générant des phénomènes systémiques uniques à chaque contexte. Pour surmonter ce défi d'adaptation, plusieurs discussions tenues avec les participants ont permis de circonscrire des recommandations visant à tenir compte de cette complexité et à optimiser la mise en œuvre du MPB. Synthèse d'une réflexion collective, le Tableau 5 présente l'ensemble des recommandations coproduites mises en relation avec la littérature scientifique portant sur la science de la mise en œuvre en santé et sur la RPS en santé mentale.

TABLEAU 5

Recommandations visant à optimiser le modèle de pratique Baromètre et correspondances avec la littérature scientifique

Recommandations	Correspondances issues de la littérature scientifique
Contexte et processus organisationnel	
Découper le processus de mise en œuvre en phases complémentaires, adaptables à chaque milieu et ponctuées de bilans réflexifs visant une amélioration continue des pratiques.	Mettre en œuvre une stratégie itérative permettant d'introduire des temps de rétroaction et de mettre à jour le plan de mise en œuvre sur une base périodique. ^{1,2}
Prévoir un accompagnement organisationnel externe aux établissements/services qui soutient et facilite la mobilisation et l'engagement des parties prenantes; le codiagnostic organisationnel; la coconstruction d'un plan de mise en œuvre; la démarche de (re)structuration organisationnelle; l'animation de bilans réflexifs à chaque étape de la mise en œuvre; les ajustements continus visant à adapter les stratégies de mise en œuvre au rythme du milieu et aux événements imprévus.	Assurer la facilitation pour évaluer l'état de préparation, mobiliser les parties prenantes, identifier les facilitateurs et les obstacles, adapter la mise en œuvre au contexte, assurer le suivi du changement et l'évaluation des retombées de la mise en œuvre. ^{1,2,3,6}
Développer des parcours de e-learning comprenant des modules de courte durée afin de faciliter l'intégration des nouveaux professionnels et des nouvelles PSA au sein de l'organisation. Ces modules se combinent aux activités de formation en présentiel.	Former et fournir du matériel éducatif. ^{1,2,4,5,6}
Renforcer les synergies et l'interopérabilité entre le dossier médical électronique et la plateforme Baromètre.	Modifier les plateformes et les dossiers médicaux. ¹
Pratiques interprofessionnelles (Climat, communications, coordination)	
Mettre sur pied une communauté de pratique interétablissement à l'intention des cadres intermédiaires, des superviseurs cliniques et des professionnels assurant la fonction de coordination afin de stimuler l'entraide et le coapprentissage et la recherche de solutions créatives en vue de surmonter les obstacles rencontrés.	Créer des communautés d'apprentissages en ligne ^{1,2} ; créer une coalition autour du projet ^{1,2} et soutenir les champions. ^{1,2,7}
Instituer de façon systématique dans l'organisation du travail des temps hebdomadaires et des groupes de coordination pour les projets personnalisés des PSA.	Revoir l'organisation du travail, évaluer et redéfinir les routines de travail cliniques. ^{1,8}
Créer un tableau de bord collaboratif dédié à la coordination des projets personnalisés, et intégré à la plateforme numérique Baromètre.	Modifier les plateformes et les dossiers médicaux. ¹
Pratiques d'accompagnement	
Structurer des temps dédiés dans l'organisation du travail afin de permettre la réalisation des activités spécifiques au processus d'accompagnement Baromètre.	Créer des conditions favorables à la mise en œuvre de pratiques orientées sur le rétablissement de la PSA. ^{5, 6,8,10}
Consolider le rôle de superviseur clinique psychosocial en complémentarité avec le rôle des médecins référents.	Assurer la supervision clinique. ^{1,2,11}
Développer une grille d'évaluation de la fidélité du MPB qui serait intégrée à la démarche qualité de la FJB	Développer et implanter des outils pour le suivi de la qualité. ^{1,5,8,11}
Processus de rétablissement personnel avec participation maximale des PSA	
Impliquer les PSA dans les ateliers d'entraînement pratique et dans la création des modules de formation de type e-learning.	Valoriser les savoirs expérientiels. ^{5,9,12,13}
Améliorer la plateforme numérique Baromètre en développant une version mobile de l'outil, en y intégrant la lecture et la dictée vocale et en associant des images personnalisables aux thématiques liées à la qualité de vie.	Renforcer l'accessibilité universelle aux nouvelles technologies. ¹⁴
Développer des ateliers en petits groupes permettant d'apprendre, de discuter et d'approfondir les contenus de l'outil Baromètre (éléments qui influencent ma qualité de vie, mes valeurs, mes priorités, mon projet de vie. etc.).	Faire participer les usagers et soutenir leurs apprentissages. ^{1,2,4,5,12,13}

Sources : 1) Adapté de Perry et al. (2020), dans Menear et Girard (2023), p.720; 2) Lane et al., 2023; 3) Cranley et al. (2017); 4) Farkas et al. (2016); 5) Brian et al. (2023); 6) OMS (2021); 7) Damschroder et al. (2009); 8) Slade et al. (2017a); 9) Slade et al. (2017b); 10) Latimer et Aubry (2023); 11) Rapp et Sullivan (2014); 12) Bossé et al. (2018); 13) OMS (2023); 14) Jonsson et al. (2023).

Au terme de cette démarche de recherche, 3 grandes dimensions (conditions) transversales au processus de mise en œuvre apparaissent incontournables pour créer un environnement favorisant la mise en œuvre d'un modèle de pratique de RPS en santé mentale :

- La mise sur pied d'une coalition de champions et de facilitateurs. Il est question ici de coachs experts d'une méthodologie collaborative d'accompagnement organisationnel qui favorise l'internalisation de l'innovation (Damschroder et al., 2009); de leaders-facilitateurs assurant les fonctions de gestionnaires et de superviseurs cliniques; de facilitateurs professionnels de terrain; et d'influenceurs engagés dans un processus de rétablissement, qui partagent leurs savoirs expérientiels (Cranley et al., 2017);
- La mise en place d'une structure organisationnelle robuste qui guide la mise en œuvre des pratiques, composée d'une infrastructure matérielle et technologique accessible et facile d'utilisation dont les composantes sont intégrées de façon synergique (Jonsson et al., 2023), combinée à une organisation du travail centrée sur la mise en œuvre et la coordination de projets personnalisés qui sont coélaborés avec les PSA (Côté, 2021);
- L'animation d'espaces de réflexivité collective, orientés vers l'apprentissage et l'amélioration continue de la qualité (Massuard et Lane, 2023; Menear et Girard, 2023).

Forces et limites de l'étude

Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre pour assurer la rigueur scientifique: implication des parties prenantes tout au long du processus de recherche; engagement prolongé du chercheur principal; usage d'un cadre conceptuel; comparaison des résultats avec la littérature scientifique; triangulation des sources de données et des divers points de vue des acteurs; tenue d'un journal réflexif; démarche de cocodage; et usage d'un logiciel de traitement des données. Ces stratégies témoignent de la transparence, de l'intégrité, du sens critique et de la crédibilité de l'étude (Creswell et Poth, 2018; Merriam et Tisdell, 2016; Whittemore et al., 2001). En contrepartie, la participation prolongée du chercheur principal a influencé le phénomène à l'étude et les résultats générés. Par exemple, cette participation a possiblement agi sur les perceptions des parties prenantes quant à la pertinence de l'innovation et influé sur leur mobilisation et leur engagement envers le changement (Damschroder et al., 2022). De plus, la transférabilité des

résultats demeure limitée et hypothétique (Laperrière, 1997) puisqu'on ne peut prétendre que les 2 cas organisationnels à l'étude soient représentatifs de toutes les organisations œuvrant en santé mentale. Le même constat s'applique aux participants. De même, il est fort probable qu'un certain nombre de facteurs contextuels externes aux organisations et non investigués exercent une influence sur le phénomène étudié.

Conclusion

Cette étude permet une meilleure compréhension des facteurs contextuels, internes aux organisations, qui influencent la mise en œuvre du modèle de pratiques Baromètre. Elle démontre également qu'il est possible et pertinent de le mettre en œuvre au sein d'organisations qui offrent des soins et services à des personnes faisant l'expérience de troubles graves de santé mentale. La recherche doit par ailleurs se poursuivre afin de faciliter la mise en œuvre au sein de réseaux de soins et de services qui souhaitent opérationnaliser des pratiques collaboratives favorables à l'autodétermination et au rétablissement personnel ; afin que puisse se concrétiser à large échelle le leitmotiv du mouvement des usagers en santé mentale : « Rien pour nous sans nous. » (OMS, 2023)

Il est à noter que notre recherche a été réalisée avec le consentement libre, éclairé et continue obtenue auprès des participants (SRS et al., 2018) et avec les approbations de 2 comités d'éthique de la recherche (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Fondation John Bost).

Nous tenons à remercier la Fondation John Bost (France) pour le financement de la bourse de doctorat, sans laquelle ce projet de recherche n'aurait pu se concrétiser.

RÉFÉRENCES

- Barnhouse, K., Clark, S. et Waters Davis, J. (2023). Special population: Adults with severe and persistent mental health disorders. Dans T. P. Daaleman et M. R. Helton (dir.), *Chronic Illness Care. Principles and Practice* (2e éd., p. 335-346). Springer Nature.
- Bossé, P.-L., Morin, P. et Hudon, C. (2022). *Baromètre: comment favoriser l'autodétermination et le rétablissement en santé mentale*. Allocution dans le cadre du 39e Colloque Jean-Yves-Rivard, La mobilisation des savoirs pour atténuer l'impact des maladies chroniques sur les personnes et le système de santé: exemples concrets en Suisse et au Québec. École de santé publique, Université de Montréal, 13 avril 2022.

- Bossé, P.-L. (2020). *Contribution du modèle de pratique psychosocial Baromètre à l'opérationnalisation de la réhabilitation psychosociale française dans le champ de la santé mentale: une étude de cas multiples*. Séminaire présenté dans le cadre du Programme de doctorat Recherche en sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 4 juin 2020.
- Bossé, P.-L. (2018). *Coproduction d'un module numérique et collaboratif d'évaluation du fonctionnement social, intégré au projet Baromètre: une recherche développementale*. [Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke]. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/14172?show=full>
- Bossé, P.-L., Carrier, S. et Morin, P. (2018). Le projet Baromètre, un outil numérique et collaboratif. Pertinence et utilité dans le champ de la santé mentale. *L'information psychiatrique*, 94(10), 802-808. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-802.htm?contenu=resume>
- Bush, P. L., Pluye, P., Loignon, C., Granikov, V., Wright, M. T., Repchinsky, C., Haggerty, J., Bartlett, G., Parry, S., Pelletier, J.-F. et Macaulay, A. C. (2018). A systematic mixed studies review on Organizational Participatory Research: Towards operational guidance. *BMC Health Services Research*, 18 (1), 992.
- Briand, C., Sauvageau, A., Bellemare, J., Bédard, M., Thériault, J., Gomes Chaves, B. et Hakin, R. (2023). Le Recovery College: un modèle novateur d'éducation à la santé mentale où l'égalité et la mixité des savoirs sont au cœur des apprentissages. Dans T. Lecomte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3e éd., p. 499-520). Presses de l'Université du Québec.
- Buus, N., Ong, B., Einboden, R., Lennon, E., Mikes-Liu, K., Mayers, S. et McCloughen, A. (2021). Implementing Open Dialogue approaches: A scoping review. *Family Process*, 60 (4), 1117-1133.
- Camden, C. et Poncet, F. (2014). Recherche-action participative: nouvelles perspectives. Dans P. Guillez et S. Tétrault (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation - Méthodes, techniques et outils d'intervention* (p. 383-421). Éditions De Boeck-Solal.
- Carrier, S., Lambert, A., Garon, S., Morin, P., Gagné, A.-A. et Bossé, P.-L. (2015). Évaluer les effets que produisent les services sociaux dans la vie des personnes usagères: proposition d'un cadre d'analyse. *Intervention*, 142, 17-27. https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2015/07/intervention_142_3_evaluer-les-effets.pdf
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada (2018). Énoncé de *politique des trois conseils*. Éthique de la recherche avec les êtres humains. EPTC 2-2018. Gouvernement du Canada.
- Côté, I. (2021). *L'introduction d'un outil numérique et collaboratif au sein d'une équipe de soins et d'accompagnement multidisciplinaires: impacts sur les apprentissages professionnels* [Mémoire de maîtrise, École nationale d'administration publique (ÉNAP)]. <https://espace.énap.ca/id/eprint/293/>.
- Cranley, L. A., Cummings, G. G., Profetto-McGrath, J., Toth, F. et Estabrooks, C. A. (2017). Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: A scoping review. *BMJ Open*, 7 (8): e014384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014384>.
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Approaches* (4e éd.). Sage Publications.

