

É

Réadaptation au travail

Études et recherches

RAPPORT R-807



Santé mentale au travail

**Projet-pilote pour passer
d'une approche individuelle de réadaptation
à une approche organisationnelle de prévention**

*Louise St-Arnaud
Mariève Pelletier
Michel Vézina
Catherine Briand
Pascal Paillé
Émélie Demers*



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

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

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

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

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

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

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST. Abonnement : www.csst.qc.ca/AbonnementPAT

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2014
ISBN : 978-2-89631-708-0 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
février 2014



Réadaptation au travail

Études et recherches



RAPPORT R-807

Santé mentale au travail

Projet-pilote pour passer d'une approche individuelle de réadaptation à une approche organisationnelle de prévention

Avis de non-responsabilité

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

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

*Louise St-Arnaud¹, Mariève Pelletier¹, Michel Vézina¹,
Catherine Briand², Pascal Paillé¹, Émélie Demers¹*

¹Université Laval

²Université de Montréal



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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

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

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à reconnaître la contribution financière de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), grâce à laquelle la réalisation de cette activité de recherche a été rendue possible, ainsi que la collaboration de leurs partenaires en milieu de travail du Centre de santé et de services sociaux (CSSS).

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

SOMMAIRE

Les problèmes de santé mentale au travail représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence du travail, et ce phénomène a connu une croissance marquée au cours des dernières années. Nos travaux antérieurs ont révélé que la majorité des travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale font référence aux difficultés vécues dans le cadre de leur activité professionnelle comme facteur ayant contribué à la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail, d'où l'importance d'orienter les pratiques de retour au travail vers la modification des facteurs de l'organisation du travail. L'objectif général de ce projet est de tracer le passage d'une démarche individuelle de soutien au retour au travail et au maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale à une démarche organisationnelle visant la prévention des problèmes de santé mentale dans le milieu de travail. Ce projet s'inscrit dans le prolongement d'une étude visant la conception, l'implantation et l'évaluation d'une démarche de soutien au retour au travail réalisée dans un centre de santé et de services sociaux (St-Arnaud et coll., 2011).

Spécifiquement, le projet vise à : 1) Identifier et caractériser les facteurs de l'organisation du travail que le travailleur a reconnus comme ayant contribué à la détérioration de son état de santé mentale et à son retrait du travail; 2) Identifier et caractériser les facteurs de l'organisation du travail que le travailleur a reconnus comme étant une préoccupation à l'égard de son retour au travail et qu'il a inscrits dans son plan de retour au travail; 3) Identifier et caractériser les interventions organisationnelles sur le travail prévues en concertation par le travailleur et son supérieur dans un plan de retour au travail visant à soutenir le travailleur lors de son retour (prévention tertiaire); 4) Déterminer les écarts entre les facteurs identifiés par le travailleur, les interventions prévues au plan d'action et les interventions réellement mises en place par l'organisation, et analyser les logiques d'action qui expliquent ces écarts et qui pourraient avoir un impact sur les interventions de prévention primaire; et 5) Dégager, à partir de l'ensemble des parcours, des cibles d'action en matière de prévention primaire.

L'étude porte plus spécifiquement sur l'analyse du parcours des personnes absentes du travail pour des raisons de santé mentale et qui ont identifié le travail comme facteur ayant contribué à la détérioration de leur santé et à leur arrêt de travail. La collecte des données a été faite à partir d'entrevues individuelles semi-structurées, réalisées auprès des travailleurs et de leur supérieur immédiat, et d'un plan d'action écrit, en concertation travailleur-employeur, visant à soutenir le retour au travail. La codification et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Nvivo.

La réalisation de cette activité de recherche a permis de développer une stratégie de soutien au retour au travail axée sur les activités de travail et sur la mise en place, à partir de situations réelles et en collaboration avec le supérieur immédiat, d'interventions en prévention tertiaire. Cette stratégie a de plus permis d'ouvrir sur des interventions de prévention primaire en santé mentale au travail; les interventions réalisées pouvant toucher les travailleurs qui ne se sont pas encore absentés, mais qui pourraient être visés par les situations de travail à l'origine de l'absence d'autres travailleurs.

L'originalité de cette recherche repose sur son rôle de sentinelle dans le développement de pratiques préventives en santé mentale au travail. Cette démarche sentinelle suggère d'étudier le

cas des travailleurs qui sont absents pour des raisons de santé et qui identifient des éléments de l'organisation du travail comme étant contributifs de leur pathologie, pour déterminer les situations de travail susceptibles d'affecter aussi d'autres travailleurs issus du même milieu de travail.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VII
1. L'ORIGINE DE LA DÉMARCHE	1
1.1 Introduction	1
1.2 Problématique	2
1.2.1 Réintégration professionnelle en santé mentale au travail.....	3
1.2.2 Limites des interventions centrées sur l'individu	3
1.2.3 Rôle central du travail sur la santé mentale et le maintien en emploi.....	4
1.2.4 Enjeux d'une intervention centrée sur l'organisation du travail	5
1.2.5 Les liens entre le travail et la santé mentale	7
2. OBJECTIFS DE RECHERCHE	8
3. MÉTHODOLOGIE	9
3.1 L'identification et la caractérisation des facteurs de l'organisation du travail reconnus par le travailleur	10
3.2 L'identification et la caractérisation des préoccupations du travailleur lors du retour au travail	10
3.3 L'identification et la caractérisation des interventions organisationnelles concertées et prévues au plan de retour au travail	11
3.4 L'identification des écarts entre les facteurs reconnus par le travailleur, les interventions prévues au plan d'action et celles réellement mises en place, et analyse des logiques d'action	11
3.5 L'identification des cibles d'action pour la prévention primaire	11
4. RÉSULTATS	13
4.1 Les facteurs de l'organisation du travail identifiés par le travailleur	13
4.2 Les facteurs de l'organisation du travail qui influencent le retour au travail	16

4.3	Les interventions organisationnelles prévues entre le travailleur et son supérieur au plan de retour au travail.....	17
4.4	Les écarts entre les facteurs identifiés par les travailleurs et ceux ciblés lors des interventions prévues.....	18
4.5	Les cibles d'action pour la prévention primaire	19
5.	DISCUSSION.....	20
5.1	L'analyse des facteurs de l'organisation du travail sur une base individuelle.....	21
5.2	Le passage d'une approche individuelle de réadaptation à une approche organisationnelle de prévention.....	22
6.	CONCLUSION.....	24
7.	APPLICABILITÉ ET RETOMBÉES DES RÉSULTATS.....	25
8.	BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES.....	26

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Profil des participants.....	13
Figure 1 : Démarche intégrée de soutien au rétablissement et au retour au travail, et programme d'aide à l'organisation du travail	23

1. L'ORIGINE DE LA DÉMARCHE

1.1 Introduction

L'étude présentée dans le cadre de ce rapport fait suite au projet de recherche intitulé : Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien au retour au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale (St-Arnaud, Briand, Durand, Corbière, Bourbonnais, Saint-Jean, Pelletier, Delisle et Kedl, 2011). Dans le cadre de cette dernière recherche, près de 40 personnes absentes pour des raisons de santé mentale ont participé à une démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail. Lors d'une entrevue qui se déroulait en début de la période d'absence, la majorité des participants ont fait état de difficultés vécues dans le cadre de leur travail pour rendre compte des éléments qui ont contribué à la détérioration de leur santé et à leur arrêt de travail. Cette recherche initiale se concentrait davantage sur le suivi individuel de chacun des participants durant leur période d'absence pour les accompagner jusqu'au retour au travail.

La présente étude correspond à la deuxième phase de la recherche de St-Arnaud et coll, (2011). Elle propose d'analyser les dimensions du travail identifiées par les travailleurs absents comme ayant contribué à leur problème de santé et les mesures de correction proposées pour aider au rétablissement et au retour au travail dans le but de déterminer des pistes de prévention. L'objectif général de ce projet est de tracer le passage d'une démarche individuelle de soutien au retour au travail et au maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale à une démarche organisationnelle visant la prévention des problèmes psychologiques en le milieu de travail. La nécessité d'identifier et de réaliser des actions de prévention primaire est un constat qui découle des réflexions et des travaux des partenaires membres du comité de suivi de la recherche. Dans le cadre du développement du programme de rétablissement et de retour au travail, le comité de suivi et les chercheurs en sont arrivés au constat que deux niveaux d'action devaient être envisagés : 1) Des actions plus spécifiques à la situation du travailleur absent (volet réadaptation) et; 2) Des actions visant l'identification et la modification des facteurs de risque organisationnels qui touchent non seulement la personne en arrêt de travail, mais également les autres travailleurs susceptibles d'être dans la même situation. Ces actions concernent l'ensemble de l'organisation (volet prévention).

Le grand défi de cette recherche consiste à passer d'une approche de réadaptation individuelle à une approche de prévention organisationnelle. Le passage du soutien à la réadaptation au soutien à la prévention est une condition essentielle pour réussir une stratégie d'intervention efficace pour assurer le maintien en emploi de l'ensemble des travailleurs.

1.2 Problématique

Les problèmes de santé mentale au travail constituent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence du travail, et ce phénomène a connu une croissance marquée au cours des dernières années (Dewa, Goering, Lin et Paterson, 2002; Dewa, McDaid et Ettner, 2007; Gabriel et Liimatainen, 2000; Henderson, Glozier et Elliott, 2005; Houtman, 2007; Nystuen, Hagen et Herrin, 2001; Vézina et Bourbonnais, 2001).

Selon un rapport du Bureau international du travail (BIT) sur la santé mentale en milieu de travail, touchant cinq pays industrialisés (États-Unis, Grande-Bretagne, Allemagne, Finlande et Pologne), 20 % de la population adulte souffre d'un problème de santé mentale (Gabriel et Liimatainen, 2000). Les données de l'Enquête européenne sur les conditions de travail, effectuée en 2000, indiquent que le stress lié au travail s'avère le deuxième problème de santé le plus fréquent à travers l'Europe après les dorsalgies (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005). Au Québec, l'*Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (EQCOTESST) montre qu'environ 18 % des travailleurs présentent un niveau élevé de détresse psychologique (Vézina et coll., 2011).

Les problèmes de santé mentale peuvent avoir des effets particulièrement incapacitants, entraîner de longues périodes d'invalidité (Koopmans, Roelen et Groothoff, 2008), et ce, en plus de présenter un risque élevé de rechutes (Druss, Schlesinger et Allen, 2001; Gjesdal et Bratberg, 2003; Koopmans et al., 2008; Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk et Dijk, 2006). Au Québec, une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de la population met en lumière le fait que les problèmes de santé mentale sont les premiers facteurs responsables de l'augmentation de l'absentéisme au travail (Vézina et Bourbonnais, 2001) et souligne qu'en plus de s'absenter plus souvent, les personnes s'absentent plus longtemps. La durée d'une incapacité de travail consécutive à une dépression serait environ deux fois et demie plus longue que celle occasionnée par d'autres maladies (Gabriel et Liimatainen, 2000).

Les problèmes liés à la santé mentale au travail sont parmi les plus coûteux pour les entreprises. Selon Henderson, Glozier et Elliott (2005) et Dewa, McDaid et Ettner (2007), la hausse de ces absences représente un problème de santé publique et économique majeur. Santé Canada conclut d'ailleurs que les coûts associés aux problèmes de santé mentale dans les milieux de travail représentent annuellement près de 14 % des profits nets des entreprises canadiennes (Sroujian, 2003). Pour plusieurs compagnies d'assurance, les réclamations relatives à la santé mentale constituent la catégorie de coûts d'invalidité qui augmente le plus rapidement. À la Standard Life, entre 1991 et 2003, l'incidence des invalidités de longue durée liées à des problèmes de santé mentale a augmenté de 120 % (Dubé et Parent, 2004). En 2004, tout comme au cours des 13 années précédentes, les problèmes de santé mentale, incluant la dépression et l'anxiété, constituent la principale cause d'invalidité citée dans les nouvelles demandes de prestations, soit 46 % (Conseil de gestion du régime d'assurance invalidité, 2005). Au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a vu ses déboursés totaux pour les lésions professionnelles indemnisées liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique passer de 5,8 millions en 1995 à 14,3 millions de dollars en 2004 (CSST, 2006).

