

Université de Montréal

DÉSINSERTION ET RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
À LA SUITE D'UN ARRÊT DE TRAVAIL POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

par

Louise St-Arnaud

Programme en sciences biomédicales (réadaptation)

Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en sciences biomédicales

Août 2001

© Louise St-Arnaud, 2001



W

4

U58

2002

v. 032

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

DÉSINSERTION ET RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
À LA SUITE D'UN ARRÊT DE TRAVAIL POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

présentée par

Louise St-Arnaud

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Bertrand Arsenault
Micheline Saint-Jean
Jacques Rhéaume
Élizabeth Dutil
Jean-Pierre Brun
Nicole Ricard

Président-rapporteur
Directrice de recherche
Co-directeur de recherche
Membre du jury
Examineur externe
Représentante du doyen

Thèse acceptée le :

© Louise St-Arnaud, 2001

SOMMAIRE

Les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absences au travail et cette situation est en croissance. Malgré l'ampleur du phénomène, très peu d'études se sont intéressées à la réinsertion professionnelle des travailleuses et travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale. La présente thèse vise à mieux comprendre les facteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle de ces personnes.

Les travaux recensés nous ont amenés à considérer le processus de réinsertion professionnelle comme un phénomène complexe et dynamique construit au terme d'une interaction entre les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail.

Trois objectifs ont orienté la démarche. Le premier avait pour but d'identifier et de décrire les facteurs qui ont contribué au retrait du travail. Le second avait à préciser les interventions et les différentes stratégies utilisées dans le cadre du processus de restauration des capacités. Enfin, le troisième visait à décrire et analyser les conditions personnelles et organisationnelles qui favorisent une réintégration satisfaisante dans le milieu de travail ou encore qui conduisent vers un retrait à long terme du milieu de travail.

Deux types de méthodologies ont été privilégiés dans le cadre de ce travail. Ces méthodes se sont avérées complémentaires l'une de l'autre. L'étude quantitative nous a permis de décrire et comparer le profil et l'issue du processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle à partir d'un échantillon de 1850

répondants. L'étude qualitative, basée sur des données d'entrevues réalisées auprès de 51 participants sélectionnés à partir de 736 sujets volontaires qui ont répondu au questionnaire, nous a permis de mieux comprendre le jeu des variables observées dans le cadre de l'analyse quantitative et de décrire les mécanismes sous-jacents au processus de réinsertion professionnelle.

Cette étude a permis de construire un modèle qui rend compte du caractère dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. Ce modèle montre comment les caractéristiques individuelles, les événements stressants hors travail et l'environnement psychosocial du travail sont des dimensions qui demeurent en interrelation l'une avec l'autre et agissent sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes. L'évolution dans le temps permet de cerner la trajectoire des personnes inscrites dans un processus continu où s'articulent les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration et, finalement, le retour au travail lui-même marqué par des conditions qui favorisent le recouvrement de la capacité de travail et de l'état de santé mentale.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES FIGURES	ix
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	x
REMERCIEMENTS	xii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
I RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE DE RÉFÉRENCE	6
I.1 DÉFINITION ET IMPORTANCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE	6
I.1.1 Troubles mentaux, maladies mentales et problèmes de santé mentale : quelques précisions	6
I.1.2 Burnout ou épuisement professionnel, détresse psychologique, stress et souffrance mentale : quelques précisions	13
I.1.2 L'importance des problèmes de santé mentale	17
I.2 LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE	23
I.2.1 Les modèles conceptuels en réadaptation	24
I.2.2 La phase de restauration des capacités	36
I.2.3 La réinsertion professionnelle des personnes qui ont un problème de santé mentale	40
I.2.4 La réinsertion professionnelle des travailleurs souffrant d'incapacité	43
I.2.5 La réinsertion professionnelle des chômeurs de longue durée	51
I.3 L'ANALYSE DES LIENS ENTRE TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE	54
I.3.1 Le concept de travail	54
I.3.2 Le travail comme vecteur de santé et facteur de risque ..	58
I.3.3 La psychodynamique du travail : le travail comme lieu privilegié de la construction identitaire et de la conquête de la santé	62
I.4 EN CONCLUSION	66
I.4.1 Santé mentale, travail et réinsertion professionnelle : vers une perspective dynamique	66
I.4.2 Objectifs et formulation des hypothèses	68

II	MÉTHODOLOGIE	74
II.1	LE VOLET QUANTITATIF	74
II.1.1	Population	75
II.1.2	Le questionnaire	76
II.1.3	Analyse des données du questionnaire	78
II.2	LE VOLET QUALITATIF	80
II.2.1	Population	80
II.2.2	Les entrevues	83
II.2.3	Analyses et interprétations des données d'entrevues	84
II.3	LES DIMENSIONS ÉTHIQUES	87
III	CORPS DE LA THÈSE PAR ARTICLE	89
III.1	PREMIER ARTICLE : RETURN TO WORK AFTER SICK LEAVE DUE TO A MENTAL HEALTH PROBLEM	91
III.1.1	Abstract	91
III.1.2	The problem	92
III.1.3	Objectives and hypotheses	97
III.1.4	Methods	97
III.1.5	Results	101
III.1.6	Discussion	109
III.1.7	References	115
III.2	DEUXIÈME ARTICLE : DE LA DÉINSERTION À LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE À LA SUITE D'UN ARRÊT DE TRAVAIL POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE ..	121
III.2.2	Problématique	122
III.2.3	Méthodologie	125
III.2.4	Résultats	128
III.2.5	Discussion	149
III.2.6	Conclusion	155
III.2.7	Références	157
III.3	TROISIÈME ARTICLE : A CLOSE-UP LOOK AT RECOGNITION DYNAMICS FOR PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS IN THE WORKPLACE	161
III.3.1	Abstract	161
III.3.2	The problem	162
III.3.3	Methods	167
III.3.4	Results	168
III.3.5	Discussion	174
III.3.6	References	178

III.4 QUATRIÈME ARTICLE : ANALYSE DES FACTEURS PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS DANS LE PROCESSUS DE RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL AUPRÈS D' ENSEIGNANTS QUI SE SONT ABSENTÉS EN RAISON D'UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE	181
III.4.1 Résumé	181
III.4.2 Problématique	182
III.4.3 Méthodologie	186
III.4.3 Analyse des résultats	187
III.4.5 Conclusion	200
III.4.7 Références	203
 1V DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION	 205
IV.1 LE TRAVAIL AU COEUR DU PROCESSUS DE DÉINSERTION PROFESSIONNELLE	205
IV.2 L'ARRÊT DE TRAVAIL ET LA RESTAURATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ : UNE ÉTAPE CHARNIÈRE	215
IV.3 DU RETOUR AU TRAVAIL À LA PROLONGATION DE L'INCAPACITÉ	220
IV.4 EN CONCLUSION : VERS UN MODÈLE DYNAMIQUE DU PROCESSUS DE DÉINSERTION ET DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE	228
IV.5 LIMITES DE L'ÉTUDE ET PISTES FUTURES DE RECHERCHE	236
 BIBLIOGRAPHIE	 239
 Annexe I Liste des diagnostics	 xiii
Annexe II Le questionnaire	xv
Annexe III Segmentation et codification des entretiens	xxiii
Annexe IV Lettre de consentement	xxxvii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Répartition des participants selon le sexe, l'âge et la catégories professionnelles	83
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------	----

Premier article :

Table I	Analysis of professional reintegration profile	104
Table II	Analysis of health problem resolution in persons who returned to work	107
Table III	Profile of health problem resolution according to professional reintegration conditions and type of work alterations	109

Deuxième article :

Tableau I	Répartition des participants selon la durée des absences cumulées entre 1993 et 1997	138
Tableau II	Répartition des participants selon le profil de la réinsertion professionnelle	141

Quatrième article :

Tableau I	Répartition des enseignants selon le profil de la réinsertion professionnelle	189
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Processus de production du handicap : modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne (RIPPH/SCCIDIH 1998)	29
Figure 2.	Interaction entre les composantes de la CIF	31
Figure 3.	Organigramme de la population de référence et de l'échantillon	81
Figure 4	Processus d'analyse des données d'entrevues	86
Figure 5	Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle . .	231

Deuxième article

Figure 1	Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle	151
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACCA	Association Canadienne des Compagnies d'Assurance de Personnes
ACE	Association Canadienne des Ergothérapeutes
APA	American Psychiatry Association
APE	Ajustement Personne Environnement
BIT	Bureau International du Travail
CARRA	Commission Administrative des Régimes de Retraites et d'Assurances
CEQ	Centrale de l'Enseignement du Québec
CIM	Classification Internationale des troubles Mentaux
CIDIH	Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
CQCIDIH	Comité Québécois de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ENSP	Enquête Nationale sur la Santé des Populations
ESS	Enquête Sociale et de Santé
FCSQ	Fédération des Commissions Scolaires de Québec
FNEEQ	Fédération Nationale des Enseignantes et Enseignants du Québec
ICPE	International Consortium in Psychiatric Epidemiology
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
MBI	Maslach Burnout Inventory

MB I-HSS	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory - Educators Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory - General Survey
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSI	Psychiatric Symptom Index
RTT	Retour Thérapeutique au Travail

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, j'aimerais remercier ma directrice de thèse, Micheline Saint-Jean et mon codirecteur, Jacques Rhéaume, pour m'avoir soutenue indéfectiblement tout au long de cette aventure en respectant mon besoin d'autonomie et mes errances. La capacité qu'ils ont eue de travailler ensemble, constamment dans la même direction, m'a donné confiance et m'a permis d'avancer sans équivoque. Ils m'ont également permis de faire ce travail en tenant à la fois rigueur et plaisir au travail. Je les remercie aussi pour leur grande générosité.

Je tiens également à exprimer toute ma reconnaissance aux travailleuses et travailleurs qui ont accepté de répondre au questionnaire et de participer aux entrevues. Cette recherche prend tout son sens grâce au courage de ces personnes.

L'équipe de recherche du CLSC Haute-Ville-Des-Rivières a constitué pour moi un groupe stimulant. De nombreux collègues m'ont soutenue dans cette démarche. J'aimerais d'abord remercier tout particulièrement les collègues qui ont traversé la Manche avant moi et qui m'ont permis de croire, avec bienveillance, qu'il y avait une fin à cette aventure. Chacun et chacune, à sa façon, m'a apporté son soutien. Ginette Aubé et Françoise Blais qui discrètement m'ont apporté leur assistance. Merci également à mes collègues et amies de l'équipe de santé au travail de la Direction de la santé publique qui m'ont toujours soutenue, même de loin.

De manière plus personnelle, je tiens à souligner le soutien affectif de mes proches. Plus particulièrement Michel et Claudia qui m'ont suivie au quotidien, mais aussi, Monique qui m'a toujours si bien encouragée.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La santé des populations a connu une amélioration sans précédent au cours du XX^e siècle. Les taux de mortalité ont diminué dans presque tous les pays du monde; on constate des améliorations spectaculaires de l'état de santé physique des individus et l'espérance de vie poursuit son ascension (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1999). Malgré ce bilan positif de l'état de santé physique des individus, de nombreux pays enregistrent toujours une prévalence élevée des problèmes de santé mentale (International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE), 2000) et l'on estime que la situation va continuer à se détériorer au cours des prochaines décennies (Murray & Lopez, 1996).

La population active n'est pas à l'abri de ce phénomène. Au contraire, on enregistre une croissance marquée des absences au travail reliées à des problèmes de santé mentale et ce, autant au Québec que dans plusieurs pays industrialisés (Gabriel & Liimatainen, 2000; Vézina & Bourbonnais, 2001). Plusieurs études confirment, en effet, que les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail et que ce phénomène a connu une croissance marquée au cours des dernières années (Banham, 1992; Conti & Burton, 1994; Gabriel & Liimatainen, 2000; Karttunen, 1995; Vézina, 1996; Vézina et al., 2001).

Plusieurs travailleurs sont susceptibles d'être confrontés à un problème de santé mentale suffisamment grave pour devoir s'absenter de leur travail. Les problèmes de santé mentale sont des maladies sérieuses. Ils peuvent avoir des effets particulièrement incapacitants et entraînent généralement de longues périodes d'invalidité, en plus de comporter un risque élevé de rechutes (Conti & Burton 1994). Des études ont montré que la durée d'une incapacité de travail à

la suite d'une dépression serait environ deux fois et demie plus longue que celle occasionnée par d'autres maladies (Gabriel & Liimatainen, 2000).

Malgré l'importance des problèmes de santé mentale au travail et les préoccupations suscitées par ce phénomène, très peu d'études ont eu pour objet la réinsertion professionnelle à la suite d'un problème de santé mentale. La plupart des travaux recensés sur le sujet portent sur l'intégration au travail des personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants. Dans le champ de la santé au travail, les études en réadaptation se préoccupent principalement des travailleurs victimes d'accidents ou de maladies professionnelles. Très peu d'études ont traité, en contrepartie, de la réintégration de travailleurs déjà insérés en emploi avant de s'absenter en raison d'un problème de santé mentale. Or, le retour au travail de ces personnes demeure une étape cruciale, généralement marquée par une vulnérabilité et la crainte d'une rechute.

La réintégration professionnelle des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale est une préoccupation majeure des intervenants de la santé et des organismes impliqués dans des programmes de réadaptation (Lauzon & Charbonneau, 2000; Mercier, Provost, Denis, & Vincelette, 1999). Les gestionnaires et le personnel des ressources humaines doivent se donner les moyens d'aider ces travailleurs à reconquérir leur capacité de travail et leur assurance face à leur avenir professionnel. C'est dans ce contexte que cette étude se propose de cerner les facteurs associés à la réinsertion professionnelle et au maintien en emploi des travailleurs qui se sont absentés de leur travail à la suite d'un problème de santé mentale.

Cette étude comprend quatre chapitres. Le premier présente la recension des écrits pertinents et pose les jalons de notre cadre de référence. Ce chapitre est aussi divisé en quatre parties. La première partie porte sur la clarification des notions entourant le concept de « problèmes de santé mentale ». Ce travail a permis de situer notre position en regard de l'utilisation de ce terme. Par la suite, un recueil des données d'enquêtes de population en santé mentale rend compte de l'importance de ce phénomène.

Dans la deuxième partie, nous amorçons notre recension des écrits sur la réinsertion professionnelle en situant les principaux modèles conceptuels utilisés dans le champ de la réadaptation. Il nous est également apparu important de décrire le contexte qui entoure la phase de restauration des capacités avant d'approfondir la littérature portant plus spécifiquement sur la réinsertion professionnelle. Par ailleurs, la réinsertion professionnelle a été abordée à partir des travaux portant sur les personnes ayant des troubles mentaux, les travailleurs ayant des incapacités et les chômeurs de longue durée.

La troisième partie est consacrée à l'analyse des liens entre travail et santé mentale. Le concept de travail a d'abord été précisé. Par la suite, les liens entre le travail et la santé mentale ont été examinés en fonction des facteurs de risques et des travaux réalisés dans le champ de la psychodynamique du travail.

Enfin, la dernière partie de ce chapitre présente nos conclusions et précise le cadre de référence de l'étude, les objectifs et les pistes de recherche ou hypothèses qui nous guideront dans notre analyse.

Le deuxième chapitre présente la méthodologie. Deux types de méthodologie ont été retenus, soit une méthodologie quantitative basée sur un questionnaire et une méthodologie qualitative basée sur des entrevues.

Le corps de la thèse par articles est présenté au troisième chapitre. Le premier article aborde le thème de la réinsertion professionnelle à partir de l'analyse des résultats d'un questionnaire réalisé auprès de 1850 travailleurs qui se sont absentés de leur travail en raison d'un problème de santé mentale. Les objectifs de cet article sont, d'une part, de décrire le profil des travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale et, d'autre part, de les comparer selon l'issue de leur réinsertion professionnelle soit le retour ou non au travail et la résolution ou non des problèmes de santé. Ce travail a permis de mettre en évidence des associations significatives qui rendent compte de l'importance des facteurs professionnels dans la survenue de la maladie et de l'arrêt de travail ainsi que dans l'issue de la réinsertion professionnelle et de la résolution des problèmes de santé mentale.

Le deuxième article aborde le volet qualitatif de cette thèse et porte sur l'analyse du discours de 51 travailleurs sélectionnés à partir des répondants au questionnaire qui s'étaient portés volontaires pour participer à une entrevue individuelle. Le but de cette étude est de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle des personnes qui se sont absentées du travail en raison d'un problème de santé mentale, en prenant en considération les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail.

Le troisième article porte sur l'impact des rapports sociaux de travail, notamment du regard de l'autre et de la dynamique de reconnaissance sur l'intégration et le maintien en emploi des personnes qui ont un profil psychiatrique marqué par des troubles mentaux plus sévères et persistants. L'analyse du discours et de la trajectoire de ces personnes met en lumière l'importance des rapports sociaux de travail dans le processus d'intégration professionnelle. Ce travail a permis de cerner différents facteurs à considérer pour favoriser la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi des personnes ayant des troubles mentaux.

Le quatrième article concerne plus spécifiquement l'étude des facteurs professionnels impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle d'une catégorie professionnelle homogène, soit un groupe d'enseignants. Cette étude rend compte du rôle des facteurs liés au travail et soutient la nécessité d'établir des liens entre les facteurs de la désinsertion et ceux de la réinsertion professionnelle pour assurer le retour au travail et le maintien en emploi de ces travailleurs.

Pour terminer, le dernier chapitre est consacré à la discussion générale des résultats et à la conclusion. Cette partie reprend les principaux résultats et les discussions présentés dans les articles en y établissant des liens entre eux. Enfin, les limites de cette étude sont également présentées.

I RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE DE RÉFÉRENCE

I.1 DÉFINITION ET IMPORTANCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Il est difficile de circonscrire les notions qui entourent le concept de « problèmes de santé mentale » dans une définition qui tient compte de la grande variabilité des situations. Aussi, nous avons tenté de préciser les notions de troubles mentaux, maladies mentales et problèmes de santé mentale et de clarifier le sens que nous donnons au terme de « problèmes de santé mentale ». Les concepts entourant les problèmes de santé mentale au travail tels le burnout ou l'épuisement professionnel, la détresse psychologique et la souffrance mentale ont également été précisés. L'importance des problèmes de santé mentale est par la suite décrite à partir d'enquêtes récentes recensées auprès de la population générale et de la population active.

I.1.1 Troubles mentaux, maladies mentales et problèmes de santé mentale : quelques précisions

Les notions et les concepts reliés à la santé mentale ont évolué au cours des ans, mais il reste encore beaucoup de confusion et certains termes sont utilisés par les auteurs de façon indifférenciée et interchangeable. Les notions de « troubles mentaux », « maladies mentales » et « problèmes de santé mentale » sont utilisées sans que l'on soit nécessairement en mesure d'en cerner les différences et la similarité. Aussi, des précisions s'imposent dans la définition de ces notions et concepts.

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatry Association (APA), 1996) aucune définition n'arrive à spécifier de façon adéquate les limites précises du concept de « trouble mental ». En fait, il n'existe pas de définition opérationnelle et cohérente qui s'appliquerait à toutes les situations. Ainsi, dans le DSM-IV :

« ...chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (par exemple, symptôme de souffrance) ou à un handicap (par exemple, altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, par exemple le décès d'un être cher. Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Ni un comportement déviant (p.ex, politique, religieux ou sexuel) ni des conflits existant essentiellement entre l'individu et la société ne sont des troubles mentaux, sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement chez l'individu considéré. » (APA, 1996 : XXVIII)

Ces explications visent à cerner quelles affections, à la limite entre le normal et le pathologique, peuvent être considérées comme un trouble mental. De façon similaire, la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles de comportement ou CIM-10 (OMS, 1993) privilégie l'utilisation systématique du terme « trouble » à celui d'« affection » ou de « maladie » dans sa classification des troubles mentaux. Le terme « trouble » réfère à la présence d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables et associés dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à une perturbation du fonctionnement personnel.

Par ailleurs, les termes de santé mentale, de maladie mentale et de désordres mentaux ont été définis par l'OMS dans un rapport du Bureau international du travail (BIT) sur la santé mentale au travail (Gabriel & Liimatainen, 2000). Les auteurs proposent les distinctions suivantes entre ces termes :

« Mental Health Problems : The vast majority of mental health problems are relatively mild, though distressing the person at the time, and if recognized can be alleviated by support and perhaps some professional help. Work and home life need not be too adversely affected if the appropriate help is obtained. In the situation analyses, the terms mental health problems and mental health difficulties are used interchangeably. » (*ibid* : 10)

« Mental Illness : Mental illness refers collectively to all diagnosable mental health problems which become "clinical" that is where a degree of professional intervention and treatment is required. Generally, the term refers to more serious problems, rather than, for example, a mild episode of depression or anxiety requiring temporary help. » (*ibid* : 10)

The major psychotic illnesses, such as endogenous depression, schizophrenia, and manic depressive psychosis, would fall in this category and would be seen less often in the workplace. Mental illness is sometimes referred to as psychiatric disability. This term is used primarily in the United States. » (*ibid* : 10)

« Mental Disorders : Mental disorders are health conditions characterized by alterations in thinking, mood or behavior (or some combination thereof) associated with distress and/or impaired functioning. Mental disorders are associated with increased mortality rates. The risk of death among individuals with a mental disorder is several times higher than in the population as a whole. » (*ibid* : 10)

Ces trois définitions du BIT se distinguent essentiellement par la gravité des problèmes qu'elles désignent. La notion de « problèmes de santé mentale » renvoie à des difficultés moins sévères que l'on situe généralement en deçà de la maladie et qui peuvent être allégées par une aide externe sans nécessairement passer par un traitement. Pour sa part, le terme de « maladie mentale » est utilisé pour décrire des problèmes plus sérieux que l'on peut diagnostiquer et pour lesquels une intervention professionnelle et un traitement sont requis. Enfin, les « désordres mentaux » réfèrent à une détérioration marquée du fonctionnement mental, généralement caractérisée par une altération de la pensée, de l'humeur ou des comportements.

Au Québec, des distinctions similaires ont été présentées dans la politique de santé mentale (MSSS, 1989). Les personnes qui présentent un problème de santé mentale ont été regroupées en fonction de l'intensité de leur problème, soit :

« ...les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leur compétence sociale de base. On désigne habituellement ces personnes sous l'appellation « malades mentaux chroniques. » (MSSS : 21)

« ...les personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable, sources d'une détresse psychologique importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.» (*ibid* : 22)

« ...les personnes dont la santé mentale est menacée, c'est-à-dire susceptibles de développer des problèmes de santé mentale parce qu'elles vivent des situations ou affrontent des conditions de vie qu'elles jugent intolérables. À court ou à moyen terme, ces conditions affectent leur équilibre psychique, étant donné leur vulnérabilité. » (*ibid* : 22)

Ces différentes distinctions visent à cerner les frontières qui existent entre la santé et la maladie. Mais selon Sévigny (1994), cette réalité demeure un phénomène complexe et multiforme. Il n'existe pas de réel consensus sur la définition des problèmes. L'effritement des frontières entre la santé et la maladie, ainsi que celles qui départagent l'individuel du social, a grandement contribué à l'élargissement de la notion de santé mentale. C'est un peu en réponse à la complexité du phénomène que la politique de santé mentale du Québec publiée en 1994 propose d'aller plus loin dans la définition et la conceptualisation des notions de santé mentale (MSSS, 1994).

Selon la politique de santé mentale du Québec (MSSS, 1994), la différence entre les notions de « problèmes de santé mentale » et « troubles mentaux » tient non seulement à la nécessité d'établir une distinction basée sur la sévérité des problèmes, mais également pour rendre compte des circonstances qui peuvent avoir une influence sur l'état de santé mentale d'une personne. La notion de « troubles mentaux » réfère à des maladies caractérisées qui peuvent être diagnostiquées et qui entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives et relationnelles. Pour sa part, la notion de « problèmes de santé mentale » englobe une réalité plus vaste qui renvoie à un ensemble de problèmes résultant d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement. L'état de santé mentale d'une personne se situerait, à un moment donné, à l'intérieur d'un des quatre espaces formés par le croisement de deux continuums : le continuum du trouble mental basé sur la gravité du trouble (trouble mentale maximale ↔ absence de trouble mentale), et le continuum de la santé mentale basée sur la qualité des rapports qu'entretient la personne avec son environnement (santé mentale optimale ↔ santé mentale minimale). La position occupée par la personne peut changer rapidement et fréquemment selon sa

capacité d'adaptation, l'influence des déterminants socio-environnementaux et l'évolution du problème de santé (MSSS, 1994).

Si la définition des « problèmes de santé mentale » donnée par le BIT réfère à des difficultés se situant en deçà de la maladie, celle proposée dans la politique de santé mentale du Québec nous apparaît englober une réalité plus vaste. Elle semble inclure à la fois des situations moins sévères et des situations plus graves, mais transitoires, pouvant conduire à une détérioration marquée de l'état de santé. Par contre, elle exclut les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères et persistants, soit celles que l'on désigne comme étant des malades mentaux chroniques.

La préoccupation centrale de cette étude est la réinsertion professionnelle d'une population de travailleuses et travailleurs qui ont dû interrompre leur activité professionnelle en raison de difficultés liées à la santé mentale. Ces personnes manifestent un état de détresse suffisamment important pour devoir consulter un médecin et se retirer du travail. Le passage de la maladie à l'arrêt de travail détermine, d'une certaine manière, la sévérité du problème. Mais de façon générale, ces problèmes de santé sont considérés comme réversibles, référant ainsi à une catégorie de personnes qui présentent des problèmes de santé transitoires. De plus, le fait d'être en lien d'emploi laisse présupposer d'une certaine manière la présence d'une compétence sociale de base.

Selon Sévigny (1994), la maladie mentale se définit selon le degré ou la forme de souffrance ressentie, mais aussi par rapport aux difficultés d'intégration ou d'adaptation expérimentées. De ce point de vue, ces travailleurs correspondent plutôt aux catégories des personnes vivant des troubles mentaux transitoires ou des problèmes de santé mentale tels que définis par la politique de santé mentale

au Québec (MSSS, 1994), qu'à celles qui présentent des troubles mentaux graves dont le niveau d'incapacité interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leur compétence sociale de base. À ce sujet, le groupe d'experts québécois sur la santé mentale au travail (Vézina, Cousineau, Mergler, & Vinet, 1992) a proposé un modèle en trois phases pour décrire les atteintes à la santé mentale des travailleurs :

« Les manifestations de la première phase sont des réactions de l'organisme qui servent de mécanismes de défense ou de récupération physique ou psychologique à un individu exposé à des situations de travail pathogènes. Sur une période plus ou moins longue, cette exposition provoque un état de souffrance susceptible de favoriser l'apparition ultérieure d'une maladie. La deuxième phase regroupe les manifestations réversibles de pathologies qui amènent les personnes atteintes à demander de l'aide aux services de santé ou aux services sociaux. Les indicateurs de la troisième phase concernent des pathologies graves pouvant affecter plusieurs systèmes de l'organisme et entraîner une incapacité importante, ou même la mort. » (*ibid* : 8)

Ce modèle traduit à la fois des situations précliniques, c'est-à-dire des problèmes de santé mentale qui se situent en deçà de la maladie, mais également des problèmes plus graves ayant évolué jusqu'à la maladie, pouvant même devenir irréversibles et conduire éventuellement à une incapacité permanente de travail. Ces atteintes à la santé mentale sont définies, par les auteurs, comme étant des problèmes de santé mentale. C'est aussi dans cette perspective élargie que nous utiliserons dans le cadre de ce travail la notion de « problèmes de santé mentale ».

I.1.2 Burnout ou épuisement professionnel, détresse psychologique, stress et souffrance mentale : quelques précisions

Le « burnout », connu aussi en français par le terme « épuisement professionnel », la « détresse psychologique », le « stress » et la « souffrance mentale » sont des termes fréquemment utilisés en santé mentale au travail. Aussi, il nous apparaît important de les définir et de les clarifier au regard de la notion de « problèmes de santé mentale ».

Traditionnellement, le concept de « burnout » est apparu durant les années 70 suite aux travaux de Freudenberg (1974; 1977) qui ont permis de cerner l'existence d'une forme d'épuisement émotionnel et de grande fatigue chez le personnel soignant soumis à des conditions de travail particulièrement exigeantes. Des signes et symptômes traduisant une détérioration de l'état de santé, notamment de la santé mentale, ont alors été identifiés et mis en relation avec les exigences du travail. L'originalité de ces travaux est d'avoir réussi à traduire en mot, par le terme « burnout », une réalité encore peu connue.

Dans la foulée de ces avancées, les travaux de Pines, Aronson et Kafry (1981), Perlman et Hartman (1982), Maslach (1976) et Maslach et Jackson (1981) ont permis de mieux définir ce concept et de le mesurer. Les travaux de Maslach (1976) et de Maslach et Jackson (1981) se sont rapidement imposés comme la référence principale en la matière, notamment à la suite de la publication du Maslach Burnout Inventory (MBI), un outil de mesure de l'épuisement professionnel (Neveu, 1995). Le concept de burnout y est alors défini selon trois dimensions mises en valeur par le MBI, soit un sentiment d'*épuisement émotionnel*, de *dépersonnalisation* et de *faible accomplissement* professionnel.

C'est également dans ce sens que le rapport du BIT définit le concept de burnout soit :

« This term is used most frequently in Finland to refer to job stressors and the resulting mental health problems that may occur. It is defined as three-dimensional syndrome, characterized by energy depletion (exhaustion), increased mental distance from one's job (cynicism) and reduced professional efficacy. » (Garbriel & Latimer, 2000 : 10)

Au cours des dernières années, différents outils de mesure du MBI ont été développés: le MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) pour les travailleurs de la santé, le MBI-Educators Survey (MBI-ES) pour les enseignants, et plus récemment le MBI-General Survey s'adressant à l'ensemble des travailleurs (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Suivant ce courant, des chercheurs de l'Institut national de santé au travail du Danemark ont aussi créé un outil de mesure de l'épuisement professionnel, soit le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensens & Borritz, 1999). Le CBI permet de mesurer l'épuisement selon trois dimensions : personnelle, professionnelle et face à la clientèle. Le développement et l'utilisation de ces différents outils de mesure montrent que le concept d'épuisement professionnel est solidement reconnu dans la communauté scientifique (Byrne, 1993; Dion & Tessier, 1994; Evans & Fischer, 1993; Maslach et al., 2001; Neveu, 1995).

Mais, en dépit du fait qu'il est de plus en plus considéré comme un problème de santé réel et important, le burnout n'est pas une maladie reconnue dans le milieu médical. En effet, le tableau clinique du syndrome de l'épuisement professionnel ne serait pas suffisamment spécifique pour constituer en soi un nouveau diagnostic (Bibeau et al., 1989; Neveu, 1995; Vézina et al., 1992). Toutefois, les auteurs s'entendent pour reconnaître que l'épuisement professionnel est un problème spécifiquement relié au contexte du travail, alors que la

dépression, par exemple, serait un phénomène plus général qui atteint la personne dans toutes les sphères de sa vie (Bakker et al., 2000; Glass & McKnight, 1996; Leiter & Durup, 1994). Considérant l'importance de ce phénomène, le groupe d'experts québécois sur la santé mentale au travail (Vézina et al., 1992) a convenu d'intégrer le burnout comme une des diverses manifestations cliniques de ce qu'il définit plus largement comme étant un « problème de santé mentale au travail ». L'épuisement professionnel y est décrit comme un problème de santé mentale spécifiquement relié au travail.

Par ailleurs, la « détresse psychologique » s'inscrit dans un concept élargi de la santé mentale qui postule l'existence d'un continuum entre la santé et la maladie mentale. La détresse psychologique a été mesurée dans les enquêtes de santé. L'une des mesures de la détresse psychologique utilisée au Québec est une adaptation du *Psychiatric Symptom Index*, développé et validé par Ilfeld (1976; 1978). Cette mesure recouvre quatre types de symptomatologies, soit la dépression, l'anxiété, les troubles cognitifs et l'agressivité. Utilisée auprès des travailleurs, cette mesure permet d'appréhender l'expression de signes et symptômes, non spécifiques, mais associés à un problème de santé mentale (Vézina et al., 1992).

Le concept de « stress », pour sa part, a été développé par Hans Selye au début des années 1960. L'auteur le définit comme étant « la somme de tous les effets non spécifiques de facteurs pouvant agir sur l'organisme » (Selye, 1962 : 68). Situé dans une perspective large, le stress serait le dénominateur commun de toutes les réactions d'adaptation de l'organisme face à une stimulation excessive. L'auteur réfère à la notion de *syndrome général d'adaptation* pour décrire ce phénomène :

« J'appelle ce syndrome *général* parce qu'il est seulement produit par des agents qui ont un effet général sur des parties considérables du corps. Je l'appelle d'*adaptation* parce qu'il stimule la défenses et aide dès lors à l'acquisition et au maintien d'un stade d'aguerrissement. Enfin, je l'appelle *syndrome* parce que ses manifestations sont coordonnées et même en parties dépendantes les unes des autres » (*ibid* : 55).

Seyle (1979) a identifié trois phases dans le syndrome d'adaptation général. La première phase réfère à la situation d'exposition de l'organisme à un stimulus qu'il n'avait pas anticipé. La réaction à ce stimulus commence par un état de choc qui se manifeste par des effets physiologiques, puis par une phase de rebond caractérisé par la mobilisation des stratégies défensives. La deuxième phase réfère à la situation d'adaptation caractérisée par l'augmentation ou la diminution des symptômes physiologiques. Enfin, la dernière phase décrit une situation d'épuisement qui correspond à un état de relâchement de l'organisme suite à la disparition de la pression exercée par le stimulus, ou encore, par l'effondrement face aux contraintes externes. Appliqué au milieu du travail, la théorie du stress est devenue, d'une certaine manière, une façon de décrire les effets non spécifiques de l'environnement de travail sur la santé des personnes.

Enfin, le terme de « souffrance mentale », principalement utilisée dans le champ de la psychopathologie et de la psychodynamique du travail, caractériserait les « états mentaux » qui se situent sur un continuum entre, d'une part, la santé mentale et, d'autre part, la maladie mentale décompensée, étant ainsi en deçà de la maladie (Dejours & Molinier, 1993). La « souffrance mentale au travail » réfère essentiellement à un vécu en rapport avec le travail. Elle surgit lorsque le rapport du sujet à l'organisation du travail est bloqué. Si la souffrance n'est pas suivie de décompensation, c'est essentiellement parce que le sujet lutte pour préserver son équilibre et contrer la maladie. Cette lutte passe par

l'élaboration de stratégies défensives individuelles et collectives qui peuvent venir masquer l'expression de la souffrance. Lorsque la souffrance est entièrement médiatisée par les défenses, elle peut échapper aux outils de mesures traditionnelles et passer inaperçue si l'on ne tient pas compte de cette possibilité (Dejours & Abdoucheli, 1990). Mais pour les personnes qui se sont absentes de leur travail en raison d'un problème de santé mentale, d'une certaine manière, elles auraient épuisé leurs défenses et perdu la lutte contre la maladie.

Si nous intégrions ces différentes notions et concept à l'intérieur des trois phases du modèle de Vézina et al. (1992) sur les atteintes à la santé mentale au travail, la souffrance mentale se situerait à la première phase, alors que l'épuisement professionnel, la détresse psychologique et le stress seraient des manifestations à la fois de la première et de la deuxième phase du modèle. L'ensemble de ces manifestations se retrouvent ainsi sous le terme de « problèmes de santé mentale ».

1.1.2 L'importance des problèmes de santé mentale

Les problèmes de santé mentale apparaissent aujourd'hui comme un phénomène d'une ampleur impressionnante (Brundtland, 2000). Pourtant, la situation n'est pas nouvelle, mais ce type de problème aurait d'ailleurs été longtemps négligé et sous-estimé dans les enquêtes de santé publique. Plusieurs auteurs considèrent que l'utilisation presque exclusive des données basées sur la mortalité pour orienter les priorités en matière de santé publique aurait contribué à éloigner les préoccupations des chercheurs et des praticiens pour les problèmes de santé mentale (Greenberg, Stiglin, Finkelstein, & Berndt, 1993a; Neugebauer, 1999; Üstun, 1999). En effet, si les troubles mentaux ont des conséquences graves

sur les conditions de vie des personnes qui en sont atteintes, ils leur sont rarement fatals.

Au cours des dernières décennies, les préoccupations ont changé et les indicateurs de santé se sont raffinés pour mieux appréhender la charge globale des maladies (Kessler, 2000; Murray & Lopez, 1996). L'amélioration de l'espérance de vie a soulevé de nouvelles questions dans le domaine de la santé, notamment en regard des conséquences des maladies et de leur incidence sur la qualité de vie des personnes. Les dernières estimations de la santé dans le monde produites par l'OMS tiennent maintenant compte du nombre d'années de vie ajusté sur l'incapacité (OMS, 1999; 2000). Ces nouvelles mesures ont entraîné une transformation radicale du tableau de la morbidité, laissant entrevoir l'ampleur des problèmes de santé mentale (Brundtland, 2000).

Selon le rapport sur la santé dans le monde, produit par l'OMS en 1999, les maladies psychiatriques¹ représenteraient 11,5 % de la charge globale de la morbidité dans le monde, soit 10 % de la charge dans les pays à revenu faible ou moyen et 23 % dans les pays dont le revenu est élevé, surpassant ainsi toutes les autres maladies dans les pays riches, incluant les traumatismes (11,8 %) et les maladies cardiovasculaires (18 %). En fait, on estime maintenant que cinq des dix plus importantes causes d'incapacité dans le monde seraient reliées à des troubles mentaux (Brundtland, 2000).

1. Dans les pays riches, les maladies psychiatriques identifiées sont : dépression unipolaire majeure (6,5 %), syndrome de dépendance alcoolique (4,4 %), psychoses (2,1 %), trouble affectif bipolaire (1,6 %), troubles obsessionnels compulsifs (1,4 %), toxicomanie (1,4 %), troubles de panique (0,7 %), troubles anxieux et post-traumatiques (0,3 %) enfin, les maladies neuropsychiatriques (maladie d'Alzheimer et autres démences (2,8 %), épilepsie (0,5 %), maladie de Parkinson (0,5 %), sclérose en plaques (0,2 %), et autres affections neuropsychiatriques (1,3 %)).

Aux États-Unis, les troubles mentaux sont maintenant considérés comme un des problèmes de santé les plus courants dans la population. Une étude épidémiologique réalisée à partir des données du National Comorbidity Survey (1991-1992) menée auprès de 8000 adultes âgés de 15 à 54 ans ne vivant pas en institution, révèle que près de 50 % des répondants ont rapporté avoir vécu au moins un problème de santé mentale au cours de leur vie et 30 % au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête (Kessler et al., 1994). Les troubles les plus fréquents sont les dépressions sévères, suivies des problèmes de dépendance à l'alcool, des phobies sociales et des phobies simples. L'étude révèle que 17 % des répondants auraient connu au moins un épisode de dépression majeure au cours de leur vie et 10 % au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Chaque année, c'est plus d'un adulte sur dix en âge de travailler qui serait atteint de troubles dépressifs.

Au Canada, la prévalence des troubles dépressifs semble moins élevée. Selon les données de l'Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP) de 1998-1999, basées sur les mêmes instruments de mesure que l'enquête américaine, on rapporte que seulement 4,3 % de la proportion des Canadiens de 12 ans et plus auraient vécu un épisode de dépression majeure au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête (Statistique Canada, 1999). Ces résultats indiquent une faible augmentation par rapport à l'ENSP de 1996-1997 où la proportion était de 4,1 %, et une diminution par rapport à celle de 1994-1995 qui était de 5,2 %. Notons toutefois que l'enquête américaine inclut une population d'adultes en âge de travailler (15 à 54 ans), alors que l'étude canadienne tient compte d'une population à la fois plus jeune et plus vieille, soit des personnes âgées de 12 ans et plus. Par ailleurs, une analyse plus spécifique des données canadiennes en fonction de l'âge montre que les moins de 15 ans et les plus de 54 ans sont parmi

les répondants qui présentent les taux les plus faibles avec une prévalence des troubles dépressifs évaluée à 3 % et moins.

Au Québec, l'Enquête sociale de santé (ESS) de 1998 concernant l'état de santé mentale de la population québécoise permet d'évaluer la perception qu'ont les personnes de leur état de santé mentale et de mesurer leur niveau de détresse psychologique, mais elle ne permet pas d'estimer le nombre de personnes atteintes d'un trouble mental (Légaré et al., 2000). Dans cette enquête, on estime que 8 % de la population âgée de 15 ans et plus considère son état de santé mentale moyen ou mauvais et 20 % de la population se classe parmi les personnes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique. C'est en fait une personne sur cinq au Québec qui présente un niveau de détresse psychologique élevé. De plus, ces problèmes semblent relativement persistants. En effet, 46 % des personnes qui ont un niveau élevé de détresse psychologique présentaient ces manifestations depuis plus d'un an (Légaré et al., 2000).

À la lumière de ces résultats, on constate qu'un grand nombre de personnes risquent de connaître un jour ou l'autre un problème de santé mentale. Or, la population active n'est pas à l'abri de ce phénomène. Selon un rapport récent du Bureau international du travail (BIT) sur la santé mentale en milieu de travail en Finlande, en Allemagne, en Pologne, au Royaume-Uni et aux États-Unis, les troubles mentaux, notamment les troubles dépressifs, évoluent de façon inquiétante (Gabriel & Liimatainen, 2000). Bien que dans certains pays les augmentations de ces troubles puissent être en partie reliées à l'amélioration des connaissances en matière de santé mentale, à la diminution des préjugés face à ce type de problème ainsi qu'à des changements dans le système de classification des maladies, les auteurs estiment qu'environ 20 % de la population active souffre de problèmes de santé mentale.

Dans un rapport produit par le département de la santé du Royaume-Uni en accord avec la Confédération des Industries Britanniques, on estime que 15 à 30 % des travailleurs auront eu un problème de santé mentale au cours de leur vie (Banham, 1992). Dans le même sens, une étude sur la santé de la population des habitants de la région d'Oxford réalisée auprès de 9332 personnes, qui ont accepté de répondre à un questionnaire sur leur état de santé, révèle que les problèmes de santé mentale sont la plus importante cause d'incapacité chez les adultes en âge de travailler (Stewart-Brown, 1997). La prévalence des incapacités attribuables à des problèmes de santé d'ordre émotionnel est plus grande que celle attribuable à des problèmes de santé physique. L'étude de Whitehall menée à Londres auprès de plus de 10 000 cols blancs témoigne également de l'ampleur du phénomène. En effet, les problèmes d'ordre psychiatrique représentent la deuxième cause la plus importante d'absence au travail de longue durée (plus de 21 jours) (Stansfeld et al., 1995; Stansfeld, North, White, & Marmot, 1995).

Dans une étude portant sur les réclamations d'assurances de la sécurité sociale pour des incapacités de travail de longue durée en raison d'un problème de santé mentale, Salkever et al. (2000) rapportent des augmentations de 22,7 % à 26,4 % entre 1989 et 1997 dans le secteur public. Des données d'assurances salaires dans le secteur privé montrent également que 9 % des demandes de réclamations pour des raisons d'incapacité de travail de longue durée et 13,1 % des coûts associés à ces réclamations sont liés à des problèmes de santé mentale (Health Insurance Association of America 1995, cité dans Salkever et al., 2000). Le coût d'une réclamation en invalidité long terme en raison d'un problème de santé mentale est plus élevé que pour d'autres types de maladies. De plus, les troubles mentaux sévères commencent plus tôt en âge et sont plus persistants (Rupp & Scott, 1995).

Une analyse des données d'enquêtes de santé sur l'évolution de l'incapacité de travail des Québécois en raison d'un problème de santé mentale entre 1987 et 1998 montre bien l'importance grandissante de ce phénomène (Vézina et al., 2001). En effet, la proportion des personnes de 15 ans et plus occupant un emploi qui étaient incapables de travailler pendant au moins une journée en raison d'un problème de santé mentale a presque doublé au cours de cette période, passant de 7,2 % à 13,2 %. De plus, l'analyse du nombre annuel moyen de journées d'incapacité par personne en raison d'un problème de santé a plus que triplé de 1992 à 1998, passant de 7,4 à 24,6 par 100 personnes. Enfin, au chapitre des absences de plus de 6 mois liées à des troubles psychiatriques, des compagnies d'assurance salaire rapportent des augmentations variant de 30 % à 50 % au cours de la dernière décennie (Fontaine, 1995; Ranno, 2000; Vincent, 1995).

Enfin, bien qu'il demeure difficile d'estimer les coûts directs et indirects générés par les problèmes de santé au travail, nous avons relevé quelques chiffres qui permettent de croire que ce phénomène est onéreux, et ce, en dépit des limites associées à ce type d'études qui a tendance à sous-estimer la réalité. Aux états unis, les troubles dépressifs représentent une perte annuelle d'environ 200 millions de journées de travail. Chaque année, c'est plus de 11 millions d'américains qui sont touchés par un problème de santé mentale et les coûts annuels sont estimés à près de \$44 milliards (Greenberg, Finkelstein, & Berndt E, 1995; Greenberg, Stiglin, Finkelstein, & Berndt, 1993b). Seulement pour la dépression, les coûts reliés à l'absentéisme et à la perte de productivité sont estimés à plus de \$24 milliards. En Angleterre, les coûts associés à des problèmes anxieux et dépressifs sont estimés à £4 milliards par an (Jenkins, 1993). Selon la Confédération de l'industrie britannique, les coûts annuels des absences certifiées pour anxiété et dépression représentent à eux seuls £2 milliards

(Banham, 1992). En Allemagne, les pertes annuelles causées par les arrêts de travail dus à des troubles psychiques sont estimés à plus de 5 milliards de DM (Gabriel & Liimatainen, 2000) . Au Canada, pour l'année 1998, la perte de productivité associée à la dépression et à la détresse à court terme a été évaluée à \$6 milliards. Le coût total des jours de travail perdus pour ces mêmes raisons s'élèverait à \$2,16 milliards (Stephens & Joubert, 2001).

I.2 LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Très peu d'études ont été réalisées sur la réinsertion professionnelle des travailleurs qui se sont absentes de leur travail à la suite d'un problème de santé mentale. Afin de dégager les éléments théoriques qui encadrent la réflexion sur la réinsertion professionnelle, nous avons en premier lieu exploré la littérature portant sur les cadres conceptuels en matière d'adaptation-réadaptation. Il nous est également apparu important de documenter l'étape qui précède le retour au travail, soit la phase de restauration des capacités. Par la suite, une analyse des travaux publiés sur la réinsertion professionnelle en santé mentale rend compte du caractère embryonnaire de la recherche sur ce sujet. Trois types d'études ont été analysés afin de rendre compte des avancés théoriques en matière de réinsertion professionnelle. Le premier concerne les travaux sur la réadaptation en santé mentale. Le second touche plus spécifiquement la réintégration des travailleurs souffrant d'incapacité. Enfin, le troisième porte sur la réinsertion des chômeurs de longue durée.

I.2.1 Les modèles conceptuels en réadaptation

Parmi les cadres conceptuels développés au cours des dernières années en matière d'adaptation-réadaptation pour des personnes présentant des incapacités physiques ou psychologiques, le modèle de la Classification des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) est probablement le plus connu et un de ceux qui ont été les plus discutés. La Classification Internationale des Maladies (CIM), conçue spécifiquement pour répondre aux besoins de l'approche médicale curative, devenait inadéquate pour identifier et mesurer les conséquences organiques, fonctionnelles et sociales des maladies chroniques, évolutives ou irréversibles (Badley, 1995; Fougeyrollas et al., 1996). Le modèle de la CIDIH a été développé par Philippe Wood au début des années 1980 afin de permettre une meilleure compréhension des conséquences des maladies, par l'introduction des concepts de déficience, d'incapacité et de handicap (OMS, 1981). Ce modèle identifie trois niveaux de conséquences de la maladie, soit l'extériorisation par la déficience, l'objectivation par l'incapacité et la socialisation par le handicap.

Le concept de déficience se définit comme étant « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* » (ibid :23). La déficience décrit une différence par rapport à la normalité biologique humaine, cette différence pouvant être congénitale ou résultant d'une maladie ou d'un traumatisme. Elle n'implique pas cependant que la personne soit malade.

L'incapacité réfère à « *toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* » (ibid : 24).

L'incapacité traduit donc un écart par rapport à la norme en termes d'action de l'individu, et non en fonction d'un organe ou d'un mécanisme. Elle concerne les activités considérées comme des éléments essentiels de la vie quotidienne, telles que se laver, se nourrir, marcher, interagir, etc.