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. et Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4 (1): 50.
- Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O. et Lowery, J. (2022). The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17 (1): 75.
- Davidson, L., Ridgway, P., Wieland, M. et O'Connell, M. (2009). A capabilities approach to mental health transformation: A conceptual framework for the recovery era. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28 (2), 35-46. <https://www.cjcmh.com/doi/10.7870/cjcmh-2009-0021>
- Farkas, M. et Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*, 22 (2), 114-129.
- Farkas, M., Anthony, W. A., Montenegro, R. et Gayvoronskaya, E. (2016). Person-centered psychiatric rehabilitation. Dans J. E. Mezzich, M. Botbol, G. N. Christodoulou, C. R. Cloninger et I. M. Salloun (dir.), *Person Centered Psychiatry* (p. 277-291). Springer International Publishing.
- Fondation John Bost (2023a). Qui sommes-nous?, [en ligne]. <https://www.johnbost.org/la-fondation/qui-sommes-nous/> (consulté le 3 septembre 2023).
- Fondation John Bost (2023b). *Plan stratégique 2023-2027. Permettre à chacun de choisir le projet de sa vie*. Fondation John Bost.
- Franck, N. (dir.) (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier-Masson,
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Bisson, M., Danish, A., Karam, M., Girard, A., Bossé, P.-L. et Lambert, M. (2021). Case Study With a Participatory Approach: Rethinking Pragmatics of Stakeholder Engagement for Implementation Research. *The Annals of Family Medicine* 19, 6: 540-46. <https://doi.org/10.1370/afm.2717>
- Jonsson, M., Johansson, S., Hussain, D., Gulliksen, J. et Gustavsson, C. (2023). Development and Evaluation of eHealth Services Regarding Accessibility: Scoping Literature Review. *Journal of Medical Internet Research*, 25: e45118. <https://doi.org/10.2196/45118>
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 376-389). Gaëtan Morin.
- Latimer, E. et Aubry, T. (2023). L'approche Logement d'abord pour les personnes en situation d'itinérance chronique ayant des troubles mentaux. Dans T. Lecomte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3e éd., p. 91-115). Presses de l'Université du Québec.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199 (6), 445-452.
- Lecomte, T. (dir.) (2023). *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Massuard, M. et Lane, J. (2023). *Guide pour accompagner l'implantation de pratiques prometteuses dans un établissement – Soutien à l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la*

- santé et des services sociaux. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- Menear, M. et Briand, C. (2014). Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness. Part 1-Review of major initiatives and implementation strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (4), 187-195.
- Menear, M. et Girard, A. (2023). L'implantation des interventions en réadaptation psychiatrique. Dans T. Lecomte (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (3e éd., p. 745-759). Presses de l'Université du Québec.
- Merriam, S. B. et Tisdell, E. J. (dir.) (2016). *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation* (4e éd.). Jossey-Bass.
- Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and beyond: An "open door—no restraint" system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 (6), 440.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (dir.) (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook* (3e éd.). Sage Publications.
- Nussbaum, M. C. (2012). *Capabilités: comment créer les conditions d'un monde plus juste?* Flammarion. <http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782081291225>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS] (2023). *Cadre de l'OMS pour assurer la participation significative des personnes vivant avec des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale et neurologiques*, <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240073074>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation Methods. Integrating Theory and Practice* (4e éd.). Sage Publications.
- Prouteau, A., Bonilla-Guerrero, J., Cady, F., Destailats, J.-M. et Plane, M. (2018). Modèles du handicap et stratégies d'intervention: vers la participation sociale et le rétablissement. Dans N. Franck (dir.), *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 46-54). Elsevier Masson.
- Rapp, C. A. et Sullivan, W. P. (2014). The Strengths Model: Birth to toddlerhood. *Advances in Social Work*, 15 (1), 129-142.
- Shinn, M. (2014). « The Capabilities Approach to Transformative Change in Mental Health ». In *Community psychology and community mental health: towards transformative change*, édité par Geoffrey B. Nelson, Bret Kloos, et Jose Ornelas, pp.75-86. Oxford University Press.
- Slade, M., Bird, V., Chandler, R., Clarke, E., Craig, T., Larsen, J., Lawrence, V., Le Boutillier, C., Macpherson, R., McCrone, P., Pesola, F., Riley, G., Shepherd, G., Tew, J., Thornicroft, G., Wallace, G., Williams, J. et Leamy, M. (2017a). *REFOCUS: Developing a Recovery Focus in Mental Health Services in England*. Institute of Mental Health.
- Slade, M., McDaid, D., Shepherd, G., Williams, S. et Repper, J. (2017b). *Recovery: The business case*. ImROC.
- van Genk, C., Roeg, D., van Vugt, M., van Weeghel, J. et Van Regenmortel, T. (2023). Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 14: Article 1156235.
- Vidon, G. (dir.) (1995). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Editions Frison-Roche.
- Whittemore, R., Chase, S. K. et Mandle, C. L. (2001). Validity in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 11 (4), 522-537.

World Health Organization [WHO] (2021). *Guidance on Community Mental Health Services. Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches*. World Health Organization

World Health Organization [WHO] (2023). *WHO Framework for Meaningful Engagement of People Living with Noncommunicable Diseases, and Mental Health and Neurological Conditions*. World Health Organization.

Yazan, B. (2015). Three approaches to case study methods in education: Yin, Merriam et Stake. *Qualitative Report*, 20 (2), 134-152.

Les corridors de services en santé mentale entre les universités et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : enjeux persistants et pistes de solutions

Julie Lane^a

Juliette St-Onge^a

Anne-Marie Auger^a

Bruno Collard^a

Ariane Girard^a

Jean-Daniel Carrier^a

François Lauzier-Jobin^a

Andrée-Anne Légaré^a

Marie-Ève Poitras^a

Marie-Ève Fortier^a

Lara Maillet^b

Magaly Brodeur^a

RÉSUMÉ ■ La santé mentale de la population étudiante québécoise semble se dégrader depuis plusieurs années. Face à ces enjeux, le ministère de l'Enseignement supérieur a élaboré le Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur qui vise à soutenir les établissements d'enseignement supérieur dans la mise en place de pratiques et de mesures pouvant contribuer

a. Université de Sherbrooke.

b. École nationale d'administration publique, Québec.

au bien-être et au développement d'une santé mentale florissante de la population étudiante. Ce plan invite à la création de corridors de services entre les établissements et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Plusieurs autres orientations ministérielles invitent à aller dans ce sens. Actuellement, les informations sur ces corridors demeurent limitées et ces corridors ne semblent pas faire l'objet de recherche dans le monde et particulièrement au Québec.

Objetif Cet article vise à documenter l'état des corridors de services entre les universités et le RSSS au Québec.

Méthode Les données au cœur de cet article proviennent d'un état des lieux produit par de 17 établissements universitaires. Une analyse thématique de ces données a été privilégiée selon une approche à la fois déductive et inductive à l'aide du logiciel N'Vivo.

Résultats L'analyse a permis de faire émerger 5 thèmes: 1) Les enjeux liés aux corridors de services actuels entre les universités et le RSSS; 2) Les conséquences de l'absence de corridors de services sur les personnes étudiantes; 3) Les conséquences de l'absence de corridors de services pour les universités; 4) Les principaux facteurs pouvant entraver la mise en place de corridors de services; 5) Les pistes de solutions proposées.

Conclusion Impacts anticipés: cet article permet de constater l'absence de corridors de services entre les universités et le RSSS malgré les nombreux efforts investis pour en créer et les orientations ministérielles qui encouragent leur création. Cet article propose plusieurs pistes de solutions très concrètes et actionnables parfaitement alignées sur les orientations ministérielles et qui permettraient de réduire le recours aux urgences au Québec. La priorité pourrait être accordée aux personnes étudiantes ayant besoin de services spécialisés et qui doivent être référées à des services du RSSS. L'utilisation du mécanisme d'accès en santé mentale, présent dans le RSSS, apparaît la piste la plus simple et cohérente considérant que ce mécanisme vise à améliorer l'accès aux soins et services spécifiques et spécialisés en santé mentale.

MOTS CLÉS ■ santé mentale, université, corridors de services.

Mental health service corridors between universities and health and social services institutions in Quebec: persistent challenges and potential solutions

ABSTRACT ■ The mental health of Quebec's student population appears to have been deteriorating for several years. Faced with these challenges, the ministère de l'Enseignement supérieur in Quebec has developed the Action plan on student mental health in higher education, which aims to support higher education institutions in implementing practices and measures that can contribute to the well-being and development of a flourishing mental health of the student population. The plan calls for the creation of service corridors between institutions and

the health and social services network (HSSN). A number of other ministerial orientations also call for this approach. At present, information on these corridors remains limited, and they do not appear to be the subject of research anywhere in the world, particularly in Quebec.

Objective The aim of this article is to document the state of service corridors between universities and the HSSN in Quebec.

Method The data at the heart of this article comes from an inventory produced by 17 universities. A thematic analysis of the data was carried out using a deductive and inductive approach, with the aid of N'Vivo software.

Results Five themes emerged from the analysis: 1) Issues related to current service corridors between universities and the HSSN; 2) Consequences of the absence of service corridors for students; 3) Consequences of the absence of service corridors for universities; 4) Main factors that could hinder the implementation of service corridors; 5) Proposed solutions.

Conclusion Anticipated impact: This article highlights the absence of service corridors between universities and the HSSN, despite the many efforts made to create them and the ministerial orientations that encourage their creation. The article proposes a number of very concrete and actionable solutions that are perfectly aligned with ministerial orientations and that would help reduce emergency room use in Quebec. First priority could be given to students in need of specialized services who must be referred to the HSSN. The use of the mental health access mechanism, present in the HSSN, appears to be the simplest and most coherent approach, given that this mechanism aims to improve access to specific and specialized mental health care and services.

KEYWORDS ■ mental health, university, service corridors

1. INTRODUCTION

1.1 Les enjeux de santé mentale des étudiants universitaires

Dans les dernières années, plusieurs enquêtes et études internationales ont mis en lumière les enjeux de santé mentale des personnes étudiantes en enseignement supérieur (PÉES) (American College Health Association, 2024a, 2024b; Eisenberg et al., 2024; Lipson et al., 2021; Karyotaki et al., 2020). Selon une revue systématique publiée en 2021, regroupant 66 études réalisées en Europe, Asie, Amérique et Océanie, il a été identifié que l'environnement académique universitaire représente un facteur de risque de dépression et que 25 % des personnes étudiantes en milieu universitaire sont aux prises avec des symptômes dépressifs (Sheldon et al. 2021). La santé mentale des PÉES semble

également se détériorer au fil des dernières années. Une étude menée sur plusieurs PÉES universitaires aux États-Unis démontre une augmentation entre 24 % et 313 % de PÉES qui rapportent des symptômes anxieux et dépressifs sévères, des comportements d'automutilation ou des comportements suicidaires entre 2007 et 2028 (Duffy et al., 2019). Dans ce contexte, il n'est pas étonnant de constater que la santé mentale étudiante des personnes étudiantes en milieu universitaire représente un enjeu de santé publique majeur, et ce, autant à l'étranger qu'au Québec (Duffy et al., 2019; gouvernement du Québec, 2021).

À ce sujet, la santé mentale de la population étudiante québécoise semble également se dégrader depuis plusieurs années. En 2018, une enquête menée par l'Union étudiante du Québec (UEQ) démontrait que 58 % de la population présentait des niveaux élevés de détresse psychologique. La pandémie de la COVID-19 semble avoir exacerbé ces enjeux chez certaines personnes étudiantes (UEQ, 2020).

1.2 Le récent rehaussement de l'offre de services offerte aux personnes étudiantes universitaires du Québec

Face à ces enjeux de santé mentale étudiante, le ministère de l'Enseignement supérieur (MES) a élaboré le Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur (PASMÉ) (gouvernement du Québec, 2021) qui vise à soutenir les établissements d'enseignement supérieur dans la mise en place de pratiques et de mesures pouvant contribuer au bien-être et au développement d'une santé mentale florissante de la population étudiante. En lien avec ce plan, un soutien financier a été déployé par le MES « pour l'organisation de l'offre de services psychosociaux de prévention, d'intervention et de postvention dans les collèges et les universités » (gouvernement du Québec, 2021). Des axes d'intervention structurent ce plan afin d'assurer : la diversification de l'offre de services en santé mentale (de la prévention et promotion jusqu'à l'intervention adaptée à la diversité des besoins de la communauté étudiante), l'accessibilité de cette offre et sa complémentarité avec celle du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) par les Centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CI[U]SSS).

1.3 L'importance de la création de corridors de services entre les ÉES et le RSSS

Le PASMÉ (gouvernement du Québec, 2021) comporte des mesures visant à assurer cette complémentarité des actions entre le réseau de

l'enseignement supérieur et le RSSS (mesure 1.2) et favoriser la création de corridors de services entre les ÉES et les établissements du RSSS (mesure 4.2). De tels corridors impliquent des mécanismes de collaboration entre les ÉES et les établissements du RSSS pour faciliter les références et l'accès aux soins et services des PÉES. Cette importance accordée aux corridors de services entre les ÉES et les établissements du RSSS est portée également par certaines organisations ailleurs au Canada et dans le monde (p. ex. Centre for Innovation in Campus Mental Health, 2025 ; National Health Service, 2022). Le PASMÉ laisse ainsi entrevoir que l'offre de services des ÉES ne peut pas permettre d'intervenir sur tous les enjeux de santé mentale des personnes étudiantes et que certains doivent impliquer la collaboration du RSSS.

Ces mécanismes de concertation et corridors de services ne visent pas à référer aux CI(U)SSS toutes personnes étudiantes ayant des enjeux de santé mentale. Ils apparaissent surtout névralgiques pour mieux soutenir les personnes étudiantes ayant besoin de services spécialisés et qui doivent être référées à des services du RSSS. Pour ces personnes étudiantes, la mise en place d'un corridor sous forme d'une trajectoire de soins et services permettrait d'améliorer la continuité et l'efficacité des services. Une trajectoire de soins et services est une imbrication de plusieurs épisodes de soins et de services sur de longues périodes dans une perspective intersectorielle sur un territoire, est centrée sur la personne usagère et regroupe des usagers ayant une condition clinique ou un profil similaire (Maillet et al., 2021). Le développement de la trajectoire et des partenariats entre les ÉES et le RSSS favoriserait alors un arrimage intersectoriel et répondrait à des besoins complexes. Enfin, la mise en place des trajectoires viserait notamment à limiter les bris des services et les ruptures, qu'elles soient dans le RSSS ou dans les ÉES, pouvant contribuer également à éviter le recours aux urgences.

1.4 Le peu de recherche et d'écrits scientifiques sur les corridors de services entre les ÉES et le RSSS

Actuellement, cette complémentarité des actions et ces corridors ou trajectoires de soins et services entre les ÉES et le RSSS en matière de santé mentale varient d'une région à l'autre, en fonction des caractéristiques des environnements locaux et régionaux. À ce titre, l'accès à des soins et des services en santé mentale pour la population étudiante semble encore inégal au Québec. Ces enjeux ne datent pas d'hier. À ce sujet, un rapport de projet pilote du MES concluait sur la nécessité de

«prévoir des trajectoires de services entre les deux réseaux et établir des collaborations à l'échelle locale ou régionale avec les établissements d'enseignement postsecondaire» (gouvernement du Québec, 2016). Afin de concrétiser et d'humaniser davantage ces enjeux et l'état actuel des corridors de services entre les ÉES et le RSSS au Québec, nous illustrons ici 3 cas fictifs inspirés de situations réelles vécues dans nos universités :

Loïc a fait une tentative de suicide dans les résidences universitaires. Les ambulanciers l'ont transporté au centre hospitalier où il a été traité par un professionnel de la santé et il est retourné aux résidences 24 heures plus tard sans aucun arrimage avec les ressources de santé ou de psychologie de son université pour bien planifier son retour, mettre en place un filet de sécurité et prévenir une tentative ultérieure.