1.2.1 Réintégration professionnelle en santé mentale au travail

La majorité des études recensées dans le domaine de la réadaptation en santé mentale s'intéressent aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, telle la schizophrénie, et dont la trajectoire de vie est surtout marquée par des difficultés d'insertion ou d'intégration en emploi plutôt que de retour au travail. Dans le domaine de la santé au travail, les études en réadaptation portent essentiellement sur les travailleurs victimes d'accidents ou de maladies professionnelles. Même si elles ne visaient pas notre population à l'étude, ces études en santé mentale et en santé au travail ont permis de dégager certains constats sur les interventions à privilégier dans ce domaine et, à ce titre, elles apportent un éclairage pertinent. Quelques études portaient explicitement sur la réintégration professionnelle de travailleurs qui se sont absentes du travail en raison d'un problème de santé mentale, mais peu d'entre elles se sont intéressées à la conception et à l'évaluation de programmes de retour au travail destinés spécifiquement à cette population (Briand, Durand, St-Arnaud et Corbière, 2007). Si certaines études présentaient des approches organisationnelles de prévention primaire et secondaire (information sur la maladie mentale, dépistage de la dépression en entreprise, amélioration des programmes d'aide aux employés, mesures de soutien en entreprise, etc.), il s'est avéré que peu d'études décrivaient des mesures de réintégration (prévention tertiaire) considérant à la fois le travailleur, son milieu de travail et les différents partenaires (Michie, Wren et Williams, 2004; Putnam et McKibbin, 2004). Le Bureau international du travail définit la prévention primaire en santé mentale au travail comme étant des mesures qui devraient permettre d'éviter l'apparition des troubles mentaux, visant à atténuer ou à maîtriser les risques inhérents au travail. La prévention tertiaire a pour objectif de réhabiliter les personnes qui ont cessé de travailler en raison de problèmes de santé mentale. Selon Houtman et Kompier (2000), les interventions en matière de prévention tertiaire devraient avoir pour objectif d'adapter les conditions et le poste de travail aux capacités de la personne (Houtman et Kompier, 2000). En prévention tertiaire, les approches documentées sont principalement orientées vers des interventions cognitivo-comportementales de résolution de problèmes et de gestion du stress. Elles sont considérées comme des interventions centrées sur l'individu.

1.2.2 Limites des interventions centrées sur l'individu

Les approches en réinsertion professionnelle documentées visent généralement à aider les travailleurs à mettre au point des stratégies d'adaptation individuelles plus efficaces; elles s'intéressent bien peu à l'organisation du travail et à la concertation entre les différents partenaires (Blonk, Brenninkmeijer, Lagervelt et Houtman, 2006; Nystuen et Hagen, 2003; van der Klink, Blonk, Schene, et van Dijk, 2002; et Van der Klink, Blonk, Schene et van der Dijk, 2003). Selon Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet et Laurendeau (1992), ainsi que Brunet et Martel (2003), les interventions centrées sur l'individu permettent d'agir sur les stratégies d'adaptation des travailleurs, mais elles demeurent limitées en ce qui concerne les facteurs liés à l'organisation du travail. Aussi, en ce sens, à l'issue de leurs travaux, van der Klink et coll.,(2003) recommandent de poursuivre les recherches afin de mettre en œuvre des approches qui permettraient d'agir sur le milieu de travail, d'améliorer les pratiques de gestion et de favoriser la construction d'une communauté d'appartenance, et de résoudre les conflits en milieu de travail.

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

De nombreux écrits mettent en évidence le fait qu'au cours des dernières années les milieux de travail ont connu de nombreux bouleversements ayant eu un impact sur la santé mentale des travailleurs (Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina et Lower, 2006a; Brisson, Larocque et Bourbonnais, 2001; Dejours, 1993, 1995; Karasek et Theorell, 1990; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel et David, 1998; Rugulies, Bultmann, Aust et Burr, 2006; Siegrist et Marmot, 2004; Stansfeld et al., 1999; van der Doef et Maes, 1999). La compétitivité nécessaire pour affronter une concurrence plus vive a généré un lot de fusions d'entreprises et de pratiques de rationalisation des effectifs qui a entraîné de nouvelles exigences en milieu de travail. Celles-ci se traduisent par des changements majeurs sur le plan de l'organisation du travail qui font appel, notamment, à une flexibilité et une polyvalence accrues de la part des travailleurs. Souvent, la somme de travail demandée aux employés augmente, alors que les ressources humaines et financières diminuent. L'intensification du travail serait responsable d'une proportion importante des absences liées à un problème de santé mentale (Vézina, Bourbonnais, Brisson et Trudel, 2004; Vézina, Bourbonnais, Marchand et Arcand, 2008). De nouvelles pratiques de gestion se sont développées, par exemple la rationalisation des temps et mouvements, l'évaluation individualisée des performances, le recours accru à la sous-traitance, etc. Ces pratiques ont des effets sur les rapports sociaux de travail, la mise en compétition des travailleurs, la fragilisation des collectifs de travail et la capacité d'entraide et de savoir-vivre ensemble (Dejours, 2003). Les pressions qu'exercent ces transformations influent sur la capacité de travail des employés, sur leur maintien en emploi et sur leur santé mentale. Selon Vinet, Bourbonnais et Brisson (2003), la hausse importante des absences en raison d'un problème de santé mentale et l'augmentation proportionnelle des primes d'assurance collective témoignent de l'ampleur et de la profondeur de cette crise.

En matière de prévention tertiaire, nos travaux antérieurs ont montré l'importance d'orienter les pratiques de retour au travail vers la modification des facteurs de l'organisation du travail qui ont participé à la détérioration de l'état de santé et au retrait du travail (Briand et coll., 2007; St-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean et Damasse, 2006; St-Arnaud, Bourbonnais, Saint-Jean et Rhéaume, 2007). De fait, la très grande majorité des travailleurs qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale, tel que certifié par un diagnostic médical, font référence aux difficultés vécues dans le cadre de leur activité professionnelle comme facteur ayant contribué à la détérioration de leur état de santé et entraîné un arrêt de travail.

Les événements stressants de la vie personnelle, tels le décès d'un être cher, la prise en charge d'un parent ou d'un enfant malade, les difficultés conjugales ou financières, etc., comptent parmi ceux qui peuvent fragiliser de l'état de santé et mener à un trouble d'adaptation (St-Arnaud et coll., 2003). Toutefois, une proportion importante des travailleurs qui s'absentent pour des problèmes de santé mentale le font en raison des difficultés vécues dans le cadre de leur travail (Cohidon, Imbernon et Goldberg, 2009; St-Arnaud et al., 2007). Dans une étude réalisée auprès de 1 850 travailleurs absents en raison d'un problème de santé mentale certifié par un diagnostic médical (St-Arnaud et coll., 2007), seulement 9 % des sujets ont essentiellement fait référence à leur vie personnelle pour expliquer leur problème de santé et leur arrêt de travail; 32 %

l'attribuent directement à la situation à leur travail et près des deux tiers d'entre eux considèrent qu'elle est due à la fois à leur vie personnelle et à leur travail. Si l'on tient compte du fait que 32 % des personnes estiment que leur absence est essentiellement due à leur travail et que près des deux tiers évoquent à la fois des raisons personnelles et professionnelles, c'est au total plus de 90 % des sujets qui mentionnent les difficultés vécues dans leur travail comme facteur ayant contribué à la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail. Les principales contraintes du travail signalées par les sujets sont : une surcharge de travail, une non-reconnaissance des efforts, un conflit avec le supérieur, un conflit avec les collègues, une évaluation négative de leur travail, un manque d'autonomie dans le travail et une insécurité d'emploi (St-Arnaud et coll., 2007). Si le travail constitue dans nos sociétés modernes l'une des formes les plus importantes d'intégration sociale, d'accomplissement de soi et de construction identitaire, il n'est pas étonnant de constater qu'à l'inverse, en période difficile, le travail puisse avoir une incidence aussi marquée sur la santé des individus (Dejours, 1993, 1995; Marmot et coll., 1995; Vinet et coll., 2003).

Dans cette perspective, le retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale demeure particulièrement difficile et incertain si l'on ne tient pas compte des facteurs de risque liés au travail. De fait, le retour au travail est plus ardu chez les personnes qui s'absentent en raison de facteurs liés au travail (St-Arnaud et coll., 2007). À l'inverse, une analyse de la situation entourant le retour au travail montre une association significative entre l'amélioration des conditions de travail par rapport à celles qui prévalaient antérieurement et la résolution des problèmes de santé mentale. Une étude de Brenninkmeijer, Houtman et Blonk (2008) sur les facteurs prédictifs du retour au travail à la suite d'une dépression fait également état de la nécessité d'apporter des modifications à la tâche ou des changements dans le travail pour favoriser le recouvrement de la santé et le retour au travail. Les interventions en matière d'organisation du travail lors du retour au travail s'avèrent un déterminant majeur de la restauration de l'état de santé et d'un retour au travail réussi à la suite d'un problème de santé mentale (St-Arnaud et coll., 2007; 2011).

1.2.4 Enjeux d'une intervention centrée sur l'organisation du travail

Au cours des dernières décennies, les recherches dans le domaine de la réadaptation professionnelle ont évolué, passant d'une approche biomédicale souvent centrée sur les facteurs individuels ayant causé la maladie à une approche prenant en compte ceux associés à l'organisation du travail (Durand, Vachon, Loisel et Berthelette, 2003; Franche, Baril, Shaw, Nicholas et Loisel, 2005). Selon Franche, Baril, Shaw, Nicholas et Loisel (2005), la modification de l'organisation du travail, de façon temporaire ou permanente, demeure une composante centrale des interventions jugées efficaces en milieu de travail pour assurer le retour au travail. De fait, plusieurs études soutiennent l'importance de cette mesure et son action sur la durée de l'incapacité (Amicketal., 2000; Arnetz, Sjogren, Rydehn et Meisel, 2003; Hogg-Johnson et Cole, 2003; Loisel et coll., 2001). En santé mentale au travail, cette dimension est d'autant plus centrale que l'organisation du travail joue un rôle dans une proportion importante des absences au travail (Vézina, Bourbonnais, Marchand et Arcand, 2008). De plus, les travaux de Brenninkmeijer et coll. (2008) et de St-Arnaud et coll. (2007) confirment l'importance d'agir sur l'organisation du travail pour favoriser le retour au travail et le maintien en emploi. Par ailleurs, une revue systématique des interventions préventives en matière de santé mentale montre

l'importance d'intervenir sur différents plans : auprès des individus, mais aussi en ce qui a trait aux équipes de travail et aux structures organisationnelles et politiques (Corbière, Shen, Rouleau et Dewa, 2009).