Enfin, le handicap est défini comme étant « *un désavantage social pour un individu donné qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)* » (*ibid* : 25). Le handicap se définit par les « rôles de survie » considérés essentiels à la vie sociale d'un individu, et le travail fait partie de ces rôles . Une personne qui présente une capacité réduite à occuper son temps d'une façon normale compte tenu de son sexe, de son âge, de sa culture, tel poursuivre une activité professionnelle, est considérée désavantagée par rapport à ses pairs. Les rôles de survie incluent également la nécessité d'avoir une activité socioéconomique et de maintenir son indépendance grâce au travail ou à l'exploitation de ses biens. On peut voir que l'interaction individu/environnement est abordée sous l'angle des caractéristiques personnelles (déficience ou incapacité) en relation avec les attentes du milieu (exercer un travail).

Chacun de ces concepts est divisé en grandes catégories dans les nomenclatures. Ce modèle conceptuel est illustré par une relation linéaire où chacun des concepts est relié à l'autre par une flèche (déficience → incapacité → handicap) sous-entendant ainsi un lien causal et une progression unidirectionnelle dans le temps. Selon Badley (1995), la séquence linéaire du modèle est une source considérable de controverse et d'incompréhension. Cette confusion tient au fait que la déficience et l'incapacité (capacité fonctionnelle) ne

sont pas les seuls facteurs contribuant à la production du handicap. Pour Thuriaux (1995), cette linéarité du modèle de Wood contribue à médicaliser l'invalidité.

Dans ce modèle, ce sont les conséquences des atteintes organiques et des incapacités qui constituent les composantes du handicap. Le handicap est traité comme un phénomène social déterminé par les attentes du milieu. L'attention est portée sur la personne qui présente des différences corporelles et fonctionnelles et sur son échec à se conformer aux normes sociales courantes. L'environnement est abordé sur un plan secondaire à travers lequel les déficiences peuvent causer des handicaps (Badley, 1995; Fougeyrollas, 1993).

Or, de nombreux experts ont considéré l'importance d'évaluer les facteurs environnementaux qui interagissent avec les caractéristiques fonctionnelles de la personne (Fougeyrollas, 1993). Minaire (1992) élargit le concept de handicap à la notion de « handicap de situation ». Dans cette perspective, le handicap est déterminé par la confrontation entre l'incapacité fonctionnelle présentée par un individu et les situations rencontrées dans la vie quotidienne. En reliant le handicap au quotidien, Minaire définit le handicap en fonction des situations que rencontre l'individu. Il fait une distinction entre les macrosituations, telles l'exercice d'une profession ou aller à l'école, et les microsituations, telles que monter une marche, tourner une poignée, ou encore, appuyer sur un bouton. Ainsi, le handicap n'est plus uniquement le fait des personnes reconnues handicapées mais bien celui de toute une population, rendant tout un chacun susceptible d'être confronté à des situations handicapantes (Hamonet, 1990). « *Le handicap ainsi envisagé n'est pas une constante mais une variable dépendante de situations sociales vécues par le sujet* » (Minaire, 1983 : 37). L'accent est mis sur la situation génératrice de handicap et non pas sur la personne porteuse d'une anomalie.

En raison des difficultés rencontrées dans l'application du concept de handicap, le Comité québécois de la classification des déficiences, des incapacités et des handicaps (CQCIDIH) s'est vu confier le mandat de proposer une révision de la définition du concept de handicap et de sa classification (Fougeyrollas, Majeau & Tremblay, 1993). La révision de la CIDIH s'est située dans une perspective contemporaine dans le but de parfaire les interventions médicales (maladies et déficiences) et d'adaptation-réadaptation (incapacité) par un instrument utile à la compréhension d'un phénomène de société.

En 1991, le CQCIDIH présente un nouveau modèle du processus de production du handicap. Ce modèle interactif propose une nouvelle conceptualisation du handicap avec une nomenclature des habitudes de vie et des facteurs environnementaux (Fougeyrollas et al., 1993). Le handicap est considéré comme le résultat situationnel d'un processus interactif entre les caractéristiques individuelles des déficiences et incapacités et les obstacles découlant des facteurs environnementaux qui produisent des situations de handicap dans les habitudes de vie. Les « habitudes de vie » sont celles qui assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. Ce sont les activités quotidiennes et domestiques ainsi que les rôles sociaux valorisés par le contexte socioculturel pour une personne selon son âge, son sexe et son identité sociale. « Travailler » fait donc partie des rôles sociaux valorisés et ainsi relève de la nomenclature des habitudes de vie. Les « facteurs environnementaux » comprennent l'ensemble des dimensions sociales, culturelles et écologiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. Ils constituent des obstacles lorsqu'en entrant en interaction avec les déficiences ou incapacités d'une personne, ils créent une situation de handicap dans les habitudes de vie (Fougeyrollas et al., 1993). Appliqué au travail, par exemple, les attitudes de l'employeur et des collègues, la disponibilité d'une adaptation à

l'organisation des tâches, l'organisation de services de formation professionnelle et les lois reliées au travail sont des dimensions de l'environnement qui concerne le contexte ou le milieu de travail.

Malgré l'apport considérable des travaux du CQCIDIH dans la révision de la CIDIH, certaines limites ont été identifiées au regard des problèmes de santé mentale. Dans le modèle proposé, l'incapacité est directement liée à la présence d'une déficience. Or, le concept de déficience prête à confusion lorsqu'il s'agit de problèmes de santé mentale. En effet, les problèmes de santé mentale ne sont pas nécessairement caractérisés par la présence d'une déficience ou d'une maladie décelable par une atteinte de l'organisme ou du psychisme (Üstün et al., 1995). Dans plusieurs cas, c'est l'incapacité d'accomplir certaines activités ou fonctions dans la société qui déterminera la présence du problème.

Suite au processus de consultation et aux préoccupations des milieux d'intervention auprès de certains groupes de personnes, des modifications ont été apportées au modèle. En 1996, le CQCIDIH proposa un nouveau modèle qui intègre, notamment, les notions de déficiences et d'incapacités au sein d'une même dimension appelé « facteurs personnels » (Fougeyrollas et al., 1996). Cette nouvelle version permet de considérer l'impact des incapacités se manifestant sur le plan intellectuel ou du comportement sans étiologie reconnue ou manifeste sur le plan organique. Toutefois, il faudra attendre la version de 1998 (figure 1) pour voir se transformer le lien unidirectionnel entre les notions de systèmes organiques (intégrité - déficience) et aptitudes (capacités - incapacités) au sein des facteurs personnels par un lien bidirectionnel (Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, & St-Michel, 1998).

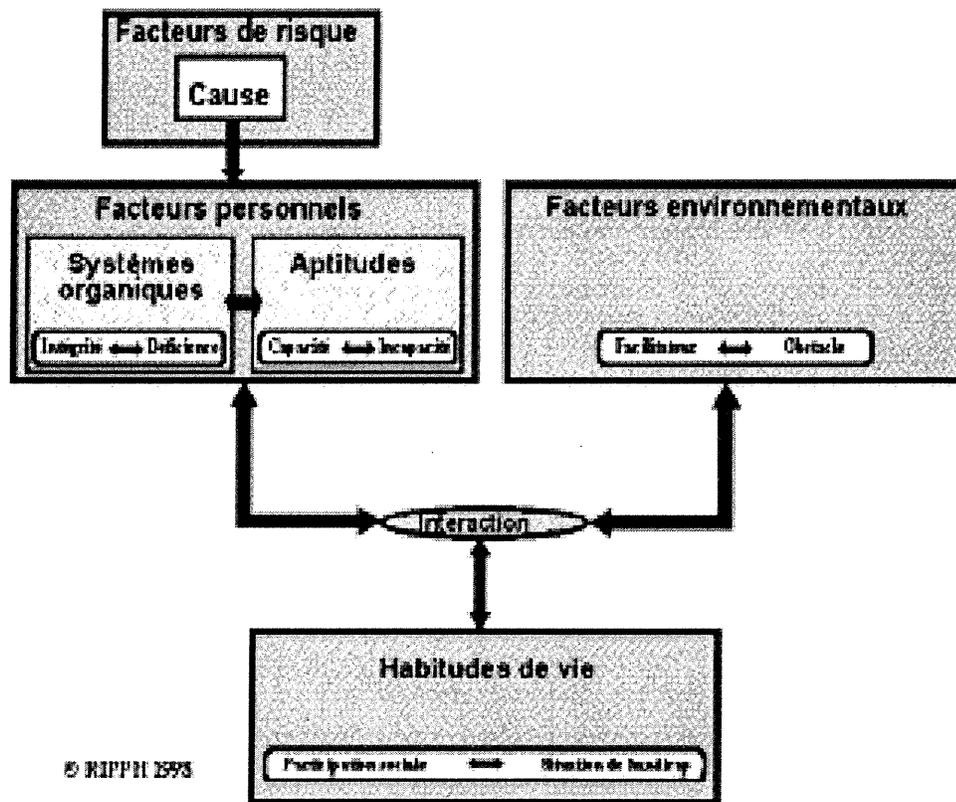


Figure 1 Processus de production du handicap : modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne (RIPPH/SCCIDIH 1998)

Récemment, l'OMS (2001) a publié la nouvelle Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Alimentée par les travaux du CQCIDIH et de SCCIDIH, la CIF propose sa nouvelle vision du handicap qui prend maintenant en compte les aspects sociaux du handicap. Cette classification comprend différentes composantes qui incluent les fonctions organiques et les structures anatomiques, les activités et participation, les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. La CIF ne modélise pas le processus du fonctionnement et du handicap. Elle fournit les blocs que les utilisateurs peuvent assembler pour construire des modèles et étudier différents aspects du processus. Par contre, elle présente un diagramme qui permet de mieux visualiser la compréhension que les utilisateurs ont des interactions entre ces diverses composantes (figure 2).

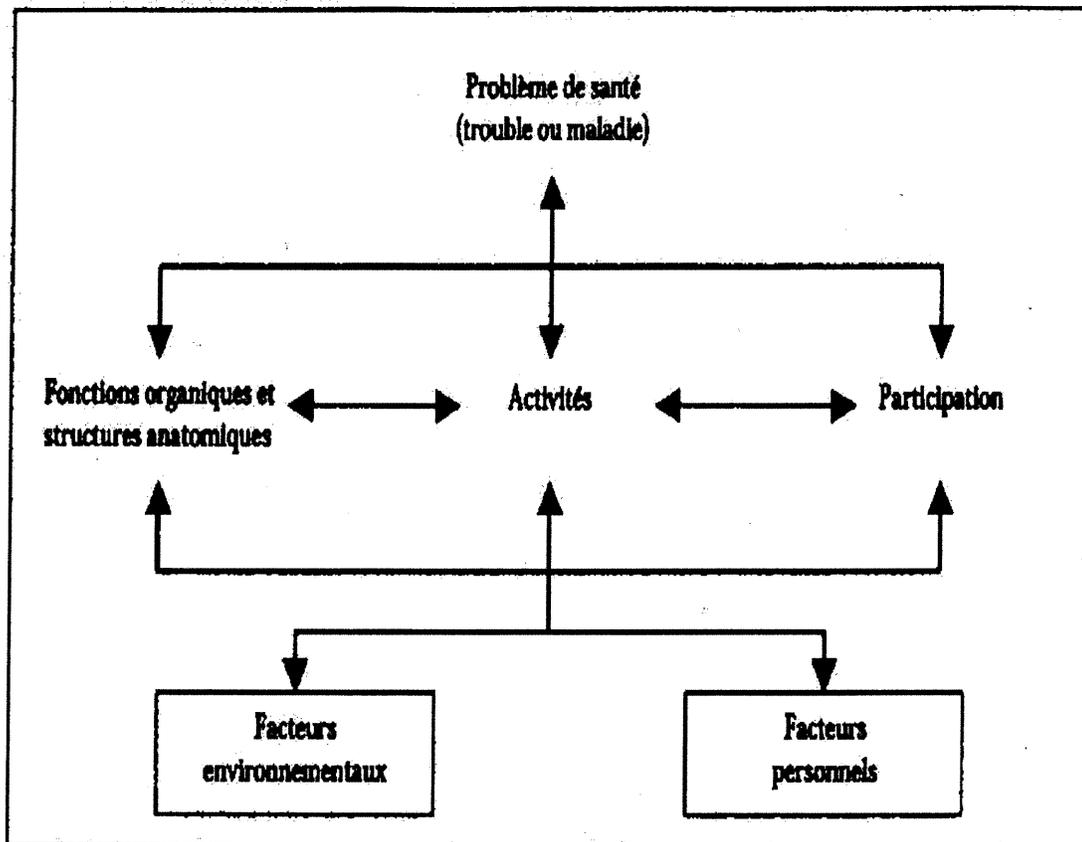


Figure 2. Interaction entre les composantes de la CIF

Ce modèle est présenté pour mieux illustrer les interactions multiples qui existent entre les composantes. Mais selon la CIF, d'autres représentations sont possibles selon les besoins des utilisateurs. De plus, l'interprétation des interactions entre différentes composantes peuvent également varier.

Par ailleurs, plusieurs théories en ergothérapie se sont appuyées sur les théories traditionnelles de l'occupation pour les adapter aux besoins des personnes présentant des incapacités physiques ou psychologiques (Dobren, 1995; Livneh, 1987). Certains de ces modèles se sont construits à partir des théories de l'ajustement personne-environnement (Dawis, 1987). Toutefois, la plupart des théories sur les comportements « vocationnels » pour les personnes présentant des incapacités physiques ou psychologiques ont eu tendance à se centrer sur la capacité des personnes à s'ajuster aux exigences du travail en omettant de considérer les variables reliées au contexte (Dobren, 1995; Vondracek, 1987). Selon Pervin (1987), le débat sur l'ajustement personne-environnement ne sera pas résolu tant qu'une révision conceptuelle ne sera pas effectuée. Il propose d'ouvrir vers un modèle qui tienne compte de la complexité et du caractère dynamique de la relation personne-environnement.

L'approche écologique du développement humain, notamment élaboré par Bronfenbrenner (1977; 1979), a grandement contribué à l'enrichissement des modèles théoriques qui sous-tendent les pratiques en réadaptation.

« The ecology of human development is the scientific study of the progressive, mutual accommodation, throughout the life span, between a growing human organism and the changing immediate environments in which it lives, as this process is affected by relations obtaining within and between these immediate settings, as well as the larger social contexts, both formal and informal, in which settings are embedded. »
(Bronfenbrenner, 1977 : 514)

Bronfenbrenner (1977; 1979) fait état de l'interdépendance des systèmes et de la nécessité d'intégrer chacune des dimensions pour appréhender la complexité de la situation. Il fait référence au concept de « validité écologique » pour rendre compte de la nécessité d'ancrer toute recherche au sein même du

contexte dans lequel le phénomène apparaît. Il souligne également l'importance de l'expérience subjective dans l'analyse du handicap et des difficultés à rendre compte d'un processus hautement interactif essentiellement par une évaluation objective de la situation.

Selon Dunn, Brown et McGuignan (1994), l'approche écologique du développement humain s'inscrit dans une perspective phénoménologique. Les liens qui existent entre la personne et l'environnement ou le contexte ne peuvent être interprétés en dehors du sens que la personne en donne. Gibson (1986 dans Dunn et al., 1994) va dans le même sens en affirmant que l'environnement est à la fois phénoménologique et physique et que la personne perçoit les objets de l'environnement en fonction des avantages qui lui sont offerts.

Au cours des dernières décennies, plusieurs auteurs ont évolué vers des modèles conceptuels interactifs et dynamiques qui intègrent les variables environnementales tout en conservant un cadre théorique adapté aux besoins d'évaluation spécifique des personnes présentant des incapacités physiques ou psychologiques (Cotone & Emener, 1990; Dobren, 1995; Dunn et al., 1994). Au Canada, le modèle du rendement occupationnel a servi de base théorique à l'élaboration des lignes directrices de l'intervention en ergothérapie (Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), 1986). Ce modèle, ancré dans la philosophie de l'approche écologique du développement humain, se compose de trois grandes sphères imbriquées l'une dans l'autre. La première comprend les dimensions du rendement occupationnel qui intègre les caractéristiques physiques, psychiques, socioculturelles et spirituelles; la seconde concerne les domaines de l'activité qui touchent aux soins personnels, au travail et aux loisirs; enfin la troisième comprend l'environnement qui englobe le milieu physique, culturel et social. La personne est vue dans une perspective holistique à travers

un système où chacune de ces composantes sont intégrées les unes aux autres et ne peuvent être interprétées isolément .

Selon certains auteurs, la perspective holistique du modèle du rendement occupationnel par l'intégration de l'influence réciproque de la personne avec l'environnement serait en consonance avec la conceptualisation interactive du rapport individu-environnement qui est proposé dans le modèle de la CQCIDIH (Émond & Mercier, 1996). De plus, la définition de l'environnement de la CQCIDIH rejoint celle proposé par le modèle du rendement occupationnel. Toutefois, selon Gauthier (1996), la schématisation concentrique du modèle du rendement occupationnel permettrait de mieux rendre du concept unificateur entre l'individu et chacune des parties, alors que la schématisation du modèle de la CQCIDIH (version de 1991), en est une de type causal où on peut observer les liens entre les multiples parties. Par ailleurs, la dernière version du modèle de la CIDIH proposé par le RIPPH/SCCIDIH (Fougeyrollas et al., 1998), permet de pallier à cette lacune par l'ajout de liens allant dans les deux sens, montrant ainsi plus clairement le caractère dynamique du processus interactif. Mais selon Gauthier (1996), il ne faut pas confondre les objectifs de classification qui régissent le modèle de la CQCIDIH avec ceux de l'intervention qui sous-tendent le modèle du rendement occupationnel.

S'appuyant sur le modèle du rendement occupationnel en ergothérapie, Law et al. (1996) présente un modèle qui tient compte à la fois du caractère dynamique de la relation personne-environnement-occupation et de son évolution dans le temps. La *personne* est définie dans une perspective holistique où elle est vue comme une entité qui intègre à la fois l'esprit, le corps et les qualités spirituelles. Ce modèle suppose que la personne est dynamique, motivée, en constant développement et toujours en interaction avec l'environnement.

L'*environnement* réfère au contexte dans lequel la personne s'inscrit et tient compte des dimensions culturelles, socio-économiques, institutionnelles, physiques et sociales telles que définies dans le modèle du rendement occupationnel. L'environnement influence le comportement de la personne, et en retour, est influencé par le comportement de la personne. Vue dans une perspective dynamique, l'environnement peut avoir un effet facilitant ou encore contraignant sur le rendement occupationnel. Il est également considéré comme étant davantage modifiable que la personne. L'*occupation* réfère à l'ensemble des activités et des tâches dans laquelle une personne s'investit pour répondre à ses besoins d'autonomie et d'épanouissement. Le *rendement occupationnel* est le résultat de la transaction personne-environnement-occupation, constamment renégociée, selon un processus dynamique qui varie en fonction du temps.

Le modèle proposé par les auteurs suppose que les trois composantes (personnel, environnement, occupation) interagissent continuellement dans le temps et l'espace, montrant ainsi comment leur congruence peut augmenter ou diminuer selon la situation. Chacune des composantes recouvre ou s'ajuste harmonieusement à l'autre selon le cas, traduisant ainsi un rendement occupationnel plus ou moins optimal, selon son évolution dans le temps. Cette schématisation permet de rendre compte d'un phénomène complexe qui intègre à la fois le caractère dynamique et changeant du processus de réadaptation en fonction du temps. Ainsi, nous retenons particulièrement cette schématisation du modèle de Law et al. (1996) permettant de rendre compte d'un phénomène complexe qui intègre à la fois le caractère dynamique et changeant du processus en fonction du temps.

1.2.2 La phase de restauration des capacités

La réadaptation couvre principalement le champ des conséquences de la maladie, surtout en ce qui concerne les troubles chroniques, évolutifs et irréversibles. Le processus de rétablissement de la santé et de restauration des capacités, qui comprend les activités curatives, est souvent considéré comme étant une étape qui précède celle de la réadaptation. Pourtant, cette étape nous semble être une dimension charnière dans le processus de réadaptation et de réinsertion professionnelle. Il nous est donc apparu important de documenter cette dimension généralement prise pour acquise dans les travaux portant sur la réinsertion professionnelle.

Plusieurs auteurs font référence à la nécessité d'une phase de « rétablissement » avant d'entreprendre toute activité de réadaptation (Deegan, 1988). Les personnes ayant des problèmes importants de santé mentale ne peuvent profiter d'un programme de réadaptation sans d'abord passer par un processus de rétablissement afin de reconstruire leur intégrité et leur détermination face à leur avenir. Le repos constitue le premier investissement de temps dans la phase de restauration. C'est également à cette étape que les personnes ont recours à des traitements ou à des services d'aide.

Deux types d'intervention sont habituellement privilégiés dans le traitement des problèmes de santé mentale, soit le traitement pharmacologique et les approches de type psychothérapique. La durée de ces traitements serait reconnue comme étant un facteur prédictif de la capacité de retour au travail des individus (Leblanc & Dumont, 1996; Mintz, Mintz, Arruda, & Hwang, 1992). L'approche pharmacologique est solidement implantée dans le traitement des troubles de l'humeur (Landry & Cournoyer, 1996). L'avancement des

connaissances sur les mécanismes neurobiologiques a entraîné la mise au point de nouveaux médicaments qui permettent de corriger certains déficits en santé mentale (Leblanc & Dumont, 1996). Selon Morin (1985), l'absence de médication vient semer le doute sur la gravité de la maladie et peut être une source de contestation du problème de santé et de ses conséquences en termes d'incapacité de travail. Cette primauté accordée à la médication s'inscrit dans ce que Evans et Stoddart (1996) ont décrit comme un modèle d'interaction simple entre la santé et le système de soins. Le système de soins diagnostique la maladie et réagit par des traitements.

Plusieurs auteurs ont également confirmé la nécessité et l'importance des approches de type psychothérapique dans le traitement des problèmes de santé mentale (Beckham & Leber, 1985). Bernier (1994) fait référence au modèle de Schlenker pour décrire le besoin qu'ont les personnes de construire et de maintenir des images identitaires désirables. L'incapacité de travail pour un problème de santé mentale risque de menacer ces images pour lesquelles la personne devra être rassurée, comprise et renforcée. L'estime de soi et la confiance en sa propre valeur ainsi que le sentiment de contrôle face à son avenir peuvent être des variables déterminantes de l'état de santé d'une personne (House, Landis, & Umberson, 1988; Sapolsky, 1990). La psychothérapie peut aider la personne à se resituer face à son avenir et à retrouver une meilleure estime de soi (Leblanc & Dumont, 1996). L'efficacité de la psychothérapie a été démontrée, notamment dans le travail de recadrage des événements qui ont contribué à la perturbation de l'état de santé, afin d'accroître la capacité de la personne à relativiser l'importance de ces événements sur sa vie.

Qu'il s'agisse de l'approche pharmacologique ou psychothérapique, on est toujours dans des approches centrées sur l'individu, lesquelles présentent plusieurs limites lorsque le problème origine de l'environnement (Vézina, 1995). Dans ce type d'approche « *on a tendance à ignorer et même parfois à nier carrément l'influence pathogène des conditions de travail et, par ailleurs, à ne pas permettre une réadaptation progressive du malade dans son milieu suivant ses capacités* » (Morin, 1985 : 804). De plus, les principaux services d'aide offerts en milieu de travail par les entreprises fonctionnent essentiellement sur un mode d'intervention clinique de relation d'aide individuelle. Les stratégies d'intervention utilisées visent le développement des habiletés individuelles en vue d'une meilleure adaptation aux exigences du milieu. L'analyse et le traitement des problèmes réfèrent rarement aux conditions de travail (Rhéaume, 1992).

Selon Maslach et al. (2001), il est surprenant de constater que la grande majorité des interventions mises en place pour contrer l'épuisement professionnel s'adresse à l'individu alors que les recherches ont montré que les facteurs organisationnels jouent un plus grand rôle que les facteurs individuels. Pourtant, on sait en santé au travail que la réintégration professionnelle des travailleurs victimes de lésions professionnelle ne peut être envisagée sans tenir compte des caractéristiques de l'emploi et des facteurs organisationnels (Baril & Berthelette, 2000; Baril, Martin, Lapointe, & Massicote, 1994). Aussi, ces mêmes principes devraient s'appliquer aux problèmes de santé mentale reliés au travail.

Par ailleurs, les modes de gestion de l'absence au travail influencent également le processus de restauration des capacités. Lorsqu'il s'agit d'un congé de maladie, la durée de l'arrêt de travail est habituellement balisée par des normes en fonction du type de diagnostic (Morin, 1985). Selon Bernier (1994), la prolongation d'un congé de maladie au-delà des normes administratives va

souvent occasionner une contre-expertise et, parfois, il y aura contestation de l'incapacité de travail par l'employeur ou le tiers payant (compagnie d'assurances, etc.). Cette contestation est d'autant plus importante pour les problèmes de santé qui ne s'accompagnent pas de déficiences organiques objectivables. Certaines personnes ont connu des difficultés pour l'obtention d'un congé ou son prolongement, ce qui a eu pour effet de précipiter le retour au travail et de retarder le processus de récupération.

Selon Baril et al. (1994) le processus de contestation de l'incapacité de travail est vécu comme un processus de dépersonnalisation. Cette expérience est toujours très difficile et parfois désastreuse, même lorsque les travailleurs ont gain de cause. Elle accentue chez certains le découragement et porte atteinte à la recherche active de solutions. Selon Morin (1985), dans un contexte dépersonnalisé, les cas litigieux sont traités sans nuance et cette approche entraîne une attitude d'indifférence face à la complexité des situations à l'origine des problèmes de santé.

Par ailleurs, plus la durée de l'invalidité se prolonge, plus les chances de reprendre le travail diminuent (Laurier & Barette, 1996). Le nombre d'épisodes antérieurs demeure également un important prédicteur du retour au travail. Ainsi, l'état de santé, la durée et la gestion médico-administrative de l'absence peuvent jouer un rôle sur le processus de réinsertion professionnelle.

I.2.3 La réinsertion professionnelle des personnes qui ont un problème de santé mentale

La majorité des études recensées sur la réinsertion professionnelle en santé mentale concernent des personnes présentant des troubles mentaux sévères et persistants (telle la schizophrénie) et dont la trajectoire de vie est généralement marquée par un handicap sévère à l'emploi (Ahrens, Frey, & Senn Burke, 1999; Arveiller & Bonnet, 1991; Jacobs, Wissusik, Collier, Stackman, & Burkeman, 1992; Kirsh, 1996; Kirsh, 2000; Latimer, Lecomte, & Ouadahi, 2001; Lauzon & Charbonneau, 2000; Marrone, Gandolfo, Gold, & Hoff, 1998; Rebeiro, 1999; Scheid & Anderson, 1995).

Plusieurs travaux montrent que le travail demeure un point d'ancrage privilégié pour la réadaptation sociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux (Latimer et al., 2001; Lauzon & Charbonneau, 2000; Mercier et al., 1999; Scheid & Anderson, 1995). Mais, malgré le fait que l'insertion professionnelle semble être une des activités les plus valorisées dans le champ de la réadaptation en santé mentale, la grande majorité des personnes qui présentent des troubles mentaux sévères et persistants demeurent exclues du monde du travail. Dans l'ensemble des études répertoriées, on estime que de 75 à 90 % des personnes atteintes de troubles mentaux sévères et persistants seraient sans emploi (Ahrens et al., 1999; Jacobs et al., 1992; Kirsh, 1996; Latimer et al., 2001; Lauzon & Charbonneau, 2000; Marrone et al., 1998; Scheid & Anderson, 1995). Pourtant, des études ont montré que la plupart de ces personnes désirent travailler (Becker, Debout, & Drake, 1998) ne serai-ce qu'au salaire minimum (Arveiller & Bonnet, 1991).

Scheid et Anderson (1995) soulignent également qu'en plus de ne pas être nombreuses à être sur le marché du travail, la grande majorité des emplois occupés par ces personnes sont de type protégé ou transitoire. Or, ces cheminements particuliers mènent très rarement à un emploi régulier. Des travaux ont également montré que moins de 15 % des personnes ayant des troubles psychiatriques occupent des emplois compétitifs (Blankertz & Robinson, 1996). Comparés à d'autres types d'incapacité, les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants présenteraient le taux de succès en réadaptation professionnelle le plus faible (Andrews et al., 1992). Obtenir un emploi demeure un processus difficile, mais réussir à se maintenir en emploi semble être un défi tout aussi ardu. Jacobs et al. (1992) rapportent que seulement 10 % à 15 % des personnes qui obtiennent un emploi sont encore en poste après 1 à 5 ans.

Face aux difficultés d'intégration au marché du travail, plusieurs des études recensées en réadaptation ont porté sur les obstacles à l'insertion professionnelle. Des études révèlent que les personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie ou associé à des troubles psychotiques ont un profil plus négatif d'insertion en emploi (Fabian, 1992; Jacobs et al., 1992). Jacobs et al. (1992) rapportent également que ceux qui ont une expérience de travail et ce, en dépit du type de diagnostic, ont plus de chance d'obtenir un emploi. Selon Regenold, Sherman et Fenzel (1999) plus les personnes ont un sentiment élevé d'efficacité, plus elles ont de chances de se trouver un emploi. Aussi, les auteurs proposent d'intervenir pour améliorer le « *self-efficacy* » des personnes. En fait, on observe généralement que l'état de santé, le type de diagnostic, le manque de confiance qu'elles ont en leur capacité fonctionnelle souvent allié à un faible niveau de scolarité, peu d'antécédents de travail et une faible estime de soi sont des caractéristiques individuelles qui font obstacles l'intégration en emploi (Mercier et al., 1999).

Dans ces études, l'individu, en fonction de ses capacités et de ses incapacités, demeure au centre de l'analyse. L'attention est portée sur les facteurs personnels qui influencent le succès de l'insertion plus ou moins durable sur le marché du travail. Selon Kirsh (2000) la valeur prédictive des indicateurs cliniques basés sur les facteurs individuels en regard du succès de la réintégration professionnelle serait jusqu'à maintenant discutable. Le faible succès des programmes d'intégration en emploi et les résultats souvent inconsistants qui ressortent des études recensées, suggèrent que d'autres facteurs doivent être considérés pour comprendre ce phénomène.

Au cours de la dernière décennie, de nouvelles avenues ont été explorés en matière d'intégration en emploi. Des programmes axés sur l'approche du « supported employment » ont été développés (Banks, Charleston, Grossi Teresa, & Mank, 2001; Bond et al., 2001; Bond, Drake, Mueser, & Becker, 1997). Ces programmes favorisent l'intégration en emploi des personnes sur le marché du travail régulier. Ces programmes de soutien à l'emploi ont été conçu dans le but de pallier aux inconvénients des emplois de type protégé, ou encore, aux emplois transitoires qui obligent les personnes à devoir recommencer leur processus d'intégration après quelques mois. Ce type d'approche préconise, idéalement, une évaluation en continue des capacités de travail de la personne et un soutien en emploi aussi longtemps que nécessaire. Selon Tessier et Clément (1992), le concept de soutien vient redéfinir les éléments qui doivent être considérés pour assurer le succès de la réadaptation au travail. Dans cette perspective, les obstacles à l'insertion en emploi ne sont plus seulement centrées sur les facteurs personnels mais également sur la nature du soutien offert aux personnes pour les aider à choisir un emploi approprié ainsi qu'à l'adéquation du système de soutien ancré sur la réalité du terrain.

À la lumière de ces écrits, on constate une évolution des programmes d'intégration en emploi vers des modèles qui impliquent le soutien des personnes dans leur milieu de vie. Toutefois, la grande majorité des études que nous avons répertoriées portaient plus sur les obstacles à l'insertion professionnelle que sur la réinsertion professionnelle. Les études portant sur la réinsertion professionnelle en santé mentale d'une population intégrée au marché du travail, en lien d'emploi, demeurent pratiquement inexistantes.

1.2.4 La réinsertion professionnelle des travailleurs souffrant d'incapacité

La santé au travail a connu un essor considérable au cours du dernier siècle, tant au plan de la reconnaissance de nouvelles maladies professionnelles que dans le développement d'approches préventives et de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Malgré ces avancées, Baril et Berthelette (2000) considèrent que les études sur la réinsertion des travailleurs sont demeurées à un stade embryonnaires. Le nombre d'études a progressé, mais elles demeurent essentiellement centrées sur les aspects de la prise en charge médicale. Or, il est de plus en plus reconnu que la réinsertion professionnelle doit être analysée comme un fait social qui dépasse largement le monde médical.

Les observations de Shrey et Olsheski (1992) sur les programmes de réadaptation aux États-Unis vont dans le même sens. Ces auteurs constatent que la grande majorité des programmes de réadaptation demeure essentiellement centrée sur l'individu. Très peu d'études considèrent le rôle du milieu de travail sur l'issue de la réadaptation (Baldwin, Johnson, & Butler, 1996; Butler, Johnson, & Baldwin, 1995). Selon Durand et Loisel (2001), ce n'est que depuis quelques années que l'on est en mesure de s'appuyer sur un ensemble de données

probantes qui permettent de considérer l'efficacité des programmes de réadaptation professionnelle qui considèrent la personne et son environnement de travail.

Au Québec, l'étude de Baril et al. (1994) sur la réinsertion sociale et professionnelle de travailleurs en réadaptation nous offre un éclairage intéressant sur les facteurs à considérer dans la compréhension de ce processus. L'analyse des caractéristiques médico-administratives, individuelles et contextuelles a mené à la conclusion que les variables relatives au contexte de l'entreprise (taille de l'entreprise, présence d'un syndicat, procédures de contestation de l'absence) et au type d'intervention (mesures d'adaptation, réorientation professionnelle, etc.) apparaissent comme significativement liés à l'issue du processus de réinsertion, contrairement aux variables relatives à l'individu (sexe, âge, ancienneté, salaire annuel, pourcentage du déficit, siège de la lésion). Selon ces auteurs, l'attention portée aux variables individuelles dans les recherches sur les aspects psychosociaux de la réadaptation laisse de côté le milieu de travail comme facteur essentiel dans le processus de réinsertion professionnelle.

Les travaux de Baril et al. (1994) ont également donné lieu à la construction d'un modèle d'analyse du processus de réinsertion professionnelle. Les auteurs ont montré que les conditions qui entourent les trajectoires médicales, administrative et légale sont importantes à prendre en compte. Le parcours médical du travailleur, son parcours face à l'emploi, son itinéraire personnel et social doivent également être considérés pour comprendre le phénomène de la réinsertion professionnelle.

Plus récemment, Baril et Berthelette (2000) ont réalisé une étude exhaustive sur les caractéristiques organisationnelles des entreprises susceptibles d'être associées au maintien du lien d'emploi des travailleuses et travailleurs victimes de lésions professionnelles. Cette étude fait suite à l'implantation en 1993 d'une politique de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) visant à favoriser le retour au travail, chez leur même employeur, des travailleuses et travailleurs souffrant de lésions professionnelles. Cette étude a été menée à partir de 13 728 cas de lésions professionnelles inscrits à la CSST dans quatre directions régionales entre le mois de janvier 1994 et mai 1997. Les auteurs avaient comme objectif de développer un cadre conceptuel et un modèle théorique des déterminants organisationnels à l'implantation d'interventions de retour au travail par des entreprises, à l'intention des travailleurs victimes de lésions professionnelles.

Deux méthodologies ont été utilisées. D'une part, une méthode de type quantitative basée sur l'analyse statistique de l'ensemble des cas répertoriés ainsi que sur la base des regroupements des données par classes homogènes. D'autre part, une méthode de type qualitative basée sur 16 études de cas en profondeur à l'aide d'entrevues semi-dirigées. Les entreprises sélectionnées ont été appariées en fonction de la présence ou de l'absence de mesures de maintien du lien d'emploi. Des entrevues ont également été menées auprès de groupes d'intervenants de la CSST.

Au total, 2 933 cas ont fait l'objet de mesures de maintien en emploi, soit 21,4 % des dossiers enregistrés. L'assignation temporaire caractérise 90 % des dossiers qui ont fait l'objet de mesures. Les résultats des analyses statistiques révèlent des variations entre des entreprises de secteurs et de tailles différentes, et révèlent également, des variations à l'intérieure d'une même entreprise. On

observe, notamment, que l'application de mesures de maintien du lien d'emploi est plus fréquente dans les grandes entreprises, auprès des femmes, lorsqu'il s'agit de lésions des membres supérieurs ou d'inflammations et suite à des absences relativement courtes (entre 0 et 44 jours) ou de plus longue durée (entre 183 et 365 jours). Les rechutes sont également associées à la présence de mesures. D'autre part, les petites entreprises, les employés non-manuels et ceux dont la durée d'absence est relativement courte (entre 45 et 90 jours), sont plus susceptibles de ne pas avoir de mesures de maintien en emploi.

Les résultats des analyses qualitatives permettent d'aller plus loin dans la compréhension du phénomène. Les données d'entrevues permettent de rendre compte des variations inter et intra entreprises. Des variations inter entreprises ont été observées en fonction de la formalisation et de la standardisation des procédures en matière de maintien en emploi. Certaines entreprises ont défini leur politique d'assignation temporaire allant jusqu'à établir une démarche systématique d'évaluation de l'adéquation entre les limitations fonctionnelles de la personne, ses qualifications professionnelles et sociales d'une part et les exigences du poste proposé en assignation temporaire, alors que d'autres entreprises n'ont aucune politique. Certaines entreprises vont même jusqu'à intégrer des notions d'utilité et de contribution à la production dans leur critère d'assignation de poste. Ces différentes dimensions semblent entièrement traversées par les valeurs et la culture de l'entreprise. L'assignation temporaire caractérise 90 % des dossiers qui ont fait l'objet de mesures. Ainsi :

« ...une culture de contrôle opposée à une culture de support accordé au travailleur, semble s'exprimer à travers les valeurs et les attitudes exprimées à l'égard du travailleur, de sa lésion et de son retour au travail et de comportements relatifs au recours à des expertises médicales et à la contestation » (*ibid* : 21).

Les attitudes et les valeurs de la personne responsable du dossier de la réinsertion professionnelle semblent déterminantes dans l'issue du processus. De même, les valeurs des hauts dirigeants et le nombre de ressources qu'ils accordent aux interventions peuvent moduler la capacité d'action des responsables de la gestion des dossiers de réinsertion professionnelle. L'attitude des supérieurs et des contremaîtres aura également un impact majeur sur le niveau de communication entre les acteurs ainsi que sur la flexibilité des assignations de postes. L'attitude des collègues aurait également un rôle crucial et elle serait grandement médiatisée par le climat organisationnel et la perception de la gravité des lésions.

Plusieurs facteurs associés à la structure organisationnelle et à l'organisation du travail ont également été observés. Le fait que les grandes entreprises soient plus susceptibles d'implanter des mesures de maintien en emploi semble être dû au nombre plus élevé de ressources humaines assignées à des activités de santé et de sécurité au travail, à la présence de structures formelles de santé et sécurité, à la formalisation et à la standardisation des procédures, à l'accès à des ressources externes et au plus grand nombre de postes disponibles. À contrario, les entreprises qui éprouvent des difficultés financières, notamment suite à des mises à pied, ont plus de difficultés dans l'application des mesures de maintien en emploi. La présence d'un syndicat protégerait les travailleurs de mesures discriminatoires, par contre, elle ferait souvent obstacle à la « réaffectation » des travailleurs, notamment, lors de l'application des clauses d'ancienneté et lors de relations patronales/syndicales conflictuelles. Enfin, la présence d'un comité de santé au travail et les règles de paritarisme qui le régit faciliteraient l'implantation de mesures. Par ailleurs, les organisations du travail caractérisées par une forte spécialisation, des exigences physiques élevées, le recours à la sous-traitance et la présence de statuts

d'emplois précaires auraient une incidence négative sur la flexibilité de l'assignation temporaire.

L'étude de Baril et Berthelette (2000) est une des premières études à rendre compte de l'étendue des facteurs organisationnels impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle. Cette étude approfondie a permis d'identifier plusieurs dimensions à considérer dans l'analyse du processus de réinsertion professionnelle. L'interdépendance des relations entre les variables témoigne également du caractère complexe du phénomène.

Par ailleurs, face aux échecs de la réintégration au travail des travailleurs accidentés qui présentent des incapacités prolongées, un nouveau type d'intervention appelé le « Retour Thérapeutique au Travail » (RTT) a été développé au cours des dernières années (Durand, Loisel, & Durand, 1998). Le retour thérapeutique consiste en un retour progressif du travailleur à son poste régulier ou dans un poste semblable avec des tâches allégées qui sont progressivement augmentées en fonction des capacités du travailleur. L'originalité de cette intervention repose sur sa capacité à créer une interface entre le domaine clinique de la réadaptation et celui du milieu réel de travail. L'intervention réalisée en milieu de travail est organisée sur la base d'actions concertées impliquant une équipe multidisciplinaire composée d'un ergothérapeute, d'un psychologue, d'un éducateur physique et d'un médecin spécialiste qui travaillent de concert avec le travailleur, son médecin traitant, le responsable du service de santé et sécurité, le conseiller en réadaptation et l'employeur. L'ancrage dans le milieu naturel de travail permet de prendre en compte les comportements spécifiques commandés par l'environnement de travail et ainsi en tenir compte dans le processus de réadaptation. Selon Durand et al. (1998), ce type d'intervention adhère

complètement aux nouvelles orientations de l'ergothérapie visant une pratique intégrée dans le milieu de vie.

À la lumière de ces travaux, on constate une évolution certaine de la réadaptation au travail vers une perspective systémique. Les études récentes montrent qu'en plus de favoriser un ancrage dans le milieu de travail réel des personnes, les programmes en réadaptation doivent évoluer vers une démarche qui implique la collaboration de l'ensemble des partenaires impliqués dans le retour au travail (Loisel et al., 2001) .

Par contre, ces quelques travaux répertoriés dans le champ de la réadaptation au travail touchent essentiellement une population de travailleurs qui présentent une incapacité physique à la suite d'un accident du travail ou encore, d'une maladie grave. La santé mentale y est abordée indirectement comme une conséquence des problèmes de santé physique. Les personnes qui ont subi une atteinte grave à leur intégrité physique, particulièrement celles qui en gardent des séquelles importantes, sont plus susceptibles de connaître un épisode dépressif (Ash & Goldstein, 1995). Dans certains cas, ce sont ces états dépressifs qui sont identifiés comme les principaux obstacles à la réinsertion professionnelle.

Or, l'incapacité de travail d'une personne qui présente un problème de santé mentale est rarement caractérisée par la présence d'une déficience ou d'une maladie décelable par une atteinte de l'organisme comme on l'observe pour les problèmes de santé physique. D'ailleurs, dans certaines situations, c'est l'incapacité même de travailler qui déterminera la présence du problème. Ce phénomène est encore plus vrai dans le cas d'un épuisement professionnel où le problème de santé est directement lié au travail. Dans ce contexte, une réinsertion

professionnelle satisfaisante peut difficilement se faire sans tenir compte des éléments qui ont conduit au retrait du travail.

Selon Bernier (1994), qui a réalisé une étude auprès de personnes ayant réintégré le marché du travail à la suite d'un épuisement professionnel, la transition entre un arrêt de travail et une réinsertion satisfaisante dans la sphère professionnelle, passerait essentiellement par une rupture avec les aspects organisationnels qui ont contribué au retrait du travail. De fait, la grande majorité des sujets de cette étude mettent exclusivement l'accent sur les difficultés rencontrées au travail pour expliquer la dégradation de leur état de santé.

Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant de constater que le retour au travail est fortement lié aux possibilités de modifier la situation de travail. De fait, très peu de sujets dans l'étude de Bernier (1994) sont revenus au même poste de travail. Opérant, pour la plupart, une forme ou une autre de rupture avec leur ancien poste. Près du tiers des personnes ont changé de tâches, soit pour un travail plus technique pour lesquelles elles se sentent plus qualifiées et moins impliquées émotionnellement ; ou encore soit par un enrichissement de la tâche. D'autres ont quitté définitivement leur institution d'appartenance pour travailler à leur compte ou dans un secteur complètement différent. Enfin, pour certaines, cette rupture s'est faite par un retour à temps partiel, créant ainsi un espace plus large pour les activités hors travail. L'auteure fait ressortir l'importance de l'initiative personnelle dans l'exploration des nouvelles possibilités d'emploi.

Toutefois, si la réinsertion professionnelle passe essentiellement par un nouvel emploi, les conditions de succès de l'opération se révèlent grandement tributaires du marché de l'emploi. À ce chapitre, les travaux réalisés en sociologie du travail soulignent l'importance des contraintes du marché du travail comme

facteurs pouvant influencer les processus de réinsertion professionnelle (Castel, 1994; D'iribarne, 1990; Demazière, 1992). Les chances de réaffectation dans un emploi plus convenable sont diminuées lorsque les emplois se raréfient.

De plus, l'étude de Bernier a été réalisée uniquement à partir d'une sélection de « cas à succès », c'est-à-dire essentiellement auprès de personnes considérant avoir résolu la crise et ayant pu réintégrer le marché du travail, suggérant ainsi un biais de sélection. Qu'en est-il des autres personnes n'ayant pu résoudre cette crise avec succès ? Est-ce la difficulté de trouver une affectation convenable qui explique l'évolution négative de ces cas, ou encore est-ce que d'autres facteurs seraient à considérer si l'on veut agir efficacement dans le processus de réinsertion professionnelle ?

1.2.5 La réinsertion professionnelle des chômeurs de longue durée

La réinsertion professionnelle a également été abordée dans les études sur le chômage (Castel, 1994; D'iribarne, 1990; de Gaulejac & Taboada Léonetti, 1994; Demazière, 1992; Demazière, 1995; Ezzy, 1993; Frigul, 1997). Bien que ces études ne s'adressent pas spécifiquement aux personnes qui se sont retirées du travail à la suite d'un problème de santé mentale, certains travaux concernant les chômeurs de longue durée offrent un éclairage précieux sur la façon de questionner, de comprendre et d'analyser la réinsertion professionnelle des travailleurs qui se sont absents à la suite d'un problème de santé mentale.

Dans un premier temps, des similitudes ont été observées entre les études sur le chômage de longue durée et les études en réadaptation, notamment en regard de la place accordée aux facteurs individuels dans l'analyse du problème. En effet, plusieurs études rendent compte de l'importance des caractéristiques

individuelles sur la réintégration au travail des chômeurs (D'iribarne, 1990; Demazière, 1992; Ezzy, 1993). On observe que les travailleurs les plus âgés, ceux qui ont le moins de qualifications et ceux qui ont des capacités fonctionnelles réduites sont plus susceptibles de connaître une situation de chômage de longue durée. On constate également que l'ancienneté de chômage, comme la durée d'absence maladie en santé mentale au travail, joue un rôle considérable sur les possibilités et les conditions de réinsertion. Plus une personne reste longtemps absente du marché du travail, plus ses chances de se retrouver un emploi diminuent.

Demazière (1992; 1995) fait une mise en garde contre le recours à des explications basées sur les facteurs individuels. Selon lui, la place accordée aux caractéristiques individuelles dans les études sur le chômage s'inscrit dans une perspective d'évaluation des aptitudes et d'« employabilité ». Les personnes sont rapidement cataloguées comme étant « employables », « moyennement employables », « peu employables », « inemployables ». Ses travaux menés auprès des chômeurs de longue durée lui ont permis de constater qu'être âgé et avoir des problèmes de santé importants deviennent des facteurs qui sont rapidement considérés par les agents d'aide à l'emploi comme des obstacles insurmontables à la reprise d'emploi (Demazière, 1995). Or, ce type d'appréciation des chances de reclassement ne se fonde pas sur une évaluation des compétences réelles ou sur un bilan individuel détaillé, mais sur le repérage de caractéristiques simples et isolées, qui discréditent leur porteur. Dans cette perspective, l'auteur constate que ces attributs ont une fonction de stigmates et participent à la négation des autres caractéristiques des chômeurs (Demazière, 1992)

Dans une étude menée par Dessors, Schram et Volkoff (1990) sur l'analyse des conditions de travail antérieures aux licenciements, où la relation travail/santé est au coeur de leurs hypothèses de travail, les auteurs ont montré que si l'âge et l'état de santé interviennent en grande part dans le processus de licenciement des travailleurs, l'analyse de l'histoire professionnelle de certains salariés a montré qu'ils ont aussi « l'âge de leurs artères » et de leur usure au travail et l'empreinte de la pénibilité du travail se traduit directement sur leur état de santé et leur capacité de travail.