Mariam a été victime d'une agression sexuelle et elle s'est confiée à la psychologue de son université avec qui elle a déjà un suivi pour son anxiété. Afin d'avoir accès à une intervention spécialisée et à un suivi dans son CISSS, Mariam a dû se présenter physiquement à l'accueil psychosocial et raconter à nouveau ce qu'elle a vécu à une nouvelle intervenante qu'elle ne connaissait pas, la replongeant ainsi dans son traumatisme. Il était impossible pour la psychologue de son université de faire une référence directe au CISSS et son évaluation n'a pas été prise en considération par le CISSS.

Maxime se rend au centre hospitalier pour des symptômes de trouble bipolaire. Après avoir reçu un diagnostic et un traitement, il revient à ses cours universitaires. Le centre hospitalier n'a pas fait d'arrimage avec l'équipe des services psychosociaux ou de santé de l'université qui aurait pu poursuivre l'intervention auprès de Maxime et l'accompagner dans son retour aux études (p. ex. comprendre ce qui s'est passé, identifier les conditions à mettre en place pour empêcher une rechute).

En invitant à favoriser la création de corridors de services entre les ÉES et le RSSS, le PASMÉ s'inscrit en cohérence avec d'autres orientations ministérielles dont le Plan d'action interministériel en santé mentale (gouvernement du Québec, 2022a) qui met également de l'avant l'importance des mécanismes de concertation entre les partenaires qui œuvrent en santé mentale afin de rehausser la continuité et la complémentarité des services en santé mentale. Le PASMÉ s'inscrit également en cohérence avec le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) qui vise à améliorer l'accès aux soins et services spécifiques et spécialisés en santé mentale (gouvernement du Québec, 2022b). Selon cette

orientation ministérielle, les demandes acheminées au MASM peuvent provenir des milieux éducatifs et ces demandes doivent emprunter un parcours qui doit assurer la fluidité et la continuité des services. De plus, il est prévu que des mécanismes de communication avec les référents puissent permettre de faire circuler l'information au sujet de la personne afin de lui éviter de répéter l'information à de multiples reprises (gouvernement du Québec, 2022b).

Enfin, malgré cette importance accordée aux corridors de services entre les ÉES et le RSSS, les informations disponibles sur la complémentarité des actions et ces corridors apparaissent limitées et ne semblent pas faire l'objet de recherche dans le monde et particulièrement au Québec. Des chercheurs d'Angleterre s'intéressent à cet enjeu et ont réalisé une étude de cas auprès de 8 universités et arrivent également à la conclusion de l'importance de simplifier les trajectoires de services en santé mentale entre le réseau de la santé et les universités (Broglia et al., 2023).

Cet article vise à faire un premier pas dans cette direction en tentant de mieux comprendre comment s'actualisent les corridors ou trajectoires de soins et services entre les universités de la province du Québec et le RSSS pour les personnes étudiantes. La réalité des cégeps et des universités du Québec étant très différente (p. ex. taille généralement plus grande des universités, âge généralement plus élevé de la population desservie dans les universités, financement par le MES généralement plus élevé pour les universités), nous avons choisi de d'abord nous intéresser à la réalité des universités où se retrouve un grand nombre de personnes étudiantes ayant des enjeux de santé mentale.

1.5 Le contexte et l'objectif de l'article

Le PASMÉ a permis de créer l'Observatoire sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur (OSMÉES) en 2023 dont la mission est de contribuer à l'avancement et à la mobilisation des connaissances pour promouvoir et maintenir une culture favorable à la santé mentale étudiante en enseignement supérieur (<https://osmees.ca/>). L'OSMÉES comporte plusieurs axes dont un l'axe « Expérience de soins de santé et de services sociaux dans les corridors de services » qui regroupe une quinzaine de membres chercheurs, étudiants et gestionnaires et praticiens œuvrant dans des universités.

Le PASMÉ a également favorisé la création de l'Initiative sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur (ISME) en 2021

dont la mission est de mobiliser et valoriser les connaissances et les expertises en santé mentale étudiante (<https://ismequebec.ca/>). L'ISMÉ a contribué à la mise sur pied du GR-PASMÉ qui est un groupe d'échange qui regroupe les personnes à la direction des services liés à la santé mentale étudiante des universités et également responsables du PASMÉ. Cet article, fruit d'une collaboration entre certains membres de l'OSMÉES, de l'ISMÉ et du GR-PASMÉ, vise à documenter l'état des corridors de services entre les universités et le RSSS au Québec. Ce projet a reçu l'approbation du comité d'éthique en éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

2. MÉTHODOLOGIE

Au printemps 2022, les membres du GR-PASMÉ ont souhaité réaliser un état des lieux sur les corridors de services entre les universités et le RSSS. Les membres ont rempli un questionnaire comportant les questions suivantes: 1) Au sein de votre établissement universitaire, avez-vous actuellement des corridors ou des ententes de services avec le RSSS? Précisez lesquels et leur fonctionnement; 2) Si de tels corridors ne sont pas mis en place ou ne répondent pas aux besoins de votre établissement, décrivez les principaux défis soulevés; 3) Quels sont les impacts ou conséquences pour les personnes étudiantes?; 4) Quels sont les impacts ou conséquences pour vos équipes?; 5) Avez-vous des pistes d'action ou de solutions à proposer? Les réponses, provenant de 17 universités participantes, ont été compilées par l'ISMÉ dans un document *État des lieux – Corridors de services entre les universités et le RSSS* qui décrit les réponses de chacune des universités pour chacune des questions. L'axe «Expérience de soins de santé et de services sociaux dans les corridors de services» de l'OSMÉES a proposé au GR-PASMÉ: 1) de faire une analyse qualitative transversale et rigoureuse des réponses de chacune des universités; 2) de mettre en perspective les faits saillants qui se dégagent à l'aide d'orientations ministérielles et d'écrits mondiaux portant sur les corridors de service; 3) et de rédiger un article scientifique afin de diffuser plus largement leur travail.

Ainsi, dans la présente étude, les données analysées proviennent du document *État des lieux – Corridors de services entre les universités et le RSSS*. En s'appuyant sur un devis de recherche qualitatif, l'analyse thématique de ce document a été privilégiée, car elle représente «une méthode qui permet d'identifier, d'analyser et de présenter des schémas

(thèmes) dans les données» (Braun et Clarke, 2006, traduction libre). Nous avons adopté une approche, à la fois déductive en nous basant sur la liste de thèmes à partir du questionnaire du GR-PASMÉ et inductive par l'identification de sous-thèmes émergeant de l'analyse des données (Braun et Clarke, 2006). La codification a été effectuée par St-Onge avec le soutien d'Auger, Brodeur et Lane en utilisant la procédure de Braun et Clarke (2006) : 1) Préparation et familiarisation avec les données (obtention et intégration du document dans NVivo, lecture et relecture des données, en notant et discutant des idées initiales entre les analystes); 2) Création des codes initiaux (codification des éléments pertinents sur l'ensemble des données, validation des codes initiaux par Auger); 3) Recherche de thèmes et sous-thèmes (regroupement des codes en thèmes potentiels, identification de sous-thèmes); 4) Révision des thèmes (vérification de l'adéquation des thèmes par rapport aux extraits codés, validation des thèmes et sous-thèmes par Auger, Brodeur et Lane et de l'adéquation par Auger); 5) Définition de chaque thème (raffinement des spécificités de chaque thème ainsi que du narratif global de l'analyse); 6) Rédaction (écriture d'une ébauche des résultats contenant les thèmes les plus pertinents et les citations les plus révélatrices – validation par les personnes coautrices et les membres du GR-PASMÉ). Au fil de l'analyse, certains thèmes ont été fusionnés, ajoutés, reformulés ou retirés de la grille de codification, via un processus itératif, afin de mieux refléter la diversité et la complexité du contenu. Une validation croisée a été réalisée grâce à des discussions entre St-Onge, Auger, Brodeur et Lane permettant d'ajuster l'organisation des thèmes et sous-thèmes et menant à l'arborescence thématique finale.

3. RÉSULTATS

L'analyse a permis de faire émerger 5 thèmes principaux, chacun étant composé de plusieurs sous-thèmes. Cette section, exposant les résultats, est structurée autour de ces cinq thèmes : 1) Les enjeux liés aux corridors de services actuels entre les universités et le RSSS; 2) Les conséquences de l'absence de corridors de services sur les personnes étudiantes; 3) Les conséquences de l'absence de corridors de services pour les Universités; 4) Les principaux facteurs pouvant entraver la mise en place de corridors de services; 5) Les pistes de solution proposées.

3.1. Les enjeux liés aux corridors de services actuels entre les universités et le RSSS

Les personnes répondantes soulèvent **l'absence de corridors de services entre leur université et le RSSS**. Elles mentionnent l'importance de référer au RSSS les personnes étudiantes présentant des problématiques de santé mentale dépassant les capacités des services offerts par l'université. Elles estiment que l'établissement de corridors de services entre les ÉES et le RSSS faciliterait la complémentarité des services offerts. La totalité des personnes interrogées a souligné l'absence d'ententes formelles de collaboration entre leur institution et le RSSS. Ce manque de collaboration formelle impacte négativement les soins et les services en santé mentale offerts aux personnes étudiantes.

Certaines personnes répondantes ont relevé que **les évaluations professionnelles effectuées par leur équipe de services d'aide aux personnes étudiantes ne sont pas considérées par le RSSS**. Pourtant, les universités disposent de professionnels qualifiés et formés pour évaluer l'état de santé mentale des personnes étudiantes :

« Les évaluations des professionnelles universitaires ne sont pas du tout prises en considération même si les professionnels travaillant dans nos services sont des membres des mêmes ordres professionnels. »

Cette absence de reconnaissance du jugement clinique des professionnels de l'université peut mener les personnes étudiantes à recommencer le processus de soins dans le RSSS, car l'évaluation réalisée à l'université n'est pas prise en compte.

Plusieurs personnes répondantes ont mentionné les nombreuses **tentatives de leur université pour établir des liens** avec des partenaires régionaux (p. ex. organismes communautaires) dont le RSSS. Certains liens existent avec certains partenaires, mais ne sont pas formalisés ou reposent sur des liens informels. Les liens avec le RSSS semblent complexes à actualiser :

« Plusieurs tentatives et discussions ont eu lieu [...] Aucune de ces tentatives n'a mené à une entente claire et officielle. »

D'après les personnes répondantes, certaines ententes informelles avec différents partenaires permettraient de faciliter le référencement des personnes étudiantes ou la recherche d'informations pour le personnel des ÉES.

Quelques personnes ont souligné la mauvaise compréhension par le RSSS de leurs services offerts. Cette incompréhension pousse souvent le RSSS à référer inadéquatement les personnes étudiantes.

« Il arrive que des personnes étudiantes qui souhaitent recevoir des soins psychosociaux au CISSS se fassent référer aux services psychosociaux de leur établissement universitaire. Nous avons déjà un enjeu à l'interne de bien faire connaître les services court terme que nous offrons à nos populations étudiantes. »

Quelques personnes répondantes ont relevé qu'il existe des **délais importants** avant qu'une personne étudiante puisse être prise en charge par le RSSS :

« Les longues listes d'attente pour recevoir des services en santé mentale au CISSS rendent difficile le référencement vers le réseau de la santé pour les personnes étudiantes aux prises avec des problèmes majeurs de santé mentale. »

3.2. Les conséquences de l'absence de corridors de services sur les personnes étudiantes

Les personnes répondantes ont explicité les impacts de l'absence des corridors de services entre les universités et le RSSS sur les personnes étudiantes. De façon unanime, elles mentionnent **l'accès difficile aux soins** pour les personnes étudiantes présentant une détérioration urgente de leur état de santé mentale :

« Délais importants dans la prise en charge dans des situations d'urgence et complexes nécessitant des services plus spécialisés de deuxième ligne. »

« Les étudiants avec des problèmes de santé mentale sont laissés à eux-mêmes sans possibilité de suivi à court ou moyen terme. »

Certaines personnes répondantes ont indiqué que de nombreuses personnes étudiantes souffrant d'enjeux de santé mentale se retrouvent **en bris de services** en raison de la complexité de leurs problématiques, de la durée du suivi nécessaire ou de la fin de leurs études.

« Bris de services pour nos étudiants dont la problématique exige une prise en charge et des soins que les services en place dans le milieu de l'enseignement ne peuvent leur offrir en raison de la durée du suivi nécessaire et de leur mandat. »

Quelques membres ont rapporté une **détérioration de l'état de santé** des personnes étudiantes présentant des enjeux de santé mentale qui n'ont pas accès dans un délai raisonnable à des services ou à des soins répondant à leurs besoins :

« Ils développent des complications, des affects anxio-dépressifs, ne sont plus disponibles aux apprentissages, deviennent démotivés et démobilisés, etc. »

Selon plusieurs personnes répondantes, l'absence de corridors de services en santé mentale peut avoir des **effets néfastes sur la réussite scolaire et la continuité des projets d'étude** des personnes étudiantes lorsqu'elles rencontrent des problèmes de santé mentale et n'ont pas accès, dans un délai raisonnable, à des services ou soins adéquats.

« Impact considérable et parfois irrémédiable sur leur réussite scolaire. »

« Interruptions du projet d'études, dont plusieurs pourraient être évitables s'il y avait une concertation et une coordination des soins et services entre nos organisations. »

Certaines personnes ont relevé que les personnes étudiantes souffrant de problématiques de santé mentale sont considérablement impactées par le manque de collaboration entre les universités et le RSSS, ce qui peut entraîner **une perte confiance envers ces deux institutions**.