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

Le soutien et l'engagement de la haute direction demeurent des éléments-clés dans la mise en œuvre et l'implantation d'une intervention qui touchera l'organisation du travail et les pratiques de gestion. Selon Baril et Berthelette (2000), les valeurs des hauts dirigeants et la quantité de ressources qu'ils allouent au soutien à l'intervention peuvent moduler la capacité d'action des acteurs concernés par la transformation de l'organisation du travail. Leurs valeurs et leurs attitudes ont un effet significatif sur la réussite des interventions. Ceci se traduit par une préoccupation au regard de la santé des travailleurs et un appui soutenu aux interventions de prise en charge dans le milieu de travail. De plus, en privilégiant un style de gestion participative au sein de l'entreprise, la haute direction permet aux travailleurs et aux supérieurs immédiats d'être partie prenante à la planification et à l'implantation d'un programme de retour au travail (Stock, Deguire, Baril et Durand, 1999). Les rapports entre la direction et les syndicats sont également perçus comme ayant une influence majeure sur les programmes de retour au travail (Baril, Clarke, Friesen, Stock, et Cole, 2003). En effet, moins il y a confrontation plus l'implantation des programmes sera facilitée. Dans un tel contexte, les syndicats et la direction priorisent l'objectif d'aider les personnes lors du retour au travail pour favoriser non seulement leur retour au travail, mais également leur maintien en emploi.

En somme, la prise en compte des dimensions du travail dans le processus de retour au travail s'avère une perspective des plus prometteuse pour assurer le maintien durable en emploi et agir en prévention (Kompier et Kristensen, 2001; Funk, Saraceno, Miguel, Harnois et Grigg, 2005). Ces dernières années, parmi les quelques interventions évaluées, plusieurs ont montré des effets positifs sur l'amélioration de l'organisation du travail et de la santé (Anderzen et Arnetz, 2005; Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina et Lower, 2006; Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, Abdous et Gaudet 2006; Dahl-Jorgensen et Sakswick, 2005; Eklof et Hagberg, 2006; Kauffeld,

Jonas et Frey, 2004; Lavoie-Tremblay et al., 2004; Logan et Ganster, 2005; Michie, Wren et Williams, 2004; Mikkelsen et Gundersen, 2003; Ryan et al., 2005; Sluiter, Bos, Tol, Calff, Krijnen et Frings-Dresen, 2005; Theorell, Emdad, Arnetz et Weingarien, 2001). Une entreprise qui a cœur la santé et le maintien en emploi de son personnel doit donc reconnaître le rôle central que le travail joue. Dans cette perspective, la reconnaissance des facteurs en matière d'organisation du travail susceptibles de nuire au retour au travail doit faire partie intégrante du protocole d'évaluation des travailleurs absents.

1.2.5 Les liens entre le travail et la santé mentale

Au cours des dernières décennies, plusieurs études ont permis de documenter l'effet de certaines contraintes du travail sur la prévalence et l'incidence des problèmes de santé mentale (Karasek et Theorell, 1990; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel et David, 1998; van der Doef, 1999; Stansfeld, Fuhrer, Shipley et Marmot, 1999; Elovenio, Kivimaki et Vahtera, 2002; Siegrist et Marmot, 2004; Rugulies, Bultmann, Aust et Burr, 2005). Les travaux de Karasek (1979; 1998) ont permis de mettre en relation l'effet pathogène d'une forte demande psychologique au travail et d'une faible latitude décisionnelle sur la santé mentale au travail. En plus de ces dimensions, Johnson et Theorell (1988) ont suggéré de tenir compte également de l'influence d'un faible soutien des collègues de travail et des superviseurs sur la santé mentale. Les travaux de Siegrist (1996) ont également permis de bien documenter les effets délétères d'une situation de travail où l'individu consent d'importants efforts en échange d'une faible reconnaissance. L'identification de ces différentes contraintes de travail a donné lieu au cours des dernières décennies à de nombreux travaux de recherche en santé mentale au travail qui ont fait l'objet de plusieurs publications permettant de statuer sur la validité scientifique des effets de ces contraintes de travail sur la santé mentale (Standfeld et coll., 1999; 2006; Ferketich, 2000). Des études longitudinales ont également rapporté une association significative entre les contraintes de l'organisation du travail et les absences pour un problème de santé mentale (Bourbonnais, Brisson, Vézina et coll., 2005; Bourbonnais et Mondor, 2001; Stansfeld et coll., 1999; 1997; Melchior, Krieger, Kawachi, Berkman, Niedhammer et Goldberg, 2005; Melchior, Niedhammer, Berkman et coll., 2003). Une métaanalyse sur les liens entre l'organisation du travail et la santé mentale concluait qu'une faible latitude décisionnelle, une demande psychologique élevée, la combinaison de ces deux contraintes appelée « job strain », un faible soutien social, un déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance au travail et un haut niveau d'insécurité au travail prédisent les désordres mentaux communs. Les effets les plus importants seraient associés au « job strain » et au déséquilibre entre la demande psychologique au travail et la reconnaissance (Stansfeld et Candy, 2006). Plus récemment, des lacunes en matière de justice organisationnelle sont reconnues par plusieurs auteurs comme une contrainte de l'organisation du travail pathogène pour la santé. La justice organisationnelle comporte une composante procédurale (l'impartialité dans les processus de prise de décision) et une composante relationnelle (capacité du supérieur à prendre en considération le point de vue de l'employé et à le traiter de façon juste et équitable) (Elovenio et coll., 2002; Kivimaki et coll., 2003; 2007).

Les médecins du travail, épidémiologistes, ergonomes, sociologues et psychiatres se sont intéressés aux facteurs qui causent les problèmes de santé mentale au travail (Bourbonnais, Brisson, Vézina, Mâsse et Blanchette, 2005; Brun et Martel, 2003; Daniellou, 1999; Dejours, 1993, 1995; Stansfeld et coll., 1999; Vézina et coll., 1992; Vézina et coll., 2001; Vézina et coll., 2004). Cependant, malgré les préoccupations suscitées par ces problèmes de santé et

l'importance du phénomène, les recherches sur les pratiques de retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale sont pratiquement inexistantes. En effet, peu de programmes de retour au travail sont formalisés et élaborés en concertation avec les différents partenaires (Briand et coll., 2007). Aussi, les entreprises commencent-elles à ressentir le besoin de se doter d'approches plus complètes et plus intégrées tant au chapitre de la gestion des absences qu'à celui de la santé et de la productivité des employés (Watson Wyatt, 2005). L'urgence d'agir signe la nécessité de développer des pratiques qui permettent de favoriser non seulement le retour au travail, mais également le maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentes pour des raisons de santé mentale. Le programme proposé par St-Arnaud et coll. (2011) offre une démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement et au retour au travail en santé mentale qui favorise le passage d'une approche biomédicale centrée sur des interventions cliniques à une approche organisationnelle orientée sur la mise en lumière des facteurs de l'organisation du travail susceptibles de contribuer au retour au travail et au maintien en emploi. Cette recherche a aussi permis de constater que les interventions effectuées auprès des personnes absentes pour cause de maladie peuvent également toucher les travailleurs qui, sans s'être absentes, se trouvent également exposés à des situations de travail à risque pour leur santé. Ainsi, en prenant en compte ces situations de travail, il devient possible de passer d'une approche individuelle de réadaptation à une approche organisationnelle de prévention touchant les autres travailleurs exposés à la même situation à risque.

2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Objectif général

L'objectif général de ce projet est de tracer le passage d'une démarche individuelle de soutien au retour au travail et au maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale à une démarche organisationnelle visant la prévention des problèmes de santé mentale en milieu de travail.

Objectifs spécifiques :

- 1) Identifier et caractériser les facteurs de l'organisation du travail reconnus par le travailleur comme ayant contribué à la détérioration de son état de santé mentale et à son retrait du travail;
- 2) Identifier et caractériser les facteurs de l'organisation du travail que le travailleur a reconnus comme préoccupations à l'égard de son retour au travail et inscrites dans son plan de retour au travail;
- 3) Identifier et caractériser les interventions organisationnelles sur le travail prévues en concertation par le travailleur et son supérieur dans un plan de retour au travail visant à soutenir le travailleur lors de son retour (prévention tertiaire);
- 4) Identifier les écarts entre les facteurs identifiés par le travailleur, les interventions prévues au plan d'action et celles réellement mises en place par l'organisation, et analyser les logiques d'action qui expliquent ces écarts et qui pourraient avoir un impact sur les interventions en matière de prévention primaire;
- 5) Dégager, à partir de l'ensemble des parcours, des cibles d'action pour la prévention primaire.

3. MÉTHODOLOGIE

L'étude s'appuie sur un devis de recherche qualitatif basé sur une collecte de données tirée de rapports d'entrevues individuelles réalisées auprès de travailleurs absents pour cause de maladie mentale, de plans d'action de retour au travail écrits et d'entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des supérieurs immédiats qui ont été responsables de la réalisation des interventions prévues dans les plans d'action. L'échantillon est composé de 29 travailleurs et de leur supérieur immédiat. Les travailleurs concernés se préparaient tous à revenir au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale. Selon Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte et coll. (2000), dans une situation classique de recherche qualitative basée sur des entrevues, on estime que ce nombre permet généralement d'atteindre le point de saturation des données.

Mode de recrutement

Les travailleurs visés sont tous des employés d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) absents pour maladie, tel que certifié par leur médecin traitant, qui ont accepté de participer à une démarche d'accompagnement au retour au travail dans le cadre du projet de recherche *Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré de soutien au retour au travail pour des raisons de santé mentale* (St-Arnaud et coll., 2011). Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

Critères d'inclusion

- 1) Travailleurs en absence depuis au moins cinq jours en raison d'un problème de santé mentale certifié par un médecin;
- 2) La mention par le travailleur, au cours de la première entrevue du projet de recherche de St-Arnaud et coll. (2011), que la présence de difficultés vécues dans le cadre du travail ait été interprétée comme ayant contribué à la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail;
- 3) Travailleurs âgés de 18 à 60 ans;
- 4) Ayant travaillé 15 heures ou plus par semaine avant l'absence du travail.

Critères d'exclusion

- 1) Travailleurs absents en raison d'un problème de santé physique comme diagnostic principal;
- 2) Travailleurs absents en raison d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie comme diagnostic principal;
- 3) Travailleuses enceintes ou ayant accouché dans les six mois précédents;
- 4) Travailleurs ayant l'intention de prendre leur retraite durant la période de l'étude;
- 5) Travailleurs n'ayant pas fait mention de facteurs liés au travail comme une des causes de leur arrêt de travail lors de la première entrevue du projet de recherche de St-Arnaud et coll. (2011).

Les supérieurs immédiats responsables de la gestion des travailleurs participants ont été rejoints par téléphone et invités à participer à une entrevue individuelle. Tous les travailleurs et les supérieurs immédiats ont signé un formulaire de consentement avant de confirmer leur

participation au projet de recherche. L'entrevue avec les supérieurs immédiats se déroulait dans leur bureau sur les lieux de travail.

3.1 L'identification et la caractérisation des facteurs de l'organisation du travail reconnus par le travailleur

Dans le cadre du projet de recherche de St-Arnaud et coll. (2011), le responsable de la coordination de la démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail, soit un agent de soutien travaillant en étroite collaboration avec l'équipe de recherche et les acteurs du milieu de travail, a mené des entrevues individuelles auprès de travailleurs au début de leur période d'absence. Ces entrevues visaient à permettre au travailleur de parler de son travail, de revenir sur certaines expériences difficiles et de formuler en ses mots les dimensions du travail qu'il perçoit comme un obstacle à son rétablissement et à son retour au travail. D'une durée moyenne de deux heures, les entrevues n'ont pas été enregistrées afin de favoriser le développement d'un lien de confiance entre le travailleur et l'agent de soutien. Les données d'entrevues ont été notées fidèlement et intégralement au cours de l'entrevue et un rapport détaillé et anonyme a été rédigé immédiatement après chaque entrevue, tel que suggéré par Mayer et coll. (2000). Ce rapport d'entrevue a servi de matériel de base pour la réalisation de cet objectif.