Frigul (1997) va plus loin dans sa critique des études sur le chômage. Selon cette dernière, en mettant l'accent sur les caractéristiques individuelles et le potentiel productif des chômeurs, on en vient à occulter les effets de l'organisation sociale du travail sur la situation des chômeurs de longue durée. Elle constate avec étonnement que les problèmes de santé ne sont envisagés que comme des effets pathogènes de la situation de chômage ou encore, comme une propriété endogène aux individus, sans qu'il ne soit jamais fait référence aux facteurs qui ont contribué à leur survenue. Or, dans une étude qualitative réalisée auprès de 86 anciennes ouvrières du milieu de l'industrie ou du nettoyage, en situation de chômage de longue durée, l'auteure met en évidence que des atteintes à la santé d'origine professionnelle avaient entraîné la perte d'emploi ou empêché la reprise du travail de plusieurs de ces travailleuses. Dans cette perspective, l'arrêt de travail et les problèmes de santé ne doivent pas être interprétés indépendamment des conditions de travail antérieures à la situation de chômage.

I.3 L'ANALYSE DES LIENS ENTRE TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE

La nécessité d'interpréter l'arrêt de travail et les problèmes de santé mentale à travers les conditions de travail antérieures, nous amène à la question des liens qui existent entre le travail et la santé mentale. Dans un premier temps, nous proposons d'apporter certaines précisions sur les notions théoriques qui entourent le concept de travail. Par la suite, les liens qui existent entre le travail et la santé mentale seront analysés à travers les modèles théoriques issus des recherches épidémiologiques et de la psychodynamique du travail.

I.3.1 Le concept de travail

La question du travail a été pensée il y a longtemps par les philosophes grecs. Assimilé aux activités de nécessité, le travail est associé à des tâches dégradantes, notamment au travail des esclaves, en référence au terme *ponos* pour décrire le lot des activités pénibles, exigeant un effort et un contact avec la matière. Les activités de création, celles de l'artisan, réfèrent davantage au terme *ergon*, l'oeuvre qui donne forme à la matière (Méda, 1995). Le concept du travail a bien changé au cours de l'histoire. Bien qu'il ait environ deux siècles et demi d'âge, les auteurs s'entendent pour dire que cette notion est en fait relativement récente et ne se serait cristallisée dans son sens actuel que depuis la révolution industrielle (Billiard, 1993; Chamoux, 1998; Gorz, 1993).

Selon Billiard (1993), le concept de travail demeure déterminé par des processus sociohistoriques. Le travail s'inscrit toujours dans une société donnée à une époque donnée. En fait, « ce que nous appelons « travail » et « travailler » correspond à une forme particulière de rapport social qui non seulement est une

production sociale récente, mais plus encore une exception historique » (*Ibid* : 22).

Avec la révolution industrielle, le travail a pris de plus en plus de place et s'est peu à peu installé au coeur de l'organisation sociale (Billiard, 1993). Constitué comme le grand organisateur des liens sociaux, le travail est devenu une valeur en soi qui concurrence les valeurs existantes telles la famille, l'amitié, l'amour et l'argent. Travailler, ce n'est plus seulement accéder à un revenu, mais c'est aussi un moyen privilégié de se définir, de s'identifier et de construire son identité. La centralité du travail dans nos sociétés fait en sorte que sa fonction sur le développement de la personne est difficilement comblée par d'autres dimensions de la vie.

Selon Linhart (1986), le travail occupe une place si importante que celles et ceux qui en sont exclus se voient refuser l'accès à la reconnaissance sociale et le prix est tel que, dans certains cas, le travail est valorisé non pas uniquement pour ce qu'il représente en lui-même, mais aussi par ce à quoi il permet d'échapper, soit le vide, la solitude, la perte de sens.

Parallèlement à cette configuration, qui sous-tend la construction de l'identité dans et par le travail, de nouveaux enjeux sociaux sont apparus. L'entrée massive des femmes sur le marché du travail est sans doute l'un des phénomènes qui ont le plus ébranlé notre conceptualisation du travail. Une définition essentiellement structurée autour de la notion d'emploi, assise sur la norme du salariat à temps plein, comme celle d'Anderson (1964) définissant le travail comme l'emploi continu et rémunéré voué à la production de biens et de services, pose des problèmes lorsqu'il s'agit de parler du travail des femmes. Le travail des femmes est largement marqué par des ruptures associées à la vie familiale et leur

investissement dans la sphère domestique n'est reconnu ni comme bien, ni comme service (De Koninck & Malenfant, 1997; Soares, 1995). Pourtant, l'on sait comment ces activités hors travail, particulièrement exigeantes en termes de temps, sont essentielles à la production du temps de travail effectif (1998a).

Plus encore, depuis le début des années 1980, la crise du travail a conduit à une réinterrogation des cadres et des représentations du travail allant jusqu'à la remise en question de la place et du rôle du travail comme fondement de notre organisation sociale (Castel, 1998; Gorz, 1993; Gorz, 1998; Méda, 1995). Gorz (1993; 1998) définit le travail comme une invention construite par notre rapport à la consommation. Pour lui, le travail n'a jamais été et ne sera jamais une source de cohésion sociale. Les travaux de Méda (1995) sur le travail, vont dans le même sens. Le travail, en tant que besoin et fondement du lien social, serait en fait une invention récente de nos sociétés occidentales dont on pourrait très bien se passer en cessant de le sacraliser par l'ouverture sur de nouvelles formes écologiques d'activités d'intérêt général (bénévolat, participation à la vie collective, etc.).

Selon Dejours (1998a), cette vision de la fin du travail serait construite sur de fausses prémisses. Bien entendu, définir le travail uniquement à travers ce qui relève du salariat ne peut plus suffire. Les nouvelles formes de l'emploi, la nature des contrats de travail, les types de rétribution et les liens entre travail et hors travail ont connu de grands bouleversements et soulèvent de nombreuses questions sur ce qu'est maintenant le travail. Mais en dépit des nombreuses controverses qui entourent le concept du travail, force est de reconnaître que « les hommes et les femmes continuent et continueront longtemps de travailler » (*ibid* : 49).

Castel (1998) estime que cette controverse viendrait du glissement qui est fait entre, d'une part, le constat à l'effet que les rapports de travail et les rapports au travail sont de plus en plus problématiques et, d'autre part, l'extrapolation très discutée que le travail prend de moins en moins d'importance. Qui plus est, la fin du travail serait contestable sur le plan statistique. Il n'y aurait de fait, pas moins de salariés, mais énormément plus de salariés à statut précaire, menacés de chômage :

« En somme, il y a de plus en plus de travailleurs incertains de le demeurer et de pouvoir construire à partir de cette position un avenir stabilisé. Le rapport au travail a ainsi profondément changé. Pour beaucoup, il est vécu sous le mode de l'inquiétude et à la limite du drame, au lieu d'être conçu comme un socle stable à partir duquel on pouvait maîtriser l'avenir. » (*ibid* : 57).

Les travaux de Malenfant, LaRue, Mercier et Vézina (1999) sur l'intermittence en emploi confirment également cette réalité. Les auteurs rendent compte de la place et de l'importance que prend le travail rémunéré au plan de la reconnaissance sociale et de la valorisation personnelle et montrent comment la précarisation du travail conduit à une précarisation de la santé mentale. Aussi, le travail nous apparaît être resté un des grands vecteurs de l'organisation sociale et de la construction de l'identité. Il demeure aujourd'hui l'une des formes les plus importantes d'intégration sociale et des espaces pour la réalisation des désirs d'accomplissement de soi :

« Travailler, ce n'est pas seulement produire ou fabriquer, ce n'est pas seulement transformer le Monde, c'est aussi se transformer soi-même, se produire soi-même. En d'autres termes, c'est par le travail que le sujet se forme ou se transforme tout en révélant à soi-même, de sorte qu'après le travail il n'est plus tout à fait le même qu'avant de l'avoir entrepris. Ainsi travailler participe-t-il d'un processus de subjectivation auquel le clinicien, préoccupé de santé mentale, accorde plus d'attention encore qu'au processus d'objectivation. Pourquoi ? Parce qu'il en va de la substance même de la subjectivité produite par le travail. En amont du travail, en effet, il y a souffrance. Et c'est précisément cette souffrance que le « travailler » a pouvoir de transformer en sentiment de plaisir. » (Dejours, 1998a : 7).

Ces différents travaux montrent qu'il existe des liens étroits entre le travail et la santé mentale. Toutefois, les grands bouleversements que l'on observe depuis ces dernières décennies dans les milieux de travail soulèvent de nombreuses questions sur la nature de ces liens.

1.3.2 Le travail comme vecteur de santé et facteur de risque

Selon le Comité de santé mentale du Québec (MSSS, 1989) la santé mentale dépend en grande partie de l'exercice que l'individu peut faire de ses capacités mentales et de la qualité des relations qu'il entretient avec son milieu. Appliquées au milieu de travail, ces conditions vont se traduire par une organisation qui permet à l'individu d'avoir un travail significatif, c'est-à-dire un travail dont le contenu favorise l'utilisation des habiletés et des compétences, mais également, un travail qui offre un espace d'interaction avec les collègues et le supérieur pour y discuter les façons de faire le travail et y recevoir la reconnaissance nécessaire à la construction de son identité (St-Arnaud & Vézina, 1993). Mais si le travail a longtemps été un gage de santé, tout porte à croire qu'il peut également être une source importante de stress et de tension pouvant conduire à des problèmes de santé mentale.

Les milieux de travail ont connu des bouleversements considérables au cours des dernières années. La crise économique du début des années 1980, la croissance rapide du secteur tertiaire, le développement des nouvelles technologies, la mondialisation des marchés et l'augmentation de la concurrence avec leur lot de fusions et de rationalisations ont modifié les modes de production et souvent, par voie de conséquences, le contenu des tâches de même que les rapports sociaux de travail. Ces grandes transformations ont notamment entraîné une intensification du travail et une précarisation des emplois qui se sont exercées à travers de nouveaux modes de gestion principalement basés sur un contrôle serré de la productivité individuelle et collective et ce, souvent avec le minimum d'effectifs (Malenfant et al., 1999; Theorell, 1999; Vézina et al., 2001).

Les contraintes de temps ont passablement augmenté à la suite de ces grandes transformations. On observe qu'entre 1977 et 1997, la proportion des travailleurs qui disent avoir des tâches qui exigent de travailler très vite est passée de 55 % à 68 %, et ceux qui n'ont jamais assez de temps pour terminer leur travail est passée de 40 % à 60 % (Bond et al., 1998 cité dans Theorell, 1999). En plus de faire pression sur le temps de travail des employés, de nouvelles exigences sont apparues avec l'arrivée des nouvelles technologies (De Bandt, Dejours, & Dubar, 1995). Les compressions de personnel, qu'ont connues les milieux de travail, ont également eu un impact sur les exigences de travail (Kets de Vries & Balazs, 1997). Une somme de travail de plus en plus grande est demandée aux travailleurs et ce souvent avec de moins en moins d'effectifs. Or, ces grands changements ne sont pas sans laisser de traces sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes.

En effet, un nombre croissant d'études ont démontré qu'il existait des liens étroits entre certaines dimensions de l'organisation du travail et la survenue de problèmes de santé mentale. Au début des années 1980, les travaux de Karasek (1976; 1990) ont eu une incidence considérable sur la recherche en santé mentale au travail. Ces travaux ont permis d'établir qu'une organisation du travail qui se caractérise par une demande de travail élevée et un manque de latitude décisionnelle est associée à un risque accru de problèmes de santé mentale. Ce modèle a par la suite, été repris dans plusieurs études épidémiologiques d'envergure qui ont démontré qu'une demande psychologique élevée et une autonomie décisionnelle faible sont associées à des troubles psychiatriques (Karasek & Theorell, 1990; Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel, & David, 1998; Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999; Stansfeld et al., 1999; Stansfeld et al., 1995), à de la détresse psychologique (Bourbonnais, Brisson, Vézina, & Moisan, 1996; Bourbonnais, Comeau, & Vézina, 1999), à de l'épuisement professionnel (Bourbonnais, Comeau, Vézina, & Dion, 1998) et à la consommation de médicaments à visée psychoactive (Moisan et al., 1999). En plus des ces facteurs, d'autres études ont également montré qu'un faible soutien social au travail, un manque de reconnaissance et des situations inéquitables sont associés à une détérioration de la santé mentale (Maslach et al., 2001; Siegrist, 1996).

Au Québec, les travaux de Vézina et al. (1992) sur la santé mentale au travail ont permis de faire le point sur l'état des connaissances concernant les atteintes à la santé mentale résultant d'une exposition à des facteurs de risque dans le milieu de travail. Reprenant les différentes études publiées en santé mentale au travail, les auteurs ont produit un modèle intégrateur de l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans l'apparition des problèmes de santé mentale qui surviennent chez les travailleurs. Le travail répétitif sous contrainte de temps, la surcharge de travail, les relations humaines tendues, les exigences émotionnelles

du travail en relation d'aide, l'absence de reconnaissance et le manque d'autonomie au travail ont été identifiés comme étant des situations de travail à risque pour la santé mentale des personnes. En plus des facteurs de risque professionnels, ce modèle tient également compte des effets des événements stressants hors travail, de l'altération de l'état de santé, des stratégies d'adaptation et des facteurs de personnalité qui peuvent avoir un impact sur la santé mentale des personnes.

Ces différents travaux ont permis d'identifier un ensemble de facteurs de risque à la santé mentale et ont conduit à l'élaboration de modèles explicatifs sur les liens qui existent entre le travail et la santé mentale. Toutefois, ces modèles ont été élaborés essentiellement sur la base d'études empiriques, de type causaliste, impliquant une certaine fragmentation des situations de travail et produisant ainsi des représentations sur un mode relativement linéaire. Selon Vézina (1996), les principales limites de ces approches proviennent de leur incapacité à prendre en compte les mécanismes sous-jacents aux associations observées.

D'autres approches, comme la psychodynamique du travail, s'appuient sur les sciences herméneutiques pour tenter de comprendre ce qui pousse l'individu à l'action. En mettant l'accent sur l'analyse des processus psychiques mobilisés par le travail, les travaux réalisés dans le champ de la psychodynamique du travail ont apporté un éclairage particulièrement intéressant sur les liens qui existent entre le travail et la santé mentale (Carpentier-Roy, 2000).

I.3.3 La psychodynamique du travail : le travail comme lieu privilégié de la construction identitaire et de la conquête de la santé

La psychodynamique du travail est une discipline relativement récente qui s'alimente à la fois de la psychiatrie, de la psychanalyse, de l'ergonomie et de la sociologie du travail (Carpentier-Roy, 1992). Selon Dejours et Abdoucheli (1990), les origines de la psychodynamique du travail remontent aux années 1950, avec les travaux de Le Guillant et de Bégoïn sur la psychopathologie du travail. Leurs travaux ont mis en évidence des syndromes affectant la santé mentale des « bonnes à tout faire », des téléphonistes et des mécanographes. Malgré ces résultats et l'hypothèse d'un lien entre le travail et la santé mentale, les recherches ultérieures n'ont pas mené à l'identification de pathologies mentales spécifiques au travail comparables aux maladies physiques dans le champ des lésions professionnelles classiques.

La psychodynamique du travail a connu un essor considérable en France, suite aux travaux de Christophe Dejours et de la publication de « Travail et usure mentale » en 1980. Au cours des années 1990, les données recueillies par les études sur le terrain ont été discutées à la lumière des corpus théoriques existants et ont donné lieu à l'élaboration de concepts et de notions qui forment aujourd'hui les principales avancées théoriques de la psychodynamique du travail. Une étude de Billiard (1998) sur les conditions historiques, sociales et scientifiques de la psychopathologie du travail en France rend compte de la contribution significative de ces travaux pour l'avancement des connaissances.

Au centre de cette perspective théorique, le travail est considéré comme un lieu privilégié où s'exerce et se défend la santé. La santé y est définie comme un idéal jamais atteint où l'équilibre obtenu demeure toujours précaire. La construction de l'identité serait le noyau central ou l'armature de la santé. Mais, l'identité, construite par le jeu de l'amour généralement au sein de la famille et dans la sphère privée, resterait un processus inachevé et instable qui peut se rejouer ou se poursuivre dans la sphère professionnelle à travers la dynamique de la reconnaissance au travail. Lorsque le travail ouvre sur la conquête de l'identité, il devient un pivot central pour développer et renforcer la santé mentale (Dejours, 1995a).

« Le travail est par définition un espace où fondamentalement le sujet pense son rapport au travail, produit des interprétations de sa situation et de sa condition, socialise ces dernières dans des actes intersubjectifs, réagit et s'organise mentalement, affectivement et physiquement en fonction de ses interprétations, agit enfin sur le procès de travail même et apporte une contribution à la construction et à l'évolution des rapports sociaux de travail ». (Dejours et Abdoucheli, 1990 : 144).

L'identité ne se construit jamais seule; elle nécessite le regard reconnaissant et structurant d'autrui. Aussi, en contrepartie de sa contribution, le sujet attend une rétribution, soit la reconnaissance et la gratitude par autrui de sa participation à l'évolution de l'organisation du travail (Dejours, 1993). La reconnaissance s'opère à deux niveaux : d'abord au sens de « constat » sur les impasses du travail prescrit et de ce que le sujet a dû déployer comme efforts pour faire face au réel du travail; puis une reconnaissance également au sens de « gratitude », c'est-à-dire une forme de reconnaissance plus rarement accordée qui témoigne qu'en l'absence de cette contribution, l'organisation du travail ne saurait être devenue ce qu'elle est maintenant. Notons toutefois que cette

reconnaissance passe par la construction rigoureuse de « jugements » sur le travail accompli, c'est-à-dire sur le faire et non sur la personne, dans le registre de l'action et non de la sexualité, dans les rapports sociaux et non dans les relations érotiques (Dejours, 1993).

Dans cette perspective, les liens qui existent entre le travail et la santé mentale sont entièrement médiatisés par les rapports sociaux de travail. Ouvrant dans le même sens, Dubar (1993/1994) insiste sur la position stratégique du travail comme lieu privilégié de la construction identitaire. Selon lui, « *on ne peut entrer dans la relation emploi - relation dynamique - que si l'on peut faire valoir ses prétentions, s'inscrire dans un projet justifié par des expériences de travail* ». (*ibid* :48).

Les conditions d'émergence de la dynamique de la reconnaissance s'inscrivent dans les rapports sociaux de travail et, notamment, à travers les relations intersubjectives dans le registre du fonctionnement des collectifs de travail (Dejours, 1995b). Les collectifs se développent au sein même des activités de travail et mènent à la construction de règles normatives, implicites, qui régulent les pratiques de métier. Ces règles se construisent sur la base d'accords normatifs qui encadrent la façon dont chacun négocie son rapport au réel. Ces accords se réalisent à travers un processus de justification et d'argumentation qui ne relève pas seulement de la dimension technique et efficiente du travail mais, également, de la dimension éthique : ce qui est bien ou mal, juste ou injuste, acceptable ou inacceptable dans la relation des uns par rapport aux autres. Ces règles se définissent également sur la base des valeurs et des croyances qui prévalent entre les sujets. Ainsi, le travail n'est pas seulement un rapport à la

production et à l'efficacité mais, également, un lieu où s'exercent et se régulent la vie sociale et le savoir vivre ensemble (Pharo, 1991).

Reconnaître la centralité du travail sur le développement de la personne, c'est aussi rendre compte de ses effets tantôt structurants, tantôt pathogènes sur la santé mentale.

« Aucune problématisation du rapport entre santé et travail ne peut en faire l'économie. En effet, aucune situation de travail n'est neutre au regard de la santé : ou bien la dynamique de la reconnaissance peut fonctionner convenablement et alors le travail joue en faveur de l'accomplissement de soi, de la construction de l'identité et de la conquête de la santé ; ou bien la dynamique de la reconnaissance est entravée, et alors le travail ne peut acquérir de sens subjectif. Il ne permet pas de subvertir la souffrance qu'il occasionne, il joue alors contre l'accomplissement de soi, contre l'identité et il devient essentiellement pathogène. Ou bien il est opérateur de santé, ou bien il est pathogène. » (Dejours, 1995a :10).

Ces différents travaux mettent en évidence l'importance du rôle du travail pour la santé mentale. La santé mentale n'est jamais donnée, elle se construit par un processus dynamique entre la personne, ses rapports aux autres et les conditions d'exercice de son travail.

I.4 EN CONCLUSION

I.4.1 Santé mentale, travail et réinsertion professionnelle : vers une perspective dynamique

Nous avons vu que la santé mentale peut être définie comme un idéal jamais atteint où l'équilibre demeure précaire. Nous avons également vu que le travail occupe une place importante dans nos sociétés modernes et qu'il est considéré comme un lieu privilégié pour la construction de l'identité et la conquête de la santé mentale. Si la santé mentale se définit comme un idéal inachevé qui se lie et se délie à travers les conditions de travail favorables à la construction de l'identité, il devient alors important de considérer le processus de restauration de la santé comme un processus qui se construit au sein même du rapport au travail. Dans cette perspective, la réinsertion professionnelle et particulièrement les conditions de retour au travail doivent être considérées comme des étapes cruciales du rétablissement de la santé et du maintien en emploi.

Par ailleurs, les travaux de Baril et al. (1994) rendent compte de l'importance des conditions qui entourent la gestion médico-administrative de l'absence dans le processus de réinsertion professionnelle. De plus, les acteurs impliqués dans le processus de restauration des capacités peuvent avoir une incidence sur les orientations et les décisions qui seront prises en regard du retour au travail. Les travaux de Frigul (1997) permettent de saisir la nécessité de tenir compte de l'histoire professionnelle antérieure des personnes pour mieux comprendre les événements qui ont conduit à leur rupture professionnelle et ceux qui peuvent expliquer l'issue de la réinsertion professionnelle. Ces travaux ont montré que l'analyse du processus de réinsertion professionnelle articule rarement les circonstances de la maladie, ses caractéristiques et son évolution aux

conditions de l'organisation du travail. Aussi, la réinsertion professionnelle ne peut être analysée indépendamment des conditions de la désinsertion professionnelle.

C'est dans ce contexte que nous relierons les différents facteurs touchant les caractéristiques individuelles, les conditions de santé, les conditions de travail et les réseaux d'acteurs qui interviennent dans le processus de restauration des capacités. À la lumière de notre recension des écrits, nous retenons que l'on ne peut étudier le processus de réinsertion professionnelle sans l'inscrire dans l'évolution temporelle des trajectoires professionnelles des personnes. C'est ainsi que nous allons considérer trois grandes séquences dans la trajectoire des travailleurs qui se sont absentés à la suite d'un problème de santé mentale, soit : 1) les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, 2) l'arrêt de travail et le processus de restauration des capacités, et 3) les événements qui ont marqué le retour au travail ou la prolongation de l'arrêt et le retrait permanent du travail.

Cette trajectoire est traversée à la fois par les caractéristiques personnelles (sexe, âge, état de santé, type et durée de la maladie, etc.) par l'ensemble des interventions des acteurs impliqués (médecin, psychothérapeute, personnel en gestion des ressources humaines, syndicat, etc.) et enfin par les différentes conditions qui entourent le retour au travail (accueil, soutien des supérieurs et des collègues, retour progressif, changements dans le travail, etc.).

La schématisation du modèle conceptuel de Law et al. (1996), par son articulation d'un processus hautement interactif ancré dans le rapport au temps, nous offre une perspective intéressante pour analyser le processus de réinsertion professionnelle comme un phénomène complexe et dynamique construit au terme d'une interaction entre les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et de gestion médico-administrative de

l'absence et enfin, les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail. L'événement et le sens qu'en donne la personne sont considérés comme une unité de mesure significative. Ce modèle s'accorde avec la vision de la psychodynamique du travail, notamment au regard de l'importance de la subjectivité dans le travail et qui, par sa nature même, ne peut être appréhendé que par une approche phénoménologique (Dejours, 1995a). C'est dans cette perspective que sera analysé le processus de réinsertion professionnelle des travailleurs qui se sont absentés à la suite d'un problème de santé mentale.

1.4.2 Objectifs et formulation des hypothèses

L'incapacité de travail, en raison d'un problème de santé mentale, n'est pas seulement une conséquence de la détérioration de l'état de santé mentale mais également une construction sociale déterminée par les rapports au travail. Dans cette perspective, la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi seront analysés en tenant compte de la trajectoire professionnelle des individus et des liens possibles entre les facteurs qui ont conduit à la désinsertion professionnelle et les conditions de la réinsertion professionnelle et du maintien en emploi.

Le rôle que peut jouer le travail dans l'occurrence des problèmes de santé mentale incite à questionner son impact sur les conditions qui favorisent un retour au travail réussi. En somme, il est possible de penser que si les conditions de travail peuvent conduire à des problèmes de santé mentale et au retrait du travail, l'amélioration de ces mêmes conditions serait un déterminant à la résolution des problèmes de santé mentale et, par conséquent, à un retour au travail favorable et propice au maintien en emploi.

Le but général de ce projet de recherche est de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le processus de réintégration au travail des personnes qui se sont absentes à la suite d'un problème de santé mentale. Les travaux recensés nous amènent à considérer ce processus comme un phénomène dynamique construit au cours d'une interaction entre les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail. De façon plus spécifique, ce projet comprend trois objectifs :

1) Identifier et décrire les facteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle et de résolution des problèmes de santé

Cet objectif consiste à cerner les différents facteurs individuels et organisationnels impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. La démarche permettra de situer les personnes en fonction des caractéristiques sociodémographiques, des principales causes de l'arrêt de travail, des conditions d'emploi, de l'état de santé et de la vie sociale qui peuvent jouer sur le processus de réinsertion professionnel et de résolution des problèmes de santé. Cette démarche permettra également d'identifier les conditions de réinsertion professionnelle associées à la résolution des problèmes de santé. Cet objectif sera principalement atteint à travers l'étude quantitative dont les résultats seront abordés dans le premier article.

2) Préciser les interventions et les différentes stratégies utilisées dans le cadre du processus de restauration des capacités au cours de l'arrêt de travail

L'arrêt de travail crée l'espace nécessaire à la restauration des capacités. De plus, au cours de cette étape, différents acteurs sont susceptibles d'intervenir (médecin, psychothérapeute, psychiatre, gestionnaires, personnel en gestion des ressources humaines, syndicat, etc.). Ce moment d'arrêt est important, il est une étape charnière où les personnes sont appelées à s'interroger sur leur avenir, à faire des choix et à élaborer des stratégies d'action qui pourront être déterminantes pour leur retour au travail. Ici, la démarche consiste, d'une part, à cerner les différentes logiques qui sous-tendent les choix et les stratégies des personnes face à leur retour au travail et à leur avenir professionnel et, d'autre part, à saisir le rôle que les acteurs peuvent jouer sur les orientations et les décisions qu'auront à prendre les travailleurs en matière de réinsertion professionnelle. Ces dimensions seront principalement abordées dans le deuxième article.

3) Décrire et analyser les conditions personnelles et organisationnelles qui favorisent une réintégration satisfaisante dans le milieu de travail ou encore qui conduisent vers un retrait à long terme ou permanent du milieu de travail

Cet objectif consiste, dans un premier temps, en la mise à jour des conditions personnelles et organisationnelles de la réinsertion professionnelle comme l'état de santé, la présence d'un suivi médical, le retour progressif, les changements dans le travail, l'accueil et le soutien des supérieurs et des collègues. Dans un deuxième temps, ces différents facteurs seront analysés en regard de leur pertinence et de leurs limites dans une perspective de retour au travail réussi. L'analyse permettra de reconstruire la trajectoire des personnes en tenant compte de leur expérience vécue, de leur interprétation des événements et de leurs

réponses apportées aux difficultés rencontrées. Nous serons à même de préciser les conditions personnelles et organisationnelles associées au processus de réintégration au travail. De plus, il sera possible de rendre compte des liens qui existent entre les facteurs impliqués dans le retrait du travail et les conditions qui favorisent le rétablissement des capacités de travail et le retour au travail. Nous serons également en mesure de cerner le rôle des différents acteurs impliqués dans le processus de réintégration afin d'éclairer les décideurs dans le développement d'un programme d'actions intégrées. Cette compréhension est indispensable si l'on veut éviter les rechutes des travailleurs et aider les gestionnaires, le personnel en gestion des ressources humaines et les différents acteurs impliqués à entreprendre des actions qui favoriseront le retour au travail réussi et le maintien en emploi des personnes concernées.

Ces dimensions seront traitées dans les articles portant sur les données qualitatives, soit le deuxième, troisième et quatrième article. Le deuxième article rend compte de ces dimensions à travers la trajectoire des personnes qui se traduit à travers un modèle explicatif de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. Le troisième article permet d'appréhender ces dimensions spécifiquement pour les personnes atteintes de troubles plus sévères. Enfin, le quatrième article traite plus spécifiquement de ces dimensions à travers le rapport au travail d'un groupe homogène, soit les enseignants.

S'appuyant sur notre cadre théorique, nous avons dégagé quatre pistes de recherche ou hypothèses pour nous guider dans notre analyse :

- Première :** Au cours des dernières années, les milieux de travail ont connu de nombreux bouleversements et ces grands changements ont eu une incidence sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes. Les liens étroits qui existent entre les conditions délétères de travail et la santé mentale nous amènent à soulever l'hypothèse que les travailleurs qui considèrent que le travail est la principale cause de leur problème de santé seront moins nombreux à revenir au travail que ceux qui considèrent que c'est plutôt leur vie personnelle qui en est la principale cause. Cette piste sera développée dans le premier article qui analyse cette problématique sur une base quantitative.
- Deuxième :** Considérant que la santé mentale est un idéal inachevé qui se lie et se délie à travers les conditions de travail favorables à la construction de l'identité et que le travail est un lieu où s'exerce et se défend la santé mentale des personnes, il est possible de soulever l'hypothèse que la résolution des problèmes de santé mentale des travailleurs ne peut être consolidée uniquement au cours de la phase du traitement et de la restauration des capacités, mais plutôt, qu'elle se réalise et prend sens dans le travail, c'est-à-dire, lors du retour au travail. Cette piste de recherche sera explorée dans le premier article, mais plus spécifiquement dans le deuxième article, à l'aide de l'analyse qualitative des données. Elle sera également examinée dans le quatrième article qui traite plus spécifiquement

des facteurs professionnels impliqués dans le processus de réintégration au travail des enseignants.

Troisième: En corollaire à notre première hypothèse, nous soulevons par ailleurs l'hypothèse que les travailleurs qui ont connu une amélioration de leurs conditions de travail lors de leur retour seront plus susceptibles de connaître une résolution de leur problème de santé mentale et, par conséquent, de se maintenir en emploi. Cette piste sera explorée à la fois dans sa dimension quantitative qui sera traitée dans le premier article et dans sa dimension qualitative qui sera traitée dans le deuxième et quatrième article.

Quatrième: Enfin, ce projet de recherche devrait contribuer également à enrichir les cadres conceptuels utilisés en réadaptation. En effet, les résultats de cette recherche permettront d'élargir ou de préciser les dimensions à prendre en compte pour mieux comprendre le processus de production des incapacités, principalement lorsque ces dernières sont liées à un problème de santé qui ne s'accompagne pas de déficience organique objectivable. Cette piste sera plus explorée à travers l'analyse de l'ensemble des résultats.

II MÉTHODOLOGIE

Les quelques études recensées sur le sujet ont fait ressortir la nécessité d'aborder cette problématique en tenant compte du caractère complexe et dynamique entre les éléments impliqués dans le processus de désinsertion professionnelle, ceux impliqués dans la restauration des capacités et les conditions personnelles et organisationnelles de la réinsertion professionnelle. Pour répondre à nos objectifs, nous avons choisi d'utiliser deux types de méthodologie : l'une quantitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire, et l'autre qualitative, basée sur la méthode des récits d'expérience. Ces deux méthodes permettent à la fois d'examiner les relations qui existent entre certaines variables et d'en approfondir le sens. Ces méthodes sont vues comme étant complémentaires l'une de l'autre. Selon Hébert, Saint-Jean et Haché (1999), les forces d'une méthode comblent souvent les faiblesses d'une autre.

II.1 LE VOLET QUANTITATIF

L'étude quantitative vise à décrire et comparer le profil et l'issue de la réinsertion professionnelle de travailleurs qui se sont absentés de leur travail en raison d'un problème de santé mentale. Cet exercice empirique permettra de rendre compte du rôle des facteurs personnels et organisationnels impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle, tout en mettant un accent particulier sur le travail et ces conditions. Les objectifs de cette étude sont, d'une part, de décrire le profil des travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale et d'autre part, de les comparer selon l'issue de leur réinsertion professionnelle, soit le retour ou non au travail et la résolution ou non de leur problème de santé. Notre première hypothèse est que les travailleurs qui

considèrent que le travail est la principale cause de leur problème de santé seront moins nombreux à revenir au travail que ceux qui considèrent que c'est la vie personnelle. Notre deuxième hypothèse est que les travailleurs qui ont connu des changements favorables dans leur travail lors de leur retour sont plus susceptibles d'avoir résolu leur problème de santé mentale que ceux qui n'ont pas connu de changements favorables lors de leur retour au travail.

II.1.1 Population

Cette étude est réalisée auprès d'employés des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation et de la fonction publique du Québec qui se sont absentes de leur travail pendant une période de plus de trois semaines en raison d'un problème de santé mentale, tel que certifié par un diagnostic médical, au cours des années 1993 à 1996. L'annexe I présente la répartition des sujets en fonction des différents diagnostics inscrits au dossier médical. Les personnes qui présentent des problèmes d'alcoolisme, une déficience intellectuelle ou des troubles neurologiques ont été exclues de cette étude. Les sujets de cette étude ont été sélectionnés à partir des données d'assurance salaire de la Commission administrative de régimes de retraite et d'assurance (CARRA) qui offre à l'ensemble des employeurs de ces secteurs d'activité un service de gestion des demandes de prestations d'assurance salaire pour cause de maladie.

Les participants sélectionnés proviennent tous des régions de Québec et Montréal qui représentent la grande majorité des personnes assurées. Cette population a l'avantage d'être relativement homogène sur le plan des conditions d'assurance salaire, tout en comprenant des travailleurs de catégories d'emplois différentes. De plus, les employés des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation et de la fonction publique du Québec ont connu de

nombreux bouleversements à la suite de coupures budgétaires, de fusions de départements et de changements organisationnels qui ne sont pas sans avoir eu un impact sur la santé mentale et la capacité de travail de ces individus (Messing, 1997; Bourbonnais et al., 1996, 1999, 2000).

Au départ, 3 828 questionnaires ont été distribués par la poste, 260 n'ont pas atteint leur destinataire et ont été retournés, et enfin, 34 ont été retirés en raison d'un trop grand nombre de réponses manquantes. Au total, 1 850 questionnaires ont été conservés, ce qui représente 52 % des personnes jointes. Une analyse des caractéristiques selon l'âge, le sexe et le secteur d'activité indique que la distribution des répondants n'est pas différente de celle de la population totale.

II.1.2 Le questionnaire

Le questionnaire, dont la grande majorité des questions étaient fermées, se voulait court et simple, afin de favoriser un meilleur taux de réponse à la suite d'un envoi postal ainsi que pour tenir compte des difficultés de concentration que peuvent avoir les personnes qui présentent un problème de santé mentale (Gauthier, 2000; Dillman, 1978). L'annexe II présente le questionnaire.

En plus des variables sociodémographiques, le questionnaire a été élaboré de façon à tenir compte des conditions de travail telles que le secteur d'activité, le type d'emploi, le nombre d'années d'expérience, le statut d'emploi et le temps de travail.

Des questions relatives à la maladie et à son traitement, tels la durée de la maladie, le nombre d'épisodes, le recours à une médication, la perception de l'état de santé, le niveau de satisfaction dans la vie sociale et la présence d'un confident dans l'entourage, ont été élaborées à partir de questions déjà utilisées dans l'enquête de santé du Québec de 1992-1993.

Les questions relatives à la cause du problème de santé mentale et aux facteurs organisationnels impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle ont été constituées à partir des grands facteurs de risque identifiés dans la littérature (Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Vézina et al., 1992). Ces travaux ont permis d'identifier un ensemble de facteurs de risque professionnels à l'origine des atteintes à la santé mentale au travail. Enfin, les questions concernant le retour au travail, les conditions de la réinsertion professionnelle et la résolution des problèmes de santé ont été mesurés à l'aide de questions fermées et ouvertes.

Les envois du questionnaire ont été réalisés par la CARRA afin d'assurer l'entière confidentialité aux personnes susceptibles de participer à la recherche. Une enveloppe-réponse affranchie et préadressée à la chercheuse a été incluse avec le questionnaire. Un rappel a été effectué afin d'assurer un meilleur taux de réponse.

II.1.3 Analyse des données du questionnaire

Dans un premier temps, les données ont été traitées de façon à présenter le profil général des répondants selon les caractéristiques socioprofessionnelles suivantes : sexe, âge, situation familiale, type d'emploi, statut d'emploi et ancienneté.

Par la suite, une série d'analyses descriptives ont été réalisées afin de tracer le profil de la réinsertion professionnelle des personnes (retour au travail versus non-retour au travail) selon : 1) leurs caractéristiques socioprofessionnelles (sexe, âge, situation familiale, statut d'emploi et temps de travail; 2) la cause de l'arrêt de travail (personnel, travail, mixte) et les facteurs reliés au travail associés (surcharge, non-reconnaissance, conflits avec un supérieur ou un collègue, évaluation négative, absence d'autonomie, inquiétude face à la perte d'emploi et autres) ; 3) l'état de santé et la vie sociale (épisode antérieur, médication et présence d'un confident).

Dans un deuxième temps, les travailleurs qui ont effectué un retour au travail ont été comparés à ceux qui n'étaient pas revenu au travail selon : 1) leurs caractéristiques socioprofessionnelles, 2) la cause de l'arrêt de travail ainsi que les différents facteurs professionnels associés et 3) l'état de santé et la vie sociale

Par la suite, tous les travailleurs qui ont effectué un retour au travail ont été examinés en fonction de la résolution de leur problème de santé (retour réussi versus retour non résolu) en fonction des variables précédentes. Enfin, des analyses ont également été effectuées selon les conditions de la réinsertion professionnelle (retour progressif et changements dans le travail).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du chi-carré et du test *t*. Un chi-carré a été utilisé afin de vérifier la répartition des groupes en fonction du retour ou non au travail ainsi que selon la résolution ou non des problèmes de santé. Des test *t* ont également été effectués afin de comparer les groupes en fonction de la moyenne d'âge, du nombre moyen d'années d'expérience ainsi que de la durée d'absence parmi les personnes qui ont effectué un retour au travail. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS.

Par ailleurs, nous n'avons pas procédé à des analyses multivariées ou tout autre type d'analyse plus complexe compte tenu du caractère exploratoire de notre étude par questionnaire. L'utilisation de mesures d'association deux par deux nous est apparu amplement suffisante à ce premier stade d'analyse.

II.2 LE VOLET QUALITATIF

L'approche qualitative permet de comprendre le jeu des variables observées dans le cadre de l'analyse quantitative et de préciser les mécanismes sous-jacents au processus de réinsertion professionnelle. L'analyse de la trajectoire comme catégorie dynamique nous permet de saisir l'articulation et l'évolution des dimensions personnelles et organisationnelles impliquées dans le processus de désinsertion, de restauration et de réinsertion professionnelle. Cette étude repose sur une méthodologie basée sur la cueillette de récits d'expérience. Plusieurs facteurs militent en faveur d'une contribution importante de la recherche qualitative dans le domaine de la réadaptation (Hagner & Helm, 1994; Tétreault, 1993). Le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale demeure un phénomène complexe, peu documenté et, dans cette perspective, l'utilisation d'une méthode qualitative s'avère particulièrement féconde pour analyser des phénomènes complexes et peu connus (Desmarais, 1989). De plus, cette méthode donne accès à l'interprétation subjective que font les travailleurs de leur parcours.

II.2.1 Population

Les personnes visées par cette étude ont été sélectionnées à partir des sujets qui ont répondu au questionnaire. Au total, 1850 personnes ont répondu au questionnaire et plus de 736 personnes se sont portées volontaires pour participer à une entrevue individuelle (figure 3).

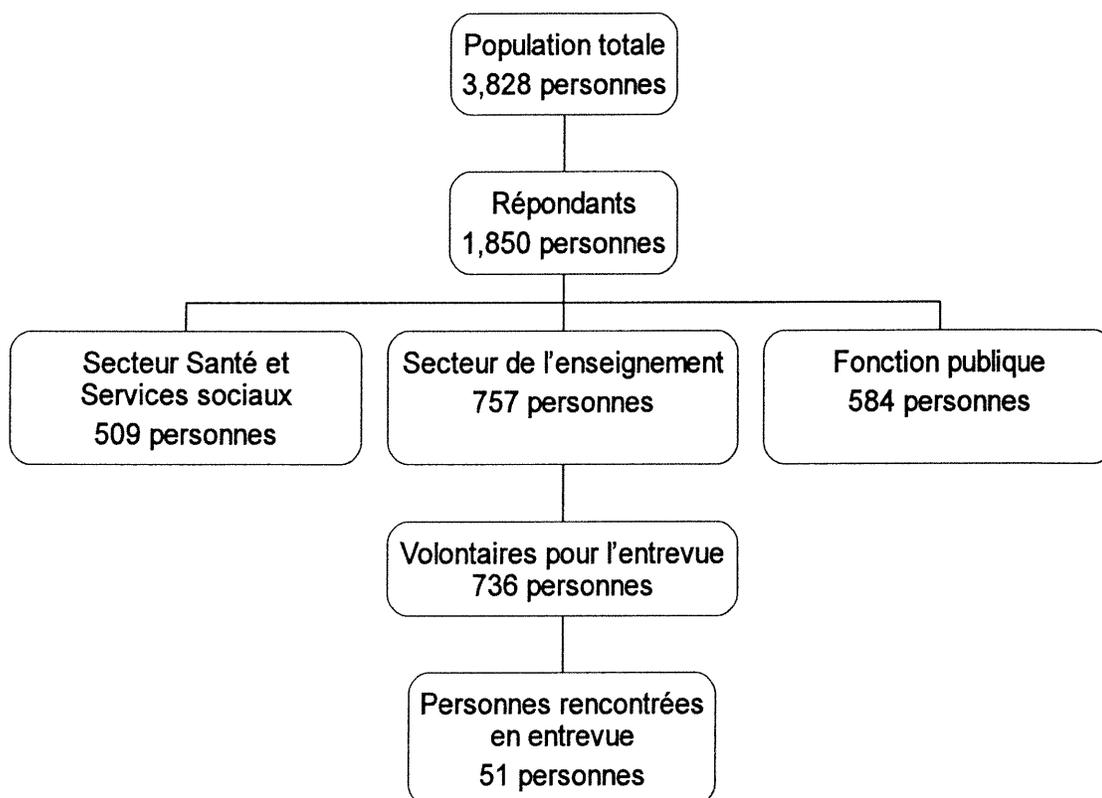


Figure 3. Organigramme de la population de référence et de l'échantillon

Afin d'avoir un groupe le plus représentatif possible en fonction de notre cadre d'analyse, nous avons sélectionné les personnes qui ont participé aux entrevues sur la base des critères suivants : sexe, âge, catégorie d'emploi, durée d'absence, retour ou non au travail. Selon Kaufman (1996) et Pires (1997), l'idée de diversifier les cas de manière à inclure la plus grande variété possible, indépendamment de leur fréquence statistique, permet d'accéder à un portrait plus global de la situation.

Les entrevues ont été réalisées progressivement afin de voir apparaître une forme de saturation empirique des données, c'est-à-dire, jusqu'à ce que les entrevues recueillies n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles pour justifier l'augmentation du nombre d'entrevues. Selon Bertaux (1980 : 208) *« lorsque la saturation est atteinte, elle confère une base très solide à la généralisation; à cet égard, elle remplit pour l'approche biographique la même fonction que la représentativité dans l'enquête par questionnaire »*.

Dans le but de faire une analyse plus fine du rapport au travail, nous avons réalisé 30 entrevues avec des travailleurs de même profession. L'analyse des données quantitatives nous a permis de cibler la profession enseignante comme étant à la fois un groupe homogène, dont le nombre de volontaires pour participer à une entrevue était le plus élevé et ce, dans le secteur d'activité qui présente le profil de réinsertion professionnelle le plus négatif. Au total, 51 entrevues ont été réalisées. La répartition des participants selon le sexe, l'âge et la catégorie professionnelle est présentée dans le tableau I.

Tableau I Répartition des participants selon le sexe, l'âge et la catégories professionnelles

Âge	cadres et professionnels	enseignants	techniciens, infirmiers, et éducateurs spécialisés	employés de bureau et de soutien	Total
	F - H	F - H	F - H	F - H	F - H
34 ans et moins	0 - 1	2 - 0			2 - 1
35 à 44 ans	1 - 1	7 - 4	3 - 2	3 - 1	8 - 6
45 à 54 ans	1 - 0	10 - 3	0 - 3	2 - 0	5 - 5
55 ans et plus	1 - 2	1 - 3			1 - 2
Total	3 - 4 (7)	20 - 10 (30)	3 - 5 (8)	5 - 1 (6)	31 - 20 (51)

II.2.2 Les entrevues

L'entrevue individuelle, d'une durée d'environ deux heures, visait à recueillir de chaque personne le récit de son expérience de la désinsertion et de la réinsertion professionnelle. La date et l'heure de l'entrevue ont été fixées selon les disponibilités de la personne et ont eu lieu dans un endroit déterminé à l'avance et choisi par les participants (au travail, à la résidence, à l'Université de Montréal ou Laval, au Centre de santé publique de Québec). L'entrevue de type semi-dirigé fut conduit de façon souple afin de permettre à la personne interviewée de s'approprier son récit (Grawitz, 1979). Parler à quelqu'un, c'est le plus puissant des moyens de penser. Aussi, l'entretien est en soi un moment privilégié où la personne reconstitue son histoire et prend position dans l'organisation de son récit. La personne interviewée a été appelée à décrire les éléments qui ont contribué à sa désinsertion et qui ont pu contribuer à sa réinsertion professionnelle

et, ainsi, faciliter son retour au travail. Le contenu des entrevues a été enregistré et retranscrit mot à mot.

II.2.3 Analyses et interprétations des données d'entrevues

Le matériel d'entrevue a été soumis à une analyse de contenu. Cette analyse a été réalisée essentiellement sur une base thématique par un travail de synthèse, de réorganisation et de classification.

Dans un premier temps, des lectures répétées de chaque entrevue et parfois, des retours à l'écoute des bandes enregistrées, ont d'abord été faites afin de fixer l'histoire complète de chacun des récits avant de commencer le découpage thématique. Par la suite, nous avons procédé à quatre analyses (verticales) de cas de façon à dégager non seulement une logique d'ensemble du matériel d'entrevue, mais également, des thèmes saillants qui nous ont servi de base pour construire nos catégories thématiques. Cette étape a consisté à un travail de reconstruction des discours en tenant compte de la séquence des événements, de la trajectoire des personnes, de la façon dont elles ont choisies d'organiser leur discours et du développement en parallèle des idées. Les thèmes émergents ont également été confrontés aux différents thèmes documentés dans la littérature portant sur la réinsertion professionnelle.

Ce travail de base nous a permis d'élaborer notre grille d'analyse de contenu qui a été appliquée à l'ensemble des données d'entrevues. Le discours des personnes a d'abord été regroupé à l'intérieur de trois grands segments qui intègrent : 1) les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, 2) les aspects reliés à l'arrêt de travail et au processus de restauration de la santé et des capacités de travail et 3) les conditions de retour ou de prolongation de l'arrêt de travail. Chacun

de ces trois segments a été découpé en catégories thématiques, qui à leur tour regroupent les différents thèmes abordés par les personnes. L'unité de contenu peut être un paragraphe, une phrase ou quelques mots. Ces unités peuvent être classées dans plus d'une catégorie ou sous-thème. La segmentation et la codification des données des entrevues sont présentées à l'annexe III.

Par la suite, les données d'entrevues ont été comparées d'un récit à l'autre par une analyse transversale qui permettait le repérage des séquences et des regroupements thématiques. Progressivement, par un travail de va-et-vient entre la théorie et les données empiriques provenant du matériel d'entrevues, un travail de mise en rapport des thèmes et des trajectoires a été réalisé de façon à construire une représentation cohérente de l'ensemble des résultats en fonction de l'objet de recherche.