« Nos étudiantes et étudiants sont pris en otage entre deux institutions qui ne semblent pas s'entendre sur les responsabilités partagées en matière de soutien psychosocial. Cela amène un bris de confiance envers les institutions. »

« Les étudiants ont le sentiment d'être abandonnés par le système. »

3.3 Les conséquences de l'absence de corridors de services pour les Universités

Les personnes répondantes ont également nommé des conséquences de l'absence de corridors sur leur université. La majorité des personnes ont relevé que les équipes de services d'aide aux personnes étudiantes dans les universités se retrouvent malgré elles à **dépasser leur mandat et leur offre de services** :

« L'absence de corridor contribue au fait que notre équipe doit fréquemment offrir des soins plus complexes aux étudiants, et ce, pendant une période prolongée, ce qui dépasse notre mandat. »

« Alors que les intervenantes psychosociales ont le mandat d'offrir un soutien court terme à nos étudiantes et étudiants, elles se retrouvent à assurer un suivi régulier faute de prise en charge par le réseau de la santé. »

La majorité des personnes répondantes ont souligné les **risques pour la santé mentale des équipes** de services d'aide aux personnes étudiantes, qui se retrouvent régulièrement surchargées avec des cas complexes et qui tentent de référer ces cas à des intervenants dans le RSSS. Certaines personnes mentionnent que cette situation peut affecter les équipes et que celles-ci se retrouvent souvent à perdre confiance envers le RSSS.

« Tout ceci générant de la fatigue de compassion et de l'épuisement professionnel, sans parler du sentiment d'impuissance et de la démotivation. »

« Cela a un impact général sur le climat de travail. »

D'autres ont également mentionné la **perte d'efficacité des services offerts** par les équipes de services d'aide aux personnes étudiantes.

« Surinvestissement, mauvaise utilisation des ressources, répétition de diverses interventions par différents acteurs plutôt que continuité d'un processus, perte de temps et d'énergie, impuissance, frustration. »

Selon certaines personnes, le manque de collaboration entre les universités et le RSSS oblige les équipes des services d'aide aux personnes étudiantes à faire de nombreuses démarches pour trouver de l'information et pour référer correctement les personnes étudiantes.

« Confusion sur les démarches à accomplir pour référer leurs étudiants, multiplications des démarches. »

Si l'absence de corridors de services impacte l'ensemble des ÉES, la situation semble entraîner des **défis supplémentaires pour les universités qui possèdent des campus dans plusieurs régions**.

« Il est important de tenir compte du fait que certaines universités, dont [l'université répondante] fait partie, sont présentes dans plusieurs régions du Québec. Demander aux établissements universitaires de créer un partenariat local avec son CISSS devient donc une mission très difficile, compte tenu de la multiplicité des interlocuteurs à interpeller. »

3.4 Les principaux facteurs pouvant entraver la mise en place de corridors de services

Les personnes répondantes ont fourni de nombreux éléments pouvant venir affecter l'établissement de corridors de services entre les universités et le RSSS. La majorité des personnes ont souligné **le flou entourant les responsabilités face aux situations complexes de santé mentale**. Il est mentionné que les équipes de services d'aide aux personnes étudiantes dans les universités se retrouvent régulièrement confrontées à des personnes étudiantes présentant des enjeux en santé mentale complexes qui sont même référées par le RSSS alors que ces personnes devraient être prises en charge par ce dernier.

« Nous avons des références du réseau auxquelles nous ne pouvons pas donner suite, car notre clinique n'est pas adaptée pour certaines intensités de soins demandés. »

La majorité des personnes ont fait état de **la complexité du processus de référencement**. La majorité des personnes répondantes ont mentionné des enjeux dans la prise en charge ou le référencement des personnes étudiantes souffrant d'enjeu de santé mentale, rendant donc le processus lourd pour les équipes et pour les personnes étudiantes.

« Démarches répétées de contacts, de renseignements ou d'accompagnement qui s'avèrent plus longues, ardues ou complexes en tenant compte de l'ensemble des milieux différents où les personnes étudiantes doivent demander des services. »

De façon similaire pour les personnes étudiantes, le processus de recherche de soins et de services peut être complexe, lourd et stressant.

« Pour les étudiants cela correspond à des allers-retours entre les établissements, un manque de cohérence entre ce qui est dit à l'étudiant dans chacun des services, un dédoublement de processus d'évaluation où l'étudiant doit se répéter et un allongement du délai de prise en charge. »

Quelques personnes ont relevé **des problèmes de territorialité** lorsque les équipes de services d'aide aux personnes étudiantes des universités tentent de référer des personnes étudiantes vivant des enjeux de santé mentale venant d'une autre région.

« ...la territorialité de la population étudiante pose problème. Le fait de ne pas avoir d'entente avec le réseau empêche un accès ou un référencement fluide pour des étudiants venant d'un autre territoire couvert par un autre CIUSSS. »

Certaines personnes ont indiqué que **l'absence de canaux de communication clairs** rend la communication complexe entre les universités et le RSSS, ce qui crée des difficultés dans le partage des informations à propos de personnes étudiantes souffrant d'enjeux de santé mentale.

« L'absence d'entente a pour conséquence de rendre difficile la communication, le partage de renseignements notamment au sujet des formulaires à utiliser et de compliquer le processus de référencement. Il est de plus impossible d'obtenir de suivi au sujet d'un étudiant référé. Il est alors très difficile de collaborer et de travailler en complémentarité avec les intervenants du CIUSSS afin de mettre en place un filet de sécurité et les meilleurs services pour l'étudiant. »

3.5 Les pistes de solution proposées

Les personnes répondantes ont fourni des pistes de solutions variées. Quelques personnes ont mentionné que la **désignation de personnes-ressources responsables des références**, autant dans les universités que dans le RSSS, assurerait une collaboration et une communication efficace et améliorerait le mécanisme de référence.

Certaines personnes ont indiqué qu'une **compréhension commune claire des offres de services** du RSSS et de l'université par les personnes concernées pourrait être aidante et faciliter l'établissement de corridors de services pour les cas complexes.

« Il doit y avoir une compréhension claire des offres de services de part et d'autre. »

Quelques personnes ont relevé que pour faciliter l'accès aux services de santé mentale pour les personnes étudiantes, la **création de corridors de services formels entre les universités et le RSSS** serait une solution à envisager.

« Des ententes entre le RSSS et notre clinique telles que la mise en place de corridors de services clairs où les étudiants seraient pris en charge rapidement. »

Certaines personnes ont souligné que la création de ces corridors formels doit inclure **la clarification des rôles, responsabilités et obligations entre les professionnels** des universités et du RSSS en lien avec les personnes étudiantes présentant des enjeux de santé mentale.

Certaines personnes ont soulevé que la création de ces corridors formels gagnerait à intégrer un plan de référencement détaillé intégrant

la possibilité de référer directement vers les services en santé mentale du RSSS lors de cas complexes.

Quelques personnes ont mentionné l'importance de la **reconnaissance des évaluations professionnelles réalisées par les professionnelles des universités par le RSSS** afin d'éviter aux personnes étudiantes un dédoublement de la procédure d'évaluation et faciliter l'accès aux services en santé mentale.

« Un bon point de départ serait que nos évaluations professionnelles et notre jugement clinique soient pris en compte afin d'éviter que le client ne répète les détails de ses informations et de sa situation. »

4. DISCUSSION

Cet article visait à documenter l'état des corridors de services entre les universités et le RSSS au Québec. Les résultats permettent de dégager 3 principaux constats qui méritent d'être discutés.

Tout d'abord, bien qu'il soit possible d'apprécier la présence de nombreuses orientations ministérielles (décrites à la section 1.3) qui encouragent la création de tels corridors pour rehausser la qualité, la continuité et la complémentarité des services en santé mentale, les résultats démontrent que la totalité des universités souligne l'absence de corridors de services entre les universités et le RSSS malgré les nombreux efforts investis pour en créer. Cette absence de corridors semble entraîner de nombreux effets néfastes à la fois chez les personnes étudiantes et les professionnels des universités. Les principaux facteurs identifiés comme pouvant entraver la mise en place de corridors de services résonnent avec les travaux de Broglia et al. (2023) qui pointaient également la présence de barrières structurelles dans les ÉES et les établissements du RSSS. Les résultats de notre étude doivent inviter à une vaste mobilisation entre les acteurs clés du RSSS, des ÉES, du MES et du MSSS. Le MES mène d'ailleurs un chantier, réunissant plusieurs de ces acteurs, pour faire cheminer la mesure 1.4 du PASMÉ visant à assurer la cohérence et la complémentarité des actions entre le réseau de l'enseignement supérieur et le RSSS. Les pistes de solutions exposées dans la section 3.5 rejoignent les pistes formulées par Broglia et al. (2023) pour favoriser le développement de partenariat entre les ÉES et les établissements du RSSS et pourraient inspirer les travaux de ce chantier dont : développer une communication claire entre les établissements (p. ex : par des rôles portés par certaines personnes

dédiées aux corridors, par des communications régulières); préciser les rôles de chaque établissement et développer des liens informels entre les équipes.

Les résultats mettent également en lumière que les évaluations professionnelles effectuées par les équipes d'aide aux personnes étudiantes des universités ne sont pas considérées par le RSSS obligeant ainsi la personne étudiante à revivre le processus d'évaluation. Pourtant, le MASM mentionne que les mécanismes doivent éviter à la personne de répéter l'information à de multiples reprises (gouvernement du Québec, 2022b). De plus, cette double évaluation peut constituer une mauvaise utilisation des fonds publics dans un contexte de pénurie présente dans les deux réseaux.

Troisièmement, les personnes interrogées proposent plusieurs pistes de solutions très concrètes et actionnables parfaitement alignées sur les orientations ministérielles et qui permettraient de réduire le recours aux urgences au Québec. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2024) rapportait récemment que plus de 46 000 visites aux urgences chez les jeunes de 6 à 25 ans, en 2022-2023, étaient liées à des problématiques de santé mentale et psychosociale. La majorité de ces visites ont été faites par des personnes de 18 à 25 ans. Ce groupe comporte certainement des personnes étudiantes et l'on peut se questionner si la présence de corridors de services entre les ÉES et le RSSS aurait permis de prévenir ce recours à l'urgence. Fleury et al. (2012) évoquent, à ce sujet, qu'une mauvaise coordination des services à l'extérieur des urgences et la déficience de la continuité des soins expliquent également les taux élevés d'utilisation des urgences en santé mentale au Québec.

Enfin, les résultats de notre étude permettent ainsi de réitérer l'urgence d'agir et l'importance de rapidement unir nos forces. Une priorité pourrait être accordée aux personnes étudiantes ayant besoin de services spécialisés et qui doivent être référées à des services du RSSS. L'utilisation du MASM apparaît la piste la plus simple et cohérente considérant que ce mécanisme vise à améliorer l'accès aux soins et services spécifiques et spécialisés en santé mentale (gouvernement du Québec, 2022b). Puisque ces personnes étudiantes ayant des enjeux complexes et un besoin de services spécialisés, il serait recommandé de réfléchir à la pertinence, dans un deuxième temps, de mettre en place une trajectoire de soins et services plus complète en fonction de différentes conditions cliniques en réunissant les acteurs du RSSS et des ÉS.

Cette étude comporte certaines limites dont le fait qu'elle s'appuie seulement sur les perceptions des personnes membres du GR-PASMÉ. Une prochaine étude pourrait utiliser d'autres sources d'informations et également s'intéresser à la réalité spécifique des cégeps. Par ailleurs, cette étude est novatrice en étant la première à explorer la collaboration entre les universités québécoises et le RSSS concernant la santé mentale des personnes étudiantes. Elle ouvre donc la porte à de nouvelles recherches portant sur le sujet.

5. CONCLUSION

Les enjeux de corridors de services en santé mentale entre les ÉES et le RSSS au Québec perdurent depuis de nombreuses années malgré les nombreux efforts déployés pour les contrer et malgré les nombreuses orientations qui encouragent leur mise en place. Ces efforts et orientations ne se traduisent malheureusement pas encore en actions concrètes sur le terrain. Pussions-nous unir enfin nos forces et mettre en place des actions concrètes pour éviter que les enjeux de santé mentale des personnes étudiantes ne dégénèrent. Ces actions seront bénéfiques, à la fois, pour les personnes étudiantes dont Loïc, Mariam et Maxime, les ÉES et pour le RSSS en évitant une surutilisation de l'urgence.

Enfin, nous encourageons le MES à poursuivre son chantier visant à assurer la cohérence et la complémentarité des actions entre les ÉES et le RSSS. Ce chantier soutient certains projets vitrines dans certaines régions portant sur les corridors de services entre les ÉES et les établissements du RSSS. Nous encourageons la réalisation d'études visant à évaluer l'implantation de ces nouveaux corridors de services entre les ÉES et le RSSS et éventuellement évaluer les effets de ces corridors sur la santé mentale étudiante et la collaboration entre les établissements.

Cet article a été rendu possible grâce à la précieuse collaboration de l'Initiative sur la santé mentale en enseignement supérieur (ISMÉ) et des membres du GR-PASMÉ.