Les données colligées dans le cadre du rapport d'entrevue ont été codifiées à l'aide du logiciel d'analyse qualitative Nvivo. Une analyse de contenu selon les étapes proposées par L'Écuyer (1990) et Bardin (1993) a permis de découper le contenu du rapport d'entrevue et de le regrouper sous des thèmes émergents, puis des catégories thématiques. Le choix des catégories d'analyse a été fait suivant une formule mixte (L'Écuyer, 1990; Mayer et coll., 2000). Certaines catégories ont été définies de façon inductive à partir du matériel d'entrevues, alors que d'autres ont été déduites en les dérivant des modèles théoriques basés sur les données probantes en santé mentale au travail, notamment en ce qui concerne la charge de travail, le soutien de la part du supérieur ou des collègues, ou encore, le sentiment de justice et de reconnaissance au travail (Karasek, 1979, 1998; Johnson et Theorell, 1988; Siegrist, 1996; Elovenio et coll, 2002; Kivimaki et coll, 2003; 2007; Vézina, 2009).

3.2 L'identification et la caractérisation des préoccupations du travailleur lors du retour au travail

Toujours dans le cadre de la recherche de St-Arnaud et coll. (2011), une deuxième rencontre individuelle était prévue avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail, et ce, le plus près possible de la date prévue de retour au travail. Cette rencontre avait pour objectif de discuter des préoccupations du participant concernant son retour au travail dont il souhaitait faire part à son supérieur immédiat. Les entrevues n'ont pas été enregistrées, mais des notes ont été prises fidèlement tout au long de celles-ci et un rapport d'entrevue a été rédigé immédiatement après chaque entrevue. Les préoccupations des travailleurs à l'égard de leur retour au travail ont été codifiées et caractérisées à partir des thèmes émergents.

3.3 L'identification et la caractérisation des interventions organisationnelles concertées et prévues au plan de retour au travail

Dans le cadre du projet de recherche de St-Arnaud et coll. (2011), l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail a rencontré chaque travailleur absent du travail et son supérieur immédiat pour les amener à s'entendre sur un plan de retour au travail qui prévoyait des interventions visant à favoriser le retour au travail et le maintien en emploi. Ainsi, chaque rencontre a mené à la production d'un plan de retour au travail écrit. Leur contenu reflète l'entente entre le supérieur immédiat et le travailleur et reprend les besoins spécifiques du travailleur en matière d'intervention sur des facteurs liés au travail et les capacités de l'organisation à agir sur ces facteurs. Pour la réalisation de ce troisième objectif spécifique, les plans d'action de chaque participant à la présente recherche ont été analysés. Les interventions sur l'organisation du travail prévues dans le plan d'action ont été codifiées et caractérisées à partir des thèmes émergents.

3.4 L'identification des écarts entre les facteurs reconnus par le travailleur, les interventions prévues au plan d'action et celles réellement mises en place, et analyse des logiques d'action

Pour la réalisation de ce quatrième objectif spécifique, une grille d'analyse a été élaborée de façon à permettre d'analyser les divergences et les convergences entre les facteurs de l'organisation du travail identifiés par le travailleur comme ayant contribué à son arrêt de travail (objectif spécifique 1), les préoccupations du travailleur concernant son retour au travail (objectif spécifique 2), et les interventions prévues au plan de retour au travail (objectif spécifique 3). Chaque parcours d'absence des participants a été codifié selon un niveau de cohérence (faible, moyen, élevé) entre les facteurs organisationnels ciblés comme causes de l'arrêt, comme préoccupation à l'égard du retour au travail et comme intervention visant à favoriser le retour au travail. La fidélité du codage entre chercheurs a été vérifiée à l'aide d'une technique d'analyse interjuges par stratégie de contre-codage qui a révélé un taux de fidélité de 90 % avant ajustement (Van der Maren, 1995).

3.5 L'identification des cibles d'action pour la prévention primaire

Les interventions sur l'organisation du travail identifiées à l'objectif 3 ont été analysées par l'équipe de recherche pour en dégager des cibles d'actions possibles pour la prévention primaire. Une entrevue individuelle avec le supérieur immédiat qui a participé à l'élaboration et à la réalisation du plan de retour au travail a été réalisée par une professionnelle de recherche de l'équipe environ six semaines après le retour au travail. L'entrevue était de type semi-structuré avec des questions ouvertes portant sur les interventions en ce qui a trait à l'organisation du travail qui ont été mises en place ou non pour soutenir le retour au travail du travailleur. L'entrevue était d'une durée moyenne de 45 minutes et n'était pas enregistrée afin de favoriser des échanges les plus libres et authentiques possible du supérieur rencontré. Des notes ont été prises fidèlement tout au long de l'entrevue de manière à inscrire intégralement les réponses données, tel que le recommande Mayer et coll. (2000). Un rapport d'entrevue a été rédigé immédiatement après chacune des entrevues. L'entrevue avec le supérieur immédiat a aussi servi

à obtenir son point de vue sur l'impact des interventions mises en place dans le cadre du retour au travail d'un employé, sur la prévention des problèmes de santé mentale et des absences chez les autres travailleurs. Le dégagement des cibles d'action pour la prévention primaire a été effectué par l'équipe de recherche en vue du passage d'une perspective individuelle à une perspective organisationnelle de prévention des problèmes de santé mentale au travail.

4. RÉSULTATS

4.1 Les facteurs de l'organisation du travail identifiés par le travailleur

La démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail décrite dans St-Arnaud et coll. (2011) prévoyait une rencontre individuelle entre un agent de soutien au rétablissement et au retour au travail et le travailleur au début de l'absence de ce dernier. Lors de cette rencontre, les différents éléments ayant contribué à l'arrêt de travail, selon le travailleur, étaient discutés. Au total, 29 participants ont identifié le travail comme cause partielle ou totale de leur arrêt de travail. Le Tableau 1 présente le profil des participants. Tous les éléments liés au travail ont été identifiés, puis caractérisés en fonction des facteurs de l'organisation du travail concernés.

Tableau 1 : Profil des participants

Caractéristiques	Participants (n = 29)
Sexe	
- Homme	4
- Femme	25
Moyenne d'âge	48 ans
Classe d'âge	
- 18 à 30 ans	0
- 31 à 40 ans	4
- 41 et 50 ans	14
- 51 à 60 ans	11
- 61 ans ou plus	0
Moyenne d'ancienneté	14 ans
Poste	
- Cadre et professionnel	13
- Technicien, auxiliaire et ouvrier	16
Statut d'emploi	
- Temps complet	18
- Temps partiel ou occasionnel	11
Diagnostic	
- Dépression	4
- Trouble d'adaptation	24
- Trouble anxieux	1
Durée de l'absence	
- Durée moyenne	19.69 semaines
- Durée minimale	5 semaines
- Durée maximale	37 semaines

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) à l'étude dans le cadre de ce projet de recherche a subi de grands changements à la suite d'une importante réorganisation du travail entraînant de nombreux bouleversements : redéfinition de la mission de l'organisation, changements dans la structure organisationnelle, restructuration des équipes de travail, déménagement des locaux et transfert de personnel entre les établissements, changement de la clientèle à desservir et dans les services offerts, etc. Aux yeux des travailleurs rencontrés dans le cadre d'une période d'absence liée à un problème de santé mentale, ces changements effectués au cours des dernières années ont eu des effets sur leur travail et sur la qualité des rapports sociaux de travail qui ont contribué à la détérioration de leur état de santé et de leur capacité de travail.

La charge de travail est le facteur le plus souvent rapporté comme élément du travail ayant participé à la fragilisation de l'état de santé et contribué à l'arrêt de travail des participants. En effet, plusieurs participants ont discuté des difficultés liées à la charge de travail élevée dans le cadre de leur travail. Selon les participants à l'étude, la charge de travail s'est particulièrement accrue au cours de dernières années, tant en termes de quantité que de complexité. Le problème de la surcharge de travail est vécu aussi bien chez des participants qui travaillent directement auprès de la clientèle que chez ceux qui font un travail administratif ou technique. Le manque de personnel, le manque de ressources, l'augmentation du nombre de cas ou de dossiers pris en charge, le vieillissement de la clientèle nécessitant davantage de soins physiques et psychologiques, sont parmi les causes nommées par les travailleurs rencontrés pour rendre compte de l'augmentation de la charge de travail. Il semble que le travail soit devenu de plus en plus exigeant en raison notamment du nombre élevé de changements qui sont survenus rapidement dans l'organisation du travail et pour lesquels les travailleurs se sont dits insuffisamment outillés pour y faire face.

Plusieurs participants ont également discuté du faible soutien de la part de leur supérieur immédiat, entre autres, dans les situations où ils tentent de discuter des problèmes liés à la charge de travail. Certains mentionnent s'être butés systématiquement à des réponses concernant le manque de budget et la nouvelle réalité avec laquelle tous les membres de l'organisation doivent composer. Répétées à satiété, ces réponses sont alors perçues comme un manque de soutien ou de considération de la part de leur supérieur immédiat. Certains ont aussi parlé d'un manque d'écoute et de respect de la part de leur supérieur immédiat à leur endroit. Les changements organisationnels ont parfois entraîné une augmentation du nombre d'employés sous la supervision de leur supérieur immédiat. Aussi, certains supérieurs immédiats ont la responsabilité d'équipes travaillant dans des établissements différents, ce qui rend les contacts directs avec ces supérieurs moins fréquents. Plusieurs ont également évoqué le manque de disponibilité de leur supérieur immédiat, siégeant sur différents comités et étant pris par de nombreuses réunions. Les contacts avec les supérieurs immédiats sont souvent jugés difficiles en raison de leur manque de disponibilité et de leur passage rapide dans les équipes de travail.

Le manque de soutien de la part du supérieur immédiat a conduit certains participants à ne pas se sentir reconnus dans leur travail. Ne pas se sentir écouté, valorisé et soutenu de la part de leur supérieur immédiat est un élément qui détermine une faible reconnaissance au travail. Toutefois, ce manque de reconnaissance est vécu aussi dans des situations où le soutien du supérieur immédiat est présent. Dans certains cas, la structure administrative rendue plus imposante

qu'auparavant donne le sentiment de déshumaniser les décisions en appliquant des règles administratives avec rigidité, entraînant le sentiment, chez certains participants, qu'ils ne sont pas appréciés par l'organisation et qu'ils ne sont que des numéros parmi tant d'autres. Aussi, des participants ont parlé d'un sentiment d'injustice vécu, soit de la part de leur supérieur ou de l'organisation. Ils ont parfois l'impression que d'autres collègues ou équipes bénéficient de plus d'avantages qu'eux, que ce soit en termes de ressources allouées, de tâches attitrées ou d'horaires de travail.

Une autre difficulté mentionnée par des participants est liée au remaniement des équipes de travail qui a entraîné chez certains, la perte de collègues avec lesquels ils avaient développé des liens d'amitié et des méthodes de travail efficaces. Les nouvelles équipes de travail, le taux de roulement élevé et, parfois, le recours au personnel provenant d'agences privées, sont des situations qui ont ébranlé les liens entre collègues. Pour certains, le manque de soutien des collègues est un des éléments qui a contribué à la fragilisation de leur état de santé. Aussi, le manque de soutien peut à l'occasion se transformer en manque de respect, en communications difficiles ou en conflits interpersonnels. D'autres fois, c'est le manque d'écoute de la part des collègues et le chacun-pour-soi au sein de l'équipe qui a été une source d'isolement et de souffrance vécue par les participants.