Au cours de cette étape, nous avons procédé à une forme de triangulation de nos résultats à partir d'un travail de confrontation des différentes perspectives observées dans la littérature existante, nous assurant ainsi une certaine validation de nos résultats. De plus, une analyse des « cas contrastants » en fonction du profil de réinsertion professionnelle, a été réalisée afin d'assurer la cohérence interne de nos résultats (Laperrière, 1997). Enfin, les résultats de l'analyse qualitative ont également été confrontés aux résultats obtenus à l'aide de notre étude quantitative. Cela a permis de corroborer certains de nos résultats et de donner une plus grande crédibilité à l'étude (Huberman & Miles, 1991). La figure 4 qui suit présente les différentes étapes de notre processus d'analyse des données.

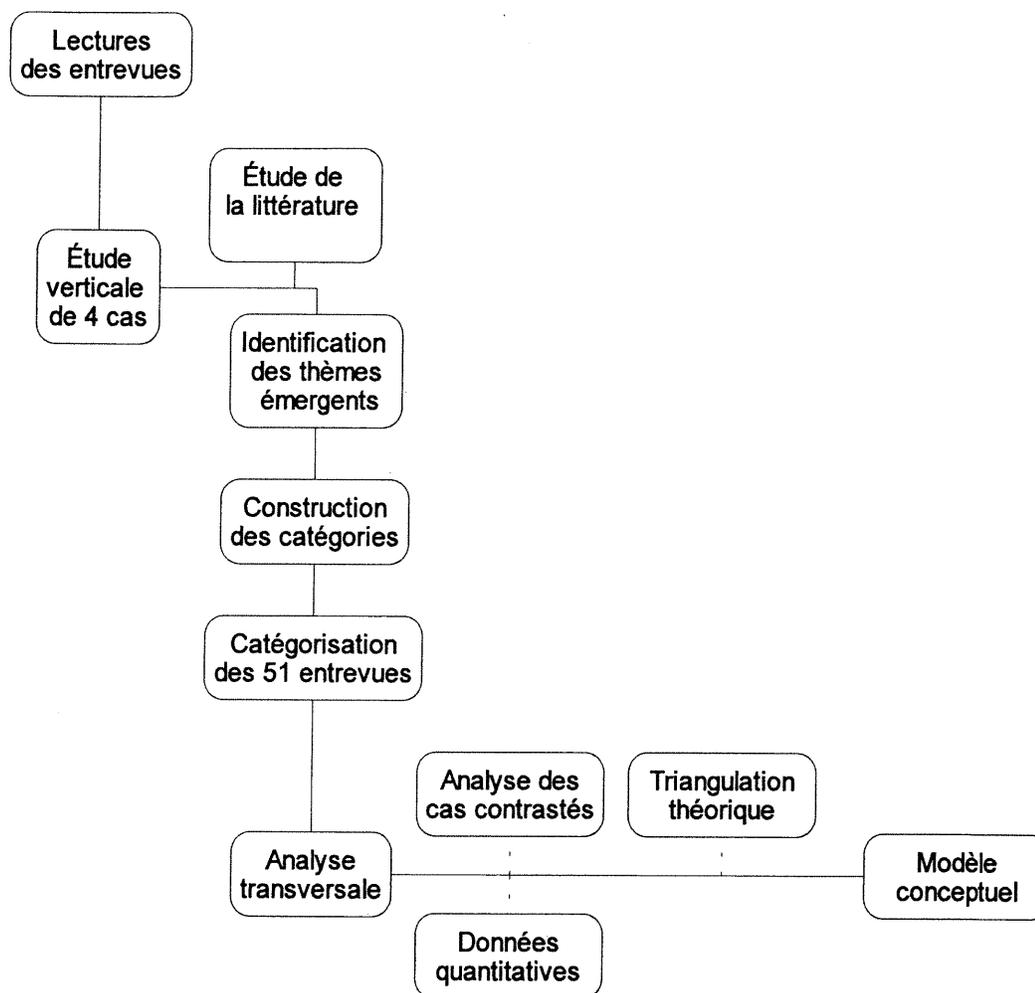


Figure 4 Processus d'analyse des données d'entrevues

II.3 LES DIMENSIONS ÉTHIQUES

Le questionnaire a été distribué par la poste et les personnes jointes ont été invitées à y répondre sur une base volontaire. Tous les envois ont été faits par la CARRA afin d'assurer l'entière confidentialité des données nominatives concernant les personnes qui ont été sélectionnées à partir de la banque de données. Cette procédure a été soumise à la Commission d'accès à l'information du gouvernement du Québec qui a donné son accord pour cette procédure. Toutes les données ont été traitées sur une base anonyme et confidentielle.

Les personnes qui ont participé aux entrevues ont été sélectionnées² parmi celles qui ont accepté de laisser leurs coordonnées. Dans un premier temps, les personnes ont été jointes par contact téléphonique afin d'être invitées, sur une base volontaire, à participer à une entrevue d'une durée d'environ une heure et demie. Les objectifs de la recherche et la démarche poursuivie leur ont été précisés lors de ce premier contact. Celles qui ont accepté de participer à l'étude ont été invitées à remplir un formulaire de consentement. Le formulaire de consentement est présenté à l'annexe IV. Ce formulaire permettait de s'assurer que chaque participant avait bien pris connaissance des objectifs de l'étude, de la démarche, de son droit de se retirer en tout temps et ce sans aucune obligation ou préjudice. Les personnes ont été informées que cette étude ne comportait aucun risque pour leur santé, bien qu'elles auraient pu éprouver diverses émotions en racontant leur histoire personnelle. L'autorisation d'enregistrer les entrevues a également été obtenue avant de débiter l'entrevue. Toutes les données ont été traitées de façon strictement confidentielle. Des noms fictifs ont été attribués à

² La sélection des participants, le premier contact et la réalisation des entrevues ont été effectués par Louise St-Arnaud

chaque personne et aucune information menant à une possible identification des personnes n'a été transmise. Les formulaires de consentement et les coordonnées des participants ont été conservés sous clef et dans un endroit différent de celui des cassettes d'enregistrement qui ont été également sous clef jusqu'à la fin de l'étude.

III CORPS DE LA THÈSE PAR ARTICLE

Le corps de la thèse est composé de quatre articles. Ces articles ont été entièrement rédigés par le premier auteur. Les deuxième et troisième auteurs ont eu un rôle de supervision critique.

Le premier article intitulé : *Return to work after sick leave due to a mental health problem* porte sur les résultats de l'analyse des données du questionnaire et a été soumis à la revue *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Cette étude vise d'une part, à décrire le profil des travailleurs qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale et d'autre part, de les comparer selon l'issue de leur désinsertion professionnelle soit, le retour ou non au travail et la résolution ou non de leur problème de santé.

Le deuxième article intitulé : *De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale*, porte sur les données d'entrevues et a été soumis à la revue *Santé mentale au Québec*. Le but de cet article est de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle des personnes qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale, en prenant en considération les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, l'arrêt de travail et le processus de restauration des capacités et enfin, le retour au travail ou la prolongation de l'arrêt de travail.

Le troisième article intitulé : *A close-up look at recognition dynamics for persons with mental health problems in the workplace*, a été soumis à la revue *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Cet article repose également sur une approche qualitative et concerne plus spécifiquement les personnes qui ont des troubles mentaux plus sévères et persistants.

Enfin, le quatrième article est intitulé : *Analyse des facteurs professionnels impliqués dans le processus de réintégration au travail auprès d'enseignants qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale*. Cet article a été soumis à la *Revue Canadienne de l'Éducation*. Cette article, s'adressant à une catégorie homogène de travailleurs, soit des enseignants, repose sur une méthodologie qualitative et porte plus spécifiquement sur l'analyse des facteurs professionnels impliqués dans le processus de désinsertion professionnelle.

III.1 PREMIER ARTICLE : RETURN TO WORK AFTER SICK LEAVE DUE TO A MENTAL HEALTH PROBLEM

Louise St-Arnaud, Micheline Saint-Jean et Jacques Rhéaume

III.1.1 Abstract

Objectives The objectives of this research were to describe and compare the professional reintegration profile of workers following mental health sick leave.

Methods The study was conducted among employees of public sectors who had been on medically certified sick leave due to mental health problem. Data were collected using mailed questionnaires and analysis cover 1850 respondents.

Results The results show that 31 % of the participants reported being absent primarily for work-related reasons and close to two thirds cited both personal and occupational causes. The analysis shows that nearly 45 % of respondents who returned to work perceived their mental health problem as unresolved. The data specific to professional reintegration conditions show that individuals who experienced positive changes in work aspects when they return, were more likely to have a positive mental health outcome, than those for which work was not re-designed. These results lend support to the feasibility and plausibility of our hypothesis suggesting a link between professional de-integration and reintegration factors.

Conclusions Their results establish a significant correlation between resolving mental health problems and positive work re-design upon returning to work. In this perspective, it is clear that improvements to working conditions upon return to work is an important determinant for health restoration and a successful return-to-work transition, which will, in turn, promote job retention by individuals returning from mental health sick leave.

Key words : Mental health problems, sick leave, professional reintegration, worker absenteeism, work-related factors, psychosocial constraints, psychological distress

III.1.2 The problem

The incidence of mental health problems in the workplace has risen sharply in recent years and currently counts as one of the leading causes of worker absenteeism (Banham, 1992; Conti & Burton, 1994; Gabriel & Liimatainen, 2000; Karttunen, 1995; Vézina, 1996; Vézina et al., 2001). The International Labor Organisation (ILO) recently tabled a report examining mental health in the workplace in Finland, Germany, Poland, Great Britain and the United States. This report indicates that mental health problems, in particular depressive disorders, are becoming increasingly prevalent (Gabriel & Liimatainen, 2000). While in some countries this increase may partly be a reflection of more open attitudes towards these types of afflictions, as well as improvements in the disorder classification system, the authors estimate that approximately 20% of the active population has a mental health problem. Apparently, every year in the United States, one out of every ten working-age adults experiences depression (Kessler et al., 1994). In Finland, half of the active population exhibit stress-related symptoms, while 7% suffer from serious work overload and burnout (Gabriel & Liimatainen, 2000; Kessler et al., 1994). In recent years, mental health difficulties have become the most common grounds for disability pension claims. In fact, depressive disorders account for nearly 7% of early retirements in this country. It is estimated that in a number of other countries, early retirements appear to be increasingly associated with mental health problems, which are also on their way to becoming the number one reason for disability pension claims (Gabriel & Liimatainen, 2000).

Similar findings have been reported for Québec. A health survey on the evolution of work disability associated with mental health among Québécois, carried out between 1987 and 1998, clearly demonstrates the growing incidence of this phenomenon (Vézina et al., 2001). In fact, the proportion of workers who

were absent for at least one day for mental health reasons almost doubled during this period, from 7.2% to 13.2%. Not only were such absences more frequent, they were also of longer duration; the analysis reveals a three-fold increase in the mean number of disability days per 100 persons, reaching 7.4 in 1998, up from 24.6 in 1992. Lastly, with respect to long-term absences (more than 6 months) due to psychiatric disorders, employment insurance companies have reported increases varying from 30% to 50%, over the past decade (Fontaine, 1995; Ranno, 2000; Vincent, 1995).

These various results indicate that the active population is directly affected by this issue. Many employees are likely to encounter a mental health problem that is sufficiently serious to require withdrawal from work. Mental health problems are not innocuous diseases. They can be particularly debilitating and generally involve long disability periods. Furthermore, they are persistent and entail a high risk of relapse (Conti & Burton, 1994; Druss, Rosenheck, & Sledge W, 2000). Studies show that the duration of work disability following a bout of depression is approximately two and a half times as long as that associated with other illnesses (Gabriel & Liimatainen, 2000).

Occupational physicians, epidemiologists, occupational therapists, sociologists and psychiatrists have all examined factors that trigger the onset of mental health problems in the workplace (Bourbonnais et al., 1999; Daniellou, 1999; Dejours, 1993; Malenfant et al., 1999; Stansfeld et al., 1999; Vézina, 1996). However, despite the concerns raised by these health problems and the significant scope of the phenomenon, there is a scarcity of studies that focus specifically on the issue of mental health sick leave. A survey of the few available mental health studies on professional reintegration suggests that research related to this topic is still in the embryonic stage. In addition, most of these studies are centred around

severe and persistent mental health disorders (such as schizophrenia) that have a life-long and serious impact on employment potential (Ahrens et al., 1999; Arveiller & Bonnet, 1991; Jacobs et al., 1992; Kirsh, 2000; Latimer et al., 2001; Lauzon & Charbonneau, 2000; Marrone et al., 1998; Rebeiro, 1999; Scheid & Anderson, 1995).

Incidentally, despite the fact that professional reintegration appears to be one of the highest profile areas in the field of mental health rehabilitation, most individuals afflicted with severe and persistent mental problems continue to be excluded from the workforce. From the literature reviewed, an estimated 75 to 90% unemployment rate is observed among persons suffering from severe and persistent mental problems (Ahrens et al., 1999; Jacobs et al., 1992; Kirsh, 1996; Lauzon & Charbonneau, 2000; Marrone et al., 1998; Scheid & Anderson, 1995). Yet studies have shown that most of these individuals would like to work (Becker, Debout, and Drake, 1998), even for minimum wage (Arveiller & Bonnet, 1991). Scheid & Anderson (1995) also point out that, in addition to being underrepresented in the workplace, these individuals generally hold sheltered or transitional jobs, arrangements that very rarely lead to regular employment. Indeed, the vast majority of the studies in our survey, investigated workplace integration, as opposed to reintegration. These studies fall under the rehabilitation category, examining social integration of individuals who are recognized on the basis of their handicap; the individual as a function of his abilities and disabilities being the focus of the analysis. Emphasis is placed on personal factors (gender, age, health profile, level of education, social support, etc.) that influence the success of rehabilitation and the duration of employment. From this survey, it can be seen that studies examining professional reintegration in the context of the mental health of employed members of an active workforce population, are virtually non-existent.

Professional reintegration has also come under scrutiny in the context of unemployment studies (Castel, 1994; D'iribarne, 1990; de Gaulejac & Taboada Léonetti, 1994; Demazière, 1995; Ezzy, 1993; Frigul, 1997). While the primary focus of these studies is not persons who withdrew in the wake of a mental health problem, some conclusions point in the same direction as those observed in the rehabilitation studies. Unemployment studies show that workers who are older, less qualified and suffer from functional disabilities are more likely to experience prolonged periods of unemployment. In short, individual characteristics, such as age and health status are widely recognized as being important factors to take into account in the professional reintegration process.

Along another line, the most recently developed conceptual frameworks in the field of rehabilitation, highlights the necessity of including environmental factors in the analysis of the rehabilitation process (Badley, 1995; Fougeyrollas, 1995). Minaire (1992) refers to the "*situation handicap*" concept to account for the fact that a person's disability is not a constant, but a variable, driven by social situations encountered by the subject. To that effect, a study conducted by Baril and colleagues (1994) takes into consideration the importance of variables associated with the work setting on the outcome of the professional reintegration process. In their view, because of the emphasis placed on individual variables, the work setting is overlooked as an essential factor for a proper understanding of the professional reintegration process. Recent adverse changes in the workplace have had negative impacts on work organisation, particularly in terms of heightened demands and pace, as well as decreased job security, which can take a toll on mental health and individual work capacity (Malenfant et al., 1999; Marmot, Siegrist, Theorell, & Feeney, 1999; Vézina et al., 2001).

In analyzing the professional reintegration process, consideration of work-related factors appears increasingly crucial, given the mounting body of evidence suggesting a link between work-related psychosocial constraints and the onset of mental health problems, as measured by psychological distress or absenteeism (Bourbonnais et al., 1998; Bourbonnais et al., 1996; Bourbonnais et al., 1999; Karasek & Theorell, 1990; Marmot, Feeney, Shipley, North, & Syme, 1995; Stansfeld et al., 1995). The role of work in jeopardizing mental health raises questions regarding its impact on conditions that foster a successful return to work. In short, if adverse working conditions are a determinant in the onset of mental health problems and withdrawal from work, then perhaps improvement of such conditions could be an effective strategy for resolving mental health problems, and thereby fostering job retention following return to work.

Results of a study on professional reintegration after burnout absences, conducted by Bernier (1994), support this latter contention. In fact, the large majority of subjects in this study pointed exclusively to difficulties encountered in the workplace as the cause of the decline in their health. In this context, it is not surprising to observe a strong correlation between a return to work and some degree of latitude to alter the work situation. Indeed, very few respondents returned to the same work situation and most experienced some form of break with their previous position. Nearly one third changed job content, either by choosing more technical tasks, which they felt were better suited to their skills and less emotionally demanding, or through job enrichment. Others left their previous employer altogether to become self-employed, or to work in a completely different sector. Lastly, in some cases, the break was made by means of a part-time return, leaving more hours for leisure pursuits. These results would suggest that job re-assignment or re-organisation of those work aspects that contributed to the work stoppage, may greatly facilitate the return-to-work transition. However, Bernier's study is

based strictly on a selection of “success stories”, i.e. essentially persons considered as having resolved the crisis and re-entered the labour force, thus implying a selection bias. What became of the others, who did not successfully resolve the crisis? Can the negative outcome, in such cases, be explained by the difficulty of finding a suitable re-assignment or do other factors influence the return-to-work outcome?

III.1.3 Objectives and hypotheses

This study had two objectives: (i) to describe the profile of workers who were absent from work for mental health reasons and (ii) to compare the outcomes of their professional reintegration, in terms of whether or not they resumed work and successfully recovered from their health problem. Our initial hypothesis was that workers who view their job as the precipitating factor of their health problem would be far less likely to resume work, than those who consider their personal life as the cause. A second hypothesis, is that employees who experience favourable work changes after their return, are more likely to recover from their mental health problem, than those who do not.

III.1.4 Methods

Participants

This study was conducted among employees of the health and social services, education and Québec civil service sectors, who had been on medically certified sick leave for a period of more than three weeks due to a mental health problem, between 1993 and 1996. The subjects of this study were selected on the

basis of salary insurance data collected from the records of the *Commission administrative de regimes de retraite et d'assurance* (CARRA) (Commission for Retirement Pension and Insurance Plans), an organisation offering all employers in these sectors a management service for sickness insurance claims.

All participating individuals were from the Québec City and Montréal areas, representing the vast majority of persons covered by employment insurance. The advantage of studying this population is that the employment insurance conditions are relatively uniform, while job categories are diverse. Moreover, recent adverse changes in health and social services, education and Québec civil service sectors, in the wake of budget cuts, departmental mergers and organisational restructuring, inevitably have an impact on the mental health and productivity of these employees (Bourbonnais et al., 1998; Bourbonnais et al., 1996; Bourbonnais et al., 1999; Messing, Seifert, & Escalona, 1997).

Initially, 3,828 questionnaires were sent out by mail, 260 of which did not reach their addressees and were returned unopened. Of the 1,884 completed questionnaires received by the researchers, 34 were eliminated, due to a very high number of unanswered questions, leaving a total of 1,850 that were used for the analysis, which represents 52% of the targeted group. This response rate was considered relatively high given our population had or were still suffering from mental health problems. Moreover, an assessment of characteristics according to age, gender and activity sector indicates the distribution of respondents is not different from that of the entire population.

The questionnaire

The questionnaire, which contained essentially closed questions, was intentionally short and straightforward, to allow a better response rate to the mail-out and to take into account possible concentration difficulties of persons with mental health problems (Dillman, 1978; Gauthier, 1997).

In addition to the socio-demographic variables, working conditions, such as activity sector, type of job, number of years of experience, status of employment and work time were included in the questionnaire.

Questions pertaining to the disease and the treatment, such as duration of the disease, number of episodes, recourse to medication, perceived health profile, level of satisfaction with their social relationships and the support of a close friend or family member, were based on questions obtained from a Québec health survey conducted in 1992-1993.

The questions related to the causes of mental health problems and to organizational aspects involved in the professional reintegration process, have been constructed from the important risk factors identified in the field of stress literature (Karasek & Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Vézina et al., 1992). Those studies has identified a whole of professional risk factors at the origin of work related mental health disorders. Lastly, return-to-work characteristics, professional reintegration conditions and health outcome, were measured by both closed- and open-ended questions.

In order to ensure potential study participants complete confidentiality, CARRA assumed responsibility for the mail-outs. A stamped, self-addressed

return envelope was enclosed with the questionnaire, and a follow-up reminder was issued, in an effort to foster a higher response rate.

Data analysis

The first step of our analysis, involved establishing a general portrait of the respondents, based on the following socioeconomic characteristics: gender, age, family status, type of occupation, status of employment and seniority.

This was followed by a series of descriptive analyses, intended to trace the return-to-work profile of the subjects (return vs. non-return to work) according to: i) socio-economic characteristics (gender, age, family status, status of employment and work full or part time); ii) cause of work stoppage (personal, work or both) and associated work-related factors (work overload, non-recognition of efforts, conflict with a superior or co-worker(s), negative assessment, lack of autonomy, job-security concerns, etc.); iii) health status and social relationships (prior episode(s), pharmaceutical treatment and support from close friend or family member).

Next, subjects who had returned to work were compared with those still absent, on the basis of: 1) socio-economic characteristics; 2) cause of work stoppage and associated work-related factors; 3) health status and social relationships.

We then assessed the health outcome of all workers who had returned to work, as a function of the above-mentioned variables (successful return vs. unresolved return). Lastly, the professional conditions of the return to work were examined (gradual return and work re-design).

A χ^2 test enabled us to verify the distribution of groups as a function of return or non-return to work and as a function of negative or positive health outcome. We also performed *t* tests, in order to compare the groups on the basis of mean age, mean years of experience and, for those who had returned to work, duration of absence. An SPSS program was used for the analyses.

III.1.5 Results

General profile of respondents

Of the total 1,850 respondents to the questionnaire, 74.2% ($n = 1.373$) were women and 25.8% ($n = 477$) men. The mean age of the participants was 45 years ($SD = 8.3$), with a range of 23 to 67 years. In terms of family status, 65.3% of respondents were living with a spouse and 48.8% had children under 18 years living at home.

The vast majority of respondents held permanent jobs (91.8%), which in most cases were full-time (88.6%). On average, these workers had 16 years ($SD = 9.2$) of experience (ranging from 1 to 40) prior to work stoppage and more than two thirds had over 10 years of accumulated experience. The group was composed of managers and professionals (18.2%), teachers (28.8%), nurses, specialized educators and technicians (19.2%), secretaries and office workers (22.8%), as well as labourers and auxiliary employees (10.3%).

The absence profile shows that the majority of respondents (64.9%) were experiencing their first lost-time episode for mental health reasons, while 19.8% had undergone one prior episode, 8.4% two previous episodes and 6.0% three or more episodes. A proportion of 84.7% reported having been treated with prescription drugs for the current episode..

With respect to professional reintegration, 68.9% (n = 1,273) of respondents had returned to work. It is interesting that among those who had not returned to work, i.e. 31.1% (n = 577), 16.2% had permanently retired, while the remainder were still on sick leave, extended disability, sabbatical or unemployed. The mean absence duration for the return-to-work group was 23.8 weeks, 22.7% of whom had been absent for over 6 months and 8.8% more than a year. However, 42.3% of the non-returned group had been absent for more than a year.

Only 8.9% of all respondents reported personal reasons as the primary source of their health problem and work stoppage; 31.5% attributed it to work, while close to two thirds, or 59.6%, ascribed it to a combination of the personal domain and work.

Professional reintegration analysis

As a first step, we used *t* tests to compare the mean age and years of experience of participants, according to their professional reintegration profile. We found that those who did not return were, on average, significantly older, (48.5 vs. 43.9 years) with more years of work experience (19.9 vs. 15.1 years), than those who returned.

Next, we performed a χ^2 test to determine whether the two groups, i.e. respondents who resumed work and those who did not, were distributed in a similar manner (see table I).

Table I Analysis of professional reintegration profile

	Return to work	Non return to work	χ^2	<i>p</i>
	% (n)	% (n)		
	68.9 (1273)	31.1 (577)		
SOCIO-ECONOMIC CHARACTERISTICS				
Women	77 (972)	68.1 (388)	16.45	< .001
Men	23 (290)	31.9 (182)		
Children at home under 18 years	52.6 (670)	40.4 (230)	23.46	< .001
No children at home	47.4 (603)	59.6 (340)		
Living with spouse	66.7 (848)	61.9 (353)	4.03	< .05
Living alone	33.3 (424)	38.1 (217)		
Permanent job	91.8 (1158)	91.6 (521)	ns	-
Contractual employment	8.2 (104)	8.4 (48)		
Full-time work	88.3 (1123)	89.2(510)	ns	-
Part-time work	11.7 (149)	10.8(62)		
PRINCIPLE CAUSES OF WORK STOPPAGE				
Personal life	10.2 (129)	5.8 (33)	14.84	< .001
Work	29.4 (371)	36.3 (206)		
Personal life and work	60.3 (761)	57.9 (329)		
WORK-RELATED FACTORS*				
Work overload or pressure to produce	59.7 (676)	67.1 (359)	15.54	< .001
Non-recognition of efforts	45.0 (509)	54.9 (294)	6.75	< .01
Conflict with superior or management	28.6 (324)	34.8 (186)	ns	-
Conflict with co-workers	19.8 (224)	20.6 (110)	ns	-
Negative assessment of work	16.3 (184)	25.6 (137)	21.97	< .001
Lack of autonomy in work	17.2 (195)	17.8 (95)	ns	-
Job security concerns	14.1 (160)	13.9 (74)	ns	-
Other reasons (sexual harassment, negative attitudes, violence, etc.)	35.5 (402)	43.9 (235)	11.91	< .01
HEALTH PROFILE AND SOCIAL LIFE				
Problem resolved	55.8 (688)	25.5(142)	145.12	< .001
Problem unresolved	44.2 (545)	74.5(415)		
Prior absences	30.6 (388)	45.1 (256)	36.07	< .001
No prior absence	69.4 (880)	54.9 (312)		
Use of medication	82.2 (1042)	90.2 (516)	19.60	< .001
No medication	17.8 (226)	9.8 (56)		
Support from close friend or family member	86.1 (1082)	83.0 (470)	ns	-
No support from close friend or family member	13.9 (175)	17.0 (96)		
Self-rated health profile				
poor	4.5 (57)	17.3 (99)	95.22	< .001
average to good	45.5 (579)	47.3 (271)		
very good to excellent	50.0 (636)	35.4 (203)		
Social life				
very unsatisfactory	4.4(56)	11.5 (65)	60.25	< .001
fairly unsatisfactory	16.0(202)	25.0 (141)		
fairly satisfactory	59.0(743)	45.6 (257)		
very satisfactory	20.6 (259)	17.9 (101)		

Note: total n may vary due to missing data

* Work-related factors are not mutually exclusive. Respondents may check more than one response.

In the analysis of socio-economic variables, we found that a significantly higher number of women resumed work, than men. In fact, among those who returned to work 77% were women and 23% were men, while the non-return to work group had 68.1% women and 31.9% men. We also noted a higher return-to-work rate among respondents who have children (52.6% vs. 40.4%) and live with their spouse (66.7% vs. 61.94%). However, there did not appear to be a strong correlation between resumption or non-resumption of work and permanent, contractual, or full- and part-time positions.

A significant difference was also observed in the proportion of respondents returning or not returning to work as a function of cause of work stoppage. Participants who cited personal factors as the primary reason for their absence (10.2% vs. 5.8%) had a higher rate of return to work, while the opposite was true for those who attributed it to work (29.4 vs. 36.3), which supports our hypothesis. The relative contribution of the “personal life and work” causality to return or non-return to work outcome, remains virtually nil. Moreover, persons who identified work overload (67.1% vs. 59.7%), non-recognition of efforts (54.9% vs. 45.0%) or a negative work evaluation (54.9% vs. 45.0%) as the main reason of their absence, were significantly less likely to return to work..

As we had expected, there was a significantly higher rate of return to work among individuals who perceived their health problem as resolved (55.8% vs. 25.5%). The incidence of prior episodes was also significantly higher (45.1% vs. 30.6%) among those who had not returned to work, and they were more likely to take medication (90.2% vs. 82.2%). Lastly, those who resumed work claimed to enjoy better health and more satisfactory social relationships. However, only half of the individuals who returned to work rated their health as very good to excellent.

Analysis of health outcome among subjects who returned to work

The principle results of the health outcome analysis in subjects who returned to work, are presented in this section. The fact that only 55.8% of those who resumed work rated their mental health problem resolved, should be borne in mind. As a first step, we performed *t* tests, which show that individuals who consider their health problem unresolved were, on average, older (44.5 vs. 43.5 years) and had been absent for longer periods (26 vs. 24.8 weeks), than those who reported a positive health outcome.

We then used a χ^2 test for the return-to-work group, to assess whether the distribution was similar for those who self-rated their health problem as resolved and those who did not (see table II). The variables related to socio-economic characteristics were not significantly affected by the following parameters: gender, living alone or with a spouse, having children under 18 years of age at home, holding a permanent or contractual job, working full- or part-time.

However, with respect to primary cause of work stoppage, our analysis shows that individuals who had been absent for personal reasons were twice as likely (13.3% vs. 6.3%) to perceive their health problem as solved, at the time they resume work. On the other hand, those who had been absent for both personal and work reasons (64.3% vs. 57.2%) were more inclined to perceive their problem as unresolved. The analysis of professional factors indicate that work overload, non-recognition of efforts, conflict with co-workers and job security concerns were significantly correlated with an unresolved return to work.

Table II Analysis of health problem resolution in persons who returned to work

	Resolved Return	Unresolved Return	χ^2	<i>p</i>
	% (n)	% (n)		
	55.8 (688)	44.2 (545)		
SOCIO-ECONOMIC CHARACTERISTICS				
Women	78.5 (538)	74.3 (402)	ns	-
Men	21.5 (147)	25.7 (139)		
Children at home under 18 years	52.5 (362)	52.5 (286)	ns	-
No children at home	47.3 (325)	47.5 (259)		
Living with spouse	65.8 (452)	68.9 (375)	ns	-
Living alone	34.2 (235)	31.1 (169)		
Permanent job	91.5 (624)	92.4 (499)	ns	-
Contractual employment	8.5 (58)	7.6 (41)		
Full-time work	89.2 (614)	87.1 (473)	ns	-
Part-time work	10.8 (74)	12.9 (70)		
PRINCIPLE CAUSES OF WORK STOPPAGE				
Personal life	13.3 (91)	6.3 (34)	14.84	< .001
Work	29.5 (201)	29.4 (159)		
Personal life and work	57.2 (390)	64.3 (347)		
WORK-RELATED FACTORS *				
Work overload or pressure to produce	54.5 (322)	65.1 (329)	14.23	< .001
Non-recognition of efforts	50.6 (299)	49.4 (250)	8.92	< .01
Conflict with superior or management	27.6 (163)	29.2 (148)	ns	-
Conflict with co-workers	17.4 (103)	23.3 (118)	6.52	< .05
Negative assessment of work	15.0 (89)	17.8 (90)	ns	-
Lack of autonomy in work	15.7 (93)	19.3 (98)	ns	-
Job security concerns	12.2 (72)	17.1 (86)	5.83	< .05
Other reasons (sexual harassment, negative attitudes, violence, etc.)	30.7 (181)	41.5 (210)	15.49	< .05
HEALTH PROFILE AND SOCIAL LIFE				
Prior absences	27.2 (187)	34.9 (190)	8.45	< .01
No prior absence	72.8 (500)	65.1 (354)		
Use of medication	78.6 (539)	86.5 (469)	13.05	< .001
No medication	21.4 (147)	13.5 (73)		
Support from close friend or family member	90.5 (616)	80.4 (434)	25.43	< .001
No support from close friend or family member	9.5 (65)	19.6 (106)		
Self-rated health profile				
poor	0.4 (3)	9.8 (53)	139.27	< .001
average to good	36.3 (250)	56.7 (308)		
very good to excellent	63.2 (435)	33.5 (182)		
Social life				
very unsatisfactory	1.2 (8)	9.8 (45)	141.20	< .001
fairly unsatisfactory	8.9 (61)	26.0 (140)		
fairly satisfactory	61.9 (424)	54.4 (301)		
very satisfactory	27.9 (192)	9.8 (53)		

Note: total n may vary due to missing data

* Work-related factors are not mutually exclusive. Respondents may check more than one response.

Moreover, significantly fewer participants who had experienced previous episodes (27.2% vs. 34.9%) and had been treated with medication (76.% vs. 86.5%), considered their health problem resolved. Along the same line, a higher proportion of persons who reported a positive health outcome had a friend or family member in whom they could confide and speak freely of their health problem (90.5% vs. 80.4%). They also claimed to enjoy better health and more satisfactory social relationships.

Lastly, we explored professional reintegration conditions and type of alterations to work aspects (table III). Our analysis of health outcome with respect to professional reintegration, shows that there is no significant difference between resolved and non resolved return to work, as a function of gradual return. However, a significantly higher number of individuals who reported their health problem as resolved, also reported work design improvements after their return, than those in the unresolved group (59.6% vs. 41.9%), which supports our second hypothesis. An analysis of the type of work alterations, shows a significantly higher number of individuals who changed jobs or task, within the group reporting a positive health outcome (18.5% vs. 7.1% and 28.0% vs. 23.7%).

Table III Profile of health problem resolution according to professional reintegration conditions and type of work alterations

	Resolved Return		Unresolved Return		χ^2	p
	%	(n)	%	(n)		
	55,8	(688)	44,2	(545)		
REINTEGRATION CONDITIONS						
Gradual return	52,4	(353)	55,9	(302)	-	ns
Non-gradual return	47,6	(321)	44,1	(228)		
Work alterations	59,6	(397)	41,9	(224)	37,32	< .001
No work alteration	40,4	(270)	58,1	(311)		
TYPE OF ALTERATIONS						
Changes in attitude	10,0	(66)	10,3	(55)	32,49	< .001
Changes in work	18,5	(122)	7,1	(38)		
Change of task	28,0	(185)	23,7	(126)		

Note: total n may vary due to missing data

III.1.6 Discussion

The objectives of this research were to describe and compare the professional reintegration profile of workers following mental health sick leave. The population studied has come under very little scrutiny in the context of rehabilitation. Subjects had an employment relationship and most had been working for more than 10 years before experiencing such a prolonged disability leave for mental health problems, i.e. an average of 6 months for those who returned to work and often longer for those who were still absent.

The results of this study emphasise the important contribution of work-related factors to the onset of mental disease and work stoppage in the public services sectors. Indeed, 31.3% of the participants reported being absent primarily for work-related reasons and close to two thirds cited both personal and occupational causes, for a total of 90% who indicated work as an underlying source

of their decline in health and work stoppage. Although the scope of our results is somewhat limited due to the response rate, i.e. 52%, this sample remains representative of the eligible population, in terms of age, gender and activity sector. Indeed, Angers (1996) found that the response rate for this type of questionnaire rarely exceeds 30%, which means that 52% is relatively high. On the other hand, these results echo the findings of other studies highlighting the impact of recent adverse changes in the workplace on the mental health of workers (Bourbonnais et al., 1999; De Bandt et al., 1995; Dejours, 1993; Gabriel & Liimatainen, 2000; Maslach et al., 2001; Vézina et al., 2001). Given that in today's society, the workplace is one of the most important settings for social integration, need achievement and identity building, it is not surprising to find that during difficult periods, the work environment is a potential source of equally significant deleterious effects on individual health (Dejours, 1995b; Marmot et al., 1999).

This study also demonstrates the difference between men and women regarding return to work, with more women returning to work, than men. This situation may be partly explained by the fact that women hold different types of jobs than men, and women's occupations induce a more precipitous return to work. Aronsson and colleagues (2000) showed that some fields, particularly health care and education where women are over-represented, present a higher risk of "presenteeism syndrome", i.e., staying at work despite feeling sufficiently ill to be absent. These professional activities that promote work "presenteeism" may also impact the professional reintegration process.

Another possible explanation for the difference observed between men and women, is the fact that women tend to seek medical help more quickly than men, which fosters earlier intervention and therefore, a prompter recovery. It may also be a reflection of the positive effect of the social support network that women enjoy as

compared to that of men. Several studies have shown that women generally develop a broader, more diverse social support network than their male counterparts. Women are also more inclined to have a close friend or family member, other than their spouse, in whom they can confide (Antonucci, 1994) and they find it easier to mobilize their support network in times of need (Belle, 1989). Furthermore, this social support network of women may have a positive impact on the outcome of their disease, and thus foster a rapid return to work.

The causality analysis of the professional reintegration profile shows that persons who reported being absent primarily for personal motives returned to work in significantly higher numbers. The opposite was also true; those who were absent strictly for work-related reasons appeared to experience more difficulty reintegrating work.

On the one hand, it is understandably more difficult to resume work when it involves returning to the situation that contributed to the disease and withdrawal from work. Work overload, non-recognition and negative work assessment, have been identified as professional factors that play a role in work stoppage. This concurs with the Siegrist model hypothesis (1996), that a work environment characterized by considerable effort and low recognition is accompanied by pathological emotional and physiological reactions.

On the other hand, when work is not a source of tension that fosters a decline in health, it remains an ideal setting for developing self-esteem and good health. In this sense, it may play a role in restoring and maintaining personal mental health that had deteriorated as a result of individual factors (Dejours, 1995a). The workplace is also a potential gateway to a social network offering support and reassurance to individuals dealing with stressful non-work events (Dejours, 1995a;

Dorvil, Guttman, Ricard, & Villeneuve, 1997; Mercier et al., 1999). Dejours (1998a) found that the workplace is not a neutral environment: it either positively affects health and becomes a powerful tool for protecting it or plays against it and contributes to its decline.

The mental health resolution aspect of our professional reintegration analysis, shows that return to work is not necessarily associated with mental health recovery. In fact, nearly 45% of respondents who returned to work perceived their mental health problem as unresolved. These individuals present a worrisome relapse potential. Indeed, Conti and Burton (1994) demonstrated a higher risk of relapse among workers who had been absent for mental health reasons, especially depressive disorders, than for other health problems such as blood pressure, back pain, heart trouble or other types of mental health difficulties (drug addition, anxiety, etc.).

The data specific to professional reintegration conditions show that individuals who experienced positive changes in work aspects when they return, were more likely to have a positive mental health outcome, than those whose work was not re-designed. These results lend support to the feasibility and plausibility of our hypothesis suggesting a link between professional de-integration and reintegration factors. If work is one of the key elements underlying the professional de-integration process, then improvement of those work aspects that contributed to the disease and the withdrawal from work, becomes a major determinant in the professional reintegration process, mental health recovery and, as a consequence, job retention. These findings concur with Bernier's study (1994), in which he showed that the resolution of mental health problems in workers can only be sustained if one or more of the factors contributing to their withdrawal from work are altered. Vahtera and colleagues (2000) showed that improving the socio-

psychological aspects of work could be a factor in reducing disease risk among workers. It would also be reasonable to assume that improving work conditions may foster restoration of mental health and successful professional reintegration. According to Brown (1995), who has made great strides in extending existing knowledge of the potential impact of stressful life events on mental health, psychosocial factors will likely play a crucial role in clinical progress and recovery from a depression episode, as in its onset.

Lastly, the results related to health profile and social life, show that the respondents who returned to work, as well as those who reported their mental health problem as resolved, claimed to enjoy better health and more satisfactory social relationships than either the participants who were still absent or those who felt they had not recovered when they resumed work, which supports our hypothesis.

Overall, these results lead us one step closer to a better understanding of factors involved in the professional reintegration process. One of the key contributions of this research has been to illustrate that return to work is not necessarily accompanied by mental health recovery. Mental health is not a given, but can be described as an unstable state of equilibrium that can change rapidly and frequently, depending on individual capacity (Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 1994). Many investigators refer to the workplace as the ideal setting for identity construction and health restoration (Dejours, 1995a, 1998b; Gabriel & Liimatainen, 2000; Lauzon & Charbonneau, 2000; Vézina, 1998). Their results establish a significant correlation between resolving mental health problems and positive work re-design upon returning to work. In this perspective, it is clear that improvements to working conditions upon return to work is an important determinant for health restoration and a successful return-to-work

transition, which will, in turn, promote job retention by individuals returning from mental health sick leave.

This research would benefit from further validation. One limitation of this study, is that we were unable to document factors which make it possible to re-structure work. A more in-depth examination would have to take into account the role of policy-makers who would be most likely to be involved in establishing guidelines and decisions regarding workplace reintegration.

III.1.7 References

- Ahrens, C. S., Frey, J. L., & Senn Burke, S. C. (1999). An individualized job engagement approach for persons with severe mental illness. Journal of Rehabilitation, 65(4), 17-24.
- Angers, M. (1996). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Québec: Les Éditions CEC.
- Antonucci, T. C. (1994). A life-span view of women's social relations. Women Growing Older (In B.F. Turner & L.E. Troll ed., pp. 239-269). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. Journal of Epidemiology Community Health, 54, 502-509.
- Arveiller, J.-P., & Bonnet, C. (1991). Au travail. Les activités productives dans le traitement et la vie de malade mentale. Toulouse: Éditions Erès.
- Badley, E. M. (1995). The genesis of handicap. Definition, models of disablement, and role of external factors. Disability and Rehabilitation, 17(2), 53-62.
- Banham, J. (1992). The cost of mental ill health to business. Prevention of Mental Ill Health at Work (R. Jenkins & N. Coney ed., pp. 24-29). London: HMSO.
- Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C., & Massicote, P. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. (Report No. R-082). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Belle, D. (1989). Gender differences in children's social networks and supports. Children's Social Networks and Social Supports (In D. Belle ed., pp. 173-188). New York: Wiley.
- Bernier, D. (1994). La crise du burnout. S'en remettre, c'est refaire sa vie. Montréal: Alain Stanké.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. American Journal of Industrial Medicine, 34, 18-20.

- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., & Moisan, J. (1996). Job strain and psychological distress in white collar workers. Scandinavian Journal of Work Environmental Health, 22, 139-145.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. Journal of Occupational Health Psychology, 4(2), 95-107.
- Brown, G. W. (1995). Rôle des facteurs interpersonnels dans le déclenchement et l'évolution des troubles dépressifs. Résumé d'un programme de recherche. Revue Santé Mentale Au Québec, XX(2), 15-34.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation. De la vulnérabilité à la désaffiliation. Cahiers De Recherche Sociologique, 22, 11-27.
- Conti, D. J., & Burton, W. N. (1994). The economic impact of depression in the workplace. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 36(9), 983-988.
- D'iribarne, P. (1990). Le chômage paradoxal. Paris: Presses Universitaires de France.
- Daniellou, F. (1999). Nouvelles formes d'organisation du travail et santé mentale. Un point de vue d'ergonome. Archives Des Maladies Professionnelles, 60(6), 521-550.
- De Bandt, J., Dejourn, C., & Dubar, C. (1995). La France malade du travail. Paris: Bayard Éditions.
- de Gaulejac, V., & Taboada Léonetti, I. (1994). La lutte des places. Insertion et désinsertion. Marseille: Hommes et perspectives.
- Dejourn, C. (1993). Travail et usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail (Nouvelle édition augmentée ed.). Paris: Bayard Éditions.
- Dejourn, C. (1995a). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. Le Travail Humain, 58(1), 1-15.
- Dejourn, C. (1995b). Le Facteur Humain (Que sais-je no. 2996 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.

- Dejours, C. (1998a). Centralité ou déclin du travail . Le monde du travail (In J. Kergoat, J. Boutet, H. Jacot & D. Linhart ed., pp. 40-49). Paris: Éditions La Découverte.
- Dejours, C. (1998b). Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil.
- Demazière, D. (1995). La sociologie du chômage. Paris: Éditions La Découverte.
- Dillman, D. A. (1978). Mail and Telephone Surveys. The Total Design Method. New York: Wiley.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Druss, B., Rosenheck, R., & Sledge W. (2000). Health and disability costs of depressive illness in a major Us corporation. American Journal of Psychiatry, 157, 1274-1278.
- Ezzy, D. (1993). Unemployment and Health. Société Scientifique Médicale, 37, 41-52.
- Fontaine, L. (1995). Se tuer au boulot. Commerce, Février, 26-31.
- Fougeyrollas, P. (1995). Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process. Québec contributions relating to ICIDH and social participation of people with functional differences. Disability and Rehabilitation, 17(3/4), 145-153.
- Frigul, N. (1997). Penser le rapport au travail pour comprendre le chômage. Une analyse de la construction sociale de la précarisation du travail et de la santé à partir d'une enquête menée auprès d'une population féminine en chômage de longue durée. Unpublished doctoral dissertation, Université René Descartes, Paris.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.-R. (2000). Mental Health in the Workplace. Genève: Bureau International du Travail.
- Gauthier, B. (1997). Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données (3^e ed.). Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Jacobs, H., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D., & Burkeman, D. (1992). Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. Hospital and Community Psychiatry, 43, 365-369.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Health work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Karttunen, A. (1995). All Worked up. Work Health Safety 1995. Helsinki: Institute of Occupational Health.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.
- Kirsh, B. (1996). Influences on the process of work integration : the consumer perspective. Canadian Journal of Community Mental Health, 15(Spring 1), 21-37.
- Kirsh, B. (2000). Factors associated with employment for mental health consumers. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(1), 13-21.
- Latimer, É., Lecomte, T., & Ouadahi, Y. (2001). Le modèle « Individuel Placement and Support » d'insertion au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Revue de la littérature et perspectives d'adoption. 69^e Congrès de l' Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS) Sherbrooke: ACFAS.
- Lauzon, G., & Charbonneau, C. (2000). Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir. Québec: Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale.
- Malenfant, R., LaRue, A., Mercier, L., & Vézina, M. (1999). Travailler un peu, beaucoup, passionnément... pas du tout. Québec: CLSC Haute-Ville, Centre de documentation.
- Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F., & Syme, S. L. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. Journal of Epidemiology and Community Health, 49, 124-130.

- Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., & Feeney, A. (1999). Health and the psychosocial environment at work (In M. Marmot & R. G. Wilkinson ed.). London: Oxford University Press.
- Marrone, J., Gandolfo, C., Gold, M., & Hoff, D. (1998). Just doing it. Helping people with mental illness get good jobs. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 21(1), 37-48.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
- Mercier, C., Provost, G., Denis, G., & Vincelette, F. (1999). Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Montréal: Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.
- Messing, K., Seifert, A. M., & Escalona, E. (1997). The 120-S Minute. Using analysis of work activity to prevent psychological distress among elementary school teachers. Journal of Occupational Health Psychology, 2(1), 45-62.
- Minaire, P. (1992). Disease, illness and health. Theoretical models of the disablement process. 70(33), 373-379.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (1994). Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec.
- Ranno, J. P. (2000). Santé mentale et stress au travail. Montréal: Sun Life.
- Rebeiro, K. L. (1999). The labyrinth of community mental health. In search of meaningful occupation. Psychiatric Rehabilitation Journal, 23(2143-152).
- Scheid, T. L., & Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness : Understanding the role of work. Community Mental Health Journal, 31(2), 163-176.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-41.

- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder. Prospective results from the Whitehall II study. Journal of Occupational and Environmental Medicine, *56*, 302-307.
- Stansfeld, S. A., North, F. M., White, I., & Marmot, M. G. (1995). Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. Journal of Epidemiology and Community Health, *49*, 48-53.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., & Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence. A seven year follow up of initially healthy employees. Journal of Epidemiology and Community Health, *54*, 484-493.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail. Pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. Revue Santé Mentale Au Québec, *XXI*(2), 117-138.
- Vézina, M. (1998). La santé mentale au travail . Peut-il y avoir place à la lésion professionnelle. Le Médecin Du Québec, *33*(4), 113-116.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. Portrait Social du Québec : données et analyses Édition 2001 (Chapître 12). Institut de la statistique du Québec: Québec.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec. Québec, QC: Gaëtan Morin éditeur.
- Vincent, A. (1995). Les entreprises et le coût de la santé mentale. Entreprendre, *juin/juillet*, 47-48.