RÉFÉRENCES

- American College Health Association. (2024a). *American College Health Association-National College Health Assessment III: Undergraduate student reference group executive summary, Spring 2024*. https://www.acha.org/wp-content/uploads/NCHA-IIIb_SPRING_2024_UNDERGRADUATE_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- American College Health Association. (2024b). *American College Health Association-National College Health Assessment III: Graduate and professional students reference group executive summary, Spring 2024*. https://www.acha.org/wp-content/uploads/NCHA-IIIb_SPRING_2024_GRADUATE_PROFESSIONAL_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brogia E., Nisbet K., Bone C., Simmonds-Buckley, M., Knowles, L., Hardy, G., Gibbon, L. et Barkham, M. (2023). What factors facilitate partnerships between higher education and local mental health services for students? A case study collective, *BMJ Open*, 13:e077040. doi: 10.1136/bmjopen-2023-077040
- Centre for Innovation in Campus Mental Health (2025). *Introduction to Campus-Community partnerships*. <https://campusmentalhealth.ca/toolkits/campus-community-partnerships/introduction/>
- Duffy, A., Keown-Stoneman, C., Goodday, S., Horrocks, J., Lowe, M., King, N., Pickett, W., McNevin, S. H., Cunningham, S., Rivera, D., Bisdounis, L., Bowie, C. R., Harkness, K. et Saunders, K. E. (2020). Predictors of mental health and academic outcomes in first-year university students: Identifying prevention and early-intervention targets. *BJPsych Open*, 6(3), e46. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.24>
- Duffy, A., Saunders, K. E., Malhi, G. S., Patten, S., Cipriani, A., McNevin, S. H., MacDonald, E. et Geddes, J. (2019). Mental health care for university students: a way forward?. *The Lancet Psychiatry*, 6(11), 885-887.
- Eisenberg, D., Lipson, S. K., Heinze, J. et Zhou, S. (2024). *The Healthy Minds Study: 2023-2024 data report*. https://healthymindsnetwork.org/wp-content/uploads/2024/09/HMS_national_report_090924.pdf
- Fleury, M.-J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux* [en ligne]. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Gouvernement du Québec. (2016). *Rapport sur le projet Pilote Amélioration du processus d'évaluation de type diagnostique des étudiantes et étudiants présentant des indices de trouble mental, de troubles d'apprentissage ou de trouble de déficit de l'attention*. Ministère de l'Enseignement supérieur.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2024). *Portrait des visites aux urgences et des hospitalisations pour des problématiques de santé mentale et psychosociales chez les jeunes de 6 à 25 ans en 2022-2023*. État des pratiques rédigé par Sybille Saury et Annik Moreau. Québec, Qc: INESSS; 51 p.
- Gouvernement du Québec. (2021). *Plan d'action sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026* [en ligne]. <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/education/publications-adm/enseignement-superieur/PASME.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2022a). *S'unir pour un mieux-être collectif: Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>
- Gouvernement du Québec. (2022b). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>
- Karyotaki, E., Cuijpers, P., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., Bantjes, J., Bruffaerts, R., Ebert, D. D., Hasking, P., Kiekens, G., Lee, S., McLafferty, M., Mak, A., Mortier, P., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G. et Kessler, R. C. (2020). Sources of stress and their associations with mental disorders among college students: Results of the world health organization world mental health surveys international college student initiative. *Frontiers in Psychology*, 11, 1759. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01759>
- Lipson, S. K., Phillips, M. V., Winkvist, N., Eisenberg, D. et Lattie, E. G. (2021). Mental health conditions among community college students: A national study of prevalence and use of treatment services. *Psychiatric Services*, 72(10), 1126-1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000437>
- Maillet, L., Thiebaut, G.-C., Touati, N. et Champagne, G. (2021). L'expérience des trajectoires de soins et services de santé au Québec: L'animation comme levier de gouvernance collaborative et intersectorielle. Dans A. Bazinet, C. Boudreau et M. Charbonneau (Éds.), *La collaboration interorganisationnelle: Conditions, retombées et perspectives en contexte public* (chap. 5). Collection Administration publique et gouvernance. Presses de l'Université du Québec.
- National Health Service (2022). *NHS-University partnerships: working together for student mental health*. https://www.universitiesuk.ac.uk/sites/default/files/field/downloads/2022-07/uuk-nhs-partnerships_0.pdf
- Sheldon, E., Simmonds-Buckley, M., Bone, C., Mascarenhas, T., Chan, N., Wincott, M., Gleeson, H., Sow, K., Hind, D. et Barkham, M. (2021). Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 287, 282-292.
- Union étudiante du Québec. (2019). *Enquête « Sous ta façade »: enquête panquébécoise sur la santé psychologique étudiante*, Automne 2018. <https://unionetudiante.ca/Media/publicDocuments/Rapport-enquete-sous-ta-facade.pdf>
- Union étudiante du Québec. (2020). *Enquête courte sur la santé psychologique étudiante au Québec en temps de pandémie de la Covid 19*. <https://unionetudiante.ca/Media/publicDocuments/Rapport-Enquete-sur-la-Sante-psychologique-COVID-2020.pdf>

La fatigue chez les personnes atteintes de schizophrénie : un obstacle majeur au rétablissement

Zaineb Fanid^a

Tania Lecomte^{a, b}

Stéphane Raffard^c

La schizophrénie est un trouble mental sévère, ayant de fortes répercussions fonctionnelles, pouvant être décrit à travers 3 dimensions principales : les symptômes positifs (c.-à-d. hallucinations ou idées délirantes), les symptômes négatifs (p.ex. amotivation, anhédonie) et les symptômes de désorganisation (du discours ou du comportement) (American Psychiatric Association [APA], 2013). Un autre symptôme fréquent, qui freine sérieusement le rétablissement, est souvent occulté dans la recherche et la pratique entourant la schizophrénie : la fatigue. S'il n'existe pas de consensus sur la définition de la fatigue dans la littérature, celle-ci peut être définie comme un épuisement physique, cognitif émotionnel ou un manque d'énergie (Engberg et al., 2017 ; Jason et al., 2010 ; Lukkahatai et Saligan, 2013). Même s'il existe très peu d'écrits abordant les liens entre la fatigue et la schizophrénie, 60 % des personnes ayant ce diagnostic rapportent faire l'expérience d'une fatigue significative (Waters et al., 2013 ; Poole-Wright et al., 2025) interférant dans leurs activités quotidiennes et ayant un impact sur leur santé et leur fonctionnement social (Waters et al., 2013). Cet article

a. Université de Montréal.

b. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

c. Université de Montpellier Paul-Valéry.

d'opinion s'appuie sur une analyse critique de la littérature récente dans le domaine, notamment les revues de Poole-Wright et al. (2025) et Mulin et al. (2023), et sur les connaissances exhaustives du domaine d'un des auteurs (SR). Cette synthèse, destinée aux chercheurs et aux cliniciens, dresse un portrait des causes connues et méconnues de la fatigue, ainsi que des pistes d'intervention, afin de souligner le manque crucial de recherche et d'attention clinique dans ce domaine.

Causes de la fatigue

Tout d'abord, il est important de distinguer les causes primaires des causes secondaires de la fatigue. Cette distinction permet d'attribuer les causes primaires aux altérations neurobiologiques qui sous-tendent les manifestations psychopathologiques et les processus secondaires aux causes externes qui ont un impact sur la fatigue (Kirschner et al., 2017). Pour les causes primaires, il a été suggéré que la fatigue pourrait être induite par des anomalies cérébrales, une dysbiose intestinale et une réponse immuno-inflammatoire (Mulin et al., 2023). Une autre cause primaire pourrait être la présence de troubles du sommeil chez les personnes avec schizophrénie. Plusieurs études portant notamment sur les différences dans les paramètres du sommeil (phase du sommeil paradoxal [REM] et non-REM) suggèrent que les problèmes de sommeil chez ces derniers reflètent des altérations neurobiologiques intrinsèques au trouble, indépendamment des traitements médicamenteux (Chouinard et al., 2004; Guénolé et al., 2014; Poulin et al., 2008). Les troubles du sommeil, notamment l'insomnie, toucheraient près de 44 % des personnes avec une schizophrénie (contre 15 % dans la population générale) (Palmese et al., 2011) et entraînent de la fatigue (Waite et al., 2016). Il existerait un lien entre l'organisation du sommeil non paradoxal et les capacités attentionnelles (Forest et al., 2007), indiquant qu'une des causes possibles de la fatigue ressentie par cette clientèle pourrait être d'origine cognitive due à un sommeil altéré.

Concernant les facteurs secondaires, la méta-analyse de Poole-Wright et al. (2025) recense seulement 57 articles, dont la majorité (27 articles) porte sur l'association entre fatigue et médicaments antipsychotiques. En effet, si la prise d'antipsychotiques est la pierre angulaire du traitement de la schizophrénie (Société québécoise de la schizophrénie, s.d.), de nombreux patients se plaignent de la sédation/fatigue provoquée par celle-ci (Meehan et al., 2011; Read et William, 2019). Toutefois, la taille d'effet rapportée entre fatigue et antipsychotiques

est petite, suggérant l'implication d'autres déterminants causaux. Par exemple, le sommeil, déjà mentionné plus haut, pourrait également être une cause secondaire, dans la mesure où il peut être aggravé par la médication ou tout autre facteur externe. Toutefois, une précision intéressante est qu'il semblerait que la perception négative du sommeil générerait davantage de fatigue que sa qualité réelle (Waters et al., 2013), et ce, même dans la population générale (Lavidor et al., 2003; Neu et al., 2007). Ensuite, la dépression, associée au trouble (Li et al., 2020), inclut la fatigue dans la liste de symptômes (Poole-Wright et al., 2022) et elle affecterait significativement le fonctionnement (Fried et Nesse, 2014). La fatigue pourrait également provenir des symptômes négatifs, auxquels elle est corrélée (Kulhara et al., 1989), notamment l'anhédonie (Laraki et al., 2023). Finalement, le catastrophisme, ou la tendance à surexagérer négativement son état (Flink et al., 2013), serait également impliqué dans cette fatigue (Laraki, 2023).

Autres pistes potentielles

Des liens ont été mis en évidence entre troubles cognitifs et fatigue (Poole-Wright et al., 2025; Dillon et al., 2023). Plusieurs études suggèrent que la fatigue cognitive chez les personnes cérébrolésées pourrait résulter de mécanismes de compensation mis en place pour pallier les troubles cognitifs existants, ce qui pourrait aussi être le cas dans la schizophrénie (Jonasson et al., 2018; Belmont et al., 2009). Ensuite, d'autres comorbidités fréquemment observées chez les personnes avec une schizophrénie pourraient contribuer à cette fatigue. En effet, au niveau des habitudes de vie, le fait d'être sédentaire et faire peu d'activité physique due à la fatigue (Ussher et al., 2007; Firth et al., 2016) pourrait l'aggraver par la suite (Razazian et al., 2020). De plus, une alimentation élevée de graisses saturées et une faible consommation de fibres et de fruits, typique chez plusieurs avec une schizophrénie (Henderson et al., 2006; Dipasquale et al., 2013), augmenteraient les risques d'obésité et d'indice de masse corporelle élevé (Henderson et al., 2006), qui seraient associés à la fatigue (Lim et al., 2005). Enfin, le trouble de l'usage de substance, présent chez près de 47 % des personnes avec une schizophrénie (Khokhar et al., 2018) est aussi associé à des niveaux élevés de fatigue (Vold et al., 2020). Plus de recherches s'intéressant à ces éléments en lien avec la fatigue sont nécessaires.

Traitements

Peu d'interventions validées existent pour traiter la fatigue. Mulin et al. (2023) recense les interventions sous-étude, dont un protocole cognitivo-comportemental (TCC; Raffard et al., 2020) et l'utilisation de médicaments comme l'Ar/modafinil (Andrade et al., 2015).

Étant donné les liens décrits plus tôt entre la dépression et la fatigue, il serait pertinent de tenir compte des méta-analyses récentes démontrant l'efficacité des antidépresseurs et des TCC (Cuijpers et al., 2023). Pour ce qui est du lien avec le sommeil, les TCC pour l'insomnie ressortent aussi comme les plus efficaces, notamment les techniques de contrôle du stimulus et la privation de sommeil (Steinmetz et al., 2024), et ce, même au sein des populations avec un diagnostic de troubles psychotiques (Ugurlu et al., 2024). Pour les troubles cognitifs, l'utilisation de la remédiation cognitive, que l'on sait efficace dans les populations avec un diagnostic de schizophrénie, pourrait aussi être une piste intéressante (Vita et al., 2024).

En conclusion, afin de développer des interventions adaptées à la prise en charge clinique des personnes avec une schizophrénie présentant ce symptôme invalidant, nous recommandons d'intensifier la recherche scientifique sur le sujet. Cet article fait l'état des lieux des connaissances actuelles, qui restent limitées et peu explorées. La littérature à ce jour révèle un besoin marquant pour plus d'études de qualité, tant sur les causes primaires et secondaires, que sur les traitements pour la fatigue dans la schizophrénie, afin de favoriser le rétablissement des individus qui en souffrent. Il serait également important d'étayer les connaissances concernant la sévérité, la durée et la fréquence de la fatigue dans la schizophrénie, selon les traitements suivis, tout en tenant compte de la santé physique et du fonctionnement global. Finalement, une définition claire ainsi que des outils validés consensuels seraient nécessaires afin de mieux étudier ce phénomène multifactoriel et complexe qu'est la fatigue dans la schizophrénie.