Devant la lourdeur des restructurations de l'organisation du travail et de ses effets sur la charge de travail, le soutien du supérieur et des collègues, ainsi que la reconnaissance au travail, plusieurs participants ont confié lors de la première entrevue, le deuil qu'ils ont à faire d'un travail qu'ils aimaient ou encore de certains aspects spécifiques de leur travail. Par exemple, des participants ont parlé de l'importance du temps passé auprès des clients, pour échanger et les écouter. Pour certains, le contact humain avec la clientèle est ce qui rend leur travail valorisant. Cependant, ils constatent que les conditions de travail actuelles ne leur permettent pas de faire adéquatement leur travail, que ce soit de donner un bon service ou de faire leur travail selon les règles de l'art. De plus, des participants ont abordé le fait que le travail n'est pas seulement un moyen de gagner sa vie, mais aussi un lieu pour créer des liens avec des collègues en qui ils peuvent avoir confiance, un moyen de se sentir utile socialement, de se sentir valorisé et de pouvoir actualiser leurs pratiques. Certains ont directement évoqué la souffrance ressentie en réponse à cette perte de sens dans leur travail qui a été un élément contributif à la détérioration de leur état de santé et à leur arrêt de travail.

Quelques participants ont aussi évoqué l'impression de ne pas pouvoir prendre part aux décisions concernant leur travail, de ne pas savoir pourquoi l'organisation décide de prendre certaines décisions plutôt que d'autres, de ne pas être informé de la direction vers laquelle se dirige l'organisation ou d'avoir l'impression de manquer de formation pour réaliser certains aspects de leur travail. Ainsi, le peu de contrôle sur son travail, le manque d'information et de communication dans l'organisation sont également des éléments qui ont été mentionnés par les travailleurs rencontrés pour rendre compte des facteurs organisationnels qui ont contribué à la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail. Enfin, pour d'autres participants, des insatisfactions liées à l'horaire de travail ont contribué au sentiment d'injustice et à leur fatigue avant leur retrait du travail.

4.2 Les facteurs de l'organisation du travail qui influencent le retour au travail

Environ deux semaines avant la date de retour au travail prévue par le médecin traitant, ou lorsque les participants étaient prêts à revenir au travail, une rencontre individuelle était planifiée avec l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail. Cette rencontre avait pour objectif de discuter des préoccupations du participant concernant son retour au travail dont il souhaitait faire part à son supérieur immédiat. Les préoccupations ont été identifiées et caractérisées selon les thèmes émergents déterminés à l'objectif 1.

La charge de travail, le soutien du supérieur et la reconnaissance au travail représentent des préoccupations liées au retour au travail pour plusieurs participants. En effet, avant de revenir au travail, plusieurs participants étaient préoccupés par la charge de travail qu'ils auraient à accomplir à leur retour au travail. Même s'ils sont prêts à revenir au travail ou que leur médecin prescrit le retour au travail, plusieurs sentent que leur état de santé demeure fragile et craignent de ne pas avoir l'énergie nécessaire pour surmonter la charge de travail dans les semaines suivant leur retour au travail. De plus, la crainte d'une rechute est souvent présente et certains participants demeurent préoccupés à l'idée de revenir au travail dans la même situation de surcharge de travail qui a contribué à la détérioration de leur état de santé.

Le soutien du supérieur immédiat, que ce soit en matière technique ou encore relationnelle, représente une autre préoccupation importante chez les participants. La possibilité d'être accompagné ou jumelé à un collègue lors du retour ou encore le fait de recevoir de la formation pour se remettre à jour dans leur travail font partie des besoins exprimés avant le retour au travail. Certains participants sont aussi préoccupés par la disponibilité de leur supérieur immédiat à leur retour, se demandant s'ils pourront communiquer plus facilement qu'avant avec lui lorsque des difficultés surgiront dans leur travail. Le besoin de sentir qu'ils peuvent compter sur la présence, le soutien et l'écoute du supérieur immédiat traduit également les préoccupations de certains participants à l'égard de la reconnaissance au travail. En effet, certains se demandent si leur supérieur immédiat voit les difficultés liées à leur travail, s'il reconnaît les problèmes d'organisation du travail et s'il est prêt à écouter les solutions proposées par les travailleurs et à apporter des changements. D'autres préoccupations sont aussi liées à la reconnaissance de l'organisation envers leurs compétences, leur formation et leur expérience. Certains participants se demandent si l'organisation reconnaîtra les situations qu'ils vivent en apportant des changements au regard des tâches, des mandats, du statut ou du poste, par exemple.

Pour les participants qui ont quitté à la suite d'un conflit avec leur supérieur immédiat ou avec des collègues, les relations interpersonnelles lors du retour sont source d'inquiétude. Ils sont préoccupés par l'accueil qui leur sera fait au moment du retour au travail ainsi que sur ce qui a été dit à leur sujet durant leur absence. Parfois, même en l'absence de conflit, des propos blessants à leur égard ont été tenus avant leur départ et ne viennent qu'ajouter aux préoccupations relatives à la qualité des relations et des communications interpersonnelles dans leur milieu de travail.

4.3 Les interventions organisationnelles prévues entre le travailleur et son supérieur au plan de retour au travail

Peu de temps avant la date prévue de retour au travail, une rencontre entre le participant et son supérieur immédiat a eu lieu en présence de l'agent de soutien au rétablissement et au retour au travail. Dans le cadre de cette rencontre, les préoccupations du participant étaient présentées au supérieur immédiat et, ensemble, ils étaient amenés à déterminer des pistes d'action visant à soutenir le retour au travail et à favoriser le maintien en emploi du participant. Les interventions qui ciblaient un ou des facteurs de l'organisation du travail ont été sélectionnées dans le cadre de cette recherche et caractérisées en fonction des thèmes émergents. Plus d'une centaine d'interventions prévues au plan de retour au travail et touchant à des facteurs de l'organisation du travail ont été identifiées. Il s'agit d'abord d'interventions en matière de prévention tertiaire, puisqu'elles visent à soutenir le retour au travail et le maintien en emploi des travailleurs concernés.

Les interventions inscrites en concertation entre chaque participant et son supérieur immédiat à l'intérieur des plans de retour au travail ciblaient surtout le soutien du supérieur immédiat, la charge de travail, l'information et la communication et le soutien des collègues. Le soutien du supérieur immédiat est un facteur qui est particulièrement ressorti lors des interventions figurant dans les plans de retour au travail des participants. Le type de soutien du supérieur est variable selon les interventions. Parfois, l'intervention concerne la présence du supérieur qui s'engage à être plus disponible pour répondre aux besoins du participant lors de son retour au travail et qui l'invite à venir le rencontrer dès que celui-ci en ressent le besoin. D'autres fois, un soutien technique est proposé comme intervention. Il peut consister à répondre favorablement à la demande du participant qui requiert une formation spécialisée ou encore, à dégager des ressources supplémentaires pour la durée du retour progressif afin d'alléger sa tâche. Aussi, certaines interventions visent à faire intervenir le supérieur immédiat auprès d'autres personnes (collègues, chefs d'équipe, directeurs) pour soutenir les participants lors d'un conflit, de problèmes de communication ou encore pour l'amélioration de la situation professionnelle, par exemple. Quelques interventions ont également ciblé le soutien du supérieur immédiat en permettant un changement de poste, d'équipe ou encore de lieu de travail, lorsque cela s'avérait favorable pour la santé des participants.

Les interventions sur la charge de travail visaient dans plusieurs cas une diminution temporaire de celle-ci, souvent pour la durée du retour progressif. Ce type d'intervention permettait, par exemple, l'ajout d'une ressource supplémentaire, le partage des tâches avec des collègues ou la diminution temporaire du nombre de dossiers attribués. Dans certains cas, les interventions prévues visaient à revoir la charge de travail de l'ensemble de l'équipe, la structure du département ou encore la répartition des tâches et des responsabilités afin d'agir à plus long terme sur la surcharge de travail. Pour d'autres participants, les interventions prévues au plan de retour prenaient la forme de trucs ou de conseils afin de mieux gérer la charge de travail, tels que de déléguer certaines tâches ou de référer au supérieur des demandes qui sortent des tâches habituelles du participant.

Un autre type d'intervention qui apparaissait dans plusieurs plans de retour au travail visait la formation et la communication. La reprise de formations et le transfert d'information concernant

des dossiers ont été des interventions souvent privilégiées pour permettre aux participants de se mettre à jour dans leur travail. Des interventions visant à améliorer les communications au sein de l'équipe ont aussi été prévues comme l'ajout de réunions d'équipe ou encore la prévision d'une rencontre avec les personnes concernées pour discuter des problèmes de communication et trouver des pistes d'action.

Enfin, le soutien des collègues s'est avéré être une dimension transversale à l'ensemble des interventions mentionnées ci-dessus. C'est le cas notamment de certaines interventions visant la diminution temporaire de la charge de travail ou le transfert d'information, qui impliquent que les collègues doivent en faire un peu plus afin de décharger la personne qui revient au travail de certaines responsabilités.

4.4 Les écarts entre les facteurs identifiés par les travailleurs et ceux ciblés lors des interventions prévues

L'analyse des facteurs de l'organisation du travail ciblés aux temps 1, 2 et 3 de la démarche d'accompagnement au rétablissement et au retour au travail permet de constater un premier écart entre l'identification de certaines causes de l'arrêt de travail et les préoccupations à l'égard du retour au travail. Pour la plupart des thèmes déterminés, il y a davantage de participants qui les ont mentionnés comme étant une des causes de l'arrêt de travail plutôt que d'une préoccupation pour le retour au travail. Lorsque l'on compare maintenant les facteurs ciblés par les participants comme source de préoccupations pour le retour au travail et les interventions prévues pour favoriser le retour au travail, on constate que la plus grande partie des facteurs qui sont source de préoccupations sont aussi ciblés par les interventions de retour au travail. Aussi, il y a davantage de participants dont le plan de retour comporte des interventions qui ciblent le soutien du supérieur immédiat ou des collègues, ainsi que l'information et la communication, que de participants qui identifient ces facteurs comme source de préoccupations à l'égard du retour au travail. Par contre, la reconnaissance et le sens que l'on attribue au travail semblent moins souvent ciblés pour les interventions que pour les préoccupations à l'égard du retour au travail.

Enfin, pour chaque participant, une analyse de la cohérence du parcours du moment de l'absence jusqu'au moment du retour au travail a été réalisée. Pour ce faire, une étude des facteurs de l'organisation du travail ayant contribué à l'arrêt de travail au temps 1, de ceux soulevés comme étant une préoccupation concernant le retour au travail au temps 2 et de ceux ciblés par les interventions prévues au retour au travail au temps 3, a été réalisée. Trois niveaux de cohérence du parcours ont été déterminés : cohérence faible, modérée ou élevée.

Cohérence faible (*) : Les participants ayant un parcours avec un niveau de cohérence faible sont ceux pour lesquels on ne trouve pas de fil conducteur entre les facteurs de l'organisation du travail nommés au temps 1 et 2 (certaines causes perçues de l'arrêt et préoccupations au retour) et les interventions prévues avec le supérieur immédiat pour le retour au travail.

Cohérence modérée () :** Un parcours à cohérence modérée s'applique dans les cas où l'on observe une certaine continuité entre les facteurs du travail qui ont contribué à l'arrêt de travail des participants et leurs préoccupations quant à leur retour au travail, et dont certaines

interventions prévues pour le retour au travail sont cohérentes avec les facteurs identifiés aux temps 1 et 2, alors que d'autres ne le sont pas.

Cohérence élevée (*) :** Les participants ayant un parcours avec un niveau élevé de cohérence sont ceux où il y a un fil conducteur entre les raisons liées au travail ayant contribué à l'arrêt de travail, leurs préoccupations en vue de leur retour et les interventions prévues avec le supérieur immédiat pour le retour au travail.

La majorité des participants ont eu un parcours d'absence avec un niveau de cohérence élevé, c'est-à-dire où il y a une cohérence forte entre les éléments de l'organisation du travail identifiés comme ayant contribué à l'arrêt, ceux représentant une préoccupation pour le retour au travail et ceux ciblés dans les interventions visant à soutenir le retour au travail. Certains participants ont un parcours avec un niveau de cohérence modéré, alors que très peu ont eu un parcours où il n'y avait pas de fil conducteur entre les facteurs de l'organisation du travail nommés aux temps 1, 2 et 3.