III.2 DEUXIÈME ARTICLE : DE LA DÉINSERTION À LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE À LA SUITE D'UN ARRÊT DE TRAVAIL POUR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Louise St-Arnaud, Micheline Saint-Jean et Jacques Rhéaume

III.2.1 Résumé

Les problèmes de santé mentale sont parmi les principales causes d'incapacité de travail dans les pays industrialisés. Malgré l'importance du phénomène, très peu d'études ont été réalisées sur la réinsertion professionnelle des personnes atteintes d'un problème de santé mentale. Le but de cette étude est de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle des personnes qui se sont absentes du travail en raison d'un problème de santé mentale, en prenant en considération les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail. La méthode utilisée est de type qualitative et repose sur des entrevues réalisées auprès de 51 personnes, sélectionnées au hasard à partir d'une banque de 736 travailleurs québécois du secteur des services publics au Québec, et qui s'étaient absentes du travail pour au moins trois semaines, en raison d'un problème de santé mentale certifié par un diagnostic médical. Les résultats montrent qu'au chapitre des événements qui ont précédé l'arrêt de travail, la très grande majorité des participants ont fait état d'événements difficiles survenus dans le cadre de leur activité professionnelle pour rendre compte de la détérioration de leur état de santé, auxquels s'ajoutent pour certains, des problèmes dans leur vie de travail, ou encore, des troubles psychiatriques plus récurrents. L'arrêt de travail et le processus de restauration des capacités sont largement influencés par des règles de gestion médico-administratives. Les conditions qui favorisent la réinsertion professionnelle sont liées à la possibilité d'avoir accès à un retour progressif, des changements aux conditions de travail qui ont contribué au retrait, de même qu'à la qualité de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs. L'analyse de ces résultats a permis de construire un modèle dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle.

Mots clefs : Santé mentale, travail, réinsertion professionnelle

III.2.2 Problématique

La santé des populations a connu une amélioration sans précédent au cours du XX^e siècle. Les taux de mortalité ont diminué dans presque tous les pays du monde, on enregistre des améliorations spectaculaires de l'état de santé physique des individus et l'espérance de vie poursuit son ascension. Malgré ce bilan positif, de nombreux pays font face à une prévalence élevée des problèmes de santé mentale (International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE), 2000) et l'on estime que la situation va continuer à se détériorer au cours des prochaines décennies (Murray & Lopez, 1996). On estime maintenant que cinq des dix plus importantes causes d'incapacité dans le monde seraient reliées à des troubles mentaux (Brundtland, 2000). Or, la population active n'est pas à l'abri de ce phénomène. Au contraire, on enregistre une croissance marquée des absences au travail reliées à des problèmes de santé mentale dans plusieurs pays industrialisés. Selon un rapport récent du Bureau international du travail (BIT) sur la santé mentale en milieu de travail réalisé à l'intention de la Finlande, de l'Allemagne, de la Pologne, du Royaume-Uni et des États-Unis, les troubles mentaux, notamment les troubles dépressifs, sont en recrudescence (Gabriel & Liimatainen, 2000). Bien que dans certains pays ces augmentations puissent être en partie reliées à l'amélioration des connaissances en matière de santé mentale, à la diminution des préjugés face à ce type de problème, ainsi qu'à des changements dans le système de classification des maladies, les auteurs estiment que c'est environ 20 % de la population active qui souffre de problèmes de santé mentale.

Au Québec, une analyse des données d'enquêtes de santé sur l'évolution de l'incapacité de travail en raison d'un problème de santé mentale entre 1987 et 1998 montre bien l'importance grandissante de ce phénomène (Vézina et al., 2001). En effet, la proportion des travailleurs qui se sont absentés à la suite d'un problème de santé mentale a presque doublé au cours de cette période, passant de 7,2 % à 13,2 %. En plus de s'absenter plus souvent, les personnes s'absentent plus longtemps. En effet, l'analyse du nombre moyen de journées d'incapacité par personne en raison d'un problème de santé a presque doublé de 1992 à 1998, passant de 3,49 % à 7,83 %. Enfin, au chapitre des absences de longue durée (plus de 6 mois) liées à des troubles psychiatriques, des compagnies d'assurance salaire rapportent des augmentations variant de 30 % à 50 % au cours de la dernière décennie (Fontaine, 1995; Ranno, 2000; Vincent, 1995).

Ces différents résultats révèlent que la population active est directement touchée par ce phénomène. Plusieurs travailleurs sont susceptibles d'être confrontés à un problème de santé mentale suffisamment grave pour devoir s'absenter de leur travail. Les problèmes de santé mentale ne sont pas des maladies banales. Ils peuvent avoir des effets particulièrement incapacitants et entraînent généralement de longues périodes d'invalidité, en plus de comporter un risque élevé de rechutes (Burton & Conti, 2000; Conti & Burton, 1994). Des études ont montré que la durée d'une incapacité de travail à la suite d'une dépression serait environ deux fois et demie plus longue que celle occasionnée par d'autres maladies (Gabriel & Liimatainen, 2000). Malgré l'importance des problèmes de santé mentale au travail et les préoccupations suscitées par ce phénomène, très peu d'études ont porté sur la réinsertion professionnelle à la suite d'un problème de santé mentale.

Les quelques travaux recensés témoignent du caractère embryonnaire de la recherche sur la réinsertion professionnelle. Les études en santé mentale s'adressent plus spécifiquement aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères et persistants, telle la schizophrénie, et dont la trajectoire est surtout marquée par des difficultés d'insertion en emploi plutôt que de réintégration au travail. Du côté de la santé au travail, le nombre d'études a progressé, mais elles demeurent essentiellement centrées sur les aspects de la prise en charge médicale. Or, il est de plus en plus reconnu que la réinsertion professionnelle doit être analysée comme un fait social qui dépasse largement le monde médical (Baril & Berthelette, 2000). Les travaux de Baril et al. (1994) ont montré que les conditions qui entourent le parcours médical du travailleur, son parcours face à l'emploi, son itinéraire personnel et social doivent être considérées dans l'analyse du phénomène.

Les travaux de Frigul (1997) sur le chômage de longue durée révèlent également l'importance des conditions antérieures de travail dans l'analyse des conditions qui peuvent rendre compte d'un processus de désinsertion professionnelle. Dessors et al. (1990) ont également décrit comment l'empreinte de la pénibilité du travail se traduit directement sur la santé des travailleurs et sur leur capacité de travail et de maintien en emploi. Ces travaux montrent que l'incapacité de travail en raison d'un problème de santé mentale n'est pas seulement une conséquence de la détérioration de l'état de santé mentale, mais également, une construction sociale déterminée par les rapports au travail. Dans cette perspective la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi seront analysés en tenant compte de la trajectoire professionnelle des individus et des liens possibles entre les facteurs qui ont conduit à la désinsertion professionnelle et les conditions de la réinsertion professionnelle et du maintien en emploi.

Law et al. (1996) propose un modèle d'analyse qui tient compte à la fois du caractère dynamique de la relation personne-environnement-occupation et de son évolution dans le temps. Ce modèle est une piste intéressante pour analyser le processus de réinsertion professionnelle commun phénomène complexe et dynamique. Le but de cette étude est de mieux comprendre les facteurs impliqués dans le processus de réintégration au travail des personnes qui se sont absentes du travail à la suite d'un problème de santé mentale. En s'appuyant sur ces écrits théoriques, nous proposons d'analyser le processus de réinsertion professionnelle comme un phénomène dynamique construit au cours d'une interaction entre les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail.

III.2.3 Méthodologie

Dans le cadre de cette étude, nous avons privilégié une méthode qualitative basée sur des entrevues individuelles auprès de travailleurs qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale. L'analyse de la trajectoire comme catégorie dynamique nous permet de saisir l'articulation et l'évolution des dimensions personnelles et organisationnelles impliquées dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. La démarche permet de cerner les différentes logiques qui sous-tendent le choix et les stratégies des personnes face à leur retour au travail et à leur avenir professionnel. Cette approche permet également de rendre compte du point de vue des personnes, à partir de leur expérience subjective, tout en nous donnant accès à des informations nouvelles pouvant être déterminantes pour la compréhension de notre objet de recherche (Poupart, 1997). Selon Hagner et Helm (1994), le sens que les personnes donnent aux événements est une connaissance essentielle pour la réussite d'un programme de réadaptation.

Les personnes visées par cette étude sont toutes des travailleurs qui se sont absentes de leur travail en raison d'un problème de santé mentale, certifié par un diagnostic médical, pour une absence de plus de trois semaines au cours des années 1993 à 1996. Les sujets ont été sélectionnés à partir d'une banque de 736 volontaires sur 1850 travailleurs des régions de Montréal et Québec qui ont répondu à un questionnaire au cours d'une étude antérieure portant sur la réintégration au travail. Les personnes ont été sélectionnées au hasard sur la base des critères suivants : sexe, âge, catégorie d'emploi, durée d'absence, retour ou non au travail. Selon Kaufman (1996) et Pires (1997), la diversification des cas, indépendamment de leur fréquence statistique, permet d'accéder à un portrait plus global de la situation. Au total, 31 femmes et 20 hommes ayant une moyenne d'âge de 46 ans ont été rencontrés en entrevue. Les catégories d'emploi regroupent des cadres, professionnels, enseignants, infirmières, éducateurs spécialisés, techniciens, secrétaires, commis de bureau, ouvriers et personnel de services auxiliaires. Dans le but d'avoir une analyse plus homogène du rapport au travail, nous avons également réalisé des entrevues supplémentaires auprès des enseignants.

La trajectoire professionnelle a été analysée en mettant en relief le caractère interactif entre les événements personnels et organisationnels qui ont précédé le retrait du travail, les aspects reliés au processus de restauration des capacités et les conditions qui ont favorisé le retour au travail. L'analyse du matériel a été réalisée sur une base thématique. Dans un premier temps, nous avons procédé à quatre analyses (verticales) de cas de façon à dégager non seulement une logique d'ensemble du matériel d'entrevue, mais également, des thèmes saillants qui nous ont servi de base pour construire nos catégories thématiques. Ce travail de base nous a permis d'élaborer notre grille d'analyse de contenu qui a été appliquée à l'ensemble des données d'entrevues. Le discours

des personnes a d'abord été regroupé à l'intérieur de trois grands segments qui intègrent : 1) les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, 2) les aspects reliés à l'arrêt de travail et au processus de restauration de la santé et des capacités de travail et 3) les conditions de retour ou de prolongation de l'arrêt de travail. Chacun de ces trois segments a été découpé en catégories thématiques, qui à leur tour regroupent les différents thèmes abordés par les personnes. L'unité de contenu peut être un paragraphe, une phrase ou quelques mots. Ces unités peuvent être classées dans plus d'une catégorie ou sous-thème.

Par la suite, les données d'entrevues ont été comparées d'un récit à l'autre par une analyse transversale qui permettait le repérage des séquences et des regroupements thématiques. Progressivement, par un travail de va-et-vient entre la théorie et les données empiriques provenant du matériel d'entrevues, un travail de mise en rapport des thèmes et des trajectoires a été réalisé de façon à construire une représentation cohérente de l'ensemble des résultats en fonction de l'objet de recherche. Au cours de cette étape, nous avons procédé à une forme de triangulation de nos résultats à partir d'un travail de confrontation des différentes perspectives observées dans la littérature existante, nous assurant ainsi une certaine validation de nos résultats. De plus, une analyse des « cas contrastants » en fonction du profil de réinsertion professionnelle, a été réalisée afin d'assurer la cohérence interne de nos résultats (Laperrière, 1997). Enfin, les résultats de l'analyse qualitative ont également été confrontés aux résultats obtenus à l'aide de notre étude quantitative. Cela a permis de corroborer certains de nos résultats et de donner une plus grande crédibilité à l'étude (Huberman & Miles, 1991).

III.2.4 Résultats

Les résultats sont présentés en fonction des trois grandes séquences qui ont marqué la trajectoire des participants soit : 1) l'histoire antérieure et les événements qui ont précédé l'arrêt de travail; 2) l'arrêt de travail et le processus de restauration des capacités; 3) le retour au travail ou la prolongation de l'arrêt de travail et le retrait permanent de la sphère professionnelle.

1) L'histoire antérieure et les événements qui ont précédé l'arrêt de travail

L'analyse du discours des personnes a permis d'identifier différents événements qui ont été impliqués dans le processus de désinsertion professionnelle. Ces événements sont à la fois complexes et spécifiques à chaque récit en fonction de la trajectoire professionnelle et des situations qui se tressent au fil des circonstances. La mise en commun des discours nous a menés à la construction de regroupements thématiques qui permettent de rendre compte des événements qui ont précédé l'arrêt de travail. Il s'agit en tout premier lieu du travail et de ses vicissitudes, qui ont occupé une place centrale dans le discours des personnes. En effet, la très grande majorité des participants ont fait état d'événements difficiles survenus dans le cadre de leur activité professionnelle pour rendre compte des événements qui ont participé à la détérioration de leur état de santé. En second lieu, plusieurs personnes ont eu à composer avec des événements stressants dans leur vie personnelle. Finalement, au delà des événements contextuels liés au travail ou à la vie hors travail, certains participants ont témoigné des effets de certaines caractéristiques individuelles sur leur santé mentale. Les événements rencontrés dans la sphère professionnelle, les tribulations de la vie hors travail et les caractéristiques individuelles s'inscrivent

dans un processus dynamique où chacune de ces dimensions demeure en interrelation l'une avec l'autre. Certaines personnes ont axé leur discours sur une seule de ces dimensions. D'autres ont eu à faire face à un cumul d'événements survenus à la fois dans la sphère privée et professionnelle qui les ont peu à peu fragilisées. La santé mentale n'est jamais donnée, elle se construit par un processus dynamique entre les caractéristiques individuelles, les événements de la vie hors travail, les conditions d'exercice de la vie professionnelle et l'interprétation subjective qu'en font les acteurs.

Le travail et ses vicissitudes : des facteurs précipitants

La très grande majorité des personnes rencontrées ont organisé leur discours autour de la sphère professionnelle. Certaines ont eu à conjuguer avec des *changements menaçants* suite à des coupures de postes, des fusions de département ou une réorganisation du travail qui sont venus modifier le contenu de leur travail, le type de clientèle, ou encore l'équipe de travail avec laquelle elles avaient développé des règles de métier. Dans la majorité des cas, ces changements sont survenus rapidement, sans réelle période de transition, comme une situation imposée qui laisse peu de choix face aux nouvelles possibilités d'affectation. Ces changements ont été vécus sous le signe de la perte. Même si ces personnes en sont venues à comprendre la nécessité de ces changements, plusieurs se sont senties trahies par leur organisation et ce, particulièrement pour celles qui avaient beaucoup investi dans leur travail, balayant ainsi tout ce qu'elles avaient fait par le passé et annulant d'une certaine manière leur contribution à l'organisation du travail. Passant de la colère au doute, certaines se sont interrogées sur leur valeur, leur compétence et leur capacité de travail. Souvent déstabilisées face à ces événements, ces personnes ont par la suite été affectées à un nouveau poste. Deux phénomènes ont été décrits par ces travailleurs pour

rendre compte des facteurs qui ont participé à la détérioration de leur état de santé mentale, soit une affectation dans des tâches pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation, ou au contraire, dans une affectation dans un poste déqualifié. Un enseignant qui avait plus de 20 ans d'expérience comme professeur de soudure s'est vu affecté du jour au lendemain à l'enseignement du français et des mathématiques : « *Je suis un professeur de soudure et ils m'ont envoyé enseigner le français et les mathématiques, j'ai jamais enseigné cela de ma vie, j'ai fait trois mois à travailler jusqu'à minuit tous les soirs, puis j'ai sauté* ». D'autres ont été affectés à un poste sans contenu réel ou encore à une tâche imprécise définie au jour le jour selon les besoins du milieu. Ces affectations ont donné lieu à une forme de déqualification qui a été vécue sous le signe de la dévalorisation. Un cadre perd son poste et se voit affecté à titre de professionnel dans un poste où il restera dans l'attente de mandats qui ne viendront jamais. Pour une personne qui a connu l'engouement d'un travail significatif, cette situation est rapidement devenue une source de dévalorisation et de perte d'estime de soi. Une commis de bureau de plus de 15 ans d'expérience revient d'un congé de maternité et décrit la situation qu'elle a vécue :

« Après mon congé de maternité je suis retournée au bureau mais personne ne m'avait avertie que mon bureau était vide. Tu rentres et il y a plus de bureau. Il y a plus rien, le département a fermé. On m'a dit, tu t'en vas à telle place, je n'avais pas le choix, je n'ai pas passé d'entrevue. J'ai demandé qu'est-ce que je vais faire ? On m'a dit, je le sais pas. Qui, qui va être mon boss ? On le sait pas. Puis ils m'ont installée à un bureau avec plein de paperasses à lire et ils m'ont laissée comme ça plusieurs semaines, à rien faire presque et cela m'a déprimée. ». (Blandine)

Cette travailleuse n'arrive plus à comprendre le sens de son travail et perd ses repères. Elle fait référence à un travail dans la paperasse sans pouvoir préciser ce qu'elle faisait. Ces changements ont peu à peu effrité la confiance qu'elle avait en ses capacités. Elle en vient à confirmer son incompetence, voire à valoriser sa déqualification.

Sentir que l'on fait du bon travail et que l'on est apprécié, faire des efforts pour se garder à jour et se renouveler dans ses méthodes de travail, acquérir de nouvelles habiletés et être en mesure de livrer une bonne performance sont des valeurs que plusieurs partagent et signe que le travail va bien au delà d'une simple exécution des tâches. La grande majorité des personnes rencontrées ont raconté qu'elles avaient beaucoup investi d'efforts et de temps au travail. Certains travailleurs se sont engagés dans des activités multiples, répondant parfois aux demandes incessantes d'une organisation du travail déstabilisée par des restructurations trop rapides. Mais également, par un engagement volontaire dans des activités syndicales, sociales ou de bénévolat, sur un mode de *surinvestissement* de surcharge compensatrice comme pour combler un vide, celui d'un travail qui permet difficilement d'accéder à la reconnaissance. Certains sont entrés dans un rythme effréné, bousculé par des demandes toujours plus pressantes, parfois coincés entre les exigences familiales et un travail qui n'est jamais terminé. Les nuits sont courtes, les journées sont longues et les efforts consentis ne suffisent plus à calmer les attentes. Emportés par une hyperactivité incessante, certains se sont effondrés sans voir venir le coup. D'autres se sont piégés dans des pratiques de métiers où l'erreur n'est pas permise et où faire beaucoup, faire toujours plus, ce n'est que répondre aux exigences minimales de la tâche. Ces travailleurs se sont tous effondrés subitement à la suite d'un *événement déclencheur* : un commentaire négatif de la part d'un supérieur ou d'un collègue qui, du coup, a eu l'effet d'une bombe. Fragilisés par l'espoir d'être

reconnus pour ses efforts, ces commentaires négatifs ont eu pour effet d'inverser la reconnaissance attendue en un constat désaveu : « *Ce n'est pas le travail qui épuise, c'est l'ingratitude, le manque de reconnaissance qui est tuant* ». L'effet a été foudroyant, comme une parole qui tue, conduisant certains à une décompensation rapide dans une dépression sévère dont ils ont eu peine à se remettre.

Des travailleurs ont témoigné de situations de *harcèlement psychologique* de la part d'un supérieur. Le harcèlement s'est installé progressivement, débutant par des commentaires négatifs, des paroles blessantes et des allusions insidieuses face à leur avenir professionnel allant jusqu'à un blocage systématique de leur marge de manoeuvre et de leur autonomie professionnelle. Dans un cas, une surveillance excessive et un contrôle tatillon sont venus mettre à jour les ratés et les erreurs, habituellement normaux dans le lot quotidien des activités d'une travailleuse de plus de 20 ans d'expérience, provoquant ainsi une exacerbation de ses craintes et de ses doutes face à ses capacités fonctionnelles.

Si pour certains le travail est un lieu d'investissement qui ouvre sur la possibilité d'utiliser et de développer ses habiletés, d'avoir des relations significatives avec ses collègues de travail et suscite l'idée que l'on fait un travail utile, pour d'autres, il reste essentiellement une activité de subsistance, un *travail démobilisant* qui permet tout au plus de gagner sa vie et de soutenir la vie hors travail. Certains se sont sentis piégés par une sécurité d'emploi devant l'effritement du marché du travail et face à des engagements familiaux qui n'autorisent plus le risque de sauter sur un emploi plus intéressant mais incertain et précaire. Pour certaines personnes, l'absence de défi professionnel et la perte d'espoir face à un avenir meilleur sont venues à bout de leurs rêves et ont fini par

créer un sentiment de vide et de perte de sens au travail. Le travail est peu à peu apparu comme une prison où l'on compte les heures avant la pause, les jours avant les vacances, les années avant la retraite générant ainsi un sentiment de démoralisation où la dépression s'est installée progressivement.

Enfin, certains travailleurs se sont effondrés suite à une confrontation violente auprès d'une clientèle à risque. Travailler auprès de détenus, de délinquants juvéniles ou avec des patients qui ont des comportements agressifs et violents entraîne des risques d'agression. Face à cette *violence au travail*, certains travailleurs ont développé des réactions de paniques anxieuses à la suite d'incidents répétés. Confronté à une clientèle de jeunes délinquants de plus en plus lourde, un éducateur raconte comment son travail basé sur l'entraide et la confiance est passé à une relation de contrôle et de surveillance où les altercations et les menaces sont devenues le lot du quotidien. Certains en sont venus à craindre leur propre violence. Ces incidents ont été vécus comme un sentiment d'échec de ne pas avoir été en mesure de contrôler ses peurs et de faire face à la situation. Partagé entre la peur d'être agressé et celle de se voir comme un agresseur est une expérience difficile à soutenir lorsque les stratégies collectives de métier ne suffisent plus à calmer les retours de la conscience. Des travaux réalisés dans le champ de la psychodynamique du travail ont montré comment la cohésion d'un groupe de travail peut conduire à l'élaboration de moyens de défense qui permettent de soutenir certaines pratiques de métier (Brun, 1992; Carpentier-Roy, 1995; Cru, 1987).

Les événements stressants de la vie hors travail : des facteurs fragilisants

Près de la moitié des personnes rencontrées ont également eu à composer avec la survenue d'événements stressants hors travail. Plusieurs personnes ont été confrontées à une succession d'événements, vécus au quotidien, qui les ont assaillies sans relâche, à la fois dans leur vie privée et dans la sphère professionnelle, ne laissant plus d'espace pour récupérer. Certaines ont eu à faire face à des problèmes conjugaux qui se sont traduits par un divorce ou une rupture amoureuse. Ces événements ont été particulièrement difficiles à vivre pour les personnes qui avaient des enfants à charge et qui ont dû réorganiser leur vie. Les exigences de la double tâche, surtout pour les personnes en situation monoparentale, un divorce ou une rupture amoureuse, le décès d'un parent, des problèmes avec un enfant malade ou qui présente des troubles de comportement, des difficultés financières, de nombreux déménagements font partie des principaux événements hors travail qui ont marqué la trajectoire des personnes.

Dans la majorité des cas, ces événements ont été interprétés comme étant secondaires aux difficultés rencontrées dans la sphère professionnelle. Ils ont été amenés comme des événements contextuels qui ont peu à peu fragilisé leur état de santé à travers un discours d'abord centré sur la place du travail et de ses vicissitudes. Certains ont fait référence à des événements lointains comme pour souligner un passé douloureux qui a laissé des traces. Le décès d'un parent semble avoir été un fait marquant dont plusieurs se rappellent, même après plusieurs années, et dont le souvenir douloureux s'est ravivé au contact de la souffrance qui a émergé en rapport avec le travail.

Quelques personnes ont d'ailleurs essentiellement fait référence à la survenue d'événements stressants hors travail, sans établir de liens avec leur travail pour rendre compte des facteurs qui les ont précipitées vers la maladie et l'arrêt de travail. Mais lorsque le travail ne joue pas contre la santé mentale, il semble agir comme facteur de protection. Certains ont témoigné du caractère soutenant et protecteur de leur travail. Lorsque les épreuves de la vie hors travail font pression sur l'estime de soi, la pratique d'une activité professionnelle valorisante et le soutien des collègues peuvent venir compenser et contribuer au maintien de l'équilibre psychologique. Mais face à la récurrence et à la persistance d'événements stressants hors travail, la santé de ces personnes s'est peu à peu effritée et elles se sont effondrées progressivement. Bien que le travail ne soit pas à l'origine de la décompensation de ces personnes, la maladie s'est toutefois confirmée au regard du fonctionnement au travail, en prenant sens dans ce qui est exigé par le travail. C'est à travers leur activité professionnelle que ces personnes en sont venues à prendre conscience de la détérioration de leur état de santé mentale. La fragilisation de l'état de santé se met en résonance avec ce qui, dans le travail, est une source de contraintes et d'exigences qui sollicitent sur le plan cognitif et affectif. Selon Dejourn (1993), le travail est d'abord une activité qui sollicite sur le plan de la santé. L'état de santé est rapidement mis à nu lorsque les individus ont à faire face aux exigences du travail. Dans cette perspective, le travail est un lieu où s'exerce et s'évalue la santé mentale.

Au delà des événements difficiles rencontrés dans la sphère professionnelle et dans la vie hors travail, certaines personnes ont été confrontées à une histoire psychiatrique qui relève de caractéristiques individuelles.

Les caractéristiques individuelles : des facteurs prédisposants

Quelques personnes ont fait référence à des facteurs prédisposants marqués par un ou des *épisodes psychiatriques antérieurs*, ou encore, par d'importants problèmes relationnels que l'on peut associer à certains troubles de la personnalité. Deux trajectoires ont été cernées parmi ce groupe de personnes. La première regroupe les personnes qui ont fait état de troubles bien caractérisés qu'elles ont été à même de définir et pour lesquels elles sont suivies depuis plusieurs années. C'est le cas d'une commis de bureau qui s'est absentée plus de 20 mois suite à une phobie des transports; d'un technicien en administration qui souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif; d'un enseignant maniaco-dépressif et d'un autre qui souffre d'un trouble de panique avec agoraphobie. Certains ont témoigné des liens étroits qui existent entre les caractéristiques de leur vulnérabilité individuelle et les exigences de leur travail. Un travailleur souffrant de troubles compulsifs qui se manifestent par un rituel de vérification s'est orienté vers un travail qui mettait à profit son besoin constant de vérification. Pendant plus de 20 ans, il a travaillé à titre de vérificateur dans le domaine de la comptabilité. Dans le même sens, une enseignante qui présente un niveau de désorganisation important de la pensée s'est longtemps maintenue en poste auprès d'élèves ayant des troubles de comportement et de difficultés d'apprentissage. La stabilité et la régularité dans le travail semblent avoir été des composantes essentielles à leur maintien en emploi. Plusieurs de ces personnes se sont senties déstabilisées à la suite de réorganisations du travail qui sont venues changer leurs habitudes et leur rythme de travail. À cette vulnérabilité psychologique se lient parfois des parcours de vie sinueux marqués par de nombreuses difficultés personnelles (violence conjugale, perte de la garde des enfants suite à une tentative de suicide) qui participent à la désorganisation de ces personnes. Les rôles que jouent respectivement les facteurs liés à l'environnement de travail, les événements

stressants hors travail et la vulnérabilité psychologique varient considérablement d'un individu à l'autre.

La seconde trajectoire que nous avons identifiée touche des personnes qui ont un problème de santé mentale plus diffus, qu'elles ont peine à reconnaître mais qui se traduit par d'importants problèmes relationnels pouvant être associés à un trouble de la personnalité. Le discours de ces personnes se distingue par une absence d'autocritique, un déni de la maladie, des sentiments de persécution et de nombreuses contradictions. Certaines ont un parcours professionnel sinueux où d'un poste à l'autre ils ont vécu d'importants conflits relationnels à la fois avec les pairs, les supérieurs et parfois avec leur syndicat. Ces caractéristiques individuelles ont conduit ces personnes à une forme d'exclusion du milieu de travail. Tous ces travailleurs cumulaient des durées d'absence de plus de deux ans, parfois entrecoupées d'un retour d'une semaine et ce, sans qu'aucune pression médico-administrative n'ait été faite pour les inciter à revenir au travail, comme si l'invalidité prolongée était devenue une solution à la gestion de ces cas difficiles.

2) L'arrêt de travail et le processus de restauration des capacités

La survenue de la maladie a été pour plusieurs une expérience particulièrement difficile à vivre, surtout pour les personnes qui ont toujours été actives et qui ont dû pour la première fois faire face à leurs limites. Pour la très grande majorité des personnes rencontrées, la maladie et l'arrêt de travail ont été un premier événement survenu après plusieurs années de bon fonctionnement au travail. Pour plusieurs personnes, la maladie a évolué lentement avec la présence de signes et symptômes qui se sont manifestés plusieurs mois avant l'arrêt de travail, ou encore, au fil des ans, comme une usure progressive. Pour d'autres, la

maladie est survenue rapidement, parfois de façon soudaine et inattendue, souvent à la suite d'un événement déclencheur. Certains ont raconté avoir sombré dans une dépression sévère dont ils croyaient ne jamais voir la fin. Ces problèmes de santé mentale ont entraîné d'assez longues périodes d'absence. La durée des absences cumulées entre 1993 et 1997 montre que plus des deux tiers des participants se sont absentés pour un période de 6 mois et plus. Le tableau I présente la répartition des participants selon la durée d'absence.

Tableau I Répartition des participants selon la durée des absences cumulées entre 1993 et 1997

période	moins de 6 mois	6 à 12 mois	13 à 24 mois	plus de 2 ans
nombre de personnes	15	21	9	6

Pour l'ensemble des travailleurs que nous avons rencontrés, l'absence au travail et le congé de maladie ont été balisés par des *démarches médico-administratives*. Le paiement des indemnités en assurance salaire pour raison de maladie exige un certificat médical. Ainsi, à l'exception des personnes qui étaient suivies par un psychiatre à cause d'un épisode antérieur, les personnes rencontrées ont d'abord consulté un médecin généraliste. Les travailleurs qui avaient un médecin de famille qui les connaissait depuis plusieurs années se sont sentis plus rassurés dans leur demande d'aide, comme si ce médecin pouvait plus facilement juger de la détérioration de leur état de santé. Toutefois, la gestion de l'absence demeure généralement soumise à des règles de gestion médico-administrative. Aussi, la durée d'un arrêt de travail est généralement consignée en fonction du type de diagnostic. Dans le guide de l'employeur concernant le

traitement des absences pour invalidité de 1993-1994, on recommande une période d'absence maximum de 9 semaines pour une dépression situationnelle ou un trouble dépressif et de 13 semaines pour une dépression majeure (Commission administrative des régimes de retraites et d'assurances (CARRA), 1993). La prolongation de l'absence au-delà de ce délai nécessite des précisions sur le plan du diagnostic qui, dans certains cas, doit faire l'objet d'une validation auprès d'un expert externe, en général un psychiatre. Aussi, plusieurs ont témoigné que leurs médecins ont été dans l'obligation de transférer le suivi de leurs patients en psychiatrie afin d'assurer la prolongation de l'arrêt de travail.

D'autres ont été convoqués pour une expertise externe en psychiatrie réalisée à la demande de l'employeur ou de la compagnie d'assurance. Dans certains cas, la date de retour au travail a été décidée suite à cette évaluation externe. Le processus décisionnel en matière de retour au travail est souvent médiatisé par des procédures médico-administratives qui échappent au rôle du médecin traitant qui assure le suivi et le traitement des personnes. Selon Morin (1985), lorsqu'il est question d'attestation d'invalidité, le médecin n'est plus confiné à un rôle de soignant, il devient un intermédiaire entre le malade et la société. Son pouvoir est finalement relatif et conditionnel, d'autant plus que le médecin généraliste n'étant pas un expert en psychiatrie, il peut être appelé à justifier ses décisions. Des travailleurs dont la décision de retour au travail a été prise par un expert externe ont eu l'impression qu'ils perdaient le soutien de leur médecin. Dans cette perspective, le système médical introduit ici une forme de délégation du pouvoir décisionnel qui s'inscrit en porte-à-faux avec le rôle du soignant.

Les travailleurs qui ont eu à revenir au travail sur une base obligatoire, alors qu'ils ne se sentaient pas prêts à le faire, à la suite d'une évaluation par un expert externe, de pressions administratives, ou encore par crainte de nuire à leur

carrière, ont connu une trajectoire difficile marquée par le sentiment d'une vulnérabilité et la crainte d'une rechute. Dans certains cas, l'idée d'un retour obligé est devenue une source d'anxiété qui a eu pour effet de miner leur période de récupération. À l'inverse, quelques personnes se sont vu déconseiller un retour trop précoce alors qu'elles souhaitaient reprendre leur travail au plus tôt. Accepter d'être en arrêt de travail et surtout lorsque la situation se prolonge au delà de quelques semaines a été pour certains une étape difficile. Certains ont fait une tentative de retour précoce qui s'est soldée par une rechute.

En ce qui concerne le *traitement*, la grande majorité des personnes ont pris des médicaments prescrits par leur médecin (antidépresseurs ou benzodiazépines). Plusieurs sont demeurées perplexes à l'idée d'être sous médication. La peur de devenir dépendant et l'image négative associée aux traitements pharmacologiques ont poussé certaines d'entre elles à utiliser une médecine alternative. D'autres se sont senties obligées de prendre des médicaments pour éviter une contestation de leur assurance salaire. Quelques personnes ont avoué avoir acheté leurs médicaments mais de ne jamais les avoir pris. Selon Morin (1985), l'absence de médication vient semer le doute de la part de l'employeur ou de la compagnie d'assurance sur la gravité de la maladie, et peut être une source de contestation du problème de santé mentale et de ses conséquences en termes d'incapacité de travail. Au delà de la médication, plusieurs participants ont également amorcé une démarche en psychothérapie. Pour certains, l'aide thérapeutique a été de courte durée, soit moins de six rencontres. D'autres par contre, ont été suivis à long terme sur la base de rencontres régulières et ont témoigné de l'aide précieuse que leur avait apportée ce type de traitement.

3) La réinsertion professionnelle ou la prolongation de l'arrêt de travail

Parmi les 51 personnes rencontrées, 33 étaient de retour au travail au moment de l'entrevue. L'analyse du discours des personnes a permis d'identifier cinq types de profil. D'une part, deux profils ont tout d'abord été identifiés pour les personnes qui étaient de retour au travail, soit un « retour réussi » et un « retour risqué ». D'autre part, trois profils ont été tracés parmi les 18 travailleurs qui n'étaient pas de retour au travail, soit « en attente d'un retour », « à la retraite » et « en invalidité longue durée ». Le tableau II présente la répartition des participants selon le profil de réinsertion professionnelle.

Tableau II Répartition des participants selon le profil de la réinsertion professionnelle

Retour au travail		Non-retour au travail		
réussi	fragile	en attente	retraite	invalidité longue durée
19 15F/4H	14 10F/4H	5 3F/2H	7 3F/4H	6 2F/4H

Le discours de ces travailleurs a été analysé en fonction de ces différents profils de façon à faire ressortir ce qui les distingue et de mieux saisir les mécanismes qui sont intervenus dans la construction de ces trajectoires. L'arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale a été une expérience difficile. Certains ont connu une détérioration majeure de leur état de santé mentale. En venir à ne plus être en mesure de lire un journal, avoir peine à s'acquitter des tâches de la vie quotidienne, rester à la maison à ne rien faire pendant des semaines ou des mois, penser que ça vient de basculer pour toujours, demeurent des expériences de vie troublantes. Ces expériences ne vont pas sans laisser de

traces, et plusieurs personnes se sentaient craintives à l'idée de reprendre le travail. Certaines ont l'impression d'avoir gardé des séquelles de ces épisodes, elles réalisent qu'elles se fatiguent plus rapidement, éprouvent encore des difficultés à se concentrer ou des problèmes de mémoire. Aussi, un sentiment de vulnérabilité marque le retour au travail de la grande majorité des travailleurs que nous avons rencontrés.

Si la grande majorité des travailleurs ont fait état des difficultés rencontrées dans le cadre de leur travail pour rendre compte de leur problème de santé mentale et de leur arrêt de travail, c'est également en regard du travail que plusieurs rendent compte de l'issue plus ou moins favorable de leur trajectoire. Plusieurs ont connu une amélioration significative de leur état de santé avant de reprendre leur travail, mais ce n'est que peu à peu qu'ils en sont venus à chasser leurs doutes et ont repris confiance en leur capacité de travail. Aussi, le retour au travail ne s'est pas fait au terme d'un recouvrement complet de la santé, mais par un processus continu où la santé s'est mesurée à l'aune de leur capacité de travail. Mais si pour certains le retour au travail semble avoir été une issue favorable, pour d'autres, le retour au travail est resté marqué par un sentiment de vulnérabilité menacée par le risque d'une rechute. Sur les 33 travailleurs qui ont effectué un retour au travail, près de la moitié (14 personnes) se considèrent fragiles et craignent une rechute. Parmi ceux qui n'étaient pas de retour au travail, certains espèrent un retour éventuel alors que d'autres se sont retirés définitivement de la sphère professionnelle soit pour prendre une retraite ou encore, avec un statut d'invalidité permanente.

Un retour réussi

Reprendre confiance en ses capacités de travail, sentir que l'on est apprécié, retrouver le plaisir de travailler et développer des perspectives d'avenir sont quelques-unes des expériences positives qui marquent un retour réussi. La façon dont le retour au travail a été préparé soit avec la possibilité de faire un retour progressif, d'apporter des changements aux conditions qui ont contribué au retrait du travail, et de bénéficier de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs sont parmi les éléments qui rendent compte des conditions qui peuvent menacer ou rassurer les personnes lors de leur retour au travail.

Un retour au travail progressif a été pour certains une façon de se rassurer face aux exigences de leur travail, de reprendre confiance et de reconstruire peu à peu leur capacité de travail. Pourtant, même si le retour progressif est une stratégie reconnue efficace et nécessaire dans un processus de réinsertion professionnelle, plusieurs travailleurs n'y ont pas eu accès. Certains employeurs ont proposé une prolongation de l'arrêt de travail avec un retour à plein temps. D'autres après avoir épuisé leur assurance salaire se voyaient obligés à un retour à temps plein. Parfois, ce sont les travailleurs eux-mêmes qui ont refusé un retour progressif pour éviter de nuire au travail de leurs collègues.

Par ailleurs, le fait d'avoir connu une *amélioration des conditions de travail* à la suite du retour au travail nous est apparu comme un des déterminants marquants de l'issue favorable de la réinsertion professionnelle. La plupart des personnes qui considèrent leur retour au travail comme étant réussi ont effectué des changements dans leur travail. Toutefois, dans la majorité des cas, les changements apportés aux conditions de travail qui avaient contribué à la

détérioration de l'état de santé mentale de ces travailleurs ont été des coups de chance qui n'ont pas été planifiés. Rares sont les personnes qui ont amorcé des démarches en ce sens au cours de leur processus de restauration des capacités. Dans seulement deux cas, les changements dans le travail ont été conditionnels à leur retour au travail. C'est le cas notamment d'une professionnelle de la fonction publique qui s'était absentée à la suite d'une situation de harcèlement psychologique de la part de sa supérieure. Après une première tentative de retour dans les mêmes conditions de travail qui l'ont menée à une rechute, cette travailleuse a demandé un retour conditionnel à une affectation dans un autre service. Dans un autre cas, c'est le médecin traitant qui a prescrit un retour au travail conditionnel à une affectation qui respecte la formation et la compétence du travailleur. D'autres ont effectué des changements dans leur façon de faire et de voir le travail. Négocier une diminution de sa charge de travail, s'ouvrir à l'espace de parole avec ses collègues afin d'entrer dans un collectif de travail et de bénéficier de nouveaux savoir-faire et de stratégies de défense collectives, prendre une distance face aux exigences de la tâche, sont quelques-unes des modifications que certains ont apportées dans leur travail à la suite de leur retour au travail. Certains ont également amorcé des démarches afin de prendre une année sabbatique ou encore, faire un retour à temps partiel et bénéficier d'un temps pour faire autre chose. La mise à distance du rapport au travail semble avoir été une stratégie partagée par plusieurs.

Enfin, sentir que les collègues sont contents de votre retour, avoir l'impression que votre supérieur tient à vous et que vous êtes apprécié dans votre travail ont été des marques de reconnaissance qui ont grandement aidé certains travailleurs à reprendre confiance en eux et à retrouver un intérêt pour le travail. *L'accueil et le soutien des collègues et des supérieurs* semblent avoir été une dimension importante, surtout pour des personnes dont l'estime de soi a été mise

à rude épreuve au cours de la maladie. Ceux qui ont reçu un accueil chaleureux de la part de leurs collègues ou de leurs supérieurs ont été très touchés par ces événements et ont tous témoigné de leur importance : « *Tout le réconfort de ton équipe c'est extrêmement important* ». Certains ont également bénéficié du soutien de collègues qui avaient vécu une situation similaire. Ce type d'entraide a été rassurant et les a confortés sur la possibilité de s'en sortir. Se sentir compris et reçu dans cette épreuve demeure une étape importante dans la reconstruction de la santé. Toutefois, il semble bien que les travailleurs qui ont reçu un soutien de la part de leurs collègues et de leurs supérieurs ont bénéficié des acquis du passé. Tous ont témoigné des liens étroits et significatifs qu'ils avaient établis au fil des ans avec leurs collègues et leurs supérieurs ainsi que de la reconnaissance qui était faite de leur contribution à l'organisation du travail avant de quitter pour leur congé de maladie. Aussi, le crédit accordé par les collègues et les supérieurs à la valeur des personnes en regard du travail et de la dynamique des rapports sociaux nous apparaît être des conditions déterminantes de la nature et de la qualité du soutien offert lors du retour au travail.

Un retour risqué

Parmi les personnes qui ont effectué un retour au travail mais qui se sentent encore fragiles et à risque de rechute, la préparation du retour au travail, l'amélioration des conditions de travail et l'accueil des collègues et des supérieurs nous sont apparus beaucoup plus faibles.

La grande majorité des personnes de ce groupe ont effectué un retour à temps plein sans passer par une réintégration progressive. Certaines revenaient au travail alors qu'elles ne se sentaient pas encore prêtes à le faire. L'anticipation d'un retour dans les mêmes conditions de travail qui avaient contribué au retrait du

travail a également contribué à amplifier les craintes d'une rechute. Les possibilités de changements dans le travail se sont avérées plus difficiles, voire parfois impossibles. Dans le cas d'une travailleuse, ces changements ont consisté en une diminution de sa charge de travail, mais avec le temps et face aux pressions du milieu, elle sent qu'elle doit en faire plus et craint sérieusement pour sa santé mentale. Une professionnelle de la santé qui s'était effondrée à la suite d'un conflit de valeurs en regard de sa pratique de métier, revient au travail et réussit à faire accepter ses méthodes de travail. Mais, elle sent bien qu'elle demeure en marge du collectif de travail. Isolée dans sa pratique de métier auprès d'une clientèle difficile, elle se sent vulnérable dans ce milieu de travail qu'elle ne croit plus en mesure de la soutenir et de la mobiliser de façon satisfaisante. D'autres ont eu à faire face à des situations encore plus difficiles qu'au moment de leur départ en congé de maladie. Certains ont été soumis à des pressions au rendement et des mesures de surveillance de la part de leur supérieur qui ont eu pour effet d'effriter l'espace de reconstruction de leur capacité de travail. Face à la difficulté d'apporter des améliorations à leurs conditions de travail et des risques qu'ils encouraient pour leur santé, certains ont gagné du temps en prenant un congé sabbatique à leurs frais.

L'accueil des collègues et des supérieurs a été beaucoup plus silencieux, voire absent pour ce groupe de personnes. Plusieurs se sont dites blessées par le silence de leurs collègues, comme si elles avaient porté une maladie honteuse : *« Je suis revenu comme si je n'étais jamais parti, comme si rien n'était, pas un mot, pas même un comment tu vas, rien ! »*. Les problèmes de santé mentale génèrent souvent un malaise qui se traduit par une forme de silence autour de la maladie. Beaucoup de préjugés entourent encore les problèmes de santé mentale. Des travailleurs se sont sentis coupables, voire embarrassés, gênés et même honteux de s'être absentes en raison d'un problème de santé mentale. Aussi, le

silence des collègues a eu pour effet d'exacerber le caractère tabou qui entoure ce type de maladie. Certains avaient l'impression que l'on espérait qu'ils ne reviennent plus. Les travailleurs, dont l'épisode conduisant au retrait du travail avait entraîné des effets négatifs dans le milieu de travail et qui avaient eu un impact sur le travail de leurs collègues, ont reçu un accueil très mitigé. Certains parlent du terrain qu'il ne faut pas brûler avant de partir. Par ailleurs, deux travailleuses ont vivement ressenti le mécontentement et la pression de leurs collègues de travail à la suite d'un retour à temps partiel. Ces réactions négatives de la part des collègues ont été particulièrement difficiles à vivre. Afin de se protéger des effets délétères de ces événements sur leur état de santé, elles ont finalement choisi de quitter leur emploi définitivement pour prendre une retraite anticipée.

Dans l'attente d'un retour favorable

Dans le groupe des personnes qui n'étaient pas de retour au travail au moment de l'entrevue, quelques personnes espéraient reprendre leur activité professionnelle. Certaines présentaient encore une santé précaire mais commençaient à entrevoir une amélioration de leur état de santé et poursuivaient leur traitement dans l'espoir d'un retour éventuel. Par contre, d'autres se sentaient aptes à réintégrer le travail, mais pas dans les mêmes conditions de travail. Souvent suite à une rechute après une tentative de retour dans le même travail, ces travailleurs étaient profondément convaincus qu'ils ne pouvaient réintégrer leur ancien poste sans risque pour leur santé. Aussi, des négociations ont été amorcées avec leur employeur afin d'explorer de nouvelles possibilités d'emploi. Plusieurs gardent espoir, mais les postes sont rares, les règles d'ancienneté prévalent et dans l'attente qui se prolonge, certains jonglent avec l'idée de démissionner ou de prendre une retraite anticipée.

Une retraite anticipée

Parmi les personnes qui étaient à la retraite au moment de l'entrevue, plus de la moitié ont choisi de quitter définitivement leur emploi pour prendre une retraite anticipée et ce, après un retour au travail d'au moins un an. L'analyse de la trajectoire de ces personnes nous a permis de saisir comment la retraite anticipée peut devenir une issue à l'impasse des possibilités d'apporter des changements aux conditions de travail afin qu'ils puissent être favorables au développement de la santé mentale et au maintien en emploi. Mais également, comment on en vient à préférer avoir un statut de retraité que celui d'un malade et ce, en dépit du fait que certaines de ces personnes étaient dans un état de santé mentale suffisamment précaire pour avoir droit à une indemnisation pour cause de maladie. Être en congé de maladie ou avoir un statut d'invalidité demeure une position sociale difficile à tenir. De plus, certains ont finalement cédé aux pressions liées à la gestion médico-administrative de leur absence : « *Vient un temps où t'as plus la force de te battre contre les psychiatres* ».

De l'absence longue durée à l'invalidité permanente

Deux profils marquent la trajectoire des personnes qui sont absentes depuis plus de deux ans. Le premier profil réfère à des personnes qui présentent des troubles mentaux sévères et persistants comme un trouble obsessionnel-compulsif, des troubles psychotiques ou encore, une dépression sévère concomitante à des problèmes de santé physiques graves (arthrite, fibromyalgie, etc.). Bien que ces travailleurs ne se sentent pas aptes à s'engager dans une activité professionnelle, certains gardent l'espoir d'un retour au travail. Par contre, l'anticipation d'une

réintégration professionnelle difficile semble les conforter dans le désir d'une reconnaissance de leur statut d'invalidité permanente.

Le second profil regroupe des travailleurs impliqués dans des relations de travail conflictuelles. Certains se disent piégés par un lien d'emploi qui leur assure une indemnité mais qui limite leur affectation dans des postes en dehors de leur milieu de travail. Dans l'espoir de trouver un emploi convenable, ils demeurent suspendus à un processus d'exclusion qui participe à la désorganisation progressive de leur capacité de travail.

III.2.5 Discussion

L'analyse du profil de ces travailleurs montre que la majorité d'entre eux en étaient à une première absence au travail en raison d'un problème de santé mentale survenant après plusieurs années de bon fonctionnement au travail. À cet égard, cette population se distingue de celle généralement étudiée dans le champ de la réinsertion professionnelle en santé mentale qui s'adresse surtout à des personnes qui ont des difficultés d'intégration socioprofessionnelle en raison de leur histoire psychiatrique.

L'analyse qualitative nous a permis de cerner un certain nombre de facteurs qui sont peu discutés dans la littérature et qui échappent généralement aux études de types quantitatifs souvent privilégiées en sciences de la santé. Cette étude met en évidence le caractère complexe et dynamique du processus de réinsertion professionnelle. La santé mentale y est définie comme un processus inachevé, jamais donné, qui se lie et se délie à travers les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, les aspects liés au processus de restaurations des capacités et les conditions de travail. Nous inspirant du modèle de Law et al.