RÉFÉRENCES

- APA, American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrade, C., Kisely, S., Monteiro, I. et Rao, S. (2015). Antipsychotic augmentation with modafinil or armodafinil for negative symptoms of schizophrenia :

- Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 60, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.09.013>
- Belmont, A., Agar, N. et Azouvi, P. (2009). Subjective fatigue, mental effort, and attention deficits after severe traumatic brain injury. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 23 (9), 939-944. <https://doi.org/10.1177/1545968309340327>
- Chouinard, S., Poulin, J., Stip, E. et Godbout, R. (2004). Sleep in Untreated Patients With Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 957-967. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007145>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D. et Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(1), 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- DeLuca, J. (2005). *Fatigue as a Window to the Brain*. MIT Press.
- Dillon, A., Casey, J., Gaskell, H., Drummond, A., Demeyere, N. et Dawes, H. (2023). Is there evidence for a relationship between cognitive impairment and fatigue after acquired brain injury: A systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 45(26), 4359-4372. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2152503>
- Dipasquale, S., Pariante, C. M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P. et Mondelli, V. (2013). The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(2), 197-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.005>
- Engberg, I., Segerstedt, J., Waller, G., Wennberg, P. et Eliasson, M. (2017). Fatigue in the general population- associations to age, sex, socioeconomic status, physical activity, sitting time and self-rated health: The northern Sweden MONICA study 2014. *BMC Public Health*, 17(1), 654. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4623-y>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorkzynski, P., Yung, A. R. et Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Flink, I. L., Boersma, K. et Linton, S. J. (2013). Pain Catastrophizing as Repetitive Negative Thinking: A Development of the Conceptualization. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(3), 215-223. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.769621>
- Forest, G., Poulin, J., Daoust, A.-M., Lussier, I., Stip, E. et Godbout, R. (2007). Attention and non-REM sleep in neuroleptic-naïve persons with schizophrenia and control participants. *Psychiatry Research*, 149(1), 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.005>
- Fried, E. I. et Nesse, R. M. (2014). The Impact of Individual Depressive Symptoms on Impairment of Psychosocial Functioning. *PLOS ONE*, 9(2), e90311. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090311>
- Guénolé, F., Chevrier, É., Stip, E. et Godbout, R. (2014). A microstructural study of sleep instability in drug-naïve patients with schizophrenia and healthy controls: Sleep spindles, rapid eye movements, and muscle atonia. *Schizophrenia Research*, 155(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.013>

- Henderson, D. C., Borba, C. P., Daley, T. B., Boxill, R., Nguyen, D. D., Culhane, M. A., Louie, P., Cather, C., Eden Evins, A., Freudenreich, O., Taber, S. M. et Goff, D. C. (2006). Dietary intake profile of patients with schizophrenia. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 18(2), 99-105. <https://doi.org/10.1080/10401230600614538>
- Jason, L. A., Evans, M., Brown, M. et Porter, N. (2010). What is Fatigue ? Pathological and Nonpathological Fatigue. *PM&R*, 2(5), 327-331. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.03.028>
- Jonasson, A., Levin, C., Renfors, M., Strandberg, S. et Johansson, B. (2018). Mental fatigue and impaired cognitive function after an acquired brain injury. *Brain and Behavior*, 8(8), e01056. <https://doi.org/10.1002/brb3.1056>
- Khokhar, J. Y., Dwiell, L., Henricks, A., Doucette, W. T. et Green, A. I. (2018). The Link Between Schizophrenia and Substance Use Disorder: A Unifying Hypothesis. *Schizophrenia research*, 194, 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.016>
- Kirschner M., Aleman A. et Kaiser S. (2017). Secondary negative symptoms - A review of mechanisms, assessment and treatment. *Schizophr Res.*, 186, 29-38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27230288/>
- Kratz, A. L., Murphy, S. L., Braley, T. J., Basu, N., Kulkarni, S., Russell, J. et Carlozzi, N. E. (2019). Development of a person-centered conceptual model of perceived fatigability. *Quality of Life Research*, 28(5), 1337-1347. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2093-z>
- Kulhara, P., Avasthi, A., Chadda, R., Chandiramani, K., Mattoo, S. K., Kota, S. K. et Joseph, S. (1989). Negative and Depressive Symptoms in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 154(2), 207-211. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.2.207>
- Laraki, Y. (2023). Fatigue and its associations in schizophrenia: Insights from negative symptoms, fatigue catastrophizing, and physical activity studies [Phdthesis, Université Paul Valéry - Montpellier III]. <https://theses.hal.science/tel-04680103>
- Laraki, Y., Bayard, S., Decombe, A., Capdevielle, D. et Raffard, S. (2023). Preliminary evidence that fatigue contributes to anhedonia in stable individuals diagnosed with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1098932. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1098932>
- Lavidor, M., Weller, A. et Babkoff, H. (2003). How sleep is related to fatigue. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 95-105. <https://doi.org/10.1348/135910703762879237>
- Li, W., Yang, Y., An, F.-R., Zhang, L., Ungvari, G. S., Jackson, T., Yuan, Z. et Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of comorbid depression in schizophrenia: A meta-analysis of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, 273, 524-531. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.056>
- Lim, W., Hong, S., Nelesen, R. et Dimsdale, J. E. (2005). The association of obesity, cytokine levels, and depressive symptoms with diverse measures of fatigue in healthy subjects. *Archives of Internal Medicine*, 165(8), 910-915. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.8.910>
- Lukkahatai, N. et Saligan, L. N. (2013). Association of catastrophizing and fatigue: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 100-109. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.11.006>

- Meehan, T., Stedman, T. et Wallace, J. (2011). Consumer Strategies for Coping With Antipsychotic Medication Side Effects. *Australasian Psychiatry*, 19(1), 74-77. <https://doi.org/10.3109/10398562.2010.539612>
- Mulin, E., Augustin, A. et Gruet, M. (2023). Vers une meilleure compréhension de la fatigue dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 49(2), 205-208. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.06.005>
- Neu, D., Mairesse, O., Hoffmann, G., Dris, A., Lambrecht, L. J., Linkowski, P., Verbanck, P. et Le Bon, O. (2007). Sleep Quality Perception in the Chronic Fatigue Syndrome: Correlations with Sleep Efficiency, Affective Symptoms and Intensity of Fatigue. *Neuropsychobiology*, 56(1), 40-46. <https://doi.org/10.1159/000110727>
- Palmese, L. B., DeGeorge, P. C., Ratliff, J. C., Srihari, V. H., Wexler, B. E., Krystal, A. D. et Tek, C. (2011). Insomnia is frequent in schizophrenia and associated with night eating and obesity. *Schizophrenia Research*, 133(1-3), 238-243. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.07.030>
- Poole-Wright, K., Gaughran, F., Murray, R. et Chalder, T. (2022). Fatigue in psychosis. *Schizophrenia Research*, 243, 392-394. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.06.032>
- Poole-Wright, K., Patel, A., Gaughran, F., Murray, R. et Chalder, T. (2025). Prevalence and associations of fatigue in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 279, 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.03.027>
- Poulin, J., Stip, E. et Godbout, R. (2008). REM sleep EEG spectral analysis in patients with first-episode schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 42(13), 1086-1093. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.01.003>
- Raffard, S., Rainteau, N., Bayard, S., Laraki, Y., Norton, J. et Capdevielle, D. (2020). Assessment of the efficacy of a fatigue management therapy in schizophrenia: Study protocol for a randomized, controlled multi-centered study (ENERGY). *Trials*, 21, 797. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04606-6>
- Razazian, N., Kazeminia, M., Moayedi, H., Daneshkhal, A., Shohaimi, S., Mohammadi, M., Jalali, R. et Salari, N. (2020). The impact of physical exercise on the fatigue symptoms in patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *BMC Neurology*, 20(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12883-020-01654-y>
- Read, J. et Williams, J. (2019). Positive and Negative Effects of Antipsychotic Medication: An International Online Survey of 832 Recipients. *Current Drug Safety*, 14(3), 173-181. <https://doi.org/10.2174/1574886314666190301152734>
- Société canadienne de la schizophrénie. (s.d). Education. <https://schizophrenia.ca/about-schizophrenia/>
- Société québécoise de la schizophrénie. (s.d). Médications. <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/medication>
- Steinmetz, L., Simon, L., Feige, B., Riemann, D., Johann, A.F., Ell, J., Ebert, D.D., Baumeister, H., Benz, F. et Spiegelhalder, K. (2024). Network meta-analysis examining efficacy of components of cognitive behavioural therapy for insomnia. *Clin Psychol Rev*, 114:102507. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735824001284>
- Ugurlu, M., Ugurlu, G. K., Sahin, E. K., Kamis, G. Z. et Caykoylu, A. (2024). Short and Long-term Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Sleep Problems and

- Psychotic Symptoms in Patients with Psychotic Disorders: A Meta-Analysis Study. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2024-3623>
- Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V. et Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services*, 58(3), 405-408. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405>
- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Durante, F., Facchi, M., Deste, G. et Wykes, T. (2024). Durability of Effects of Cognitive Remediation on Cognition and Psychosocial Functioning in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *The American Journal of Psychiatry*, 181(6), 520-531. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230396>
- Vold, J. H., Gjestad, R., Aas, C. F., Chalabianloo, F., Skurtveit, S., Løberg, E.-M., Johansson, K. A., Fadnes, L. T., Aas, C. F., Buljovic, V. B., Chalabianloo, F., Daltveit, J. T., Alpers, S. E., Fadnes, L. T., Eriksen, T. F., Gundersen, P., Hille, V., Håberg, K. H., Johansson, K. A., ... for the INTRO-HCV Study Group. (2020). Impact of clinical and sociodemographic factors on fatigue among patients with substance use disorder: A cohort study from Norway for the period 2016-2020. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00334-x>
- Waite, F., Evans, N., Myers, E., Startup, H., Lister, R., Harvey, A. G. et Freeman, D. (2016). The patient experience of sleep problems and their treatment in the context of current delusions and hallucinations. *Psychology and Psychotherapy*, 89(2), 181-193. <https://doi.org/10.1111/papt.12073>
- Waters, F., Naik, N. et Rock, D. (2013). Sleep, fatigue, and functional health in psychotic patients. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013, 425826. <https://doi.org/10.1155/2013/425826>

La psychiatrie métabolique

Vincent Laliberté^a

Une toute nouvelle perspective en santé mentale émerge depuis quelques années; des déséquilibres métaboliques pourraient jouer un rôle important dans diverses formes de psychopathologies. J'ai d'abord découvert ces idées à travers les livres *Brain Energy*, écrit par le psychiatre Chris Palmer (2022), et *Change your Diet, Change your Mind*, écrit par la psychiatre Georgia Ede (2024). Très intrigué par ce phénomène, j'ai pris part au Congrès de santé métabolique, qui s'est tenu à San Diego en août 2024, avec une journée consacrée à la santé mentale. Avec cet article, je souhaite vous offrir un survol de ce champ de recherche en plein essor particulièrement aux États-Unis, mais encore très peu discuté au Québec.

Dans la navette entre l'aéroport et le lieu de la conférence, j'ai fait la connaissance d'Hannah, qui m'a raconté son histoire. Il y a plus d'une dizaine d'années, elle venait de lancer son propre organisme à but non lucratif lorsqu'elle a vécu son premier épisode de manie avec psychose. Après plusieurs nuits d'insomnie, elle s'est rendue à l'église et a demandé un entretien avec Dieu. C'est plutôt un psychiatre qu'elle a rencontré à l'hôpital où elle est demeurée hospitalisée durant un mois et demi. L'olanzapine, l'antipsychotique qu'elle a pris durant de nombreuses années, contrôlait ses symptômes, mais elle se sentait dépourvue de son enthousiasme et de sa créativité. Cette médication lui a aussi fait prendre près de 32 kilos, et elle ne se reconnaissait plus. À 2 occasions, elle a cessé la médication, et chaque fois, elle s'est retrouvée à l'hôpital. En 2021, elle a entendu parler du Dr Palmer. Elle

a. Université McGill.

a entrepris une diète cétogène compatible avec son végétarisme et est en rémission complète de sa maladie bipolaire depuis 3 ans, sans aucun médicament. Elle a aussi retrouvé son poids santé¹.

Le métabolisme correspond à l'ensemble des réactions chimiques produites au niveau des cellules et tissus de l'organisme qui permettent de maintenir la vie. La santé métabolique vise à comprendre et à soigner certains déséquilibres corporels tels que la résistance à l'insuline, l'hyperglycémie, l'hypertension ou le surplus de poids, surtout au niveau abdominal. Plusieurs facteurs peuvent entraîner un désordre métabolique, par exemple le manque de sommeil (Sharma et Kavuru, 2010), la pollution environnementale (Khalil et al., 2023) l'inactivité physique (Laaksonen et al., 2002) ou l'isolement social (Ahmed et al., 2023). Or, la transformation de nos régimes alimentaires pourrait être l'une des principales causes de l'augmentation de problèmes métaboliques au cours des dernières décennies. Cette transformation se caractérise notamment par une surconsommation de glucides (carbohydrates), simples ou complexes, particulièrement présents dans les aliments transformés. Ces changements dans nos habitudes alimentaires auraient entraîné l'épidémie d'obésité et de diabète (Walvin, 2018; Noakes et al., 2023), mais possiblement aussi l'épidémie de troubles de santé mentale (Palmer 2022; Ede 2024).

La psychiatrie métabolique est un champ de recherche relativement nouveau qui cherche à identifier les dysfonctions métaboliques qui seraient à l'origine des troubles de santé mentale et à élaborer des interventions fondées sur ces découvertes. Les recherches épidémiologiques ont montré que les désordres métaboliques sont davantage prévalents chez les individus aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères, suggérant des processus pathophysiologiques communs (Ho et al., 2014; Vancampfort et al., 2015). Le principal mécanisme étudié porte sur une dysfonction au niveau des mitochondries, responsables de la production d'ATP qui fournit l'énergie nécessaire aux fonctions cellulaires (Palmer 2022; Picard et McEwen 2018).² D'autres mécanismes

-
1. Hannah Warren, qui souhaite que son histoire personnelle soit connue publiquement, a écrit sur la possibilité de combiner la diète cétogène avec le végétarisme ou le véganisme : <https://www.metabolicmind.org/blog/is-vegetarian-or-vegan-ketogenic-therapy-possible>
 2. Le chercheur Martin Picard a démontré que les mitochondries, en plus de leur fonction bien connue de centrales énergétiques, jouent un rôle clé dans la régulation du métabolisme et de la réponse au stress psychologique (Picard et al., 2015). Les mitochondries présentent même une véritable « activité sociale » :

mis en cause sont la neuro-inflammation, le stress oxydatif ou le déséquilibre des neurotransmetteurs GABA et glutamate (Sethi et Ford, 2022). Plusieurs troubles neuropsychiatriques pourraient résulter de ces dysfonctionnements métaboliques au niveau des neurones du cerveau.

Améliorer sa santé mentale implique d'améliorer sa santé métabolique, ce qui est possible par exemple à travers l'activité physique, notamment de type HIIT (Korman et al., 2020), un meilleur sommeil, la thérapie par le froid ou la réduction de l'exposition aux toxines (Palmer, 2022). Néanmoins, la recherche en psychiatrie métabolique se concentre en priorité sur l'incidence positive de la diète cétogène (Noakes et al., 2023). Plutôt que de se définir par les aliments à consommer comme c'est le cas dans la plupart des diètes³, la diète cétogène se caractérise plutôt par un principe métabolique qui s'applique à plusieurs façons de l'alimenter, y compris le jeûne (Noakes et al., 2023). Il s'agit de diminuer sa consommation de carbohydrates sous un seuil, souvent fixé à 20 g par jour⁴ (Sethi et Ford, 2022), afin que le corps produise des corps céto-gènes, qui servent de carburant au cerveau en complément du glucose. Ces molécules amélioreraient la santé métabolique en diminuant la neuro-inflammation et la production d'espèces d'oxygène réactives, en plus d'accroître la biogenèse des mitochondries dans le cerveau (Sethi et Ford, 2022). La diminution des carbohydrates en elle-même améliorerait aussi le métabolisme, notamment en diminuant les niveaux d'insuline (Ede, 2024).