Les entrevues avec les supérieurs immédiats ont permis de discuter de la mise en œuvre des interventions proposées par le plan de retour au travail concerté. Toutefois, les résultats obtenus dans le cadre des entrevues sont partiels en ce qui a trait à l'implantation des plans de retour au travail, puisqu'au moment où les supérieurs immédiats ont été rencontrés, certains n'avaient pas encore entrepris ou complété les interventions prévues. Aussi, d'autres participants ou supérieurs immédiats avaient changé de poste ou quitté l'organisation, ce qui fait que les résultats portant sur la mise en œuvre des interventions prévues au plan de retour au travail ne sont pas complets et n'ont pas été pris en compte dans le cadre de cette recherche.

4.5 Les cibles d'action pour la prévention primaire

L'analyse des interventions prévues dans les différents plans de retour au travail a permis de cibler différentes pistes d'action sur les facteurs de risque pour la santé mentale au travail. Certaines interventions visant spécifiquement le retour au travail d'un travailleur ont pu être transposées aux autres travailleurs de l'équipe et ainsi, agir en matière de prévention primaire.

Les interventions sur la charge de travail :

Même si plusieurs interventions visant à réduire la charge de travail agissaient surtout en prévention tertiaire puisqu'elles consistaient uniquement à soutenir la personne lors de son retour au travail seulement pour la durée du retour progressif, d'autres interventions avaient le potentiel d'agir en prévention primaire des problèmes de santé mentale au travail. En effet, la discussion de la situation de surcharge de travail de certains participants avec leur supérieur immédiat au temps 3 (étape de planification du retour au travail) a donné lieu à des interventions de type organisationnel visant à diminuer la charge de travail pour d'autres personnes que le participant qui revenait au travail. Par exemple, certains supérieurs immédiats ont pris appui sur la situation de surcharge de travail ayant entraîné l'absence d'un membre de l'équipe pour revoir les tâches des tous les travailleurs qui étaient sous sa responsabilité, ou encore pour attribuer une ressource supplémentaire à l'équipe. Les entrevues auprès des supérieurs immédiats ont aussi permis de constater que certains ont poursuivi la recherche de pistes d'action visant à diminuer la charge de

travail au sein de leur équipe après la rencontre de planification du retour au travail avec le participant.

Les interventions sur le soutien du supérieur immédiat et la reconnaissance au travail :

Les interventions ayant le plus été préconisées pour favoriser le retour au travail des participants sont celles qui ciblent le soutien du supérieur immédiat. Ainsi, même si le manque de soutien de celui-ci ne faisait parfois pas partie des préoccupations, ce facteur était ciblé par les interventions visant à favoriser le retour au travail. La position d'écoute et de soutien de la part du supérieur immédiat est jugée essentielle pour le rétablissement et le maintien en emploi d'une personne qui revient d'une absence à la suite d'un problème de santé mentale, mais elle peut également être un levier très puissant pour prévenir d'autres absences dans le milieu. Une position d'ouverture, d'écoute et de soutien de la part des supérieurs immédiats devant les difficultés vécues par les travailleurs dans le cadre de leur travail et la reconnaissance des effets de l'organisation du travail sur la santé constituent un moyen de prévention des problèmes de santé mentale au travail touchant l'ensemble des travailleurs.

Les interventions visant l'amélioration de la communication au sein des équipes :

Certaines interventions dans les plans de retour au travail ont aussi porté sur l'amélioration de la communication au travail en lien avec des préoccupations de certains participants à ce sujet. Ce type d'intervention peut permettre d'agir en prévention primaire lorsque des changements dans l'organisation du travail sont apportés de façon permanente alors que celles consistant à fournir des formations sur la communication offertes aux travailleurs agissent davantage en matière de prévention secondaire. En effet, celle-ci se limite généralement à des stratégies de sensibilisation aux effets et aux conséquences des problèmes de santé mentale afin d'en atténuer les impacts ou d'en empêcher l'aggravation (Houtman et Kompier, 2000). L'ajout de réunions d'équipe, la tenue de rencontres visant à clarifier des points de vue entre certaines personnes, des séances volontaires de médiation de conflits relationnels ou encore l'application de règles éthiques portant sur les communications respectueuses au sein d'un milieu, font partie de pistes d'intervention permettant de prévenir les problèmes de santé mentale en milieu de travail.

5. DISCUSSION

Les résultats montrent que la démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail permet de cibler des interventions cohérentes avec les facteurs de risque de l'organisation du travail identifiés par des personnes en absence pour un problème de santé mentale. En effet, les interventions en matière de prévention tertiaire destinées à soutenir le retour au travail des personnes absentes pour maladie mentale touchent en général à leurs préoccupations à l'égard du travail et en partie aux causes perçues de leur arrêt de travail. Aussi, le travail de caractérisation des éléments du travail identifiés par les travailleurs comme ayant contribué à leur absence à l'objectif 1 permet de les associer à des risques organisationnels reconnus comme ayant un effet sur la santé mentale. Cette démarche pourrait donc avoir un effet sentinelle pour identifier des facteurs de risque pour la santé mentale dans une organisation. Le passage de l'identification des facteurs reliés au travail dans une approche au cas par cas, à l'identification des facteurs organisationnels touchant d'autres travailleurs soumis aux mêmes situations de travail, pourrait donc s'avérer une méthode favorable pour le développement d'interventions organisationnelles

en prévention primaire au regard de la santé mentale au travail. Pour en arriver à une telle conclusion, d'autres études visant à valider la démarche sont nécessaires. Toutefois, le présent projet-pilote basé sur un devis qualitatif a permis de montrer comment des interventions visant la prévention tertiaire et mises en place pour soutenir un seul travailleur, pouvaient agir en prévention primaire pour l'ensemble des travailleurs. Néanmoins, il faut s'assurer qu'il y ait une forte cohérence entre, d'une part, les éléments du travail qui ont contribué à la détérioration de la santé mentale et, d'autre part, les préoccupations à l'égard du retour de la personne absente et les interventions négociées entre celle-ci et son supérieur immédiat, si l'on veut arriver à agir sur les bons facteurs associés à l'organisation du travail.

5.1 L'analyse des facteurs de l'organisation du travail sur une base individuelle

Prises individuellement, les interventions sur l'organisation du travail favorisent pour la plupart le retour au travail et le maintien en emploi des personnes qui s'absentent en raison d'un problème de santé mentale, puisqu'elles agissent généralement sur les facteurs de risque identifiés comme ayant contribué à l'arrêt ou comme préoccupation au regard du retour au travail. En effet, la démarche de caractérisation a permis de prendre connaissance du fort degré de cohérence de la plus grande partie des parcours d'absence des participants. Aussi, l'analyse des interventions a permis de constater que non seulement plusieurs facteurs de risque en matière d'organisation du travail sont ciblés pour être éliminés ou atténués, mais qu'elles ciblent également des facteurs de protection de la santé mentale. En effet, il y a davantage de participants ayant bénéficié des interventions visant à soutenir leur retour au travail qui ciblaient le soutien du supérieur ou des collègues de travail que de participants qui identifiaient ces mêmes facteurs comme cause de l'arrêt et source de préoccupation en ce qui a trait au retour au travail. Il en a été de même avec le facteur communication et information. Plusieurs interventions visaient à améliorer la communication et le partage de l'information, alors que très peu de participants avaient identifié ce facteur aux objectifs 1 et 2. Si ces facteurs peuvent être vus comme étant contributifs de la protection de la santé mentale, il faut aussi s'assurer qu'ils ne viennent pas remplacer d'autres types d'intervention visant des facteurs de risque jugés plus préoccupants par les travailleurs absents. En effet, bien que le soutien du supérieur immédiat soit un élément protecteur de la santé mentale au travail, certaines interventions prévues dans les plans de retour au travail visaient davantage l'écoute et la disponibilité du supérieur immédiat et moins des interventions directes sur l'organisation du travail, notamment, en ce qui concerne la charge de travail.

À l'inverse, certains facteurs ignorés lors des interventions prévues dans les différents plans de retour au travail pourraient tout de même apparaître comme effets secondaires de la démarche d'accompagnement et de soutien, et agir sur la protection de la santé mentale au travail. Ce serait le cas plus particulièrement de la reconnaissance au travail. La démarche permet d'abord et avant tout de créer un espace de parole permettant au travailleur de s'exprimer à l'égard de son travail, de ce qui est plus difficile, de ce qui va bien et de ce qu'il aimerait voir amélioré. Ces échanges sur le travail prennent une dimension importante en raison des objectifs de la démarche qui sont d'agir sur la situation en mettant en place des conditions aidantes et favorables au retour durable au travail et au maintien en emploi. Ce qui était dit dans le cadre de la rencontre initiale avec

l'agent de soutien était décanté pour en arriver à préciser deux ou trois préoccupations majeures que le travailleur souhaitait aborder avec son supérieur immédiat et pour lesquelles il requérait du soutien. Cet exercice représente un puissant détonateur pour la prise en charge du processus de changement par le travailleur et sur son pouvoir d'agir sur son retour au travail et son maintien en emploi. La rencontre entre le travailleur, son supérieur immédiat et l'agent de soutien visait plus particulièrement à définir un plan de retour au travail qui tiendrait compte des éléments de l'organisation du travail favorables au retour au travail et au maintien en emploi. Le supérieur était invité à adopter une position d'ouverture basée sur une écoute active et centrée sur la recherche de pistes d'action. En dehors d'une telle démarche, il peut être difficile pour les travailleurs de réussir à se faire entendre de leur supérieur immédiat, parfois parce que ce dernier est trop occupé, ou encore parce que les employés le perçoivent comme étant inaccessible ou intimidant. Il peut aussi apparaître menaçant pour un travailleur d'exposer sa vulnérabilité devant son supérieur immédiat, c'est pourquoi la position d'écoute et de soutien de ce dernier est jugée essentielle à la réussite de la démarche. Adopter une position de soutien signifie pour le gestionnaire de s'appuyer sur la prémisse que toute personne est d'emblée motivée par son travail, donc que son absence du travail n'est ni souhaitée ni injustifiée. Lorsque les supérieurs immédiats se retrouvent dans ce paradigme, ils agissent directement sur la dynamique de la reconnaissance au travail : reconnaître que la personne n'a pas souhaité se retrouver dans cette situation, que ce qu'elle vit dans le cadre du travail est important et qu'on lui fait confiance. La reconnaissance au travail comprise dans ce sens peut être considérée comme la pierre angulaire de la santé mentale au travail (Dejours, 1993). Si la dynamique de la reconnaissance fonctionne convenablement, elle participe à la construction de l'identité dans le registre social en permettant au travailleur de sentir qu'il fait quelque chose d'utile, tout en y apportant sa touche personnelle, en y mettant de sa singularité, en sentant qu'il est important comme personne à part entière.