(1996) sur le rendement occupationnel, nous avons construit un modèle qui rend compte du caractère dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle (figure 1).

Ce modèle montre comment les caractéristiques individuelles, les événements stressants hors travail et l'environnement psychosocial de travail sont des dimensions qui demeurent en interrelation l'une avec l'autre et agissent sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes. L'évolution dans le temps permet de décrire la trajectoire des personnes en fonction des événements qui ont précédé l'arrêt de travail; du processus de restauration des capacités et de la gestion médico-administrative de l'absence; et enfin, des conditions de travail qui favorisent le rétablissement de l'état de santé mentale et du recouvrement des capacités de travail.

L'analyse du discours des personnes entourant les événements qui ont précédé l'arrêt de travail rend compte de la représentation subjective qu'ont les personnes des événements qui ont participé à la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail. Ces résultats témoignent de la place centrale du travail et de ses vicissitudes dans le discours des personnes. La majorité des travailleurs que nous avons rencontrés ont été confrontés à des situations de travail difficiles que nous avons décrites comme étant des facteurs précipitants. Certains ont eu à composer avec des changements menaçants. D'autres se sont engagés dans une surcharge de travail compensatrice, les rendant ainsi plus vulnérables à la survenue d'événements déclencheurs. Des travailleurs ont été victimes de harcèlement psychologique. D'autres se sont sentis piégés par une sécurité d'emploi dans un travail démobilisant. Enfin, quelques personnes ont eu à faire face à des situations de violence au travail.

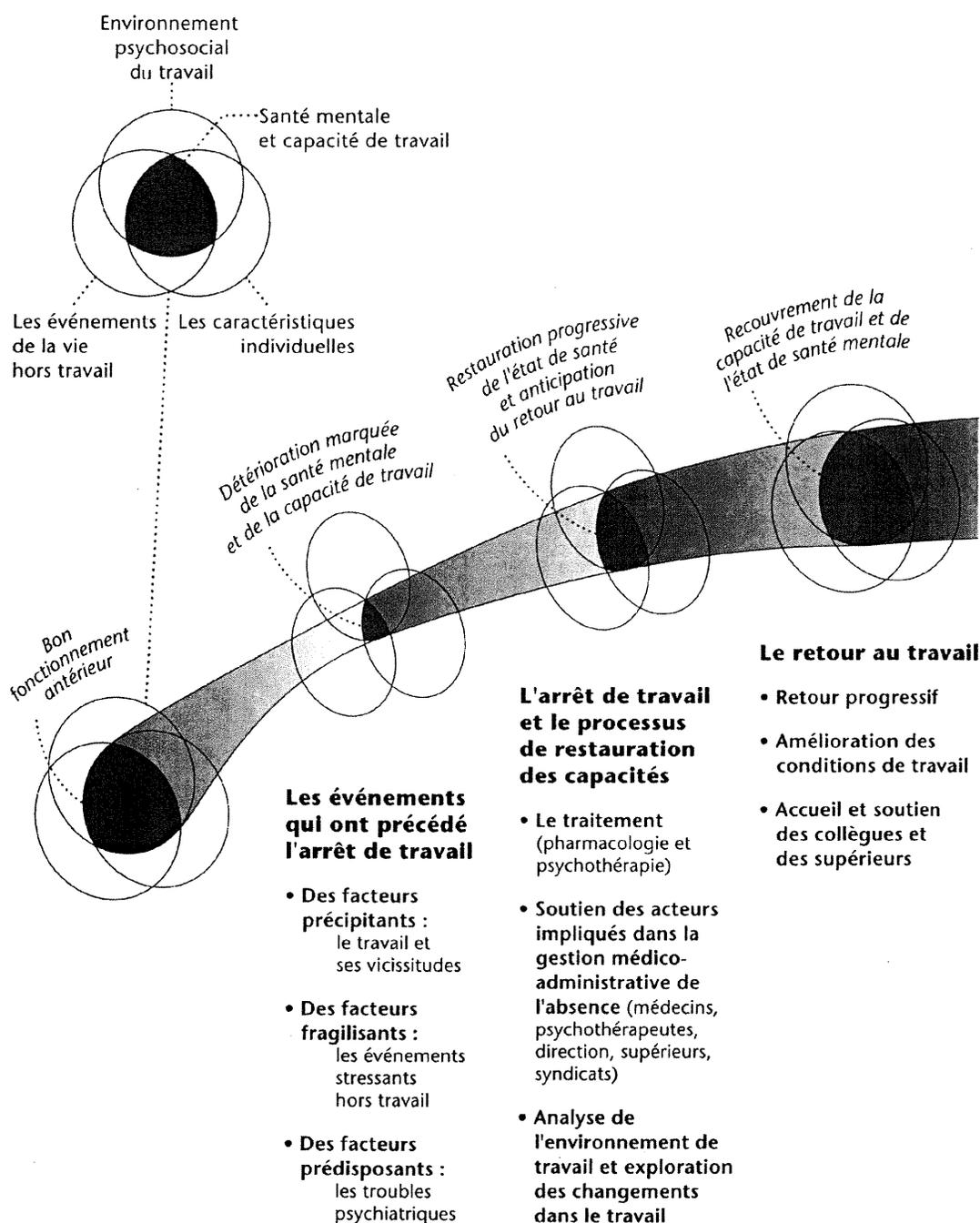


Figure 1 Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle

Ces résultats vont dans le sens de plusieurs travaux qui ont montré que les bouleversements considérables qu'ont connus les milieux de travail au cours des dernières années ont laissé des traces sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes (De Bandt et al., 1995; Kets de Vries & Balazs, 1997; Malenfant et al., 1999; Theorell, 1999; Vézina et al., 2001; Vézina et al., 1992). Pour plusieurs de ces travailleurs, ces événements se sont également conjugués à des situations difficiles rencontrées dans la vie hors travail et que nous avons identifiées comme étant des facteurs fragilisants. Ces facteurs ont eu pour effet d'effriter peu à peu les stratégies de résistance des personnes. Quelques travailleurs ont également eu à composer avec des caractéristiques individuelles marquées par des troubles psychiatriques antérieurs que nous avons définis comme étant des facteurs prédisposants.

La détérioration marquée de l'état de santé mentale, l'arrêt de travail et le processus de restauration des capacités s'organisent à partir des traces laissées par ces événements. Or, l'analyse du discours des personnes montre que cette étape est surtout modulée par les exigences médico-administratives de la gestion de l'absence et du congé de maladie. L'incapacité de travail doit d'abord être consigné par un certificat médical. Aussi, toutes les personnes que nous avons rencontrées ont eu à consulter un médecin ou leur psychiatre pour valider leur arrêt de travail. Le système médical est convoqué en première instance, le médecin diagnostique la maladie et réagit par des traitements. Pour l'essentiel, le traitement a consisté en la prise de médicaments et de suivis en psychothérapie. Le problème est pensé en termes de maladie et l'accent est mis sur le soulagement des symptômes. Cette démarche s'inscrit dans ce que Evans et Stoddart (1996) ont décrit comme un modèle d'interaction simple entre la santé et le système de soins. Le processus clinique qui s'installe autour de la maladie défini par un diagnostic psychiatrique s'engage sur un mode de traitement centré

sur l'individu. Au cours des dernières années, les avancées considérables de la médecine pharmacologique ont donné lieu à de nouveaux médicaments qui permettent aujourd'hui d'agir efficacement sur la maladie mentale (Landry & Cournoyer, 1996). Aussi, le recours à la médication demeure actuellement l'une des réponses les plus fréquentes dans le traitement des problèmes de santé mentale. Toutefois, bien qu'utile et souvent nécessaire, cette pratique médicale a des implications importantes sur la façon dont les personnes se représentent le problème. La maladie définie uniquement dans son rapport au corps biologique écarte l'univers de l'interaction symbolique médiatisé par le langage et le rapport à l'autre (Dejours, 1994).

Par ailleurs, les recherches contemporaines en santé mentale ont également permis le développement de nouvelles approches psychothérapeutiques qui s'intéressent aux distorsions intrapsychiques ou relationnelles liées à ces troubles (Leblanc & Dumont, 1996). Les approches cognitives sont souvent privilégiées dans les interventions rapides et à court terme. L'efficacité de ce type de psychothérapie a été démontrée, notamment dans le travail de recadrage des événements qui ont contribué à la perturbation de l'état de santé afin d'accroître la capacité de la personne à relativiser l'importance de ces événements sur sa vie (van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2001). Toutefois, selon Vézina (1996), qu'il s'agisse d'un traitement pharmacologique ou en psychothérapie, ce type d'intervention demeure centré sur l'individu. Rares sont les personnes que nous avons rencontrées pour qui le processus de restauration des capacités s'est organisé dans une démarche qui intègre le travail comme instrument utile à la reconstruction de l'état de santé et de la capacité de travail. Les travaux de Rhéaume (1992) sur l'analyse des services d'aide clinique offerts par les entreprises pour les travailleurs qui présentent des difficultés psychologiques ont également révélé que l'analyse et le traitement des problèmes réfèrent rarement

aux conditions de travail. Qui plus est, lorsque l'analyse du problème porte essentiellement sur les capacités individuelles d'adaptation, le travailleur en vient à interpréter ses difficultés en dehors du champ du travail. Ces enjeux sont d'autant plus accentués lorsque le travailleur doit faire face à une demande d'expertise en psychiatrie où il doit prouver qu'il est bien malade, ou encore, à une contestation de son assurance salaire s'il ne prend pas de médicaments.

Selon Dejours (1995a), la santé mentale au travail ne peut se concevoir uniquement comme une construction strictement individuelle. La santé, comme la maladie, s'apprennent et demeurent fondamentalement attachées à la qualité de l'engagement du sujet dans sa relation à l'autre. L'analyse du problème devrait permettre de prendre en compte le rôle privilégié du travail, notamment de la dynamique des rapports sociaux de travail comme vecteur de construction identitaire et de la défense de la santé. Dans cette perspective, le travail de restauration de la santé et de la capacité de travail passerait par la reconstruction du sens et du lien au travail, entendu ici par le lien à l'autre. D'une part, ce lien ne peut être rétabli que sur la base d'une clinique qui permet un travail d'élaboration sur le vécu subjectif du travail. D'autre part, l'anticipation du retour au travail et la reconstruction de ce lien ne peuvent s'effectuer en dehors des acteurs (médecins, thérapeutes, collègues, supérieurs, syndicat et direction des ressources humaines) impliqués par ce processus. La façon dont le retour a été préparé, l'exploration des possibilités d'apporter des améliorations aux conditions qui ont contribué au retrait du travail, l'organisation du retour progressif en tenant compte des rapports sociaux de travail, surtout face aux effets possibles de ces changements sur le travail des collègues, sont des dimensions qui peuvent être anticipées avant le retour au travail.

III.2.6 Conclusion

Cette étude rend compte de la nécessité d'établir des liens entre les facteurs de la désinsertion professionnelle et ceux de la réinsertion professionnelle. Pour les personnes qui se sont absentes en raison de difficultés rencontrées dans le cadre de leur travail, ce sont celles et ceux qui ont connu des changements favorables dans leur travail qui ont le mieux réussi leur retour au travail.

Le retour au travail demeure une étape difficile, et ce, particulièrement pour les personnes qui ont connu une détérioration importante de leur état de santé pendant leur arrêt de travail. Beaucoup de préjugés entourent encore les problèmes de santé mentale. Certains se sont sentis coupables, voire embarrassés, gênés et même honteux de s'être absentes pour un problème de santé mentale. Qui plus est, voir un psychologue, se faire traiter en psychiatrie, prendre des antidépresseurs ont été pour plusieurs une expérience difficile à accepter. Aussi, préparer son retour, réaménager les conditions de travail qui ont contribué à leur désinsertion, bénéficier du soutien des collègues et de la direction sont les facteurs qui marquent les conditions d'un passage d'une vulnérabilité menacée à une vulnérabilité rassurée.

Au cours des dernières années, les modèles conceptuels en matière de réadaptation se sont transformés pour mieux tenir compte du rôle de l'environnement dans la compréhension du processus de production du handicap (Fougeyrollas, 1998; CIF, 2001).

De plus, la recherche en matière de réinsertion professionnelle a pris un nouvel essor vers des programmes d'interventions qui considèrent l'importance de l'environnement psychosocial du travail et du rôle des acteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle (Baril & Berthelette, 2000; Durand et al., 1998,2001; Loisel et al., 2001).

Dans le même sens, les programmes de réadaptation pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants, s'engagent de plus en plus vers des interventions en milieu réel de travail, nécessitant ainsi une compréhension plus approfondie de l'environnement psychosocial du travail (Bond et al., 2001).

Toutefois, ces avancées en matière de réinsertion professionnelle ont surtout été réalisées auprès de populations reconnues sur la base de leur handicap. Or, la grande majorité des personnes rejointes par notre étude concerne des individus dont le profil de la maladie se définit plus du côté des troubles transitoires impliquant une perturbation avec l'environnement du travail et les événements de la vie hors travail. Dans ce contexte, ces personnes échappent aux programmes de réadaptation conçus plus spécifiquement pour les personnes reconnues sur la base d'un handicap. Au-delà de ces retombées sur l'amélioration des interventions visant la réinsertion professionnelle des personnes qui reviennent au travail à la suite d'un problème de santé mentale, le modèle proposé permet d'élargir et de préciser les dimensions à prendre en compte pour mieux comprendre le processus d'incapacité, principalement pour des personnes dont le problème de santé mentale ne s'accompagne pas d'un handicap nécessairement reconnu par une déficience organique objectivable.

III.2.7 Références

- Baril, R., & Berthelette, D. (2000). Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprise. (Report No. R-238). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C., & Massicote, P. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. (Report No. R-082). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Brun, J.-P. (1992). Les hommes de lignes. Analyse des phénomènes sociaux et subjectifs dans l'activité de travail des monteurs de lignes électriques. Unpublished doctoral dissertation, École pratique des hautes études, Laboratoire d'ergonomie physiologique et cognitive, Paris.
- Brundtland, G. H. (2000). Mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization, 78 (4), 411.
- Burton, W. N., & Conti, D. J. (2000). Disability management : Corporate medical department management of employee health and productivity. Journal of Occupational Health and Medicine, 42, 1006-1012.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier (Deuxième édition augmentée ed.). Montréal: Liber.
- Commission administrative des régimes de retraites et d'assurances (CARRA). (1993). Guide de l'employeur concernant le traitement des absences pour invalidité 1993-1994. Québec: CARRA.
- Conti, D. J., & Burton, W. N. (1994). The economic impact of depression in the workplace. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 36(9), 983-988.
- Cru, D. (1987). Collectif et travail de métier ; sur la notion de collectif de travail. Plaisir et souffrance dans le travail (In C. Dejours ed., Vol. I, pp. 43-49). Paris: Centre National de Recherche Scientifique.
- De Bandt, J., Dejours, C., & Dubar, C. (1995). La France malade du travail. Paris: Bayard Éditions.

- Dejours, C. (1993). Travail et usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail (Nouvelle édition augmentée ed.). Paris: Bayard Éditions.
- Dejours, C. (1994). La corporéité entre psychosomatique et sciences du vivant. Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant (In I. Billiard ed., pp. 93-122). Paris: Eshel.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail . Le Travail Humain, 58(1), 1-15.
- Dessors, D., Schram, J., & Volkoff, S. (1990). Les conditions de travail antérieures aux licenciements. (Report No. 101). Paris: Centre Nationale des Arts et Métiers, Laboratoire d'Ergonomie et de Neurophysiologie du travail.
- Evans, R. G., & Stoddart. (1996). Produire de la santé, consommer des soins. Être ou ne pas être en bonne santé (In R.G. Evans, M.L Barer & T.R. Marmor ed., pp. 37-73). Montréal: Presses de l'université de Montréal.
- Fontaine, L. (1995). Se tuer au boulot. Commerce, Février, 26-31.
- Frigul, N. (1997). Penser le rapport au travail pour comprendre le chômage. Une analyse de la construction sociale de la précarisation du travail et de la santé à partir d'une enquête menée auprès d'une population féminine en chômage de longue durée. Unpublished doctoral dissertation, Université René Descartes, Paris.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.-R. (2000). Mental Health in the Workplace. Genève: Bureau International du Travail.
- Huberman, M. A., & Miles, M. B. (1991). (Traduit de l'anglais par Catherine De Backer et Vivian Lamongie de l'association ERASME ed.). Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE). (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization, 78(4), 413-426.
- Kaufmann, J. C. (1996). L'entretien compréhensif. Paris: Nathan.
- Kets de Vries, M. F., & Balazs, K. (1997). The downside of downsizing. Human Relations, 50, 11-50.

- Landry, P., & Cournoyer, J. (1996). Les traitements biologiques des maladies affectives. Démystifier les maladies mentales (In Jean Leblanc et collaborateurs ed., pp. 111-132). Montréal: Gaëtan Morin.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires ed., pp. 365-389). Montréal: Gaëtan Morin.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model : A transactive approach to occupational performance. Canadien Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9-23.
- Leblanc, J., & Dumont, D. (1996). Les traitements psychologiques des maladies affectives. Démystifier les maladies mentales (In Jean Leblanc et collaborateurs ed., pp. 133-148). Montréal: Gaëtan Morin.
- Malenfant, R., LaRue, A., Mercier, L., & Vézina, M. (1999). Travailler un peu, beaucoup, passionnément... pas du tout. Québec: CLSC Haute-Ville, Centre de documentation.
- Morin, P. (1985). Le médecin face à l'invalidité. Traité d'anthropologie médicale (In J. Dufresne, F. Dumont & Y. Martin ed., pp. 793-806). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1981). Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps. Genève: OMS.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires ed., pp. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin.

- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires ed., pp.173-209). Montréal: Gaëtan Morin.
- Ranno, J. P. (2000). Santé mentale et stress au travail. Montréal: Sun Life.
- Theorell, T. (1999). How to deal with stress in organizations ? A health perspective on theory and practice. Scandinavian Journal of Work Environmental Health, 25(6, special issue), 616-624.
- Üstün, T. B., Copper, J. E., Duuren-Kristen, S. V., Kennedy, C., Hendershot, G., & Sartoris, N. (1995). Revision of the ICDH : mental health aspects. Disability and Rehabilitation, 17(3-4), 202-209.
- van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. American Journal of Public Health, 91(2), 270-276.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail. Pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. Revue Santé Mentale Au Québec, XXI(2), 117-138.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. Portrait Social du Québec : données et analyses Édition 2001 (Chapître 12). Institut de la statistique du Québec: Québec.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec. Québec, QC: Gaëtan Morin éditeur.
- Vincent, A. (1995). Les entreprises et le coût de la santé mentale. Entreprendre, juin/juillet, 47-48.

III.3 TROISIÈME ARTICLE : A CLOSE-UP LOOK AT RECOGNITION DYNAMICS FOR PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS IN THE WORKPLACE

Louise St-Arnaud, Micheline Saint-Jean and Jacques Rhéaume

III.3.1 Abstract

Social rehabilitation through work of persons with mental problems is an issue of major concern for health practitioners and mental health agencies. The professional integration barriers facing these individuals have been well documented in terms of individual vulnerability traits and technical requirements of tasks. Very few studies have examined the role played by the human dimensions of work and in particular, workplace social interactions in the professional integration process of persons with mental health problems. This study was undertaken to address the abovementioned shortcoming. More specifically, our aim was to gain an understanding of how work teams or collectives influence persons rendered vulnerable by a psychiatric disorder, and to identify conducive conditions for allowing workers to express their differences, while enjoying peer recognition. To this end, we interviewed eleven public service sector employees who had been absent from work for periods varying from 10 months to 2 years, due to a medically diagnosed mental disorder, for which they had received psychiatric care. At the time of the interviews, only five of the study participants had returned to work. Analysis of the course followed by these subjects and of their verbal accounts, enabled us to identify the following three main factors to be considered in the professional reintegration process: avoiding the observation of others; the necessity of preventing severance of bonds with the other and, lastly, the protective function of membership in a professional discipline. This study broadens our understanding of workplace social interaction dynamics and their impact on the effectiveness of employment retention programs for persons with mental health problems.

Key words: Mental health problems, professional reintegration, workplace social interactions, recognition

III.3.2 The problem

Professional reintegration of persons with mental problems is a major concern among health practitioners and organisations involved in rehabilitation programs. This study focuses specifically on workplace social interactions, in an attempt to elucidate their affect on the professional reintegration and de-integration of workers who have been absent for mental health reasons. The fact that work remains an ideal anchor point for social rehabilitation of mentally impaired individuals has been well documented (Latimer et al., 2001; Lauzon & Charbonneau, 2000; Mercier et al., 1999; Scheid & Anderson, 1995). Despite the fact that professional integration appears to be one of the highest profile areas in the field of mental health rehabilitation, the vast majority of individuals afflicted with severe and persistent mental problems continues to be excluded from the workforce. According to the literature reviewed, an estimated 75% to 90% unemployment rate is observed among persons suffering from severe and persistent mental problems (Ahrens et al., 1999; Jacobs et al., 1992; Kirsh, 1996; Latimer et al., 2001; Lauzon & Charbonneau, 2000; Marrone et al., 1998; Scheid & Anderson, 1995). Yet studies have demonstrated that most of these individuals express a preference to work (Becker et al., 1998), even for minimum wage (Arveiller & Bonnet, 1991). Moreover, Scheid and Anderson (1995) report that, in addition to being under-represented in the workplace, these individuals generally hold sheltered or transitional jobs, arrangements that very rarely lead to regular employment. Research has also shown that less than 15% of persons with psychiatric problems are competitively employed (Blankertz & Robinson, 1996). The professional reintegration success rate appears to be lowest among persons with mental impairment, compared with other types of disabilities (Andrews et al., 1992). Obtaining employment remains a difficult process and retaining a job seems just as arduous a challenge. Jacobs and colleagues (1992) report that only

10% to 15% of these persons who do find employment, will still be in the same position 1 to 5 years later.

Given the difficulties of integrating to the labour market, our review included several rehabilitation studies examining barriers to professional integration, which show that persons diagnosed with schizophrenia or psychotic disorders have a more negative employment integration profile (Fabian, 1992; Jacobs et al., 1992). However, Jacobs and colleagues (1992) found that prior work experience always improves the likelihood of gaining employment, irrespective of the type of diagnosis. Regenold and colleagues (1999), highlighted the importance of individual "self-efficacy" in the job hunting process. A greater sense of self-efficacy goes hand-in-hand with a better chance of finding employment. In fact, it is generally acknowledged that health status, type of diagnosis, lack of self-confidence regarding functional skills, frequently associated with a low educational level, limited prior work experience and low self-esteem, are individual traits that impede employment integration (Mercier et al., 1999).

On the other hand, the individual as a function of his abilities and disabilities is the focus of the analysis in these studies. Emphasis is placed on personal factors that influence the success and duration of employment integration. According to Kirsh (2000), the value of clinical indicators for predicting the success of professional reintegration, has up to now, been nebulous. The low success rate of job entry programs and often conflicting results in the literature reviewed, imply that other factors must be investigated if we are to better understand this phenomenon. Baril and colleagues (1994) suggest that in restricting the focus to the individual, researchers exploring rehabilitation psychosocial aspects fail to consider the possible influence of the work environment in the professional reintegration process. Gaining new insights into the professional reintegration

process requires a model that takes into account the complexity and dynamic character of the relationship a person has with his work environment (Law et al., 1996).

In the past decade, a number of investigators have considered the importance of assessing environmental factors that interplay with personal performance traits (Fougeyrollas, 1995; Livneh, 1987). However, the few professional rehabilitation studies that take work factors into account, do so primarily from the perspective of task requirements. These studies are analysis models, concentrating on the adjustment between individual work characteristics and task content. Yet, investigators have demonstrated the essential and determinant role on the mental health of workers played by the human aspects of work, in addition to the technical dimension (Dobren, 1995). A mental health rehabilitation study conducted by Kirsh (2000), underscores the importance of the work organisational culture and climate on the professional integration outcome of mentally impaired individuals. In a study carried out by Scheid and Anderson (1995), the authors found that tasks involving cooperative efforts, demands or expectations of others are always situations of risk for persons afflicted with schizophrenia. These results are comparable to research findings in the field of work psychodynamics, which highlight the considerable impact of both the technical and human aspects of work, particularly workplace social interactions, on personal health and working capacity (Carpentier-Roy, 2000; Dejours, 1993; Vézina et al., 1992).

In fact, work psychodynamic studies have demonstrated that the nature, quality and dynamics of workplace social interactions, especially within work collectives, are key determinants in the way work will affect health (Dejours, 1995a). Work collectives develop out of production activities and lead to the establishment of implicit, standard rules that determine correct work practices. These rules are derived from formal arrangements that constitute the framework within which each individual must negotiate his own relationship with reality. The concept of reality refers to "*that which, in the world of work, is known for resisting acquisition of skills and scientific knowledge*" (our translation) (Dejours, 1995b :41). Ergonomic studies show there is always a difference between the work prescribed and the work actually executed. Any work production activity involves ongoing renewal, deviations, and reorganization, all of which call upon human intelligence to counter resistance from reality. Moreover, each worker who carries out a task is confronted with reality and, in a certain way, he unavoidably experiences his own powerlessness. According to Dejours (1995b), the production activity combines both successful knowledge acquisition and failure resulting from reality, in a compromise involving imagination, innovation and creativity. In short, it is a continuous re-design process, rather than simply the execution of a task.

In this sense, the manner in which each person copes with reality becomes a new way of doing things. However, employing many different methods for performing a task within a single work setting, may influence the work organisation, as everyone's work affects that of others. Pursuing an individual, singular approach to work production, without taking into account its relations with other others, entails a risk of discrepancies and misunderstanding. In addition, new inventions that have to be accommodated to the reality of work are subject to arbitration and agreements, in order to ensure their effective integration into correct work practices. These agreements are formed on the basis of a justification and

discussion process concerning the technical, efficacy and ethical aspects of work (just or unjust, effective, acceptable or unacceptable to others). These rules are also grounded in the predominating value and belief systems of the group. Thus, work should not be viewed strictly within the context of production and efficiency, but as a social setting where social relationships and common know-how are developed (Pharo, 1991).

Thus, the manner in which each individual negotiates his relationship with reality cannot be interpreted without taking into account workplace social interactions and the judgements made by superiors or peers of a worker's contribution to the organisation. Research in the field of work psychodynamics has identified two categories of these judgements. The first, concerns the utility of the work performed, in terms of quality and its significance towards attaining the organisation's goals. This judgement is generally rendered by management or supervisors and will vest in a worker his value and input to the organisation. The second type of judgement is made by peers, and will have a major impact on the status and support received from co-workers. It is a judgement of conformity to the rules of the game, i.e. the extent to which the person adapts to the cultural context, adheres to common practices and rules. This type of judgement is a recognition of a person's ability to adopt the collective values, and thus become like the others. Conformity to the conventional rules of the game is the dominant criterion for group acceptance, while originality of input, which distinguishes a person from others and establishes their uniqueness, is only a secondary consideration (Dejours, 1993). The essence of what is at stake in this judgement is recognition, a kind of symbolic acknowledgement of the worker's membership and originality. In the view of Dejours (1993; 1995), recognition at work is the central element for identity structuring and the achievement of sound mental health in the workplace. The dynamics of recognition confer upon work its vital role in the development of mental

health. This being the case, what is the impact of work collectives on individuals whose relationship with reality is prejudiced by a predominant susceptibility to psychiatric problems? What are the conducive conditions for allowing these individuals to express their differences and still gain peer recognition, despite a relationship with reality that entails a risk of deviating from the collective norms and rules?

III.3.3 Methods

To answer these questions, we chose a qualitative method based on individual interviews, in order to gain access to the subjective experiences of workers. According to Hagner and Helm (1994), the significance people ascribe to incidents in their lives is an indispensable tool for understanding a phenomenon and developing effective rehabilitation programs.

This study was conducted among employees of the health and social services, education and Québec civil service sectors, who had been on medically certified leave for a period of more than three weeks due to a mental health problem, between 1993 and 1996. Participants were selected on the basis of salary insurance data records from the *Commission administrative de régimes de retraite et d'assurance* (CARRA) (Commission for Retirement Pension and Insurance Plans), an organisation offering all employers in these sectors a management service for sickness insurance claims. Initially, 51 workers who had been absent for mental health reasons were interviewed. From this group, we selected 11 individuals whose psychiatric profile was characterized more severe mental problems (psychotic, personality, obsessive-compulsive and manic-depressive disorders or phobias) and prior episodes.

Analysis of the subjects' statements is grounded in the work psychodynamics theory, according to which the nature and quality of social interactions within the context of recognition dynamics are key determinants of mental health in the workplace and, as a result, of professional integration and job retention. From this perspective, we analysed conditions that help or hinder the return-to-work process of persons disabled due to a mental health condition, as a function of workplace social interaction dynamics. These social interactions have been assessed in terms of various forms of exclusion that the individuals were subjected to by peers or supervisors, vis-à-vis their work capacity and potential access to work that would allow them to contribute to the work organisation.

Two groups of workers who had taken mental illness leave were identified as a function of the reintegration process outcome: the first was comprised of five individuals who had returned to work following their absence and the second consisted of six persons who had not returned to work at the time the interviews were conducted. Our analysis of these contrasting situations revealed common points and convergences in the verbal accounts of participants. Through a gradual process, alternating between theory and empirical data gathered from the transcriptions, themes and patterns began to emerge providing an overall coherent representation of the results, as a function of our research issues.

III.3.4 Results

A total of seven women and four men were interviewed, with a mean age of 46 years, working in the following employment groups: office clerk, secretary, administrative technician, practical nurse, graduate nurse and teacher. The mean seniority of these workers was 17. Those who returned to work had been absent for periods varying from 10 months to 2 years before reintegrating to their job. One

person in the non-return group, had been absent for seven months following a psychotic episode, but intended to resume work in the course of the coming months. All other cases involved long-term absences, i.e. more than 2 years, and one worker had taken permanent, early retirement from the labour force.

By analysing the path followed by these subjects, we identified three main factors for evaluating professional reintegration outcome: i) avoidance of the observation of others; ii) the necessity of maintaining a bond with others and lastly; iii) the impact of a professional discipline as an anchor point for identity-structuring and protecting mental health.

Avoidance of the observations of others

The interview responses of the return-to-work group individuals, revealed a kind of distancing strategy, with respect to the observation of others. This avoidance was primarily manifested in the little importance attached to social interactions at work. A preference to take coffee or dinner breaks alone and evasion of conversations with co-workers by staying away from public common areas, are typical distancing tactics. Many of these individuals depicted joining informal discussions as a daunting challenge. Due to a lack of interest in the topics of conversation, difficulty laughing at the jokes of others, a sense of being different and struggling to follow the conversation, they remain on the sidelines of the work collective. One secretary was under the impression that other people were able to think more quickly than her; too quickly. Lacking sufficient time to reflect, she failed to grasp everything that was going on. One commonly expressed sentiment by subjects in this group, was the mirror effect of the observation of others, which tended to aggravate their own sense of being different, inciting further self-doubts.

In an effort to protect their own self-image and remain stable, they intentionally engage in social withdrawal at work.

In addition, these workers performed relatively solitary professional tasks that did not require the direct and ongoing collaboration of co-workers or supervisors. One teacher spoke of the sense of relief that came with finally being alone in the classroom. Only within the solitary confines of her work was she able to readjust her relationship with reality. The latitude to choose one's own work methods, without having to justify and discuss them, appears to be an essential condition for these individuals to maintain a steady course. Through a gradual process of creative efforts, as well as trial and error, these workers manage to produce meaningful work, and only then are they able to expose their endeavours to the observation of others. Thus, as confidence in their skills and self-assurance develop, these workers eventually are able to share their know-how and thus, become aware of their contribution to the work organisation.

Conversely, the interview data shows that persons who had not returned to work held positions where being segregated from the work collective was more difficult. In some cases, these absences followed in the wake of departmental fusions or work re-structuring, which generated work content or method modifications, with relation to colleagues. Changes in work routine, the arrival of new co-workers or the imposing of obligatory teamwork, are factors that heighten the individual vulnerability of these workers.

One nurse, whose absence was due to a psychotic disorder, claimed to have remained relatively functional for over 18 years in a position where she was isolated from co-workers. The amalgamation of her department with another forced her into a teamwork situation. Her way of doing things quickly became the target

of insults and several co-workers openly expressed disapproval of her work methods. After an absence of more than 7 months, she felt capable of resuming her professional duties, but apprehensive about doing so within the same team. She continues to seek a different position that would offer greater working autonomy, and especially isolation from others.

In a very different case, an employee afflicted with an obsessive-compulsive disorder, played out as an auditing ritual, had worked for a long time as an administration specialist re-auditing administrative reports produced by co-workers. This privileged position as secondary auditor offered a degree of shelter from co-workers' scrutiny. However, departmental budget cuts found him facing increased production demands and an obligation to report back to supervisors. His response to the anxiety generated by an intensified pace and the idea of having his performance evaluated, took the form of excessive rituals that led to a withdrawal from work. The prospect of returning to work under the same conditions continues to be a considerable source of apprehension and he intends to maintain his disability status.

Another situation involved a teacher suffering from a personality disorder, who continued to act in a professional capacity for several years. Judging from her story, she was fairly dysfunctional at work. By frequently transferring schools, working with students exhibiting behavioural problems and eluding the observations of others in the sanctuary of her classroom, she managed, up to a point, to retain her position. Despite the suspicions of co-workers' and supervisors regarding her professional conduct, alone with her pupils in the work space (classroom) she was afforded relative shelter from their scrutiny, until the day the office received a student's complaint concerning his teacher's dubious practices and incompetence. At the time of the interview, she had been absent for over 2

years and her employer had not initiated any administrative pressure to induce her return.

Maintaining bonds with others

As returning to work after extended mental illness leave is always a difficult transition that is frequently accompanied by a sense of vulnerability and fear of relapse, the level of support received from co-workers and supervisors is a key factor in the work reintegration process. The manner in which a worker withdraws from work to take sick leave, appears to play a role in the reaction of co-workers and supervisors when he resumes his professional duties. With the exception of one office clerk, whose return to work was overshadowed by monitoring and surveillance measures, the participants appear to have enjoyed a high level of acceptance by co-workers and supervisors.

However, by analysing previous behaviour we found that these individuals had been relatively well appreciated within the work environment. Despite the events that triggered the work stoppage, they managed to establish a fair degree of credibility and had not severed their workplace social relationships. In addition, the deterioration in their health prior to sick leave does not appear to have taken a very negative toll on either the work of others or the work organisation. Their past behaviour seems to have influenced the level of support they received upon returning to work. One teacher, absent following an incident that met with the disapproval of her boss, later returned to work under a different supervisor: *"I was lucky as she knew me and was familiar with my skills, so she was very helpful"*.

On the other hand, the non-return-to-work group included subjects who had left work as a consequence of serious personal dissension. A number of these conflicts led to official complaints regarding behaviour, file notes, disciplinary action, and in one instance, an inquiry for harassment. For other individuals, it was a question of doubts cast on their professional abilities, and a sense of having lost all credibility. Under such conditions, the deterioration in work relationships led to a severance of ties with the other person involved, rendering workplace reintegration virtually impossible. These subjects all expressed grave concern at the prospect of returning to an environment in which they felt *persona non grata*. In their view, professional integration would only be possible by making a fresh start in a new setting where they could leave the past behind.

Professional discipline as an anchor point

Professional discipline as an anchor point appears to have afforded some workers a degree of protection for their identity image. Participants employed as nurses, teachers or secretaries never harboured doubts regarding their skills. On the contrary, they spoke of their expertise and positive self-image in a way that was sometimes surprising, given the criticism of their employer or negative comments made by co-workers. Many employed the word "us", signifying a sense of belonging to a professional community. During the interviews, their dialogue seemed infused with a certain identification, as though the simple fact of being a nurse, teacher or secretary bestowed upon them an identity that couldn't possibly be associated with madness. Professional membership seems to shroud these individuals in a protective, more stable and solid identity, which they can draw upon to shift their singular and individual vulnerability to the social level and its structuring effect on the self-conception of image.

Conversely, individuals with a less clearly defined professional standing, such as an office clerk assigned to mail-sorting or a practical nurse who feels profoundly under-valued compared with graduate nurses, spoke very negatively about their work. *"I don't do anything important, just shift paper". "I'm just a servant"*. This belittling of their work also took the form of feelings of powerlessness, low self-esteem and eroding self-confidence in their work abilities. Some tended to seek out positions for which they are over-qualified, as though a poor self-perception of their professional skills had placed them on a downhill career path.

III.3.5 Discussion

The dynamics of workplace social interactions are of considerable importance for persons with psychiatric problems. The most successful outcomes appear to be attained by individuals whose work conditions allow them the latitude to adjust their relationship with reality in a segregated setting, that offers refuge from the observation and judgement of others. These findings may partly reflect the fact that the vast majority of positions held by mentally impaired individuals continue to be sheltered employment (Scheid & Anderson, 1995).

However, work psychodynamics research has shown that work identity-structuring can only be achieved under the observation of others, from which recognition of membership and originality, are derived. For work to play a role in fostering sound mental health, recognition dynamics must be operative, so that its advantages to the person are greater than absence from work. The first step towards attaining recognition is visibility; it is important to demonstrate what one is doing. Yet, presenting what one does, necessarily implies displaying what one

cannot do, errors, limitations, deviations. Individuals whose relationship with the reality of work is combined with personal problems and uncommon working procedures, which are often borderline trade practices, are constantly plagued with fears of possible non-acceptance, being caught making a wrong move or exclusion.

We believe that the personal experiences recounted during the interviews highlight the importance of defining recognition dynamics boundaries for persons with mental disorders. These workers require more privacy, to adjust and re-organize their approach at their own pace, and gradually build their confidence to the point of feeling comfortable enough in public spaces to share what they have in common with others, as well as what makes them unique. According to Dejours (1995b), individuals will only be willing to test this visibility when the relationship between those putting their work on view and those observing it, is one of trust. These relationships develop slowly in the workplace, and time is a necessary element for allowing gradual apprenticeship to be accomplished.

We also observed that past behaviour impacts the level of support offered by co-workers and supervisors, during the return to work transition. Persons who made considerable contributions to the work organisation prior to their absence, were more likely to receive assistance upon their return. *Ex contrario*, workers who left their job as a result of a serious personal conflict that negatively affected the work of others and the work organisation, encountered grave difficulties when they resumed their former position. Dysfunctional social interactions at work resulting in a severance of ties with others erode the relationship of trust, reversing the role played by recognition dynamics, i.e. generating rejection and exclusion.

Furthermore, repeated failures have disastrous impacts on self-esteem and the confidence persons have in their own work capacity and that of others (Lauzon & Charbonneau, 2000). Reintegration to work is still a difficult transition for many workers and negative reactions from co-workers and supervisors upon the return may lead to a relapse. These factors are tied in with the resistance workers encounter when they attempt to defend their work space, a strategy intended to maintain good relationships with others by escaping their observations. These results are comparable to those reported by Scheid and Anderson (1995), which show that workers with severe and chronic mental health disorders are more likely to retain a job that involves little interaction with co-workers. According to Conti and Burton (1994), persons with mental health problems present a high risk of relapse.

Lastly, persons employed in recognised professions appear to be more successful in protecting their identity image. The research efforts of Carpentier-Roy (1995) underscore the mediating influence a sense of belonging to a community can have on the mental health of workers. Membership in a professional discipline allows workers to maintain a sense of competence. Rogenold and colleagues (1999) illustrated that self-efficacy had a major impact on the employment integration process. Furthermore, support for training with a view to employment integration in positions that offer a sense of belonging to a community may prove to be a promising strategy.

In recent years, several employment support programs have been established as part of the effort to assist persons with mental disorders integrate and remain in the labour force (Bond et al., 1997; Lauzon & Charbonneau, 2000; Mercier et al., 1999). In our opinion, expanding current knowledge of social interactions in the workplace and their impact on the mental health of workers is indispensable to the development of effective employment support programs.

There were several limitations to this study. First, the results are based on a small sample size. On the other hand, the objective of the study was not to establish the existence of a significant correlation between the two groups. It simply aims to elucidate the dynamics of a phenomenon based on the actual subjective experience of individuals. Moreover, research focusing on individual subjective experience can be evaluated against the same validity criteria as research attempting to determine the magnitude of a phenomenon (Guba & Lincoln, 1994).

As this study addresses a population who are well ensconced in their work, it is reasonable to question whether our sample is only representative of persons with psychiatric problems that are less severe than illnesses such as schizophrenia. Yet, we also found that a number of these workers intend to resign permanently from work, despite their relatively sound professional background. However, Jacobs and colleagues (1992) reported that prior work experience always improves the likelihood of attaining and retaining employment, irrespective of the type of diagnosis.

III.3.6 References

- Ahrens, C. S., Frey, J. L., & Senn Burke, S. C. (1999). An individualized job engagement approach for persons with severe mental illness. Journal of Rehabilitation, 65(4), 17-24.
- Andrews, H., Barker, J., Pittman, J., Mars, L., Struening, E., & La Rocca, N. (1992). National Trends in vocational rehabilitation. A comparison of individuals with physical disabilities and individuals with psychiatric disabilities. Journal of Rehabilitation, 58, 7-16.
- Arveiller, J.-P., & Bonnet, C. (1991). Au travail . Les activités productives dans le traitement et la vie de malade mentale. Toulouse: Éditions Erès.
- Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C., & Massicote, P. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. (Report No. R-082). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Becker, D. R., Debout, R. R., & Drake, R. E. (1998). Job preferences of people with severe mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, 46-50.
- Blankertz, L., & Robinson, S. (1996). Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. Psychiatric Services, 47(11), 1216-1222.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness . Psychiatric Services, 48(3), 335-346.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier (Deuxième édition augmentée ed.). Montréal: Liber.
- Carpentier-Roy, M.-C. (2000). La psychodynamique du travail et la recherche en santé mentale au Québec. Le travail et ses malentendus (In M.C. Roy & M. Vézina ed., pp. 21-27). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Conti, D. J., & Burton, W. N. (1994). The economic impact of depression in the workplace. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 36(9), 983-988.

- Dejours, C. (1993). Travail et usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail (Nouvelle édition augmentée ed.). Paris: Bayard Éditions.
- Dejours, C. (1995a). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail . Le Travail Humain, 58(1), 1-15.
- Dejours, C. (1995b). Le Facteur Humain (Que sais-je no. 2996 ed.). Paris: Presses Universitaires de France .
- Dobren, A. (1995). An ecologically oriented conceptual model of vocational rehabilitation of people with acquired midcareer disabilities. Rehabilitation Counseling Bulletin, 3(3), 215-228.
- Fabian, E. (1992). Supported employment and the quality of life. Does a job make a difference. Rehabilitation Counsellig Bulletin, 36, 84-97.
- Fougeyrollas, P. (1995). Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process. Québec contributions relating to ICIDIH and social participation of people with functional differences. Disability and Rehabilitation, 17(3/4), 145-153.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research (In N. K. Densin & Y. S. Lincoln ed., pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hagner, D. C., & Helm, D. T. (1994). Qualitative methods in rehabilitation research. Rehabilitation Counseling Bulletin, 37(4), 290-303.
- Jacobs, H., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D., & Burkeman, D. (1992). Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. Hospital and Community Psychiatry, 43, 365-369.
- Kirsh, B. (1996). Influences on the process of work integration : the consumer perspective. Canadian Journal of Community Mental Health, 15(Spring 1), 21-37.
- Kirsh, B. (2000). Factors associated with employment for mental health consumers. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(1), 13-21.

- Latimer, É., Lecomte, T., & Ouadahi, Y. (2001). Le modèle « Individuel Placement and Support » d'insertion au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Revue de la littérature et perspectives d'adoption. 69^e Congrès de l' Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS) Sherbrooke: ACFAS.
- Lauzon, G., & Charbonneau, C. (2000). Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir. Québec: Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model : A transactive approach to occupational performance. Canadien Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9-23.
- Livneh, H. (1987). Person-environment congruence : A rehabilitation perspective. International Journal of Rehabilitation Research, 10(11), 1-21.
- Marrone, J., Gandolfo, C., Gold, M., & Hoff, D. (1998). Just doing it. Helping people with mental illness get good jobs. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 21(1), 37-48.
- Mercier, C., Provost, G., Denis, G., & Vincelette, F. (1999). Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Montréal: Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.
- Pharo, P. (1991). Politique et savoir vivre (No. 1). Paris: L'Harmattan.
- Regenold, M., Sherman, M. F., & Fenzel, M. (1999). Getting back to work : Self-efficacy as a predictor of employment outcome. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22(4), 361-367.
- Scheid, T. L., & Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness : Understanding the role of work. Community Mental Health Journal, 31(2), 163-176.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec. Québec, QC: Gaëtan Morin éditeur.

III.4 QUATRIÈME ARTICLE : ANALYSE DES FACTEURS PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS DANS LE PROCESSUS DE RÉINTÉGRATION AU TRAVAIL AUPRÈS D' ENSEIGNANTS QUI SE SONT ABSENTÉS EN RAISON D'UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

Louise St-Arnaud, Micheline Saint-Jean, Jacques Rhéaume

III.4.1 Résumé

Au cours des dernières décennies, le milieu de l'enseignement a connu de nombreux bouleversements et de profondes transformations qui ne vont pas sans laisser des traces sur la santé mentale et la capacité de travail des enseignants. Les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence dans le milieu de l'enseignement. Les études portant sur la réintégration au travail de ces personnes sont pratiquement inexistantes. Le but de cette étude est de mieux comprendre les facteurs professionnels qui sont impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle de ces travailleurs. Dans le cadre de cette étude, nous avons privilégié l'utilisation d'une méthodologie qualitative basée sur l'analyse des récits d'expérience. Les personnes visées par cette étude sont tous des enseignants qui se sont absentes de leur travail en raison d'un problème de santé mentale, certifié par un diagnostic médical. Au total, vingt femmes et dix hommes ont été rencontrés en entrevue. La trajectoire professionnelle de ces personnes a été analysée dans une perspective dynamique en tenant compte des situations de travail qui ont précédé le retrait du travail et les conditions qui ont favorisé le retour au travail. Les résultats de cette étude permettent de saisir l'importance des facteurs professionnels sur l'issue du processus de réintégration au travail. Cette étude permet également de rendre compte de la nécessité d'établir des liens entre les facteurs de la désinsertion et ceux de la réinsertion professionnelle pour assurer le retour au travail et le maintien en emploi de ces travailleurs.

Mots clefs : Santé mentale, travail, éducation, réinsertion professionnelle, changements organisationnels, absences maladies

III.4.2 Problématique

Les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des causes les plus fréquentes d'absence au travail et le milieu de l'enseignement ne semble pas avoir été épargné par ce phénomène. Un sondage effectué par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes mentionne que le nombre de dossiers d'invalidité liée à des troubles mentaux et nerveux a pris des proportions alarmantes chez les enseignants (Association Canadienne des Compagnies d'assurance de Personnes (ACCAP), 1995). En effet, près de 41 % des demandes d'invalidité du personnel enseignant assuré sur une base collective et 38 % chez ceux qui ont un plan d'assurance individuel seraient liées à des troubles mentaux et nerveux. Une étude de Dionne-Proulx (1995) révèle que 33 % des rentes d'invalidité (Régie des rentes du Québec) pour la population enseignante sont liées à des troubles mentaux, comparativement à 12 % dans la population générale et 20 % dans les « professions libérales ». Selon un rapport de la Fédération des commissions scolaires du Québec, le nombre de jours non travaillés de même que le coût des prestations d'assurance salaire versées pour les cas d'invalidité en raison de problèmes de santé mentale représentent plus de 40 % de l'ensemble des demandes d'invalidité dans le réseau scolaire (Fédération des Commissions Scolaires de Québec (FCSQ), 2000). D'autres données de la Fédération nationale des enseignantes et enseignants du Québec (FNEEQ) mentionnent que 53,6 % des enseignants de niveau collégial bénéficiaires d'une rente d'invalidité long terme le sont pour des raisons de santé mentale (Dionne-Proulx & Alain, 1999).

Au cours des dernières décennies, le milieu de l'enseignement a connu de nombreux bouleversements et de profondes transformations qui ne sont pas sans laisser des traces sur la santé mentale du personnel. La crise économique des années quatre-vingt a eu des répercussions importantes sur les conditions de travail des enseignants. Selon Carpentier-Roy (1992), la logique productiviste et la bureaucratisation du secteur de l'enseignement ont peu à peu effrité les marges de manoeuvres des enseignants, laissant place à un travail de moins en moins structurant pour la santé mentale.