Même s'il y a un regain d'intérêt scientifique pour l'action des diètes cétogènes sur le cerveau, dès le début du 20^e siècle, le Dr Russell Wilder a proposé ce régime comme traitement de l'épilepsie (Wheless 2008)⁵. Au cours des décennies suivantes, 2 brèves études ont suggéré

elles ont un cycle de vie, se déplacent, communiquent, coopèrent et se réparent. Ces comportements pourraient avoir une incidence directe sur notre santé physique et psychique (Picard, 2025).

3. À noter que la diète cétogène se distingue nettement de la diète méditerranéenne, souvent recommandée en médecine, qui est riche en glucides (carbohydrates). Elle diffère également du régime nord-américain typique, souvent appelé diète SAD (*Standard American Diet*: diète standard américaine), lui aussi très riche en glucides.
4. Une consommation de moins de 20 g de carbohydrates par jour entraîne généralement une cétose. Certaines recherches utilisent un seuil élargi, jusqu'à 50 g par jour. Il y aurait aussi des bénéfices sur la santé mentale à simplement réduire la consommation de sucre, sans nécessairement entrer en cétose (Ede, 2024).
5. Dès 500 ans avant Jésus-Christ en Grèce, le pouvoir curatif du jeûne avait déjà été observé par Hippocrate (Wheless, 2008).

le potentiel de la diète cétogène dans le traitement de la schizophrénie (Pacheco et al., 1965 ; Kraft et Westman, 2009). Toutefois, depuis les 2 ou 3 dernières années, la recherche s'accélère. En 2022, une étude décrit une rémission complète des symptômes chez 42 % des patients hospitalisés en psychiatrie dans un hôpital en France (Danan et al., 2022). Des études pilotes suggèrent l'efficacité de la diète cétogène dans la dépression et l'anxiété (Calabrese et al., 2024), ainsi que dans la maladie bipolaire et la schizophrénie (Sethi et al., 2024). Dans cette étude récente menée sur une période de 4 mois, 23 participants atteints de schizophrénie ou de maladie bipolaire ont suivi une diète cétogène (Sethi et al., 2024). Une diminution des symptômes ainsi qu'une amélioration de l'état clinique global ont été observées à la fin de la période, 43 % des participants atteignant le seuil de « rétablissement » selon les critères définis par les auteurs. De plus, les participants ont vu une amélioration de leur sommeil et de leurs marqueurs de santé métabolique (Sethi et al., 2024). Le temps nécessaire pour que les bienfaits sur la santé mentale de la diète cétogène se manifestent varie selon les études, allant d'une à 12 semaines (Calabrese et al., 2024 ; Sethi et Ford, 2022).

La diète cétogène n'est pas une cure miracle pour toutes les maladies mentales sévères, mais une option qu'il pourrait être utile de connaître et de posséder dans notre arsenal thérapeutique. En outre, il est important de noter que les recherches sont encore émergentes et comprennent des études pilotes. Toutefois, plusieurs essais cliniques sont en cours en ce qui concerne le traitement d'une multitude de troubles mentaux, y compris la maladie bipolaire, la schizophrénie, la dépression et l'anorexie^{6,7}.

La psychiatrie métabolique demeure peu connue au Québec, et il n'existe actuellement aucun guide de pratique local permettant aux professionnels de la santé d'utiliser cette diète. Il y a la Dre Évelyne Bourdua-Roy (2020), médecin de famille et conférencière, qui a écrit sur les bienfaits des diètes cétogènes pour le traitement du diabète de type 2 et pour la perte de poids. J'ai également eu la chance de rencontrer le chercheur Stephen Cunnane, basé à l'Université de Sherbrooke, qui explore le potentiel des corps cétoniques dans le traitement de

6. Les essais cliniques actifs sont répertoriés sur le site metabolicmind.org

7. Voir Guido K. Frank et Barbara Scolnick (2024) pour une explication des mécanismes physiologiques par lesquels la diète cétogène pourrait être utile dans le traitement de l'anorexie.

l'Alzheimer et du Parkinson. Celui-ci codirige également le premier projet de recherche québécois en psychiatrie métabolique, en compagnie des psychiatres Kevin Zemmour et Margaret Hahn, portant sur le métabolisme cérébral des premiers épisodes de psychose⁸.

En conclusion, de plus en plus de personnes souffrent de troubles de santé mentale, et notre système de santé peine à répondre à la demande. Pour ma part, je suivrai avec intérêt l'évolution de ces nouvelles recherches en psychiatrie métabolique, qui pourraient offrir des pistes de solution inédites.

RÉFÉRENCES

- Ahmed, M., Cerda, I. et Maloof, M. (2023). Breaking the vicious cycle: The interplay between loneliness, metabolic illness, and mental health. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1134865. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1134865>
- Bourdua-Roy, È. (2020). *Inverser le surpoids et le diabète de type 2 avec le protocole cétogène de la Clinique Reversa*. Thierry Souccar.
- Calabrese, L., Frase, R. et Ghaloo, M. (2024). Complete remission of depression and anxiety using a ketogenic diet: Case series. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1396685. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1396685>
- Danan, A., Westman, E. C., Saslow, L. R. et Ede, G. (2022). The ketogenic diet for refractory mental illness: A retrospective analysis of 31 inpatients. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 951376. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.951376>
- Ede, G. (2024). *Change your diet, change your mind: A powerful plan to improve mood, overcome anxiety, and protect memory for a lifetime of optimal mental health*. Balance.
- Frank, G. K. et Scolnick, B. (2024). Therapeutic ketogenic diet as treatment for anorexia nervosa. *Frontiers in Nutrition*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1392135>
- Ho, C. S. H., Zhang, M. W. B., Mak, A. et Ho, R. C. M. (2014). Metabolic syndrome in psychiatry: Advances in understanding and management: advances in understanding and management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20 (2), 101-112. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011619>
- Khalil, W. J., Akeblersane, M., Khan, A. S., Moin, A. S. M. et Butler, A. E. (2023). Environmental pollution and the risk of developing metabolic disorders: Obesity and diabetes. *International Journal of Molecular Sciences*, 24 (10), 8870. <https://doi.org/10.3390/ijms24108870>
- Korman, N., Armour, M., Chapman, J., Rosenbaum, S., Kisely, S., Suetani, S., Firth, J. et Siskind, D. (2020). High Intensity Interval training (HIIT) for people with severe mental illness: A systematic review & meta-analysis of intervention studies— considering diverse approaches for mental and physical recovery. *Psychiatry Research*, 284, 112601. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112601>

8. Cette étude est intitulée Le projet ATP (Antipsychotique-TEP-Psychose).

- Kraft, B. D. et Westman, E. C. (2009). Schizophrenia, gluten, and low-carbohydrate, ketogenic diets: A case report and review of the literature. *Nutrition & Metabolism*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1743-7075-6-10>
- Laaksonen, D. E., Lakka, H.-M., Salonen, J. T., Niskanen, L. K., Rauramaa, R. et Lakka, T. A. (2002). Low levels of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness predict development of the metabolic syndrome. *Diabetes Care*, 25 (9), 1612-1618. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.9.1612>
- Noakes, T., Murphy, T., Wellington, N., Kaje, H., Bullen, J., Rice, S. et Egnos, C. (Eds.). (2023). *Ketogenic: The science of therapeutic carbohydrate restriction in human health, 1st Edition*. Academic Press.
- Pacheco, A., Easterling, W. S. et Pryer, M. W. (1965). A pilot study of the ketogenic diet in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 121 (11), 1110-1111. <https://doi.org/10.1176/ajp.121.11.1110>
- Palmer, C. (2022) *Brain energy. A revolutionary breakthrough in understanding mental health – and improving treatment for anxiety, depression, OCD, PTSD, and more*. BenBella Books.
- Picard, M. et McEwen, B. S. (2018) Psychological Stress and Mitochondria: A Systematic Review. *Psychosomatic Medicine*, 80, 141-153.
- Picard, M., McManus, M. J., Gray, J.D., Nasca, C., Moffat, C. Kopinski, P.K. et al. (2015) Mitochondrial functions modulate neuroendocrine, metabolic, inflammatory, and transcriptional responses to acute psychological stress. *Proceeding of the National Academy of Sciences*. 112(48): E6614-23.
- Picard, M. (2025) The social lives of mitochondria: When these energy-giving organelles thrive, so do we. *Scientific American*, 332(6), 50.
- Sethi, S. et Ford, J. M. (2022). The Role of Ketogenic Metabolic Therapy on the Brain in Serious Mental Illness: A Review. *Journal of Psychiatry and Brain Science*, 7 (5). e220009. <https://doi.org/10.20900/jpbs.20220009>
- Sethi, S., Wakeham, D., Ketter, T., Hooshmand, F., Bjornstad, J., Richards, B., Westman, E., Krauss, R. M. et Saslow, L. (2024). Ketogenic diet intervention on metabolic and psychiatric health in bipolar and schizophrenia: A pilot trial. *Psychiatry Research*, 335. 115866. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115866>
- Sharma, S. et Kavuru, M. (2010). Sleep and Metabolism: An Overview. *International Journal of Endocrinology*, 2010, 270832. <https://doi.org/10.1155/2010/270832>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Mitchell, A. J., Hert, M. D., Wampers, M., Ward, P. B., Rosenbaum, S. et Correll, C. U. (2015). Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 14 (3), 339. <https://doi.org/10.1002/wps.20252>
- Walvin, J. (2018). *Sugar: The world corrupted: From slavery to obesity*. Pegasus Books.
- Wheless, J. W. (2008). History of the ketogenic diet. *Epilepsia*, 49 Suppl 8, 3-5. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01821.x>

Limiter le temps d'écran pour la santé mentale : une approche clinique individualisée et socioculturelle

Vincent Paquin^a

Les médias numériques tels que les médias sociaux et les jeux vidéo sont omniprésents dans la vie des jeunes (ATN, 2022, 2023). L'impact de leur utilisation excessive sur la santé mentale continue de susciter des débats et des inquiétudes, alors que les niveaux de problèmes psychologiques augmentent chez les adolescent(e)s et jeunes adultes (Office of the Surgeon General, 2023; McGorry et al., 2024). Dans ce contexte, certains auteurs proposent de limiter le temps d'écran à des fins de prévention et de promotion de la santé mentale des jeunes (Haidt, 2024; Pedersen et al., 2022; Thrul et al., 2025). En réponse à cette idée, je défends ici une lecture critique de la littérature et propose, pour les cliniciens et cliniciennes, une approche individualisée et socioculturelle du temps d'écran.

Au niveau individuel, les expériences numériques entraînent des effets divers sur la santé mentale. Par exemple, les expériences de rejet et la sédentarité liées aux médias numériques peuvent nuire à la santé mentale (Janssen et al., 2024; Tremblay et al., 2025), tandis que les expériences de divertissement et de connexion sociale en ligne peuvent être bénéfiques (Hamilton et al., 2023; Vuorre et al., 2024). Un autre niveau d'analyse implique des effets indirects socioculturels. Les médias sociaux ont influencé des attitudes, pratiques et croyances populaires pouvant affecter la santé mentale, tels que les idéaux de

a. Université McGill

l'image corporelle (Gill, 2023 ; Rounsefell et al., 2020) et la représentation des diagnostics psychiatriques (Conte et al., 2024). Non seulement le numérique est devenu un lieu privilégié d'acquisition et de diffusion de la culture et des normes sociales, mais la performance d'une certaine présence en ligne est considérée comme incontournable par les pairs (Khetawat et Steele, 2023). La recherche sociologique illustre comment ces tendances sont médiées par des changements dans la culture populaire, de sorte que limiter le temps d'écran ne permet pas de s'en détacher complètement (Boyd, 2014 ; Gill, 2023 ; Weinstein et James, 2022).

Les médias numériques influencent donc la santé mentale par des mécanismes directs, c'est-à-dire via leur présence dans le quotidien des individus, ainsi que par des mécanismes plus distants qui relèvent du contexte socioculturel. Cette complexité est cruciale lorsqu'on considère les essais randomisés de limites de temps d'écran visant à améliorer le bien-être. Une méta-analyse récente de 27 études n'a identifié pratiquement aucun effet sur le bien-être psychologique (Ferguson, 2024), quoiqu'une réanalyse de ces données par d'autres auteurs appuie l'efficacité des interventions durant au moins 1 semaine (Thrul et al., 2025). Une autre méta-analyse n'a identifié aucun effet significatif des interventions d'abstinence des médias sociaux, indépendamment de la durée des interventions (Lemahieu et al., 2025). Il n'est pas exclu que certaines des approches répertoriées par ces méta-analyses soient efficaces individuellement. De multiples mécanismes pourraient en sous-tendre les effets positifs : augmentation de l'activité physique, amélioration de la qualité du sommeil et diminution des distractions lors des interactions sociales (Martin et al., 2021 ; Pedersen et al., 2022 ; Vanden Abeele et al., 2024). Cependant, d'autres mécanismes pourraient engendrer des effets négatifs : diminution de la communication numérique avec des proches, interruption des activités récréatives, ou désapprobation des pairs qui escomptent une présence en ligne régulière (Boyd, 2014 ; Weinstein et James, 2022).

De plus, les résultats des interventions sur le temps d'écran sont sujets à des biais pouvant amplifier les effets bénéfiques et masquer les effets délétères (Murphy et al., 2024). Un biais de sélection est possible du fait qu'une personne qui attribue des effets bénéfiques à ses pratiques numériques sera vraisemblablement moins encline à suivre une intervention visant à limiter son temps d'écran. Une deuxième source de biais est l'attente (la croyance) du participant ou de la participante : lorsqu'une limite de temps d'écran est comparée avec l'absence

d'intervention, les participants peuvent déduire s'ils ont été assignés au groupe actif ou au groupe de contrôle. Leurs attentes face à l'intervention peuvent alors influencer l'amélioration observée du bien-être.