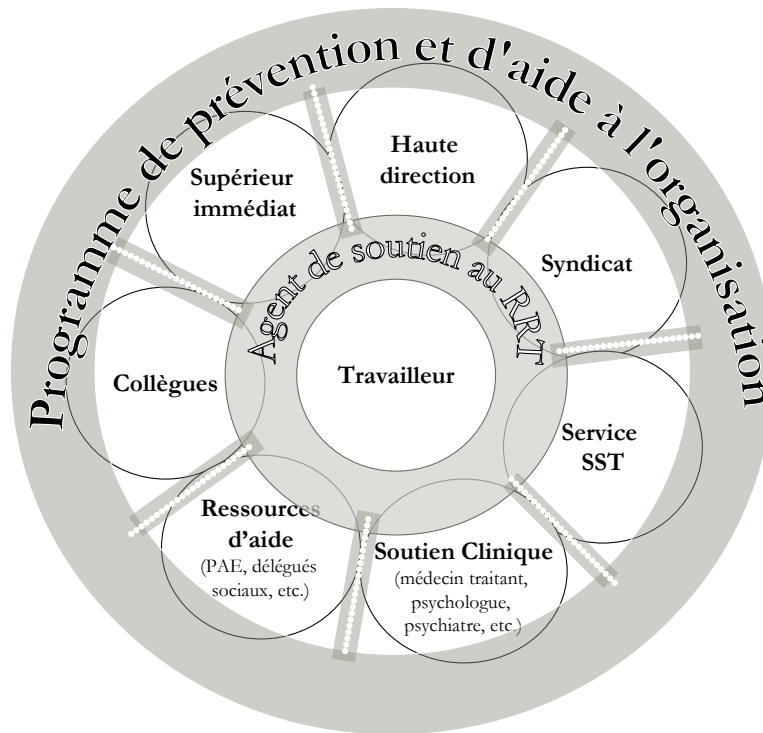
5.2 Le passage d'une approche individuelle de réadaptation à une approche organisationnelle de prévention

La démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail à laquelle ont participé les 29 travailleurs retenus dans le cadre du présent projet se limite à une gestion selon le cas. Reconnaître le rôle de l'organisation du travail et des pratiques de gestion sur la santé des personnes est aussi une des prémisses au cœur de la démarche d'accompagnement et de soutien au rétablissement de la personne et de son retour au travail. L'intérêt ici est donc d'arriver à passer d'une approche de cas par cas à l'identification d'interventions organisationnelles ayant des effets en prévention primaire des problèmes de santé mentale au travail. À cet effet, une analyse transversale des différentes cibles d'action sur l'organisation du travail proposées dans les interventions des plans de retour a été réalisée. Parmi les 29 cas à l'étude, l'analyse a permis de repérer trois grandes cibles d'actions pour agir en prévention organisationnelle en matière de santé mentale au travail. Cette capacité à identifier des cibles d'intervention organisationnelle par une analyse transversale d'un groupe restreint de cas de travailleurs absents pour maladie nous permet de croire que la démarche d'analyse proposée dans le cadre de ce projet est bien une démarche sentinelle. En effet, cette démarche renforce la capacité à analyser les facteurs de risque susceptibles d'être communs à plusieurs travailleurs et permet par conséquent le passage du soutien à la réadaptation au soutien à la prévention. Toutefois, cette démarche devra faire l'objet d'une évaluation si l'on veut conclure qu'elle joue effectivement le rôle de sentinelle.

Aussi, il importe de souligner que, lors des entrevues avec les supérieurs immédiats, très rares sont ceux qui ont fait le lien entre la situation particulière de la personne qui s'est absentée du travail et les conditions de l'organisation du travail, bien que certains reconnaissent que les conditions de travail sont difficiles et que leur équipe en souffre. Dans le cadre des entrevues, plusieurs supérieurs ont confié vivre une grande surcharge de travail et ne pas avoir le temps de réfléchir aux effets de l'organisation du travail sur la santé mentale du personnel, notamment parce qu'ils ont toujours des priorités plus urgentes à régler.

Pour qu'une telle démarche soit opérationnelle dans un milieu de travail et qu'elle porte fruit, le développement d'un programme d'aide à l'organisation (PAO) s'avère essentiel. La Figure 1 présente les éléments d'une démarche intégrée de soutien au rétablissement et au retour au travail et d'un programme d'aide à l'organisation du travail. Un PAO peut être défini comme un programme d'aide à l'organisation visant à identifier les facteurs de l'organisation du travail susceptibles de participer à la détérioration de la santé mentale des travailleurs. Ainsi, un PAO permettrait un travail de collaboration avec l'agent de soutien et les supérieurs immédiats pour cibler à la fois les facteurs susceptibles de nuire à la réintégration spécifique d'un travailleur à la suite d'une absence liée à un problème de santé mentale (soutien à la réadaptation) et ceux susceptibles de nuire à la santé mentale et au maintien en emploi des autres travailleurs exposés à ce type de situation (soutien à la prévention).

Figure 1 : Démarche intégrée de soutien au rétablissement et au retour au travail, et programme d'aide à l'organisation du travail



6. CONCLUSION

Un des enjeux majeurs de ce programme réside dans la capacité du milieu de travail à saisir le rôle déterminant du travail et de ses conditions d'exercice dans le processus de retour au travail et de maintien en emploi. Au cours des dernières années, plusieurs milieux de travail ont connu d'importantes transformations qui ne sont pas sans effets sur la santé mentale des travailleurs et sur leur capacité de se maintenir en emploi. Une proportion importante des travailleurs qui s'absentent pour des problèmes de santé mentale le font en raison des difficultés vécues dans le cadre de leur travail. Le soutien au rétablissement et au retour au travail doit donc s'inscrire dans une perspective systémique où l'on reconnaît la nécessité d'agir non seulement sur la personne, mais également sur le travail et ses conditions d'exercice.

Des études ont montré que le manque de reconnaissance au travail, un faible soutien de la part des supérieurs et des collègues et l'absence d'autonomie pour décider « comment faire le travail » sont parmi les plus importants facteurs de risque pour la santé mentale au travail. À l'inverse, se sentir soutenu dans les situations difficiles, avoir de l'influence sur son travail, se sentir respecté et estimé sont des facteurs de prévention des problèmes de santé mentale au travail. Cette reconnaissance des causes de l'absence du travail pousse à dépasser les interventions individuelles centrées sur la psychopathologie et son traitement médical vers une clinique du travail qui tient compte de la complexité de l'être humain au travail. Dans cette perspective, le milieu de travail devient alors la principale cible d'action du programme.

Le principe actif de cette approche est d'induire au sein même des activités des acteurs du milieu impliqués dans le processus de retour au travail, des pratiques concrètes axées sur les grands facteurs de protection en matière de santé mentale au travail. Se mettre à l'écoute des préoccupations des travailleurs absents pour maladie en ouvrant un espace de discussion sur le travail, en les accompagnant dans la recherche de moyens concrets visant à agir sur les situations de travail qui peuvent faciliter leur retour au travail sont des pratiques qui agissent sur la reconnaissance, le soutien et l'autonomie au travail. En prenant appui sur ces pratiques, la démarche opère un renversement des facteurs de risque pour la santé mentale au travail en facteurs de protection et de prévention des problèmes psychologiques au travail. Ces pratiques de soutien agissent comme une sorte d'« antidote » susceptible de produire des effets non seulement sur le processus de rétablissement et de retour au travail, mais aussi dans le domaine de la prévention en santé mentale au travail.

La démarche sentinelle proposée pourrait permettre de cibler les facteurs de l'organisation du travail à considérer si l'on veut agir en prévention primaire. À ce titre, cette démarche s'avère donc une idée novatrice dans le domaine de la réadaptation professionnelle et de la prévention en santé mentale au travail qui demeure toutefois à être validée.

L'originalité de cette recherche par rapport aux autres études en prévention primaire des problèmes de santé mentale au travail qui ont été réalisées jusqu'à maintenant se situe au regard de la démarche sentinelle. En effet, cette démarche sentinelle suggère de partir des travailleurs qui sont absents pour cause de maladie et qui identifient des éléments de l'organisation du travail comme faisant partie de leur problème de santé, pour identifier des facteurs de risque susceptibles de toucher aussi les autres membres du personnel du même milieu de travail.

7. APPLICABILITÉ ET RETOMBÉES DES RÉSULTATS

La démarche sentinelle, une fois validée, pourrait être utilisée par l'ensemble des milieux de travail intéressés à améliorer leurs pratiques de retour au travail et de prévention primaire en santé mentale au travail. Les utilisateurs potentiels sont principalement les entreprises qui ont des taux d'absentéisme élevés, ce qui correspond à nombre d'employeurs des secteurs privé et public. Les résultats du projet permettent d'envisager une vision plus intégrée de la prévention et de la réadaptation.

Le caractère généralisable de cette étude présente certaines limites du fait qu'elle s'adresse plus spécifiquement à des travailleurs du secteur des services, notamment de la santé et des services sociaux. De plus, ce sont essentiellement des employés syndiqués, qui plus est, du secteur public. Toutefois, plusieurs dimensions liées à l'identification des facteurs de l'organisation du travail sont susceptibles d'être présentes dans les autres secteurs d'activité. Aussi, une démarche structurée visant à identifier des cas sentinelles afin de tracer un portrait de facteurs de risque en matière d'organisation du travail pourrait éventuellement être envisagée quel que soit le type d'entreprise.

8. BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

- Amick, B. C., Habeck R. V., Hunt, A., Fossel, A. H., Chapin, A., Keller, R. B., et Katz, J. N. (2000). Measuring the impact of organizational behaviours on work disability prevention and management. *Journal of occupational rehabilitation*, 10(1), 21–38.
- Anderzen, I. et Arnetz, B. B. (2005). The impact of a prospective survey-based workplace intervention program on employee health, biologic stress markers, and organizational productivity. *Journal of Occupational et Environmental Medicine*, 47(7), 671-682.
- Arnetz, B.B., Sjogren, B., Rydehn, B., et Meisel, R. (2003). Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal of occupational and environmental medicine*, 45, 499–506.
- Bardin, L. *L'analyse de contenu*, 1993, Paris: Presses universitaires de France.
- Baril, R., et Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises*. Rapport de recherche présenté à l'IRSST (R-238). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., Cole, D., et Work-Ready Group. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces. *Social Science et Medicine*, 57(11), 2101-2114.
- Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Lagervelt, S. E., et Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complaints among the self-employed. *Work et Stress*, 20(2), 129-144.
- Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Abdous B, Gaudet M. *Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting*. *Occupational and Environmental Medicine* 2006b; 63(5): 335-342.
- Bourbonnais R, Brisson C, Vinet A, Vézina M, Lower A. *Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental in an acute care hospital*. *Occupational and Environmental Medicine* 2006a; 63(5): 326-334.
- Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M *et al.* *Psychosocial work environment and certified sick leaves among nurses during organizational changes and downsizing*. *Relations industrielles/Industrial Relations* 2005;60(3):483-508.
- Bourbonnais R, Mondor M. *Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec*. *American Journal of Industrial Medicine* 2001;39(2):194-202.
- Brenninkmeijer V, Houtman I, Blonk R. *Depressed and absent from work: predicting prolonged depressive symptomatology among employees*, *Occupational medicine*, 2008; 58(4): 295-301.

- Briand C, Durand M-J, St-Arnaud L, Corbière M. *Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders*, International journal of law and psychiatry 2007; 30: 444-457.
- Brisson C, Larocque B, Bourbonnais R. *Les contraintes psychosociales au travail chez les canadiennes et les canadiens*. Revue Canadienne de Santé Publique 2001; 92(6) : 460-467.
- Brun, J.-P. (2009). *Management d'équipe : 7 leviers pour améliorer le bien-être et l'efficacité au travail*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Brun J-P. *Les sept pièces manquantes du management*, Les éditions transcontinental, Montréal et Les éditions de la fondation de l'entrepreneurship, 2008, Québec.
- Brun, J.-P., et Martel, J. (2003). *La santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions*. Rapport de recherche adressé à l'IRSST (R-342), Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval. <http://cgsst.fsa.ulaval.ca>
- Cohidon, C., Imbernon, E., et Gorlberg, M. (2009). Prevalence of common mental disorders and their work consequences in France, according to occupational category. *American journal of industrial medicine*, 52, 141-152.
- Conseil de gestion du régime d'assurance invalidité (2005). *Conseil national mixte de la fonction publique du Canada et Sun Life. Rapport annuel 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005*. <http://www.njc-cnm.gc.ca/auxFile.php?AuxFileID=286>.
- Corbière, M., Shen, J., Rouleau, M., et Dewa, C.A (2009). Systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33(1), 81-116.
- CSST. (2006). Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information (2006/01/27). Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.
- Dahl-Jorgensen, C. et Saksvik, P. (2005). The impact of two organizational interventions on the health of service sector workers. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 35(3), 529-549.
- Daniellou, F. (1999). Nouvelles formes d'organisation et santé mentale. *Archives des maladies professionnelles*, 60 (6), 529-533.
- Dejours C. (2003) *L'Évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, Inra Éditions.
- Dejours, C. *Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail*. Le Travail Humain 1995; 58(1): 1-15.
- Dejours, C. (1993). *Travail et usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, (Nouvelle édition augmentée) Paris : Bayard Éditions.