La tâche des enseignants s'est complexifiée, notamment depuis l'intégration dans les classes régulières des élèves handicapés et (ou) en difficulté d'adaptation et d'apprentissage. Entre 1980 et 1991, le nombre d'élèves en difficulté fréquentant une classe régulière a doublé; la proportion de ces élèves est passée de 4,6 % en 1980 à 9,4 % en 1991. Parallèlement à la complexification de la tâche, les budgets versés à l'éducation diminuent et les coupures se font plus draconiennes dans les services complémentaires auprès du personnel. Le travail des enseignants devient de plus en plus exigeant pour accomplir des tâches nombreuses et variées qui les sollicitent dans des domaines jadis réservés à des professionnels comme les psychologues, les orienteurs et les éducateurs spécialisés, dont le nombre a diminué de façon significative depuis quelques années (Day, 1998; Duval, Lessard, & Tardif, 1997).

Non seulement la tâche s'est-elle complexifiée, mais les coupures dans le domaine de l'éducation ont conduit à des remaniements dans la structure du corps professoral, obligeant plusieurs personnes à changer d'ordre d'enseignement, de matières, de commissions scolaires sans que cette situation soit avantageuse pour elles. Une étude de Lessard et Tardif (1996) montre qu'en cours de carrière, 41 % des enseignants interrogés ont changé d'ordre

d'enseignement (primaire-secondaire), 79 % ont changé de degrés (par exemple, 1^{re} année ou 5^e année), 87 % d'école, 36 % de commission scolaire, 11 % ont changé de statut (par exemple, d'enseignant à professionnel) et 25 % de secteur d'enseignement (régulier, adulte, formation professionnelle, etc.). De plus, 73 % des personnes qui ont changé de matière au cours de leur carrière l'ont fait sans l'avoir vraiment choisi. Si elle comporte des avantages pour les personnes qui en font la demande, la mobilité professionnelle est vécue difficilement lorsqu'elle est imposée et récurrente. Selon Day (1998), ces changements exigent une polyvalence dans plusieurs matières et une facilité à travailler avec des clientèles diverses dont l'âge peut varier de 5 à 16 ans. Cette mobilité demande une grande capacité d'adaptation à des clientèles différentes. Une analyse ergonomique du travail des enseignantes de l'école primaire témoigne également de la grande intensité du travail qui leur est exigée (Messing et al., 1997).

Le contexte relatif à l'emploi s'est également détérioré pour faire place à une plus grande précarité d'emploi (Lefebvre & Champagne, 1997; 1997). En effet, depuis les coupures des années quatre-vingt, le taux de travailleurs à statut précaire n'a cessé d'augmenter. En 1993-1994, selon les données du ministère de l'Éducation du Québec, 45,2 % des enseignants au programme régulier se retrouvaient en situation de précarité (Lefebvre & Champagne, 1997). Des données récentes de la CEQ démontrent cependant que le taux de précarité tend à régresser depuis l'instauration du programme des départs volontaires du gouvernement et de la mise en place des maternelles à temps plein. Le personnel à statut précaire représente maintenant 30,02 % de l'ensemble du corps professoral, incluant le secteur de l'éducation aux adultes. Ces personnes qui ont un statut précaire doivent s'adapter à des environnements de travail, à des employeurs variés et des collègues de travail avec qui il est difficile de développer des liens de travail durables et enrichissants, sans parler du sentiment

d'appartenance à une école qui devient illusoire dans de telles conditions (Champagne, 1996).

Les mutations de la société moderne obligent également les enseignants à s'adapter à la réalité de leurs élèves : provenance de familles monoparentales ou recomposées, accès à des sources de stimulation variées (la télévision, les ordinateurs, les médias) qui requièrent un ajustement de leur part dans l'acte de transmettre des connaissances. Certains doivent également s'adapter à la diversité culturelle et à la grande hétérogénéité des élèves avec l'arrivée des enfants immigrants dans les écoles. Les enseignants doivent donc composer avec des critères de performance plus exigeants, une réduction des ressources à leur disposition, des parents moins présents mais par ailleurs plus exigeants et critiques face à l'éducation de leurs enfants, et ce, dans une structure sociale en changement qui exige de la part du corps professoral un investissement plus important pour atteindre les objectifs de la profession (Cordié, 1998; Day, 1998; Messing et al., 1997).

Les problèmes de santé mentale entraînent généralement de longues périodes d'incapacité de travail, en plus de comporter un risque élevé de rechutes (Conti & Burton, 1994). Pour certaines personnes, ces absences répétées du travail risquent donc de se traduire par une incapacité de travail à long terme ou permanente. Mais malgré les préoccupations suscitées par ces problèmes de santé et l'importance du phénomène, les recherches sur le retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale sont pratiquement inexistantes. Des études ont montré qu'il faut tenir compte de l'histoire professionnelle antérieure des personnes pour mieux comprendre les événements qui ont conduit à un retrait du travail, et ceux qui peuvent expliquer l'issue de la réinsertion professionnelle (Dessors et al., 1990; Frigul, 1997). L'analyse du processus de réintégration

articule rarement les circonstances de la maladie, ses caractéristiques et son évolution aux conditions de l'organisation du travail (Frigul, 1997). L'incapacité de travail en raison d'un problème de santé mentale n'est pas seulement une conséquence de la détérioration de l'état de santé mentale, mais également, une construction sociale déterminée par les rapports au travail. Dans cette perspective, au-delà des facteurs individuels impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle, les conditions de travail et d'exercice de la profession enseignante demeurent des dimensions essentielles à l'analyse et à la compréhension du processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. C'est dans cette perspective que cette étude vise à mieux comprendre le processus de réinsertion professionnelle des enseignants qui se sont absentés de leur travail en raison d'un problème de santé mentale.

III.4.3 Méthodologie

Pour les besoins de cette étude, nous avons privilégié l'utilisation d'une méthodologie qualitative basée sur l'analyse des récits d'expérience. Cette méthode donne accès aux représentations qu'ont les personnes de ce qu'elles vivent, d'un point de vue subjectif. Selon Hagner et Helm (1994), la signification que les personnes donnent aux événements demeure une connaissance essentielle à la réussite d'un programme en réadaptation.

Les personnes visées par cette étude sont toutes des enseignants qui se sont absentés de leur travail en raison d'un problème de santé mentale, certifié par un diagnostic médical, pour une période de plus de trois semaines au cours des années 1993 à 1996. Les sujets ont été sélectionnés à partir d'une banque de 250 enseignants des régions de Montréal et de Québec qui ont répondu à un questionnaire ayant pour objet de décrire les caractéristiques des personnes qui

recevaient des prestations d'assurance salaire en raison d'une absence maladie pour des raisons de santé mentale.

Au total, vingt femmes et dix hommes ont été rencontrés en entrevue. L'intervalle d'âge varie de 27 à 59 ans, avec une moyenne de 46,7 ans. La grande majorité des personnes, soit 80 % des sujets de cette étude, sont âgées entre 35 et 54 ans. En ce qui concerne le secteur d'enseignement, onze personnes enseignaient au niveau primaire (élèves de 6 à 11 ans), treize au niveau secondaire (élèves de 12 à 16 ans), et enfin, six personnes enseignaient au niveau collégial (élèves de 17 à 19 ans).

Un peu plus des deux tiers des sujets de cette étude détiennent un poste régulier à temps plein, et la moitié d'entre eux comptent plus de 20 ans d'expérience dans l'enseignement. Ces informations combinées nous indiquent qu'une des grandes forces de cette étude est de fournir un éclairage sur une population enseignante expérimentée et touchée par des problèmes de santé mentale. De plus, près du tiers des personnes rencontrées ont un statut d'emploi précaire. Au chapitre des responsabilités familiales, plus du tiers des participants ont des enfants à charge.

III.4.3 Analyse des résultats

La trajectoire professionnelle a été analysée dans une perspective dynamique en tenant compte des situations de travail qui ont précédé le retrait du travail et les conditions qui ont favorisé le retour au travail.

Dans un premier temps, chaque récit a été découpé en séquences élémentaires en fonction des thèmes abordés par le sujet. Cette première étape a permis d'établir une liste de catégories thématiques qui ont par la suite été organisées afin de tenir compte de la trajectoire des personnes. Progressivement, par un travail de va-et-vient entre la théorie et les données empiriques provenant du matériel d'entrevues, un travail de mise en rapport des thèmes et des trajectoires a été réalisé de façon à construire une représentation cohérente de l'ensemble des résultats en fonction de l'objet de recherche.

Un portrait de la désinsertion et de la réinsertion professionnelle

Pour la très grande majorité des personnes rencontrées, la maladie et l'arrêt de travail ont été un premier événement survenu après plusieurs années de bon fonctionnement au travail. Dans la majorité des cas, la maladie a évolué d'une dépression « situationnelle » à une dépression sévère, dont l'intensité et la durée ont varié selon les personnes. Quelques personnes se sont absentes en raison de troubles anxieux, d'une névrose d'angoisse, ou encore d'un trouble de la personnalité. Ces problèmes de santé mentale ont entraîné d'assez longues périodes d'absence. La durée des absences cumulées entre 1993 et 1997 montre en effet que, parmi les personnes rencontrées, huit ont été absentes moins de six mois, quatorze l'ont été entre six mois et un an, quatre entre 13 et 24 mois et, enfin, quatre personnes étaient en arrêt de travail depuis plus de deux ans, trois d'entre elles cumulant plus de trois ans d'absence.

Au moment de l'entrevue, dix-huit enseignants étaient de retour au travail. Reprendre confiance en ses capacités de travail, sentir que l'on est apprécié, avoir du plaisir à travailler et développer des perspectives d'avenir sont quelques-unes des expériences positives qui marquent un retour réussi. Mais, si pour certains le

retour au travail semble être une issue favorable dans le processus de recouvrement de la santé, pour d'autres il reste marqué par le sentiment d'une vulnérabilité menacée par la crainte d'une rechute. En effet, le tiers des enseignants qui avaient fait un retour au travail se disaient fragiles et craignaient le risque de rechute (tableau I).

Tableau I Répartition des enseignants selon le profil de la réinsertion professionnelle

Retour au travail		Non-retour au travail			
réussi	fragile	en attente	retraite		invalidité longue durée
			anticipée après retour d'un an	sans retour	
12 10F/2H	6 5F/1H	2 1F/1H	4 3F/1H	3 3H	3 1F/2H

Parmi ceux qui n'étaient pas de retour au travail au moment de l'entrevue, deux étaient en attente d'un retour éventuel et espéraient reprendre leur activité professionnelle. Les dix autres enseignants s'étaient retirés définitivement en prenant une retraite (7 personnes), ou encore en espérant conserver un statut d'invalidité (3 personnes). Notons que les sept enseignants qui étaient à la retraite au moment de l'entrevue avaient tous effectué un retour au travail avant de quitter définitivement celui-ci. Quatre d'entre eux étaient âgés de moins de 50 ans au moment de la retraite et avaient fait ce choix après s'être maintenus au travail pendant au moins un an.

De la désinsertion à la réinsertion professionnelle : une analyse des conditions organisationnelles

Si la grande majorité des enseignants rencontrés ont construit leur discours autour de leur rapport au travail pour rendre compte de leur désinsertion professionnelle, c'est également en regard du travail que plusieurs rendent compte de l'issue plus ou moins favorable de leur état de santé et de leur réinsertion professionnelle. La complexification de la tâche, une mobilité professionnelle imposée, la précarité d'emploi et le surinvestissement au travail ont été pour plusieurs des sources importantes de tension. L'analyse du processus de réinsertion professionnelle montre l'importance de pouvoir apporter des changements dans les conditions du travail qui ont contribué à leur problème de santé mentale. Les personnes qui ont connu une amélioration de leurs conditions de travail lors de leur retour sont parmi celles qui ont connu une réinsertion professionnelle satisfaisante. Toutefois, certaines conditions de travail se sont avérées difficiles à changer et plusieurs ont dû revenir dans des situations récurrentes conduisant certains enseignants à une usure progressive.

La complexification du travail

La complexification de la tâche se caractérise par l'intégration d'élèves en difficultés d'apprentissage ou ayant des troubles de comportement, ou encore par l'enseignement de matières qui font appel à des exigences accrues de compétence pour suivre l'évolution rapide de programmes qui sont toujours en changement.

Un groupe d'enseignants a été particulièrement touché par l'intégration dans leur classe régulière d'élèves en difficultés d'apprentissage ou qui ont des troubles de comportements. À l'exception d'une enseignante qui compte seulement quatre ans d'expérience, ces enseignants avaient tous plus de 20 ans de pratique auprès de jeunes élèves. L'analyse du discours de ces enseignants rend compte du besoin qu'ils ont d'être reconnus dans leurs efforts et leurs compétences. Plusieurs ont témoigné de leur engagement auprès de leurs élèves et des efforts importants qu'ils ont faits à un moment ou un autre de leur carrière pour aider un enfant en difficulté et lui donner la chance de repartir du bon pied. De façon unanime cependant, tous considèrent aussi que faire ce travail sans le soutien du milieu c'est aussi risquer l'échec, remettre en question ses compétences, trop s'investir et se sentir coupable de ne pas avoir été équitable avec les autres élèves. Mais en même temps, avoir des difficultés avec un ou des élèves et se sentir dépassé par sa classe est vu et interprété comme étant un manque de compétence. Aussi, plusieurs hésitent à rendre visibles les difficultés qu'ils éprouvent avec certains de leurs élèves. Il est risqué de montrer et dire aux autres que l'on se sent dépassé. Les enseignants à statut précaire gardent le silence pour ne pas nuire à leurs chances d'affectation pendant que les plus anciens tentent de préserver leur image d'enseignants expérimentés. En bout de piste, un sentiment d'usure progressive marque la trajectoire de ces enseignants.

L'analyse du profil de réinsertion professionnelle de ce groupe d'enseignants nous montre que la complexification de la tâche rassemble les sujets qui vont les moins bien. Dans la majorité des cas, les changements de travail se sont avérés temporaires, laissant place à une fragilisation progressive de l'état de santé et à des rechutes qui ont conduit plusieurs de ces personnes à se retirer définitivement de leur travail en prenant une retraite anticipée pour protéger leur santé.

« À mon retour, mon directeur a eu pitié de moi et il a mis les gros cas difficiles dans l'autre classe... Normalement je suis convaincue que c'est cette classe-là que j'aurais dû avoir... Je suis arrivée à la fin de l'année pas trop fatiguée. Mais l'année d'après, j'avais encore un groupe difficile ». (Béatrice)

Ces résultats vont dans le sens des travaux de Messing et col. (1997) qui rapporte que de plus en plus d'enseignantes remettent en question leur capacité de travailleuses jusqu'à la retraite. Il est permis d'anticiper que ces stratégies de retrait seront de moins en moins accessibles dans un milieu où la population enseignante rajeunit. Ces conditions de travail récurrentes risquent d'avoir une incidence sur la prévalence des problèmes de santé mentale au travail des enseignants.

Une mobilité professionnelle imposée

Des enseignants de tous les niveaux (primaire, secondaire et collégial) ont été touchés par les effets d'une mobilité professionnelle imposée. La fermeture d'écoles, la fusion des commissions scolaires, le changement de fonction de certaines écoles et le mouvement de la clientèle sont quelques-uns des événements qui ont été mis de l'avant pour rendre compte de l'instabilité des emplois dans le secteur de l'éducation. Au-delà de la perte ressentie à la suite d'une coupure de poste, le plus difficile a été de faire face à une « *réaffectation sauvage* » dans une tâche où l'on se sent incompétent et complètement dépassé. Des enseignants ont été confrontés à une clientèle pour laquelle ils n'avaient pas été préparés. Enseigner à des adolescents, ce n'est pas la même chose que d'avoir à enseigner à des plus jeunes, ou encore, à des adultes :

« ...ils ont 16 ans, 17 ans, et ils n'aiment pas être à l'école, ils détestent ça et je n'ai aucune formation pour enseigner à des enfants de ce type-là, j'ai toujours refusé de me retrouver dans des classes comme ça parce que ça m'atteint trop, je n'ai aucune carapace, je suis pas protégé, je n'ai pas d'armure... ». (Éric)

D'autres ont eu à composer avec des matières qu'ils ne maîtrisaient pas. Un enseignant en arts plastiques s'est effondré à la suite d'une affectation en sciences avec des adolescents en difficultés d'apprentissage. Un enseignant en soudure a été affecté à l'enseignement du français et des mathématiques qui, selon ses titres, le rendait apte à occuper cette fonction. Après quelques tentatives de retour à l'enseignement dans des occupations « frileuses », toujours soumises à de nouvelles coupures et à des affectations « sauvages » dans un poste pour lequel il ne se sent pas compétent, il a été contraint de quitter le métier pour retourner en usine afin de retrouver un sens au travail dans une affectation où il se sent compétent et maître de la situation.

Ces résultats vont dans le sens de l'étude de Lessard et Tardif (1996) qui a montré que les coupures dans le domaine de l'éducation ont conduit à des remaniements dans la structure du corps professoral, obligeant plusieurs enseignants à changer de poste sans que cette situation soit avantageuse eux. De plus, la grande majorité des personnes qui ont eu à changer de matière en cours d'affectation l'ont fait sans l'avoir choisi. Cette mobilité professionnelle est vécu difficilement lorsqu'elle est imposée et récurrente.

Ces affectations sauvages ont été vécues sous le signe de la peur. La peur de perdre le contrôle de sa classe, la peur de ne pas être à la hauteur, la peur d'être reconnu incompetent, la peur d'être agressé par une parole. Toutes ces personnes ont raconté avoir eu des épisodes de panique qui ont été

diagnostiqués et traités à l'aide d'une médication. L'enseignant qui a quitté son métier pour aller travailler en usine se surprend de ses réactions de panique qu'il associe à un problème biochimique, sans faire de lien avec son histoire professionnelle. Ces épisodes se présentent essentiellement au restaurant, un peu comme si toutes ces personnes assises lui rappelaient une salle de classe. Comme les autres enseignants que nous avons rencontrés, il prend une médication au besoin, sans autre traitement en lien l'événement déclencheur. La présence de ces réactions de panique soulève la question d'une maladie professionnelle que l'on peut associer à la détresse post-traumatique.

La précarité d'emploi

Près du tiers des participants à notre étude ont fait référence à la précarité d'emploi pour rendre compte de leur maladie et de leur arrêt de travail. Dans la majorité des cas, le travail précaire a généré une intensification du travail, notamment au regard des obligations de performance et du cumul des fonctions. Certains ont dû accepter plusieurs contrats de travail pour s'assurer d'un revenu à temps plein, allant jusqu'à travailler plus de 50 heures par semaine. D'autres se sont investis tête baissée dans le travail dans l'espoir d'avoir un poste permanent ou un renouvellement de contrat. Pour être vus et reconnus dans leur milieu de travail, des enseignants à statut précaire en sont venus à s'impliquer dans toutes les activités scolaires, parascolaires, bénévoles et syndicales, multipliant les réunions et leur engagement sans compter. Mus par le désir de s'investir dans leur travail et de faire de leur école ou collège un milieu de vie intéressant, plusieurs se progressivement épuisés. Paradoxalement, quelques enseignants se sont effondrés peu de temps après avoir eu un emploi permanent ou après avoir eu l'assurance d'un contrat à temps plein, comme si cette sécurité d'emploi leur avait permis enfin de céder à un investissement dans le travail qui avait été trop

exigeant. Mais cet arrêt de travail a été de courte durée, entre 6 semaines et 4 mois, avec un profil de réinsertion professionnelle des plus positifs. À l'exception d'une enseignante qui est revenue dans une situation encore plus précaire qu'au moment de son retrait du travail, tous les autres enseignants ont connu une amélioration significative de leurs conditions d'emploi. Aux effets positifs de la sécurité d'emploi s'ajoute un meilleur soutien de la part des collègues. Avoir un poste plus stable a aidé certains à mieux s'intégrer dans leur milieu de travail et à normaliser leur charge de travail en partageant leur expérience avec les collègues.

Par ailleurs, la peur de perdre son emploi et la course aux postes ont généré des perturbations dans les rapports sociaux de travail qui ont conduit à une lutte des places et à des situations de harcèlement et d'exclusion. L'attribution des postes et des contrats aux enseignants est régulée par l'ancienneté, selon un jeu de dominos où la place des uns se fait au détriment de la place des autres et où les moins anciens restent plus vulnérables et se défendent comme ils peuvent. Voici comment une enseignante décrit l'ambiance qui règne au moment de l'attribution des postes : « *Disons que chacun se méfie, tout le monde sait qu'on est tous là pour s'entre-tuer... Ceux qui ont leur poste assuré, évidemment, sont beaucoup moins agressifs* ».

L'étude de Malenfant et al. (1999) sur l'intermittence en emploi a montré que les personnes précaires les plus stratégiques tentent d'éviter les situations conflictuelles avec leurs collègues afin de ne pas nuire à leurs chances de réaffectation. Dans cette étude auprès des enseignants, nous observons que les situations conflictuelles sont engagées au moment de l'attribution des postes. L'ouverture d'un poste ou le risque de perdre sa place a généré des situations de

harcèlement et d'exclusion, parfois violentes, toujours menaçantes. Les amis sont devenus des ennemis, la confiance et l'entraide ont été remplacées par la méfiance et le chacun pour soi. Ces situations ont été particulièrement difficiles à vivre et blessantes sur le plan de l'identité. Se sentir trahi et rejeté par ses collègues de travail a été pour plusieurs une épreuve qui allait bien au-delà des difficultés de leur tâche.

Sur le plan de la réinsertion professionnelle, un retour au travail dans le même poste de travail semble difficile à faire dans le cas d'une lutte des places. À l'exception d'une enseignante qui est revenue à son ancien poste de travail à la suite du départ du collègue avec qui elle a eu des démêlés, tous les autres se sont sentis incapables de retourner dans leur milieu de travail. Certains ont eu la chance d'avoir un poste dans un autre département, alors que d'autres restent dans l'attente d'une nouvelle affectation.

Surinvestissement et reconnaissance

Le surinvestissement dans le travail a été mis de l'avant par plusieurs enseignants pour rendre compte d'une fragilisation progressive de leur état de santé. Le métier d'enseignant est certes exigeant. Pour faire un bon travail il faut y mettre du temps, faire des efforts pour se garder à jour dans son programme, se renouveler sans cesse et trouver les moyens de susciter l'intérêt des élèves. Mais au-delà des exigences de la tâche, plusieurs se sont décrits comme étant des enseignants passionnés, exigeants et perfectionnistes qui se sont engagés corps et âmes sans compter leur temps. Que ce soit en multipliant les projets spéciaux, dans le temps investi auprès des élèves, dans la préparation du matériel pédagogique, des examens et des activités de correction, ou encore, à travers leur engagement syndical, parascolaire ou social, plusieurs se sont investis bien au-

delà des exigences de leur tâche, travaillant les soirs et les fins de semaine, comme si pour être vu et reconnu dans ce milieu, il fallait faire beaucoup, faire plus, faire trop.

Mais faire beaucoup et avoir l'impression que ce n'est pas suffisant, faire toujours plus et se dépasser sans nécessairement en retirer une satisfaction sont quelques-unes des expériences qui signent l'impasse de la dynamique de la reconnaissance au travail dans le milieu de l'enseignement. Certains parlent de la crainte qu'ils ont d'être mal jugés, du risque d'être perçus comme des enseignants moyens, ceux qui ont laissé tomber, ceux qui font le minimum, comme si le milieu de l'enseignement était scindé entre le trop et le pas assez. Plusieurs ont témoigné des jugements négatifs qu'ils ont eux-mêmes portés sur ceux qui en sont venus à diminuer leur investissement au travail : « *Chez nous il y a deux gangs, les « jellos » (ceux qui ne veulent rien faire) et les performants* ». D'un côté il y a les performants, ceux qui « surinvestissent », et de l'autre il y a ceux qui ont abandonné, ceux qui ont désinvesti la profession.

Selon Carpentier-Roy (1992), devant l'ampleur des responsabilités, la pauvreté des ressources et l'absence de reconnaissance, certains enseignants vont se désengager progressivement de leur travail et réinvestir la sphère privée afin de préserver leur équilibre psychologique. C'est un mécanisme de défense qui fait appel à l'établissement de limites personnelles, mais qui place l'individu dans une situation inconfortable puisqu'il doit remettre en question ses idéaux par rapport à la profession. Les travaux de Carpentier-Roy (1992) ont montré comment les stratégies défensives des enseignants mises en place pour « durer » dans le métier peuvent conduire à une forme de paralysie devant des changements encore possibles :

« C'est comme si le principe de réalité avait pris le relais du principe de plaisir de façon permanente. Ils sont démobilisés, ils ont désinvesti un champ, un lieu de travail où leurs désirs ne peuvent s'actualiser, où leur motivation ne peut trouver satisfaction, et ils se replient sur des objets qui leur offrent encore un certain accès au plaisir : leur classe, leurs élèves; ou encore ils investissent en dehors de la sphère du travail enseignant » (*ibid* : 25).

Selon Esteve et Fracchia (1988), si certains en viennent à fuir la réalité qui les fait souffrir et développent des comportements de repli tels que l'inhibition au travail et l'enlisement dans la routine, d'autres, pour ne pas renoncer à leur idéal, vont s'engager de plus en plus dans une forme de surinvestissement au travail. L'écart entre l'idéal et la réalité les incite à multiplier leurs activités pour pallier les insuffisances structurelles du système d'éducation. Ces façons différentes de se défendre par le désengagement ou le surinvestissement, face à une même source de souffrance, divisent les enseignants et contribuent à fragiliser l'espace de parole nécessaire à l'arbitrage des normes et des pratiques de métier.

S'ajoute à cela le poids de la non-reconnaissance sociale qui laisse entendre que les enseignants sont grassement payés pour ce qu'ils font, qu'ils sont toujours en congé et qu'en plus, ils osent se plaindre : « ... *la population est contre nous. On est vu comme du monde qui a le travail facile, très facile dans le fond...* ». Cette non-reconnaissance sociale est à ce point souffrante que ne pas en remettre, ne pas en faire trop, équivaut à confirmer cette vision d'un travail facile. Selon Messing et col. (1997), les médias ont largement contribué à sous-estimer le temps, l'effort et le dévouement que les enseignants consacrent à leur travail. Des chroniques remettent en doute le bien-fondé des journées pédagogiques, que l'on désigne souvent comme des « congés pédagogiques ».

Parmi ces enseignants qui se sont donnés sans compter, certains se sont effondrés subitement à la suite d'un événement déclencheur : un mot, une parole, un commentaire négatif qui, du coup, a eu l'effet d'une bombe. Dans tous les cas, l'effet a été foudroyant, comme une parole qui tue, conduisant certains à une dépression sévère dont ils ont eu peine à se remettre. Fragiliser par la quête d'une reconnaissance qui ne vient jamais, ces commentaires négatifs ont eu l'effet d'un désaveu, inversant ainsi la reconnaissance attendue, annulant et balayant du coup tout ce qu'ils avaient fait depuis des années pour contribuer de façon exemplaire à leur milieu de travail.

Sur le plan de la réinsertion professionnelle, ces enseignants sont revenus au travail après une longue réflexion qui les a menés à prendre une distance face à leur travail. Certains ont fait le choix de revenir à temps partiel, de travailler quatre jours par semaine, de prendre une année sabbatique ou un traitement différé pour explorer de nouvelles possibilités. Ces stratégies individuelles de protection témoignent d'une certaine manière des difficultés de changer l'organisation du travail.

Pour d'autres, prendre une distance s'est traduit par une façon nouvelle d'aborder le contenu de leur travail : ne plus s'investir comme avant, diminuer sa charge de travail, faire moins tout en offrant un travail de qualité. Mais comment à la fois prendre une distance sans perdre ses idéaux et trouver un sens au travail ? Normaliser ses pratiques n'est pas un exercice facile dans un milieu qui scinde le travail du côté du trop ou du pas assez. Les travaux de Carpentier-Roy (1992) ont montré comment l'absence de collectifs de travail dans le milieu de l'enseignant empêche l'élaboration de critères justes et acceptables sur les efforts que font ces derniers pour faire leur travail.

Dans cette étude, la capacité qu'ont eue certains enseignants à reconstruire un sens au travail est à la mesure des possibilités qu'ils ont eues de partager leur expérience avec d'autres collègues de travail. Pour trouver un juste milieu entre le surinvestissement et le désengagement, il faut pouvoir mettre en commun ce que l'on fait, voir avec les pairs ce qui est acceptable comme investissement pour faire du bon travail sans tomber dans le trop ou le pas assez. Certains ont été à même de réajuster leurs critères de performance en s'appuyant sur la façon dont leurs collègues de travail arrivent à passer à travers les exigences du métier sans mettre en péril leur santé. Ces réajustements ont donné lieu à une nouvelle façon de s'investir dans le travail sans craindre d'être mal jugé par ses collègues. Pouvoir partager son expérience de travail avec les autres aide à réaliser que l'on n'est pas seul et qu'il est possible de faire du bon travail tout en étant confronté à des situations difficiles : « *J'avais l'impression que les problèmes que je vivais, j'étais toute seule à les vivre. Mais c'est pas vrai du tout parce qu'on passe tous à travers les mêmes choses* ». Se dessine ainsi progressivement la possibilité de réinvestir le travail en prenant appui sur un collectif de travail. Mais la création des collectifs de travail reste fragile dans un milieu où le regard de l'autre est perçu comme une menace.

III.4.5 Conclusion

Cette étude rend compte de la nécessité d'établir des liens entre les facteurs de la désinsertion professionnelle et ceux de la réinsertion professionnelle. Pour les personnes qui se sont absentes en raison de difficultés rencontrées dans le cadre de leur travail, ce sont celles et ceux qui ont connu des changements favorables dans leur travail qui ont le mieux réussi leur retour au travail.

La complexification de la tâche dans le milieu de l'enseignement s'avère être une des dimensions les plus difficiles à améliorer. Dans la majorité des cas, les changements de travail se sont avérés temporaires, laissant place à une fragilisation progressive de l'état de santé et à des rechutes qui ont conduit plusieurs de ces personnes à se retirer en prenant une retraite anticipée. Or, dans un milieu où la population rajeunit, il est permis d'anticiper que ces stratégies de retrait ne seront plus possibles, de sorte que ces jeunes enseignants risquent de se retrouver dans une situation sans issue, augmentant ainsi le nombre de rechutes.

Contrairement à la complexification de la tâche, ceux qui ont été touchés par les effets d'une mobilité professionnelle imposée se réintègrent relativement bien à la suite de changements favorables. La majorité de ces enseignants ont pu être réaffectés dans des postes où ils se sentent compétents.

Quant à la précarité d'emploi, elle génère le plus souvent un surinvestissement au travail. Paradoxalement, quelques enseignants se sont effondrés peu de temps après avoir obtenu un emploi permanent ou l'assurance d'un contrat à temps plein avec des avantages sociaux. De plus, le temps de restauration demeure relativement court lorsque ces personnes ont l'occasion d'anticiper un retour dans de meilleures conditions. Par contre, lorsque la précarité d'emploi conduit à une perturbation des rapports sociaux de travail, le retour au travail dans les mêmes conditions s'avère une situation risquée. La résolution des problèmes de santé demeure difficile sans un changement radical, soit une rupture avec le groupe de travail.

Enfin, le surinvestissement dans le travail se traduit généralement par un retour réussi. Les acquis du passé dans un mode de fonctionnement basé sur l'excellence et la performance semble avoir un effet sur le soutien offert par la direction lors du retour au travail.

Toutefois, les modes d'adaptation comme moins s'investir et prendre une distance face à son travail demeurent des stratégies individuelles de protection qui, lorsqu'elles ne prennent pas ancrage au sein du collectif de travail, peuvent s'avérer éphémères. L'absence de collectif de travail ouvre la porte aux excès, à la fois du côté du surinvestissement et du désengagement. Un bon collectif de travail permet d'établir des normes qui favorisent un meilleur équilibre dans la façon de s'investir au travail et ouvre sur la dynamique de la reconnaissance si essentielle à la conquête de l'identité et de la santé mentale.

III.4.7 Références

- Association Canadienne des Compagnies d'assurance de Personnes (ACCAP). (1995). Gestion des demandes de règlement d'invalidité des troubles mentaux et nerveux. Toronto: Mercantile & General.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1992). Organisation du travail et santé mentale chez les enseignantes et enseignants du primaire et du secondaire. Québec: Centrale de l'Enseignement du Québec.
- Champagne, N. (1996). Examen des pratiques d'emploi du personnel à statut précaire dans l'enseignement au secteur des jeunes (préscolaire, primaire, secondaire). Québec: Fédération des enseignantes et enseignants de commissions scolaires.
- Conti, D. J., & Burton, W. N. (1994). The economic impact of depression in the workplace. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 36(9), 983-988.
- Cordié, A. (1998). Malaise chez les enseignants. Paris: Éditions du Seuil.
- Day, J.-P. (1998). La progression des nouvelles formes d'emploi en enseignement. Unpublished doctoral dissertation, Université Laval, département des sciences de l'éducation, Québec.
- Dessors, D., Schram, J., & Volkoff, S. (1990). Les conditions de travail antérieures aux licenciements. (Report No. 101). Paris: Centre Nationale des Arts et Métiers, Laboratoire d'Ergonomie et de Neurophysiologie du travail.
- Dionne-Proulx, J. (1995). Le stress au travail et ses conséquences à long terme : le cas des enseignants québécois. Revue Canadienne De L'Éducation, 20(2), 146-155.
- Dionne-Proulx, J., & Alain, M. (1999). Le vécu des enseignantes et enseignants de niveau collégial au Québec. Vers une nouvelle compréhension. Montréal: Fédération Nationale des Enseignantes et Enseignants du Québec.
- Duval, L., Lessard, C., & Tardif, M. (1997). Logiques d'exclusion et logiques d'intégration au sein de l'école. Le champ de l'adaptation scolaire. Recherches Sociographiques, 38(2), 303-334.

- Esteve, M. J., & Fracchia, A. F. B. (1988). Le malaise des enseignants. Revue Française De Pédagogie, 84, 45-56.
- Fédération des Commissions Scolaires de Québec (FCSQ). (2000). Étude statistique sur les absences pour invalidité de nature psychique en milieu scolaire. Québec: FCSQ.
- Frigul, N. (1997). Penser le rapport au travail pour comprendre le chômage. Une analyse de la construction sociale de la précarisation du travail et de la santé à partir d'une enquête menée auprès d'une population féminine en chômage de longue durée. Unpublished doctoral dissertation, Université René Descartes, Paris.
- Hagner, D. C., & Helm, D. T. (1994). Qualitative methods in rehabilitation research. Rehabilitation Counseling Bulletin, 37(4), 290-303.
- Lefebvre, P., & Champagne, N. (1997). Précarité et précarisation du travail: un point de vue syndical dans le secteur de l'éducation au Québec. 66^e Congrès de l' Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS) Trois-Rivières: ACFAS.
- Lessard, C., & Tardif, M. (1996). La profession enseignante au Québec. 1945-1990. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Malenfant, R., LaRue, A., Mercier, L., & Vézina, M. (1999). Travailler un peu, beaucoup, passionnément... pas du tout. Québec: CLSC Haute-Ville, Centre de documentation.
- Messing, K., Seifert, A. M., & Escalona, E. (1997). The 120-S Minute. Using analysis of work activity to prevent psychological distress among elementary school teachers. Journal of Occupational Health Psychology, 2(1), 45-62.

1V DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION

Cette discussion générale reprend les résultats et les discussions présentés dans les quatre articles qui composent le corps de la thèse en montrant les liens qui existent à travers chacune de ces études.

IV.1 LE TRAVAIL AU COEUR DU PROCESSUS DE DÉINSERTION PROFESSIONNELLE

L'étude quantitative menée auprès de 1850 travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale, rend compte de l'importance des facteurs professionnels dans la survenue de la maladie et de l'arrêt de travail (article 1). D'une part, près du tiers des sujets font essentiellement référence à des facteurs professionnels pour expliquer la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail. D'autre part, près des deux tiers des personnes font à la fois référence à des facteurs personnels et professionnels. Ainsi, pour plus de 90 % des répondants, les dimensions reliées à la sphère professionnelle ont été impliquées dans la survenue de leur problème de santé.

De plus, l'analyse du profil d'absence des 1850 personnes qui ont répondu au questionnaire montre que 65 % de ces personnes s'absentaient pour la première fois en raison d'un problème de santé mentale (article 1). On observe également que plus de 68 % de notre population était en emploi depuis au moins 10 ans. Ces résultats laissent supposer que la grande majorité de notre population avait un bon lien d'emploi et que ces personnes étaient, pour la plupart, bien intégrées dans leur activité professionnelle avant de connaître un premier épisode psychiatrique. Cette tendance se confirme également dans le volet qualitatif de cette étude (article 2). En effet, plusieurs des personnes rencontrées

ont dit s'être absentes à la suite d'un premier événement survenant après plusieurs années de bon fonctionnement au travail. Ce profil d'absence laisse apparaître une population dont le problème de santé mentale serait plus de nature transitoire en lien avec l'environnement psychosocial de travail.

De fait, une des contributions importantes de cette étude est d'avoir démontré le rôle central du travail dans le processus de désinsertion professionnelle. Les résultats de l'étude quantitative (article 1), montrant que le travail est associé au processus de désinsertion professionnelle, vont dans le sens des nombreux travaux qui pointent du doigt les grandes transformations qu'ont connues les milieux de travail au cours des dernières années, lesquelles rendent compte de la détérioration progressive de l'état de santé de la population active (Dejours, 1993; Gabriel & Liimatainen, 2000; Karasek & Theorell, 1990; Marmot et al., 1999; Vézina et al., 2001).

L'étude qualitative basée sur des données d'entrevues réalisées auprès de 51 participants, sélectionnés à partir de 736 sujets volontaires qui ont répondu au questionnaire, nous a permis de mieux comprendre le jeu des variables observées dans le cadre de l'analyse quantitative et de décrire les mécanismes sous-jacents au processus de réinsertion professionnelle (article 2). Trois grands facteurs ont été identifiés pour rendre compte du processus de désinsertion professionnelle soit: les difficultés vécues dans le cadre du travail, la survenue d'événements stressants dans la vie hors travail et troisièmement, la présence d'une psychopathologie individuelle marquée par des troubles mentaux. Ces facteurs ont eu une importance ou une prépondérance différente pour chaque personne. Toutefois, le travail a occupé une place centrale dans leur discours. En effet, la très grande majorité des participants ont fait état d'événements difficiles survenus dans le cadre de leur activité professionnelle pour rendre compte des

événements qui ont participé à la détérioration de leur état de santé. Ces résultats corroborent ceux observés dans notre étude quantitative montrant que les difficultés vécues dans le cadre du travail sont un déterminant majeur du processus de désinsertion professionnelle (article 1).

Les coupures de postes, les fusions de départements et les réorganisations du travail ont généré des « changements menaçants » qui ont affecté l'équilibre psychologique de travailleurs (article 2). Fragilisés par la perte d'un travail dans lequel ils s'étaient investis, des travailleurs se sont effondrés à la suite d'une réaffectation « déstabilisante », parfois sauvage, dans un poste qui comportait des exigences de travail en dehors de leurs compétences ou encore suite à une affectation dans un poste déqualifié. Ce phénomène a été observé auprès d'employés de bureau, d'infirmières, de professionnels et de cadres (article 1), mais également auprès d'enseignants (article 4). Ces résultats vont dans le sens de ceux observés dans le cadre d'une étude portant sur les impacts des grandes transformations qu'a connues le réseau de la santé (Bourbonnais et al., 1999; Moisan et al., 1999). Les résultats de mesures quantitatives effectués auprès du personnel infirmier du réseau québécois de la santé ont montré que les fusions d'établissements et les changements de mission ont entraîné une augmentation du niveau de détresse psychologique et de la consommation de médicaments psychotropes chez les infirmières (Bourbonnais et al., 1999; Moisan et al., 1999). De plus, une étude qualitative visant à saisir l'importance de ces changements pour les infirmières révèle que les infirmières ont vécu le processus de transformation du réseau québécois de la santé avec un grand sentiment de perte (Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina, & Côté, 2000).

L'étude plus spécifique que nous avons réalisée auprès des enseignants permet également de cerner l'importance de ce phénomène pour cette catégorie professionnelle (article 4). Plusieurs enseignants se sont effectivement effondrés

événements qui ont participé à la détérioration de leur état de santé. Ces résultats corroborent ceux observés dans notre étude quantitative montrant que les difficultés vécues dans le cadre du travail sont un déterminant majeur du processus de désinsertion professionnelle (article 1).

Les coupures de postes, les fusions de départements et les réorganisations du travail ont généré des « changements menaçants » qui ont affecté l'équilibre psychologique de travailleurs (article 2). Fragilisés par la perte d'un travail dans lequel ils s'étaient investis, des travailleurs se sont effondrés à la suite d'une réaffectation « déstabilisante », parfois sauvage, dans un poste qui comportait des exigences de travail en dehors de leurs compétences ou encore suite à une affectation dans un poste déqualifié. Ce phénomène a été observé auprès d'employés de bureau, d'infirmières, de professionnels et de cadres (article 1), mais également auprès d'enseignants (article 4). Ces résultats vont dans le sens de ceux observés dans le cadre d'une étude portant sur les impacts des grandes transformations qu'a connues le réseau de la santé (Bourbonnais et al., 1999; Moisan et al., 1999). Les résultats de mesures quantitatives effectués auprès du personnel infirmier du réseau québécois de la santé ont montré que les fusions d'établissements et les changements de mission ont entraîné une augmentation du niveau de détresse psychologique et de la consommation de médicaments psychotropes chez les infirmières (Bourbonnais et al., 1999; Moisan et al., 1999). De plus, une étude qualitative visant à saisir l'importance de ces changements pour les infirmières révèle que les infirmières ont vécu le processus de transformation du réseau québécois de la santé avec un grand sentiment de perte (Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina, & Côté, 2000).

L'étude plus spécifique que nous avons réalisée auprès des enseignants permet également de cerner l'importance de ce phénomène pour cette catégorie professionnelle (article 4). Plusieurs enseignants se sont effectivement effondrés

à la suite d'une « mobilité professionnelle imposée ». Ces résultats vont dans le sens de l'étude de Lessard et Tardif (1996) qui a montré que les coupures dans le domaine de l'éducation ont obligé plusieurs enseignants à changer de poste sans que cette situation soit avantageuse pour eux. De plus, la grande majorité des personnes qui ont eu à changer de matière, en cours d'affection, l'ont fait sans l'avoir choisi. Ainsi, la mobilité professionnelle est vécue difficilement lorsqu'elle est imposée et surtout lorsqu'elle ne tient pas compte des acquis et des compétences des travailleurs.

Ces grands changements se révèlent également être une source de perturbation pour les personnes qui présentent des troubles mentaux récurrents (articles 2 et 3). Une certaine stabilité dans le travail est souvent nécessaire pour assurer le maintien en emploi de ces personnes. De plus, une analyse plus spécifique de cette catégorie de personnes a montré que les changements organisationnels qui resserrent de trop près la dynamique des rapports sociaux peut mener à des conflits relationnels et à l'exclusion de ces personnes du collectif de travail (article 3).

Par ailleurs, des travailleurs se sont sentis débordés par une « surcharge de travail » qui a entraîné un rythme effréné et une hyperactivité qui laissent peu de place pour les moments de répit nécessaires pour garder un bon équilibre psychologique (articles 2). L'analyse quantitative de nos résultats au questionnaire montre que la surcharge de travail est un des facteurs le plus fréquemment identifié parmi les facteurs professionnels qui ont contribué au retrait du travail (article 1). Plusieurs travaux recensés rendent également compte des effets de la surcharge suite à l'intensification du travail au cours des dernières années (De Bandt et al., 1995; Malenfant et al., 1999; Theorell, 1999; Vézina et al., 2001). Bond et al. (1998, cité dans Theorell et al., 1999) ont montré qu'entre 1977 et 1997, la proportion des travailleurs américains qui disent avoir des tâches qui exigent de

travailler très vite est passée de 55 % à 68 % et, celle qui n'ont jamais assez de temps pour terminer leur travail est passée de 40 % à 60 %. En Europe, le même phénomène a été observé entre 1990 et 2000 où le pourcentage des personnes soumises aux mêmes contraintes est passé respectivement de 48 % à 56 % et de 50 % à 60 % (Merlié & Paoli, 2001).

Cependant, l'analyse du discours des personnes rencontrées en entrevue permet d'apporter certaines nuances et précisions à ces résultats (article 2). Des travailleurs ont témoigné s'être engagés dans des activités multiples, répondant parfois aux demandes incessantes d'une organisation déstabilisée par des restructurations trop rapides. Qui plus est, dans une forme de « surcharge compensatrice » suite à un engagement volontaire dans des activités syndicales, sociales ou de bénévolat, comme pour combler un vide, celui d'un travail qui offre peu de reconnaissance. Cette réalité est très évidente dans le milieu de l'enseignement (article 4). Plusieurs enseignants se sont décrits comme étant des travailleurs passionnés, exigeants et perfectionnistes qui se sont engagés corps et âmes sans compter leur temps. Que ce soit en multipliant les projets spéciaux, dans le temps investi auprès des élèves, dans la préparation du matériel pédagogique, des examens et des activités de correction ou encore à travers leur implication syndicale, parascolaire ou sociale, plusieurs se sont investis bien au-delà des exigences de leur tâche, travaillant les soirs et les fins de semaine, comme si pour être vu et reconnu dans ce milieu, il fallait faire beaucoup, faire plus, faire trop. Mais faire beaucoup et avoir l'impression que ce n'est pas suffisant, faire toujours plus et se sentir dépasser sans nécessairement en retirer une satisfaction, signe ici les revers de l'absence de reconnaissance au travail. Dans cette perspective, la non-reconnaissance favoriserait une forme de surinvestissement au travail, mais également, beaucoup d'insatisfaction lorsque le travail exige des efforts considérables. Les effets délétères d'un travail exigeant

sont ainsi mis en résonance avec l'impact négatif de l'absence de reconnaissance au travail.

La « non-reconnaissance des efforts » est également un des facteurs les plus fréquemment identifiés dans l'étude quantitative (article 1). Des liens entre la surcharge de travail et la non-reconnaissance ont également été faits dans des enquêtes de psychodynamique du travail réalisées auprès des travailleurs syndicaux (Carpentier-Roy, Saint-Jean, St-Arnaud, & Gilbert, 2000; Rhéaume, Maranda, & Saint-Jean, 2000). Ces enquêtes menées auprès de ces travailleurs a permis de saisir qu'à travers les multiples plaintes entourant la question de la surcharge de travail, les principales sources de souffrance étaient reliées particulièrement à l'insatisfaction générée par l'absence de reconnaissance au travail. En outre, ces résultats sont appuyés par les travaux de Siegrist (1996) qui ont démontré qu'une situation de travail qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles reconnaissances génère des réactions pathologiques sur le plan émotionnel et physiologique. L'analyse des liens, qui existent entre le surinvestissement au travail et la non-reconnaissance, permet de mieux comprendre pourquoi certaines personnes que nous avons rencontrées dans le cadre des entrevues s'étaient effondrées subitement à la suite d'un commentaire ou d'une évaluation négative de la part d'un collègue ou d'un supérieur (article 2 et 4). Fragilisées par une quête de reconnaissance qui se fait attendre, ces jugements négatifs ont eu pour effet d'inverser la reconnaissance attendue en un constat de désaveu et d'échec.

La « précarité d'emploi » est aussi une condition de travail qui favorise le surinvestissement au travail. Cette réalité n'a cependant pas été dégagée dans l'étude quantitative (article 1). De fait, notre population est principalement composée de travailleurs permanents. Par contre, l'étude qualitative nous a permis de faire émerger cette problématique et ce principalement auprès de la

population enseignante qui compte une proportion importante de travailleurs précaires (article 4). Le travail précaire génère une intensification du travail, notamment au regard des obligations de performance inéluctables au renouvellement de contrat, mais aussi par le cumul des emplois souvent nécessaire pour assurer un travail à temps plein et pour prévenir les interruptions complètes de revenus. Les effets du travail précaire sur la santé mentale ont été bien documentés dans l'étude de Malenfant et al. (1999). Les auteurs rapportent que la précarisation du travail conduit à une précarisation de la santé mentale. À l'inverse, des travailleurs se sont sentis piégés par leur sécurité d'emploi dans un poste de travail qui offre peu d'espace pour l'investissement ou encore dans un travail qu'ils n'aiment pas. La rareté des ouvertures vers un poste plus intéressant et la peur du chômage en quittant leur sécurité d'emploi ont avec le temps créé une forme d'usure progressive.