Les lignes directrices en matière de prévention et de promotion de la santé sont partagées quant aux limites de temps d'écran. Les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures recommandent un maximum de 2 heures d'usage récréatif des écrans par jour pour les 5 à 17 ans (Tremblay et al., 2016). La Société canadienne de pédiatrie, elle, ne recommande plus de limite universelle de temps d'écran, sauf pour les enfants de moins de 5 ans (Ponti, 2023). La Société soulève notamment les impacts possibles des écrans sur les apprentissages et le développement du cerveau. L'American Psychological Association (2023) préconise une approche parentale flexible des médias sociaux adaptée à la maturité du jeune. En clinique, un éventail d'échelles psychométriques et d'interventions psychosociales ciblent l'usage problématique des technologies, défini comme un usage difficile à contrôler et qui persiste malgré des impacts négatifs sur le fonctionnement ou le bien-être (Augner et al., 2022; Király et al., 2022). L'usage problématique des jeux vidéo est reconnu comme un diagnostic par l'Organisation mondiale de la Santé (le trouble du jeu; WHO, 2024) et comme une condition à l'étude par l'American Psychiatric Association (2022).

Néanmoins, les notions de temps d'écran et d'usage problématique ne permettent pas de rendre compte des aspects socioculturels des médias numériques, tels que leurs impacts sur l'identité, l'appartenance sociale et les perceptions de la santé mentale. À ce titre, le module de formulation culturelle du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022, p. 861) identifie des thèmes à considérer pour explorer la culture du patient (Tableau 1). Les cliniciens et les cliniciennes peuvent adapter ce module à l'évaluation de la culture numérique dans l'objectif de mieux comprendre le contexte unique de la personne et enrichir la formulation de la présentation clinique. Une approche socioculturelle pourrait orienter la prise en charge, par exemple en mettant en lumière des facteurs de stress ou de résilience pouvant être ciblés par une intervention. Bien que le module de formulation culturelle n'ait pas été étudié en lien avec les pratiques numériques, son utilité pour les cliniciens et les cliniciennes a été démontrée dans les contextes interculturels (Jarvis et al., 2020). Il s'agit donc d'une avenue de recherche future pour l'évaluation des pratiques numériques.

En conclusion, bien que certaines personnes pourraient bénéficier de limites fixes de temps d’écran, les médias numériques engendrent des effets variables sur la santé mentale, nécessitant une approche clinique personnalisée. En considérant davantage les contextes socio-culturels des pratiques numériques, les cliniciens et les cliniciennes pourront mieux individualiser leurs interventions dans ce domaine.

TABEAU 1
Application des thèmes de la formulation culturelle du DSM-5-TR à la culture numérique

Thème	Proposition d'application à la culture numérique
Identité de l'individu	L'identification à une communauté en ligne (p. ex. joueurs de jeux vidéo) peut être une source de capital social.
Concepts culturels de détresse	Les médias sociaux véhiculent des représentations de problèmes de santé mentale pouvant influencer le sens attribué par la personne à son expérience.
Stresseurs psychosociaux et éléments culturels de vulnérabilité et de résilience	La comparaison de l'apparence physique sur les médias sociaux peut contribuer à la dysphorie corporelle.
Éléments culturels de la relation entre l'individu et l'équipe traitante	Face à un manque de connaissances perçu chez le clinicien ou la clinicienne, la personne peut être réticente à s'ouvrir sur ses pratiques numériques.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision* (5th edition). American Psychiatric Association Publishing.

American Psychological Association. (2023). *Health Advisory on Social Media Use in Adolescence*. <https://www.apa.org/topics/social-media-internet/health-advisory-adolescent-social-media-use>

ATN. (2022). *NETendances 2021 | Fiche génération 18-24 ans*. NETendances. <https://transformation-numerique.ulaval.ca/wp-content/uploads/2022/07/netendances-2021-portrait-numerique-des-generations-18-24-ans.pdf>

ATN. (2023). La famille numérique. *NETendances*, 14(5), 1-29.

Augner, C., Vlasak, T., Aichhorn, W. et Barth, A. (2022). Tackling the “digital pandemic”: The effectiveness of psychological intervention strategies in problematic Internet and smartphone use—A meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(3), 219-229. <https://doi.org/10.1177/00048674211042793>

Boyd, Danah. (2014). *It's complicated: The social lives of networked teens*. Yale University Press.

- Conte, G., Iorio, G. D., Esposito, D., Romano, S., Panvino, F., Maggi, S., Altomonte, B., Casini, M. P., Ferrara, M. et Terrinoni, A. (2024). Scrolling through adolescence: A systematic review of the impact of TikTok on adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02581-w>
- Gill, R. (2023). *Perfect: Feeling Judged on Social Media*. John Wiley & Sons.
- Ferguson, C. J. (2024). Do social media experiments prove a link with mental health: A methodological and meta-analytic review. *Psychology of Popular Media*, Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/ppm0000541>
- Haidt, J. (2024). *The Anxious Generation: How the Great Rewiring of Childhood Is Causing an Epidemic of Mental Illness*. Penguin.
- Hamilton, J. L., Dreier, M. J. et Boyd, S. I. (2023). Social media as a bridge and a window: The changing relationship of adolescents with social media and digital platforms. *Current Opinion in Psychology*, 52, 101633. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101633>
- Janssen, L. H. C., Valkenburg, P. M., Keijsers, L. et Beyens, I. (2024). *Social Media: A Harsher Reality for Adolescents with Depression*. OSF. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mtez3>
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Gómez-Carrillo, A., Aggarwal, N. K. et Lewis-Fernández, R. (2020). Update on the Cultural Formulation Interview. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 18(1), 40-46. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190037>
- Khetawat, D. et Steele, R. G. (2023). Examining the Association Between Digital Stress Components and Psychological Wellbeing: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00440-9>
- Lemahieu, L., Vander Zwalmen, Y., Mennes, M., Koster, E. H. W., Vanden Abeele, M. M. P. et Poels, K. (2025). The effects of social media abstinence on affective well-being and life satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 15(1), 7581. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-90984-3>
- Martin, K. B., Bednarz, J. M. et Aromataris, E. C. (2021). Interventions to control children's screen use and their effect on sleep: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research*, 30(3), e13130. <https://doi.org/10.1111/jsr.13130>
- McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S.-J., Browne, V., Dooley, B., Hickie, I. B., Jones, P. B., McDaid, D., Mihalopoulos, C., Wood, S. J., El Azzouzi, F. A., Fazio, J., Gow, E., Hanjabam, S., Hayes, A., Morris, A., Pang, E., ... Killackey, E. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 731-774. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00163-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00163-9)
- Murphy, S. L., Abeele, M. V., Koster, E. H. W. et Lemahieu, L. (2024). *Causal Manipulations of Social Media Use: Key Methodological Considerations*. OSF. <https://doi.org/10.31234/osf.io/8uawk>
- Office of the Surgeon General. (2023). *Social Media and Youth Mental Health: The U.S. Surgeon General's Advisory*. US Department of Health and Human Services. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594761/>
- Pedersen, J., Rasmussen, M. G. B., Sørensen, S. O., Mortensen, S. R., Olesen, L. G., Brønd, J. C., Brage, S., Kristensen, P. L. et Grøntved, A. (2022). Effects

- of Limiting Recreational Screen Media Use on Physical Activity and Sleep in Families With Children: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 176(8), 741. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.1519>
- Ponti, M. (2023). Screen time and preschool children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & Child Health*, 28(3), 184-192. <https://doi.org/10.1093/pch/pxac125>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. et McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 19-40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- Thrul, J., Devkota, J., AlJuboori, D., Regan, T., Alomairah, S. et Vidal, C. (2025). Social media reduction or abstinence interventions are providing mental health benefits—Reanalysis of a published meta-analysis. *Psychology of Popular Media*, 14(2), 207-209. <https://doi.org/10.1037/ppm0000574>
- Tremblay, M. S., Carson, V., Chaput, J.-P., Connor Gorber, S., Dinh, T., Duggan, M., Faulkner, G., Gray, C. E., Gruber, R., Janson, K., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Kho, M. E., Latimer-Cheung, A. E., LeBlanc, C., Okely, A. D., Olds, T., Pate, R. R., Phillips, A., ... Zehr, L. (2016). Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6 [Suppl. 3]), S311–S327. <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151>
- Tremblay, M. S., Kuzik, N., Biddle, S. J. H., Carson, V., Chinapaw, M. J. M., Dumuid, D., Huang, W. Y., Saunders, T. J., Staiano, A. E. et Pate, R. R. (2025). Digital Screen Media Use, Movement Behaviors, and Child Health. Dans D. A. Christakis et L. Hale (dir.), *Handbook of Children and Screens: Digital Media, Development, and Well-Being from Birth Through Adolescence* (pp. 63-72). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-69362-5_10
- Vanden Abeele, M. M. P., Frackowiak, M. et Antheunis, M. L. (2024). Co-present mobile phone use as an expectancy violation: Revisiting “phubbing” in two lab-based experiments. *Social Influence*, 19(1), 2419622. <https://doi.org/10.1080/15534510.2024.2419622>
- Vuorre, M., Ballou, N., Hakman, T., Magnusson, K. et Przybylski, A. K. (2024). Affective Uplift During Video Game Play: A Naturalistic Case Study. *ACM Games*, 2(3), 23:1-23:14. <https://doi.org/10.1145/3659464>
- Weinstein, E. et James, C. (2022). *Behind Their Screens: What Teens Are Facing (and Adults Are Missing)*. The MIT Press.

Santé mentale et travail : reconnaître une responsabilité collective dans le retour et la réintégration au travail

Le dossier du présent numéro a été coordonné par Nadine Larivière (rédactrice en chef, Mosaïque), Marc Corbière (rédacteur en chef, Thématiques) et Jean-Marie Bioteau (rédacteur-directeur adjoint).

ÉDITORIAL

Emmanuel Stip, directeur

Yves Lecomte – Topette et merci pour tout !

PRÉSENTATION THÉMATIQUE

Sandrine Croity-Belz, Donatienne Desmette et Marc Corbière

Santé mentale et travail : reconnaître une responsabilité collective dans le retour et la réintégration au travail

Loïc Lerouge

Retour à l'emploi et au travail : une question aussi de santé mentale. Étude au prisme du droit du travail, le cas français

Vanessa De Greef et Natasia Hamarat

Une approche juridique et collective de la divulgation des problématiques de santé mentale au travail

Sandrine Croity-Belz, Sandrine Corte et Isabelle Faurie

Accompagner le retour au travail après un burn-out : représentations et pratiques des supérieurs immédiats

Donatienne Desmette et Marc Corbière

Retour au travail durable : quel leadership et quelles pratiques soutenant le manager et de l'employeur ?

Evelyne Auriac, Sandrine Croity-Belz, Isabelle Faurie

Prévention de la désinsertion professionnelle et retour au travail : un exemple de collaboration pluripartenaire dans un service de prévention et de santé au travail en France

Béatrice-Estelle James, Marc Corbière, Sonia Abelanski,

Danièle Spagnoli, Mireille Valois, Cécile Blanchouin

et Ornella Campanile

Points de vue des spécialistes de l'emploi sur l'embauche de personnes avec un trouble mental : regards croisés internationaux sur les perceptions des employeurs

Sonia Laberon, Donatienne Desmette et Marc Corbière

Du stigmate à l'évitement des personnes avec un trouble mental : analyse des représentations et des émotions des acteurs du retour et de la réinsertion au travail

Marc-Simon Drouin, Élyse Charette-Dussault et Marc Corbière

Intervention inspirée de la thérapie centrée sur les émotions pour promouvoir la régulation émotionnelle et faciliter le retour au travail des employés en arrêt maladie

Simon Roussey et Bernard Pachoud

Analyse des coûts évités par l'emploi accompagné pour les personnes avec des troubles de la santé mentale

Marc Corbière et Sonia Laberon

Santé mentale et retour/réintégration au travail : Concertation internationale sur les solutions et actions prioritaires

PRÉSENTATION ÉVÉNEMENTS LIÉS AU COLLOQUE DE LA COP-SMT

Prix du colloque - affiches

Témoignages

Photovoie

Œuvre

PRÉSENTATION MOSAÏQUE

Nadine Larivière

Un esprit d'innovation

Telma Mimault, Suzanne Léveillé et Yann Auxemery

Profil sociodémographiques, criminologiques et cliniques des auteurs de violences conjugales français et québécois : recherche comparative

Céline De Breucker, Geneviève Bergeron et Johana Monthuy-Blanc

Cultiver son estime de soi. Les effets de la nature sur les perceptions du soi physique dans une population présentant des attitudes et comportements alimentaires dysfonctionnels : une revue narrative

Mizué Frey, Benedetta Silva, Philippe Golay, Stéphane Morandi,

Charles Bonsack et Aurore Chambaz

Alliance thérapeutique, entre rupture et jeux de pouvoir, une étude qualitative

Pierre-Luc Bossé, Juan Manuel Moreno, Paul Morin

et Catherine Hudon

Facteurs influençant la mise en œuvre du modèle de pratique Baromètre dans le champ de la réhabilitation psychosociale en santé mentale : résultats d'une étude de cas multiples

Julie Lane, Juliette St-Onge, Anne-Marie Auger, Bruno Collard,

Ariane Girard, Jean-Daniel Carrier, François Lauzier-Jobin,

Andrée-Anne Légaré, Marie-Ève Poitras, Marie-Ève Fortier,

Lara Maillet et Magaly Brodeur

Les corridors de services en santé mentale entre les universités et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : enjeux persistants et pistes de solutions

Zaineb Fanid, Tania Lecomte et Stéphane Raffard

La fatigue chez les personnes atteintes de schizophrénie : un obstacle majeur au rétablissement

Vincent Laliberté

La psychiatrie métabolique

Vincent Paquin

Limiter le temps d'écran pour la santé mentale : une approche clinique individualisée et socioculturelle