- Dewa, C. S., Goering, P., Lin, E., et Paterson, M. (2002). Depression-Related Short-Term Disability in an Employed Population. *Journal of Occupational and Environmental Health*, 44(7), 628-633.
- Dewa, C. S., McDaid, D., et Ettner, S. L. (2007). An international perspective on worker mental health problems: Who bears the burden and how are costs addressed? *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 346-356.
- Druss, B. G., Schlesinger, M., et Allen, H.M. (2001). Depressive Symptoms, Satisfaction with Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population. *The American journal of psychiatry*, 158, 731-734.
- Dubé, S., et Parent, M. (2004). Le coût croissant de la gestion des invalidités. *Avantages*, 16(2), 41-49.
- Durand, M.-J., Vachon, B., Loisel, P., et Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21(3), 233-242.
- Eklof, M., et Hagberg, M. (2006). Are simple feedback interventions involving workplace data associated with better working environment and health? A cluster randomized controlled study among Swedish VDU workers. *Applied ergonomics*, 37(2), 201-210.
- Elovainio M, Kivimaki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. *American Journal of Public Health* 2002; 92:105–8.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Work-related stress*, 2005
- Ferketich A.K, Schwartzbaum J.A, Frid D.J, *Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study*. *Archives of internal medicine* 2000; 160(9): 1261-1268.
- Franche, 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), 525-541.
- Funk, M., Saraceno, B., Miguel, J. C. A., Harnois, G., et Grigg, M. (2005). Mental health policies and programmes in the workplace. *World Health Organization*. Geneva: Switzerland.
- Gabriel, P., et Liimatainen, M.-R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Genève: Bureau International du Travail.

- Gjesdal S., et Bratberg E. (2003). Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: Results from a three-year, multi-register based and prospective study. *Scandinavian journal of public health*, 31, 246-54.
- Henderson, M., Glozier, N., et Elliot, K. H. (2005). Long Term Sickness Absence. *British Medicine Journal*, 330, 802-803.
- Hogg-Johnson S., et Cole, D. (2003). Early prognostic factors for duration on benefits among workers with compensated occupational soft tissue injuries. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60, 244-253.
- Houtman, I. et Kompier, M., *Le travail et la santé mentale, dans* : Stellman, JM, Virot, A. Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, 2000, 3^e édition française, Genève, Organisation internationale du travail, partie 1, chapitre 5.
- Institut de la statistique du Québec (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Johnson JV, Hall EM. *Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population*. *American Journal of Public Health* 1988; 78(10): 1336-42.
- Karasek R. *Demand/control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development*, in Stellman, JM, Virot, A. *Encyclopaedia of health and safety*, 1998, 4^e édition, Genève, Organisation internationale du travail, chap. 34.
- Karasek R, Theorell T, *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990: 381 p.
- Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979; 24: 285-308.
- Kauffeld, S., Jonas, E., et Frey, D. (2004). Effects of a flexible work-time design on employee- and company-related aims. *Human Resource Management Journal*, 12(2), 82-94.
- Kivimaki M, Vahtera J, Elovainio M, Virtanen M, Siegrist J. *Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: Complementary or redundant models?*, *Occupational Environmental Medicine*, 2007; 64: 659-665.
- Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie J E. *Organisational justice and health of employees: prospective cohort study*, *Occupational Environmental Medicine*, 2003; 60:27-34.
- Kompier, M., et Kristensen, T. (2001). Organizational Work Stress Interventions in a Theoretical Methodological and Practical Context. *In Stress in the Workplace : Past, Present and Future* (pp. 164-190). London : Whurr.

- Koopsmans, P.C., Roelen, C.A.M., et Groothoff, J.W. (2008). Sickness absence due to depressive symptoms. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81, 711-719.
- L'Écuyer R. *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu*. 1990, Québec: Presses de l'Université du Québec (PUL).
- Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vézina, M., Durand, P. J., et Rochette, L. (2004). Improving the psychosocial workenvironment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(2), 30-51.
- Lindström K, Dallner M, Elo A-L, Gamberale F, Knardahl S, Skogstad A, Ørhede E. *Review of psychological and social factors at work and suggestions for the general nordic questionnaire (QPSnordic)*, Nordic Council of Ministers, Copenhagen (1997).
- Logan, M., et Ganster, D. (2005). An experimental evaluation of a control intervention to alleviate job-related stress. *Journal of Management*, 31(1), 90-107.
- Loisel, P., Durand, M.J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., et Tremblay, C. (2001) Disability Prevention New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disability Management Health Outcomes*, 9 (7), 351-361.
- Marmot M, Feeney A, Shipley M *et al.* , *Sickness absence as a measure of health status and functioning: From the UK Whitehall II study*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995; 49(2): 124-130.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., et al. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal :Gaëtan Morin.
- Melchior M, Niedhammer I, Berkman LF *et al.* , *Do psychosocial work factors and social relations exert independent effects on sickness absence ? A six year prospective study of the GAZEL cohort*. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003; 57(4):285-293.
- Melchior M, Krieger, N., Kawachi, I., Berkman, L.F., Niedhammer, I. Goldberg M, *Work factors and occupational class disparities in sickness absence: findings from the GAZEL cohort study*. *American Journal of Public Health* 2005; 95(7):1206-1212.
- Michie, S., Wren, B., et Williams, S. (2004). Reducing absenteeism in hospital cleaning staff: pilot of a theory based intervention. *Occupational and Environmental Medicine*, 61, 345-349.
- Mikkelsen, A., et Gundersen, M. (2003). The effect of a participatory organizational intervention on work environment, job stress, and subjective health complaints. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 91-110.
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). *Musculoskeletal disorders and workplace factors: a critical review of epidemiologic evidence for work-related*

musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back, 1997, DHHS (NIOSH), 2.1-5c.31, publication No. 97-141, Cincinnati, Ohio.

Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. *Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazelcohort*. *Scandinavian Journal of Work, Environment et Health* 1998; 24(3): 197-205.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., de Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W.B., et Djik J. H. Van (2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorder in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(1), 67-74.

Nystuen, P., Hagen, K.B., et Herrin, J. (2001). Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scandinavian Journal of public health*, 29, 175-182.

Nystuen P., et Hagen K.B. (2003). Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial. *BMC Public Health, BioMed Central*, 1-7.

Putnam, K., et McKibbin, L. (2004). Managing workplace depression: an untapped opportunity for occupational health professionals. *American Association Occupational Health Nurses Journal*, 52(3), 122-129.

Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr, H. *Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study*. *American Journal of Epidemiology* 2006; 163(10): 877-887.

Ryan, P., Hill, R., Anczewska, M., Hardy, P., Kurek, A., Nielson, K., et Turner, C. (2005). Team-based occupational stress reduction : a European overview from the perspective of the OSCAR Projects. *International Review of Psychiatry*, 17(5), 401-108.

Siegrist J, Marmot M. *Health inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges*. *Social Science et Medicine* 2004; 58(8): 1463-1473.

Siegrist J. *Adverse health effects of high effort low-reward conditions*. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996; 1: 27-41.

Sluiter, J., Bos, AP., Tol, D., Calff, M., Krijnen, M., et Frings-Dresen, M. (2005). Is staff well-being and communication enhanced by multidisciplinary work shift evaluations? *Intensive Care Medecine*, 31(10), 1409-1414.

Sparks K. and Cooper C. L. *Occupational differences in the work – strain relationship: towards the use of situation-specific models*. *Journal of Occupational and Organisational Psychology* 1999; 72: 219-229.

- Sroujian, C. (2003). Mental health is the number one cause of disability in Canada. *Insurance Journal*, 7(8).
- St-Arnaud L, Briand C, Durand M-J, Corbière M, Bourbonnais R, Saint-Jean, M., Pelletier, M., Delisle, S., Kedl, E. (2011). *Retour au travail après une absence pour un problème de santé mentale : Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien* IRSST, Rapport R-706.
- St-Arnaud L, Bourbonnais R, Saint-Jean M, Rhéaume J. (2007). *Determinants of Return-to-Work Among Employees Absent Due to Mental Health Problems*. *Industrial Relations Quarterly Review* 2007; 62(4): 690-713.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., et Damasse, J. (2006). Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 303-315.
- St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., Rhéaume, J. (2003). De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, XXVIII (1), 193-211.
- Stansfeld S, Candy B. *Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review*. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 2006; 32(6): 443-462.
- Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley M.J, Marmot MG. *Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study*. *Occupational and Environmental Medicine* 1999; 56(5): 302-307.
- Stock, S., Deguire, S., Baril, R., et Durand, M.J. (1999). *Travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques : les stratégies de prise en charge en milieu de travail dans le secteur électrique/électronique de l'Île de Montréal "Workready" Phase 1 : Volet qualitatif québécois*. Direction de la santé publique-Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, R-297.
- Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., et Weingarten, A.-M. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine*, 63, 724-733.
- Van der Doef M, Maes S. *The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research*. *Work and Stress* 1999; 13(2): 87-114.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., et van Dijk, F. J. H. (2002). The Benefits on Interventions for Work-related Stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., et van der Dijk, F. J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorder: A cluster randomised controlled design. *Occupational Environment Medicine*, 60, 429-437.

- Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Marchand, A., et Arcand, R. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Vézina M, Chénard C. et le groupe scientifique de l'INSPQ. *Outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail*, Institut national de santé publique de Québec, Québec; 2007, 20 p.
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=petNumPublication=744>)
- Vézina M., Bourbonnais, R., Brisson, C., Trudel L. (2006). Définir les risques. *Actes de la recherche en sciences sociales : sur la prévention des problèmes de santé mentale*, 163, 32-38.
- Vézina M., Bourbonnais R., Brisson C., et Trudel L. (2004). *Facteurs de risques psychosociaux*. Manuel d'Hygiène du travail (pp. 362-375), Montréal : Modulo-Griffon
- Vézina M, Bourbonnais R. Incapacités de travail pour des raisons de santé mentale. Institut de la statistique du Québec Portrait social du Québec : données et analyse. Québec: Éditeur officiel du Québec; 2001: 279-287.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A., et Laurendeau, M.-C. (1992). *Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec*. CSMQ, Montréal : Gaétan Morin.
- Vézina, M., St-Arnaud, L., Stock, S., Lippel, K., et Funes, A. (2011). Santé mentale, chapitre 5. dans *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail 2007-2008 (EQCOTESST)*, pp.591-646. Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (Rapport R-691).
- Vinet, A, Bourbonnais, R, Brisson, C. Travail et santé mentale : une relation qui se détériore, dans, *Santé mentale et travail. L'urgence de penser autrement l'organisation, Actes du 58e congrès du département des relations industrielles de l'université Laval, tenu à Québec en 2003. Sous la direction de Michel Audet*. 2003, Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval, pp. 5-37.
- Watson Wyatt (2005). *Managing Health Care Costs in a New Era: 10th Annual NBGH*. Washington, Survey Report, DC: National Business Group on Health et Watson Wyatt.