Par ailleurs, des travailleurs se sont absentés à la suite d'une situation de « harcèlement psychologique » qui s'est installé insidieusement et qui, peu à peu, a conduit à un sentiment d'impuissance et d'angoisse (article 2). Les travaux récents de Marie-France Hirigoyen (1998) et ceux de Leymann (1996) ont grandement contribué à définir ce phénomène comme un processus destructif et dont les effets sont dévastateurs pour la santé mentale. Selon Soares (2001), ce phénomène est à comprendre non pas comme un fait personnel ou isolé, mais bien comme le résultat d'un ensemble de facteurs professionnels qui favorisent l'émergence de ces situations telles les nouvelles formes de gestion axée sur la réduction du personnel et la précarisation du travail qui effritent les collectifs de travail.

Enfin, la détérioration progressive des conditions de travail a également eu un impact sur le travail des personnes qui ont à travailler auprès d'une clientèle difficile et à « risque d'agression » (article 2). Des travailleurs ont dit avoir constaté

que la clientèle s'était considérablement alourdie au cours des dernières années. Dans le milieu carcéral, par exemple, des travailleurs mentionnent que la « déjuridicalisation » des délits mineurs a laissé plus de place à une clientèle plus lourde ayant des comportements plus agressifs et dont le profil de réadaptation est souvent très négatif. Des travailleurs ont développé des réactions anxieuses à la suite d'incidents violents répétés. Ces réactions anxieuses ont conduit à une inhibition au travail et, dans certains cas, la peur ressentie s'est élargie à d'autres sphères de la vie comme la peur de marcher seul dans la rue ou de conduire sa voiture en direction de ses lieux de travail.

Les changements menaçants, la surcharge de travail, la non-reconnaissance des efforts, un travail démobilisant, le harcèlement psychologique et des situations de violence au travail, ont été des facteurs précipitants qui sont venus affecter le registre du sens au travail. Les travaux réalisés dans le champ de la psychodynamique du travail permettent de saisir les liens étroits qui existent entre le travail et la santé mentale (Dejours, 1995a). La santé y est définie comme un état souvent instable qui se lie et se délie à travers le rapport au travail. Le travail s'inscrit au cœur des mécanismes qui ouvrent sur la construction de l'identité et de la conquête de la santé. Inspiré par les avancées des recherches en ergonomie, la psychodynamique du travail rend compte de l'écart irréductible entre le travail prescrit et le travail réel obligeant chacun à se mobiliser pour pallier les exigences du réel. Aussi, le travail est en soi une activité qui exige un investissement qui ne se limite pas à la simple exécution mécanique d'un ensemble de tâches prescrites et déterminées à l'avance.

Travailler, c'est d'abord s'éprouver soi-même. À travers des efforts pour subvertir les contraintes et les exigences du travail, le sujet se forme et se transforme. L'analyse du discours des travailleurs que nous avons rencontrés dans le cadre de l'entrevue, témoigne de cet engagement dans le travail. Sentir que l'on

fait du bon travail et que l'on est apprécié, faire des efforts pour se garder à jour et se renouveler dans ses méthodes de travail, acquérir de nouvelles habiletés et être en mesure de livrer une bonne performance sont des valeurs que plusieurs partagent et constituent un signe que le travail va bien au delà d'une simple exécution de tâches. Cette mobilisation du sujet n'a toutefois de sens que si elle s'inscrit dans une dynamique plus large, celle qui passe par le regard reconnaissant de l'autre. Le « sens » est un événement intersubjectif qui se construit dans le rapport à l'autre. Selon Dejours (1994), il existe un décalage important entre le *sens* d'une situation dans le registre cognitivo instrumental et le « sens » énoncé dans le registre affectif-pathique-identitaire. Se rapprochant du point de vue de la sociologie du travail, le rapport qu'entretient l'individu à son travail serait une *construction sociale* déterminée par les relations intersubjectives au travail plutôt qu'une construction strictement individuelle.

Par ailleurs, dans l'étude quantitative, on estime à 35 % la proportion des personnes susceptibles de présenter un profil psychiatrique plus lourd en raison d'épisodes antérieurs (article 1). En fait, 20 % des personnes en étaient à leur deuxième épisode, près de 9 % au troisième et 6 % à plus de quatre épisodes. Dans le même sens, l'étude qualitative montre que certains travailleurs ont une trajectoire professionnelle marquée par la présence de troubles mentaux bien caractérisés (article 2 et 3). C'est le cas d'un commis de bureau qui s'est absenté plus de 20 mois suite à une phobie des transports, d'un technicien en administration qui est suivi en psychiatrie pour un trouble obsessionnel-compulsif et d'un enseignant diagnostiqué maniaco-dépressif. Ce profil d'absence permet de cerner une problématique qui implique plus directement le rôle des caractéristiques individuelles dans la survenue de la maladie et de l'arrêt de travail.

Mais, si l'on tient compte du lien qui existe entre la personne et son environnement, ceci nous amène à comprendre ce phénomène en tenant compte à la fois de l'impact des caractéristiques personnelles sur le fonctionnement au travail et à son tour de l'effet du travail sur la personne. D'une part, l'étude qualitative souligne que la fragilité de ces personnes a rapidement été mise à l'épreuve lorsqu'elles ont eu à faire face aux grands bouleversements qu'ont connu les milieux de travail au cours de la dernière décennie (article 3). D'autre part, cette étude nous a permis d'apprécier comment le travail a pu participer à l'accomplissement professionnel de ces personnes et comment, dans certains cas, le fait d'avoir connu un ancrage dans un métier a eu un rôle positif sur l'image de soi et la protection de leur équilibre psychologique.

En effet, plusieurs de ces travailleurs étaient en lien d'emploi depuis de nombreuses années et ont pu témoigner de leur contribution à l'organisation du travail et ce en dépit de leur histoire psychiatrique. Ces résultats vont dans le sens de la littérature en ergothérapie et les travaux réalisés dans le champ de la psychodynamique du travail montrant que le travail peut exercer un effet structurant sur la santé mentale des personnes. La stabilité dans le travail, une certaine distance face au collectif de travail et l'ancrage dans un métier sont des éléments qui participent au maintien en emploi et à l'accomplissement des personnes qui ont une vulnérabilité sur le plan psychologique (article 3).

S'appuyant sur ces résultats, nous sommes en mesure de comprendre que les événements difficiles rencontrés dans la sphère professionnelle, les tribulations de la vie hors travail et les caractéristiques individuelles s'inscrivent dans un processus dynamique où toutes ces dimensions sont en interrelation et agissent sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes. Toutefois, le travail demeure au coeur du processus de désinsertion professionnelle.

IV.2 L'ARRÊT DE TRAVAIL ET LA RESTAURATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ : UNE ÉTAPE CHARNIÈRE

La survenue de la maladie a été pour plusieurs une expérience particulièrement difficile à vivre, surtout pour les personnes qui ont toujours été actives et qui ont dû, pour la première fois, faire face à leurs limites (article 2). Dans certains cas, la maladie a évolué lentement avec la présence de signes et symptômes se manifestant plusieurs mois avant l'arrêt de travail et parfois même au fil des ans comme une usure progressive. Pour d'autres, la maladie est survenue rapidement, parfois de façon soudaine et inattendue, souvent à la suite d'un événement déclencheur. Ces problèmes de santé mentale ont entraîné d'assez longues périodes d'absence. En effet, la durée des absences cumulées entre 1993 et 1997 montre que plus des deux tiers des personnes parmi les 51 sujets rencontrés en entrevue, se sont absentes pour une période de 6 mois et plus (article 2). Ces résultats sont corroborés par l'étude par questionnaire (article 1). En effet, la durée moyenne d'absence des personnes qui ont effectué un retour au travail est de 23,8 semaines, alors que pour les personnes qui étaient toujours absentes lorsqu'elles ont répondu au questionnaire, plus de 90% d'entre elles étaient absentes depuis plus de 27 semaines. Ce profil d'absence va dans le sens des travaux de Conti et Burton (1994) qui ont montré que les problèmes de santé mentale entraînent généralement de longues périodes d'invalidité en plus de comporter un risque élevé de rechutes.

L'arrêt de travail et le repos constituent généralement le premier pas vers la restauration de l'état de santé et des capacités de travail. L'incapacité de travail doit être évaluée par un médecin et être consignée par un certificat médical. Ainsi, lors de l'arrêt de travail et au cours du processus de restauration des capacités, le système médical est convoqué en première instance. Le médecin diagnostique la maladie et réagit par des traitements. Pour l'essentiel, le traitement a consisté

en la prise de médicaments et de suivis en psychothérapie. À cet effet, l'étude quantitative révèle que près de 85 % des personnes ont fait usage de médicaments prescrits par un médecin pour traiter leur problème de santé mentale (article 1).

Suivant cette perspective, le problème est pensé en termes de maladie et l'accent est mis sur le soulagement des symptômes. Cette démarche s'inscrit dans ce que Evans et Stoddart (1996) ont décrit comme un modèle d'interaction simple entre la santé et le système de soins. Le processus clinique qui s'installe autour de la maladie définie par un diagnostic psychiatrique s'engage sur un mode de traitement centré sur l'individu. Au cours des dernières années, les avancées considérables en pharmacologie ont donné lieu à de nouveaux médicaments qui permettent aujourd'hui d'agir efficacement sur la maladie mentale (Landry & Courmoyer, 1996). Aussi, le recours à la médication demeure actuellement l'une des réponses les plus fréquentes dans le traitement des problèmes de santé mentale. Toutefois, bien qu'utile et souvent nécessaire, ce recours à médication a des implications importantes sur la façon dont les personnes se représentent le problème. La maladie définit uniquement dans son rapport au corps biologique écarte l'univers de l'interaction symbolique médiatisé par le langage et le rapport à l'autre (Dejours, 1994).

Par ailleurs, les recherches contemporaines en santé mentale ont également permis le développement de nouvelles approches psychothérapeutiques qui s'intéressent aux distorsions intrapsychiques ou relationnelles liées aux troubles mentaux (Leblanc & Dumont, 1996). Les approches cognitives sont souvent privilégiées dans les interventions rapides et à court terme. L'efficacité de ce type de psychothérapie a été démontrée, notamment dans le travail de recadrage des événements qui ont contribué à la perturbation de l'état de santé afin d'accroître la capacité de la personne à relativiser l'importance de ces

événements sur sa vie. La place centrale accordée aux représentations personnelles de l'individu ont donné lieu à des interventions thérapeutiques visant à modifier le mode de perception de l'individu et à favoriser le développement de stratégies d'adaptation plus efficaces (van der Klink et al., 2001).

Toutefois, selon Vézina (1996), qu'il s'agisse d'un traitement pharmacologique ou en psychothérapie, ce type d'intervention demeure centré sur l'individu. Or, dans le contexte économique actuel, caractérisé par une incidence accrue des problèmes de santé mentale au travail, on doit repenser nos interprétations centrées sur les caractéristiques individuelles pour mieux tenir compte des impacts réels du travail sur les capacités d'adaptation de l'individu. Vézina (1996) souligne également que les approches centrées sur le développement des stratégies individuelles accordent peu de places aux interventions visant l'organisation du travail.

De fait, rares sont les personnes que nous avons rencontrées pour qui le processus de restauration des capacités s'est organisé dans une démarche qui intègre le travail comme instrument utile à la reconstruction de l'état de santé et de la capacité de travail (article 2). Dans la plupart des cas, ces symptômes cliniques ont été traités à l'aide d'un traitement pharmacologique sans lien avec les événements stressants survenus dans le cadre du travail. Aussi, la crainte d'un retour au travail dans la même situation a poussé certains travailleurs à quitter leur emploi pour prendre une retraite anticipée, alors que d'autres se sont protégés en demandant une affectation dans un poste déqualifié. Ce phénomène a été encore plus marqué dans le milieu de l'enseignement où plusieurs ont perdu confiance en leur capacité de travail à la suite d'une mobilité de travail imposée (article 4). Des expériences similaires ont été vécues parmi les travailleurs victimes d'une situation de harcèlement moral et aussi chez ceux qui ont été confrontés à des agressions répétées (article 2).

Les travaux de Rhéaume (1992) sur l'analyse des services d'aide clinique offerts par les entreprises pour les travailleurs qui présentent des difficultés psychologiques ont également révélé que l'analyse et le traitement des problèmes réfèrent rarement aux conditions de travail. Qui plus est, lorsque l'analyse du problème porte essentiellement sur les capacités individuelles d'adaptation, le travailleur en vient à interpréter ses difficultés en dehors du champ du travail.

Ces enjeux sont d'autant plus accentués lorsque le travailleur doit faire face à une demande d'expertise en psychiatrie où il doit prouver qu'il est bien malade, ou encore à une contestation de son assurance salaire s'il ne prend pas de médicaments. L'analyse du discours des personnes montre que cette étape est aussi modulée par les exigences médico-administratives de la gestion de l'absence et du congé de maladie (article 2). En effet, la prolongation de l'absence au delà de certains délais, a obligé plusieurs personnes à être évaluées par un expert externe, en général, un psychiatre. Dans certains cas, la date de retour au travail a été décidée suite à cette évaluation externe. Selon Morin (1985), lorsqu'il est question d'attestation d'invalidité, le médecin n'est plus confiné à un rôle de soignant, il devient un intermédiaire entre le malade et la société. Son pouvoir est finalement relatif et conditionnel, d'autant plus que le médecin généraliste n'étant pas un expert en psychiatrie peut être appelé à justifier ses décisions. Des travailleurs dont la décision de retour au travail a été prise par un expert externe ont eu l'impression qu'ils perdaient le soutien de leur médecin (article 2). Dans cette perspective, le système médical introduit ici une forme de délégation du pouvoir décisionnel qui s'inscrit en porte-à-faux avec le rôle du soignant.

Selon Dejours (1995a), la santé mentale au travail ne peut se concevoir uniquement comme une construction strictement individuelle. La santé, tout comme la maladie, s'apprend et demeure fondamentalement attachée à la qualité de l'engagement du sujet dans sa relation à l'autre. L'analyse du problème devrait

permettre de prendre en compte le rôle privilégié du travail, notamment de la dynamique des rapports sociaux de travail comme vecteur de construction identitaire et de la défense de la santé. Dans cette perspective, le travail de restauration de la santé et de la capacité de travail passerait par la reconstruction du sens et du lien au travail, entendu ici par le lien à l'autre.

D'une part, ce lien ne peut être rétabli que sur la base d'une clinique qui permet un travail d'élaboration sur le vécu subjectif du travail. Le traitement proposé devrait tenir compte des facteurs professionnels impliqués si l'on veut éviter la construction de stratégies d'évitement et d'anticipations réactionnelles. D'autre part, l'anticipation du retour au travail et la reconstruction de ce lien ne peuvent s'effectuer en dehors des acteurs (médecins, thérapeutes, collègues, supérieurs, syndicat et direction des ressources humaines) impliqués par ce processus. Selon Loisel et al. (2001), les interventions morcelées, n'impliquant qu'un seul des partenaires dans le processus de réinsertion professionnelle des personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques et qui ne tiennent pas compte de l'ensemble des interactions entre les partenaires seraient inefficaces. La façon dont le retour a été préparé, l'exploration des possibilités d'apporter des améliorations aux conditions qui ont contribué au retrait du travail, l'organisation du retour progressif en tenant compte des rapports sociaux de travail surtout face aux effets possibles de ces changements sur le travail des collègues, sont des dimensions qui peuvent être anticipées avant le retour au travail.

IV.3 DU RETOUR AU TRAVAIL À LA PROLONGATION DE L'INCAPACITÉ

L'étude quantitative montre que parmi les 1850 travailleurs qui s'étaient absentes en raison d'un problème de santé mentale, près de 69 % d'entre eux ont effectué un retour au travail (article 1).

L'analyse des données du questionnaire nous apporte certains éclairages sur les facteurs associés à l'issue plus ou moins favorable de la réinsertion professionnelle et de la résolution des problèmes de santé mentale (article 1). En effet, l'analyse comparative des résultats portant sur l'issue de la réinsertion professionnelle confirme notre hypothèse à l'effet que les personnes qui ont dit s'être absentes essentiellement en raison de leur vie personnelle sont plus nombreuses à revenir au travail, alors que c'est l'inverse pour celles qui se sont retirées en raison du travail. À la lumière de ces résultats on peut comprendre qu'il soit plus difficile d'effectuer un retour lorsque le travail est directement en cause. Par ailleurs, lorsque le travail n'est pas une source de tension qui conduit à l'effritement de l'état de santé, il demeure un lieu privilégié pour le développement de l'estime de soi et la conquête de la santé et en ce sens, il peut contribuer à reconstruire et conforter la santé mentale d'une personne fragilisée par des facteurs individuels (Dejours, 1995a).

Des différences ont également été observées en fonction des facteurs socio-démographiques. En effet, les travailleurs qui ont des enfants et ceux qui vivent avec un conjoint sont plus nombreux à revenir au travail (article 1). Ces facteurs sont potentiellement en lien avec le rôle du soutien social ou encore liés aux pressions exercées par les obligations familiales. De fait, plus les personnes sont âgées, moins elles reviennent au travail. Ce phénomène s'expliquerait en partie par l'accès à la retraite ou encore par l'effet concomitant des problèmes de santé

physiques qui suivent la courbe de l'âge. Les résultats de notre étude qualitative convergent également dans ce sens (article 2). Plusieurs des personnes qui n'étaient pas de retour au travail avaient pris une retraite anticipée ou encore avaient un statut d'invalidité en raison de troubles physiques.

Par ailleurs, on observe des différences entre les hommes et les femmes (article 1). En effet, il y a une proportion plus importante de femmes qui ont effectué un retour au travail. Parmi les éléments susceptibles d'expliquer cette différence, nous retenons principalement l'hypothèse du rôle de soutien social plus développé dont bénéficieraient les femmes, ainsi qu'un recours plus rapide aux services d'aides, comparativement aux hommes. De plus, l'étude qualitative révèle que certaines femmes ont dit ne pas avoir eu les moyens financiers de prendre leur retraite (article 2). L'arrivée tardive des femmes sur le marché du travail pourrait ainsi avoir un effet sur le choix de prendre une retraite anticipée pour pallier aux difficultés d'avoir à revenir au travail à la suite d'un problème de santé mentale.

L'analyse qualitative nous a également permis de faire un lien entre l'état de santé et la difficulté à retourner au travail (article 2). Parmi les personnes qui étaient toujours absentes, plusieurs ont témoigné d'une santé trop précaire et ce, même parmi celles qui avaient pris une retraite. Ces résultats sont en parties corroborés par l'évaluation de la perception de l'état de santé dans l'étude quantitative (article 1). Les résultats indiquent qu'il y a une proportion plus importante de personnes qui se perçoivent en moins bon état de santé parmi celles qui n'ont pas effectué un retour au travail.

Mais, au-delà du retour au travail, l'étude quantitative nous révèle un phénomène particulièrement inquiétant. En effet, parmi les 1273 personnes qui ont effectué un retour au travail, près de 45 % d'entre elles considèrent que leur problème de santé mentale n'est pas résolu (article 1).

À la lumière de notre étude qualitative, nous avons été à même d'apprécier le malaise vécu par ces travailleurs lors de leur retour au travail. En effet, l'arrêt de travail en raison d'un problème de santé mentale a été une expérience difficile (article 2). Des travailleurs ont connu une détérioration majeure de leur état de santé mentale. En venir à ne plus être en mesure de lire un journal, avoir peine à s'acquitter des tâches de la vie quotidienne, rester à la maison à ne rien faire pendant des semaines ou des mois, penser que ça vient de basculer pour toujours, demeurent des expériences de vie troublantes. Ces expériences ne vont pas sans laisser de traces et plusieurs personnes se sentaient craintives à l'idée de reprendre le travail. Certaines ont l'impression d'avoir gardé des séquelles de ces épisodes, elles réalisent qu'elles se fatiguent plus rapidement, éprouvent encore des difficultés à se concentrer ou des problèmes de mémoire. Aussi, un sentiment de vulnérabilité marque le retour au travail de la grande majorité des travailleurs que nous avons rencontrés (article 2).

Si la grande majorité des travailleurs ont fait état des difficultés rencontrées dans le cadre de leur travail pour rendre compte de leur problème de santé mentale et de leur arrêt de travail, c'est également au regard du travail que plusieurs rendent compte de l'issue plus ou moins favorable de leur trajectoire (article 2). Plusieurs ont connu une amélioration significative de leur état de santé avant de reprendre leur travail, mais ce n'est que peu à peu qu'ils en sont venus à chasser leurs doutes et ont repris confiance en leur capacité de travail. Aussi, contrairement à la croyance générale qui veut que le retour au travail signe la résolution des problèmes de santé, le retour au travail ne s'est pas fait au terme

d'un recouvrement complet de la santé mais plutôt par un processus continu où la santé s'est mesurée à l'aune des exigences du travail. Ces résultats issus de notre analyse qualitative confirment notre hypothèse à l'effet que le travail est un lieu où s'exerce et se défend la santé et que la résolution des problèmes de santé se réalise et prend sens dans le travail.

Aussi, le sentiment de vulnérabilité qui marque le retour au travail des personnes que nous avons rencontrées, s'est vu peu à peu rassuré par la mise en place de conditions favorables à la réintégration au travail de ces personnes. Le retour progressif a été une aide importante dans le processus de recouvrement de leurs capacités de travail (article 2). Toutefois, l'analyse quantitative des données du questionnaire ne révèle aucune association entre le retour progressif et la résolution des problèmes de santé mentale (article 1). Par contre, l'analyse du discours des personnes permet de saisir les risques de cette mesure lorsqu'elle affecte le travail des collègues (article 2). Des travailleurs ont témoigné des effets pervers de cette mesure sur la qualité des rapports sociaux de travail. Retourner progressivement au travail alors que les collègues sont débordés, par exemple, place le travailleur dans une position délicate. Connaissant le rôle important des collègues de travail et de la valeur thérapeutique de leur soutien lors du retour, il n'est pas difficile de comprendre qu'un retour qui conduit à une perturbation des rapports sociaux est en soi un risque important de rechute. Baril et al. (1994) rapportent, dans leur étude portant sur la réintégration professionnelle des travailleurs accidentés, que les collègues ont parfois des réactions négatives aux conditions d'insertion des travailleurs qu'ils jugent bénéficiaires de privilèges. Ces réactions négatives seraient plus fréquentes lorsque les séquelles de la maladie ne sont pas « objectivables ». Dans le programme de retour thérapeutique au travail proposé par Durand et al. (1998), les travailleurs qui reviennent progressivement au travail à la suite d'un problème de santé physique sont en surnuméraire. Le remplacement des travailleurs permet d'éviter la surcharge de

travail des collègues en plus de diminuer le stress lié aux exigences de la production.

Les problèmes de santé mentale ne sont pas des maladies visibles et beaucoup de préjugés entourent encore ce type de maladies. Plusieurs des travailleurs que nous avons rencontrés ont eux-mêmes eu beaucoup de difficultés à accepter cette réalité (article 2). Certains se sont sentis coupables de s'être absentés pour un problème de santé mentale, laissant parfois entendre qu'ils auraient cédé à leur faiblesse et ce en dépit d'une expérience douloureuse et souvent très invalidante. La littérature scientifique reconnaît que les problèmes de santé mentale s'accompagnent généralement d'une perte de l'estime de soi (Leblanc & Dumont, 1996). Aussi, le regard de l'autre à travers la qualité de l'accueil des collègues et des supérieurs, s'est révélé être un facteur important pour la restauration de l'image de soi et la restauration de la confiance en ses capacités de travail (article 2).

Mais au-delà de l'importance de l'accueil et du soutien au travail, la possibilité d'apporter des changements dans le travail nous apparaît ici être un des grands déterminants d'un retour réussi. En effet, dans l'étude quantitative, ceux qui ont connu des changements dans le travail qui allaient dans le sens d'une amélioration, lors de leur retour au travail, sont plus susceptibles de connaître une résolution de leur problème de santé mentale (article 1). Ces résultats confirment notre hypothèse à ce sujet. Dans le même sens, l'étude qualitative montre que la possibilité d'apporter des changements aux conditions de travail qui ont participé à la détérioration de la santé mentale s'avère être un des grands facteurs dans le passage d'un retour menaçant à un retour rassurant (article 2 et 4).

Dans certains cas, ces changements ont été effectifs et ont participé à la reconstruction du sens au travail et du maintien en emploi (article 2 et 4). Toutefois, notre analyse qualitative révèle que si des changements favorables ont été constatés, dans plusieurs cas ces changements ont été le fruit du hasard, un coup de chance au fil des circonstances qui se sont présentées lors du retour au travail (article 2). Rares sont les personnes que nous avons rencontrées pour qui ces changements ont été préparés et planifiés avant le retour au travail.

Pour d'autres, l'amélioration des conditions de travail s'est avérée éphémère, voire souvent impossible (article 2 et 4). Certaines conditions de travail nécessiteraient des changements en profondeur de l'organisation du travail. Les enseignants qui ont à conjuguer avec une complexification de travail sont pratiquement tous revenus, à un moment ou à un autre, à la même situation de travail (article 4). L'usure progressive engendrée par des conditions de travail difficiles marque également l'effondrement des stratégies de défense utilisées par les travailleurs pour pallier aux contraintes du travail. Les travailleurs ne restent généralement pas impassibles devant les contraintes de l'organisation du travail (Brun, 1992; Carpentier-Roy, 1995; Dejours, 1993). Aussi, l'effondrement survient généralement après plusieurs tentatives pour contrer la situation difficile. De plus, lorsque la situation est endémique, c'est-à-dire qu'elle touche à plusieurs personnes, force est de constater que les efforts pour contrer ces difficultés ont rencontré une impasse. Dans ce contexte, il est possible de penser que la réorganisation du travail risque de toucher à des dimensions fondamentales qui s'avèrent plus difficiles à changer, du moins à court terme. L'analyse des conditions favorables à l'intégration des travailleurs qui se sont absentés en raison de problème de santé mentale nous renvoie ici à un questionnement plus global sur l'ensemble des conditions de travail qui permettent aux travailleurs d'avoir un travail structurant pour la santé mentale. Rappelons que le travail n'est jamais neutre, où il joue pour la santé et devient un médiateur précieux pour la construction

de la santé, où il joue contre et participe à la détérioration de la santé de la population active.

Par ailleurs, notre étude portant sur les personnes qui ont une vulnérabilité psychologique marquée par des troubles mentaux récurrents nous a permis d'éclairer plus particulièrement l'impact des rapports sociaux de travail sur la réintégration au travail et le maintien en emploi de ces personnes (article 3). Les travaux en psychodynamique ont montré que la nature, la qualité et la dynamique des rapports sociaux de travail, notamment à l'intérieur des collectifs de travail, sont des déterminants majeurs des effets du travail sur la santé (Dejours, 1995a; 1995b). De plus, la construction de l'identité au travail ne peut réellement s'inscrire qu'à travers le regard de l'autre, soit celui qui ouvre sur la reconnaissance de son appartenance et de son originalité. Pour que le travail agisse comme vecteur de santé mentale, qu'il apporte plus à la personne que l'absence de travail, il faut que la dynamique de la reconnaissance fonctionne.

Or, la dynamique de reconnaissance pose problème pour les personnes dont le rapport au réel risque de faire apparaître un mode de fonctionnement à ce point différent qu'il risque de compromettre le jugement des pairs sur la capacité qu'elles ont à agir selon les règles de l'art (article 3). Aussi, pour se protéger des risques d'être vues et reconnues comme différentes, voire dysfonctionnelles, ces personnes vont se protéger en prenant une distance du regard de l'autre. Cette distance leur a permis de mieux concilier le besoin d'intimité nécessaire pour s'ajuster et se réorganiser à leur manière, jusqu'à ce que peu à peu, au rythme de leur assurance, elles se sentent prêtes à répondre aux exigences de la mise en visibilité qui ouvre sur la reconnaissance et le soutien des collègues. *A contrario*, les personnes qui ont quitté leur emploi à la suite d'importants conflits relationnels qui ont eu un impact négatif sur le travail des autres et sur l'organisation du travail

éprouvent de sérieuses difficultés à réintégrer leur emploi. Lorsque la perturbation des rapports sociaux de travail conduit à une rupture du lien à l'autre, les relations de confiance s'effritent et la dynamique de la reconnaissance joue à l'envers, soit du côté du rejet et de l'exclusion.

Au cours des dernières années, en réadaptation psychosociale, plusieurs programmes de soutien à l'emploi ont été développés pour aider les personnes ayant des troubles mentaux à intégrer le marché du travail et à se maintenir en emploi (Bond et al., 1997; Lauzon & Charbonneau, 2000; Mercier et al., 1999). Nous croyons qu'une meilleure compréhension de la dynamique des rapports sociaux de travail et de ses impacts sur la santé mentale des travailleurs est essentielle au développement de programmes de soutien en emploi.

IV.4 EN CONCLUSION : VERS UN MODÈLE DYNAMIQUE DU PROCESSUS DE DÉSINSERTION ET DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Une des contributions importantes du volet quantitatif est d'avoir mis en évidence le rôle majeur des facteurs professionnels dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. Les liens étroits qui existent entre les conditions délétères de travail et la santé mentale nous ont amené à soulever, comme première piste de recherche, l'hypothèse que les travailleurs qui considèrent que le travail est la principale cause de leur problème de santé seront moins nombreux à revenir au travail que ceux qui considèrent que c'est leur vie personnelle qui en est la principale cause. Cette piste de recherche s'est vue confirmée lors de la comparaison des données sur le retour au travail selon la principale cause de l'arrêt (article 1).

Le volet quantitatif nous a également permis de montrer que le retour au travail n'était pas nécessairement accompagné d'une résolution des problèmes de santé mentale (article 1). À la lumière de notre étude qualitative, nous avons été à même de mieux comprendre pourquoi le retour au travail ne s'est pas fait au terme d'un recouvrement complet de la santé (article 2 et 4). En effet, un sentiment de vulnérabilité marque le retour au travail de la grande majorité des travailleurs que nous avons rencontré. Ce n'est que progressivement, avec le soutien du milieu, que ces travailleurs ont peu à peu retrouvé confiance en eux et se sont rassurés sur leur santé et leur capacité de travail. Aussi, ces résultats (volets quantitatif et qualitatif) confirment l'hypothèse de notre deuxième piste de recherche à l'effet que la résolution des problèmes de santé mentale des travailleurs ne peut être consolidée uniquement au cours de la phase de traitement

et de la restauration des capacités, mais plutôt que cette résolution se réalise et prend sens dans le travail, c'est à dire, lors du retour au travail.

De plus, le volet quantitatif montre une association significative entre la résolution des problèmes de santé mentale et l'occurrence de changements favorables dans le travail au moment du retour en emploi (article 1). Dans cette perspective, on comprend que l'amélioration des conditions de travail lors du retour au travail est un déterminant majeur de la restauration de l'état de santé et d'un retour au travail réussi susceptible d'assurer le maintien en emploi des personnes qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale. Le volet qualitatif rend également compte de l'issue plus favorable du retour au travail lorsque les facteurs professionnels, qui ont contribué au retrait du travail, ont pu être considérés et que des changements ont été apportés. Ces résultats confirment notre troisième piste de recherche à l'effet que les travailleurs qui ont connu une amélioration de leurs conditions de travail lors de leur retour au travail sont plus susceptibles de connaître une résolution de leur problème de santé et par conséquent, de se maintenir en emploi.

À la lumière de ces résultats, nous sommes maintenant en mesure de mieux comprendre comment les événements difficiles rencontrés dans la sphère professionnelle, les tribulations de la vie hors travail et les caractéristiques individuelles s'inscrivent dans un processus dynamique où chacune de ces dimensions demeurent en interrelation et agissent sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes. Cette étude met en évidence le caractère complexe et dynamique du processus de réinsertion professionnelle.

Cette étude a également permis de concevoir l'arrêt de travail et le processus de restauration des capacités comme étant une étape charnière entre le processus de désinsertion et celui de la réinsertion. En effet, le processus de

restauration des capacités ne peut être interprété sans tenir compte des événements qui ont précédé l'arrêt de travail et ceux qui marquent le passage du retour menaçant au retour rassurant.

Enfin, la possibilité de revenir progressivement, d'apporter des changements aux conditions qui ont contribué au retrait du travail et de bénéficier de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs, sont parmi les éléments qui favorisent un retour au travail réussi et le maintien en emploi des personnes qui se sont absentes de leur travail en raison d'un problème de santé mentale.

Suivant ces différents constats, nous avons construit un modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle (figure 5).

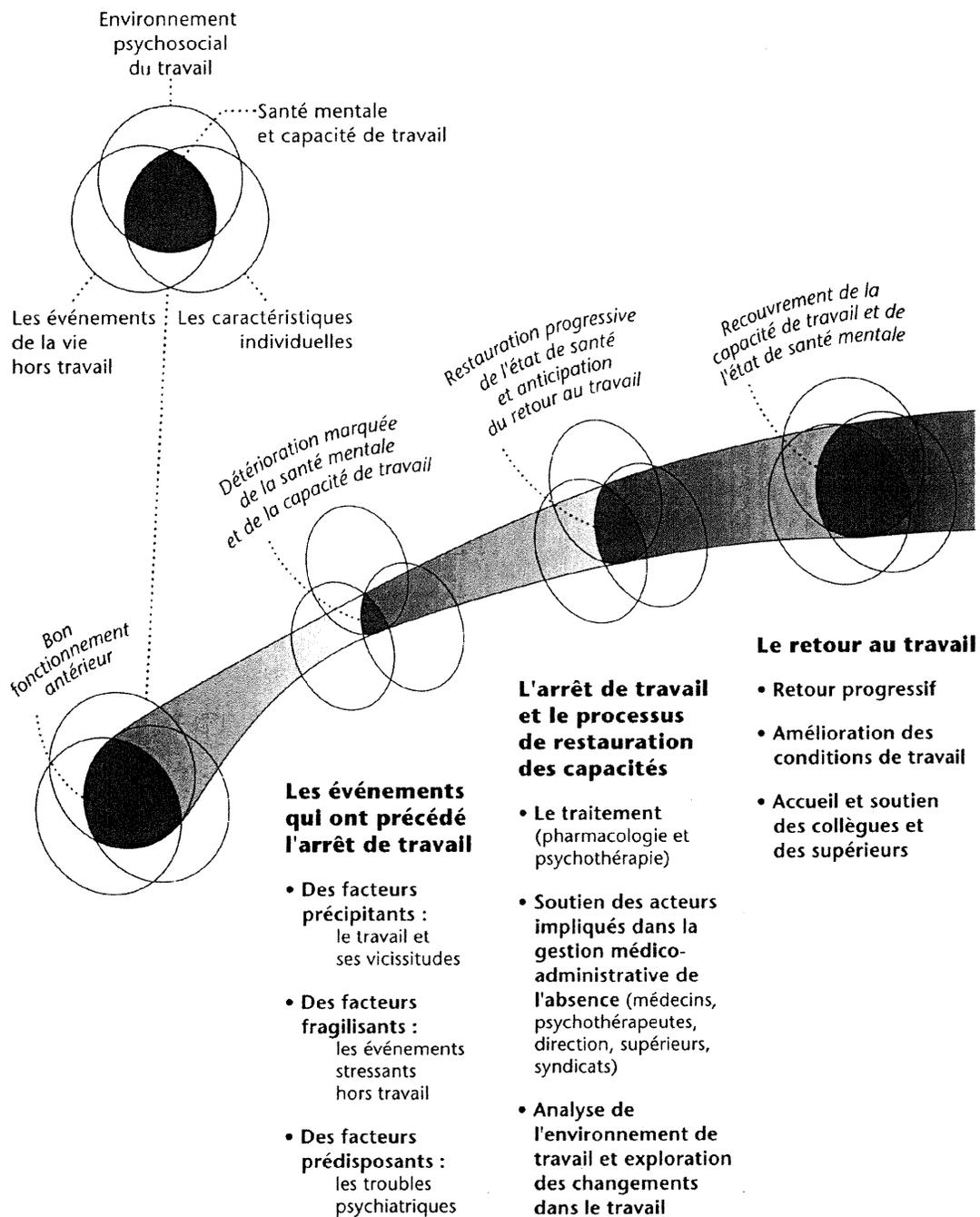


Figure 5 Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle

Dans ce modèle, la santé mentale et la capacité de travail sont définies par l'interaction dynamique qui se joue entre les caractéristiques individuelles, l'environnement psychosocial de travail et les événements stressants de la vie hors travail. Les caractéristiques individuelles intègrent notamment des facteurs comme l'âge et le sexe mais également les dimensions personnelles reliées à la santé physique et mentale des personnes, notamment l'histoire psychiatrique.

Les événements de la vie hors travail réfèrent aux facteurs sociaux (soutien social, expériences vécues, etc.) qui peuvent survenir dans la vie hors travail et agir sur la sa santé mentale et la capacité de travail des personnes.

L'environnement psychosocial du travail, pour sa part, intègre à la fois les dimensions techniques du travail et les dimensions humaines. Les dimensions techniques concernent plus spécifiquement le contenu de la tâche. En d'autre termes, elles conditionnent le « quoi faire », « comment le faire » , de même que le « combien en faire » dans un temps donné. Les dimensions humaines concernent plus spécifiquement les rapports sociaux de travail. Elles réfèrent aux modes d'interactions et aux modes de communication entre les personnes, que ce soit sur le plan verticale (supérieurs et subordonnés) ou horizontal (collègues).

L'interaction dans l'espace et le temps entre ces trois dimensions (les caractéristiques individuelles, les événements de la vie hors travail et l'environnement psychosocial de travail) permet de saisir le passage d'un bon fonctionnement antérieur à celui d'une détérioration marquée de la santé mentale et de la capacité de travail. Les facteurs précipitants de l'environnement psychosocial de travail (le travail et ses vicissitudes), les facteurs fragilisants (les événements stressants hors travail et les facteurs prédisposants (les troubles psychiatriques) rendent compte des événements précédant l'arrêt de travail et la survenue de la maladie.

L'arrêt de travail et la restauration des capacités est une étape charnière dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. La restauration des capacités s'organise à partir des traces laissées par les événements qui ont contribué au retrait du travail. Aussi, les facteurs professionnels impliqués dans la survenue de la maladie doivent être considérés dans le processus de traitement afin d'éviter la construction de stratégies d'évitement et d'anticipation réactionnelles. Cette étape doit également permettre la reconstruction du sens et du lien au travail.

La restauration progressive de l'état de santé et l'anticipation du retour au travail devraient s'appuyer sur une démarche qui ouvre vers l'harmonisation de la pratique des différents acteurs qui agissent à la fois sur le plan du traitement (médecins, psychiatres, psychothérapeutes, experts externes) et sur les conditions de la réinsertion professionnelle (direction, supérieurs, syndicats). La façon dont le retour a été préparé, l'exploration des possibilités d'apporter des améliorations aux conditions qui ont contribué au retrait du travail, l'organisation du retour progressif en tenant des rapports sociaux de travail surtout face aux effets possibles de ces changements sur le travail des collègues, sont des dimensions qui peuvent être anticipées avant le retour au travail.

Le retour au travail demeure une étape cruciale souvent marqué par un sentiment de vulnérabilité et la crainte d'une rechute. Cette étude a permis de comprendre que le retour au travail ne se fait pas à l'issue d'un recouvrement complet de la santé, mais plutôt, à travers un processus continu où, peu à peu, la santé se reconstruit au sein même de l'activité de travail et ce à l'aune des exigences du travail. Dans ce contexte, la possibilité de revenir progressivement, d'apporter des changements aux conditions qui ont contribué au retrait du travail et de bénéficier de l'accueil et du soutien des collègues et des supérieurs, sont parmi les éléments qui favorisent un retour au travail réussi et le maintien en emploi

des personnes qui se sont absentes de leur travail en raison d'un problème de santé mentale.

Au cours des dernières années, les modèles conceptuels en matière de réadaptation se sont transformés pour mieux tenir compte du rôle de l'environnement dans la compréhension du processus de production du handicap (Fougeyrollas, 1998; CIF, 2001). De plus, la recherche en matière de réinsertion professionnelle a pris un nouvel essor vers des programmes d'interventions qui considèrent l'importance de l'environnement psychosocial du travail et du rôle des acteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle. Les travaux récents de Baril et Berthelette (2000), ceux de Durand et al. (1998; 2001) ainsi que ceux de Loisel et al. (2001) sur la réintégration professionnelle des travailleurs ayant des incapacités, confirment la nécessité d'ouvrir vers des approches multidisciplinaires qui permettent de tenir compte à la fois des dimensions reliées à l'environnement de travail et aux acteurs impliqués dans le processus de retour au travail. Dans le même sens, les programmes de réadaptation pour les personnes ayant des troubles mentaux sévères et persistants, s'engagent de plus en plus vers des interventions en milieu réel de travail, nécessitant ainsi une compréhension plus approfondie de l'environnement psychosocial du travail (Bond et al., 2001).

Toutefois, ces avancées ont surtout été réalisées auprès de populations reconnues sur la base de leur handicap. Or, la grande majorité des personnes rejointes par notre étude concerne des individus dont le profil de la maladie se définit plus du côté des troubles transitoires impliquant une perturbation avec l'environnement du travail et les événements de la vie hors travail. Dans ce contexte, ces personnes échappent aux programmes de réadaptation conçus plus spécifiquement pour les personnes reconnues sur la base d'un handicap.

L'effritement des frontières entre la santé et la maladie ainsi que celles qui départagent l'individuel du social, a grandement contribué à l'élargissement de la notion de santé mentale. La notion de « problèmes de santé mentale » englobe une réalité plus vaste que celle définissant « les troubles mentaux ». Elle renvoie à un ensemble de problèmes résultant d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement. L'état de santé mentale d'une personne se situerait, à un moment donné, dans une perspective qui englobe à la fois la gravité du trouble et la qualité des rapports qu'entretient la personne avec son environnement. Aussi, la position occupée par la personne peut changer rapidement et fréquemment selon sa capacité d'adaptation, l'influence des déterminants socio-environnementaux et l'évolution du problème de santé (MSSS, 1994). Les liens qui existent entre le travail et la santé mentale nous amènent à concevoir le processus de réinsertion professionnelle comme un phénomène complexe, où la santé n'est jamais donnée et où elle se construit par un processus dynamique entre la personne, ses rapports aux autres et les conditions d'exercice de son travail. Dans cette perspective, le sens que les personnes donnent à leur expérience devient un matériel essentiel à la compréhension du phénomène.

Cette recherche sur la réinsertion professionnelle devrait avoir des retombées importantes sur les programmes de réadaptation en santé mentale. En plus d'améliorer les connaissances sur les différents facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle, cette recherche a permis l'élaboration d'un modèle qui sera utile aux gestionnaires en milieu de travail et aux intervenants impliqués dans la réinsertion professionnelle des travailleurs. Ce modèle permet de comprendre le parcours des personnes et de cerner les facteurs qui facilitent la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi des travailleurs. À la lumière de ce modèle, les gestionnaires seront en mesure de mettre de l'avant des actions concertées et une approche intégrée de

la réinsertion professionnelle qui tiennent compte des facteurs et des acteurs impliqués dans ce processus. Au-delà de ces retombées sur l'amélioration des interventions visant la réinsertion professionnelle des personnes qui reviennent au travail à la suite d'un problème de santé mentale, le modèle proposé permet d'élargir et de préciser les dimensions à prendre en compte pour mieux comprendre le processus d'incapacité, principalement pour des personnes dont le problème de santé mentale ne s'accompagne pas d'un handicap nécessairement reconnu par une déficience organique objectivable. Dans ce contexte, nous croyons que cette étude a permis d'apporter une contribution à l'étude de la réinsertion professionnelle des travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale, répondant ainsi à notre dernière piste de recherche.

IV.5 LIMITES DE L'ÉTUDE ET PISTES FUTURES DE RECHERCHE

Une des limites de cette étude concerne la généralisation de ces résultats à partir d'une population issue essentiellement de travailleurs du secteur des services publics. Cette population a l'avantage d'être relativement homogène sur le plan des conditions d'assurance salaire et intègre des catégories d'emplois différentes. Toutefois, il est possible de penser que les travailleurs du secteur privé puissent être soumis à une réalité différente. En effet, les taux de syndicalisations et les mesures de protection au regard du lien d'emploi peuvent avoir un effet sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle.

De plus, cette étude s'adresse plus spécifiquement à une clientèle qui a un lien d'emploi et qui, de fait, présente un bon ancrage sur le marché du travail. Aussi, plus spécifiquement dans notre analyse portant sur les personnes qui ont des troubles mentaux plus sévères, on peut se demander si notre

échantillon n'est pas représentatif de personnes atteintes moins sévèrement par leur troubles psychiatriques qu'une clientèle ayant des troubles mentaux très handicapant, comme la schizophrénie.

À ce chapitre, les travaux de Baril et Berthelette (2000) portant sur les caractéristiques organisationnelles des entreprises susceptibles d'être associées au maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles, rendent compte de la grande variabilité entre les entreprises. D'une part, les grandes entreprises sont plus susceptibles d'implanter des mesures de maintien en emploi. D'autre part, les entreprises qui éprouvent des difficultés financières, notamment suite à des mises à pied, ont plus de difficultés dans l'application de ces mesures. De plus, la présence d'un syndicat protégerait les travailleurs de mesures discriminatoires. Enfin, les organisations du travail caractérisées par une forte spécialisation, des exigences physiques élevées, le recours à la sous-traitance et la présence de statuts d'emplois précaires, auraient une incidence sur la flexibilité des mesures d'intégration en emploi. À ce sujet, notre population de référence comprend une majorité de travailleurs permanents.

Par ailleurs, le fait d'avoir réalisé 51 entrevues nous limite la capacité à entrer dans un processus d'analyse verticale en profondeur pour l'ensemble des données et ainsi de faire émerger des résultats plus fins et approfondis qui rendent mieux compte de la richesse du matériel d'entrevues.

Aussi, le fait d'avoir effectué une seule entrevue avec chaque personne nous apparaît être une limite à la fois dans l'approfondissement des thèmes et dans l'accès à un discours plus délié par la qualité de l'interaction qui s'établit entre le chercheur et le répondant. Il serait souhaitable de poursuivre cette démarche en augmentant le nombre d'entrevues réalisées avec chacun des

participants et en construisant un modèle d'analyse des données qui s'organise au fur et à mesure des entrevues.

De plus, tout le volet qualitatif étant axé sur une démarche inductive et empirique visant à produire des catégories thématiques qui ont été dans cette thèse systématiquement confrontées aux données produites (selon la procédure présentée dans la section méthodologique), il restera bien certainement à confronter ce travail à l'examen de d'autres chercheurs.

Enfin, nous croyons que cette étude permet d'ouvrir sur de nouvelles avenues de recherche. Dans un premier temps, cette étude réalisée auprès de travailleurs du secteur public pourrait être reprise dans le secteur privé. Ensuite, une étude portant plus spécifiquement sur le rôle des acteurs impliqués dans le processus médico-administratif pourrait être entreprise afin de mieux comprendre l'impact de leurs interventions sur le processus de réinsertion professionnelle. Enfin, le modèle théorique proposé gagnerait à être validé auprès de d'autres travailleurs. De plus, il serait intéressant d'explorer, à l'aide du modèle, la mise en place d'un programme intégré de la réinsertion professionnelle pour les travailleurs qui se sont absentés en raison d'un problème de santé mentale. Pour terminer, nous croyons qu'il est essentiel de poursuivre la recherche dans ce domaine. Les années à venir doivent nous permettre d'apporter un soutien efficace aux travailleuses et travailleurs qui s'absentent en raison d'un problème de santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- Ahrens, C. S., Frey, J. L., & Senn Burke, S. C. (1999). An individualized job engagement approach for persons with severe mental illness. Journal of Rehabilitation, 65(4), 17-24.
- American Psychiatry Association (APA). (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV). (Traduction française coordonnée par J.D. Guelfi), 4^e ed.,). Paris: Masson.
- Anderson, N. (1964). Dimensions of work : The sociology of a work culture. New York: David McKay Company.
- Andrews, H., Barker, J., Pittman, J., Mars, L., Struening, E., & La Rocca, N. (1992). National Trends in vocational rehabilitation. A comparison of individuals with physical disabilities and individuals with psychiatric disabilities. Journal of Rehabilitation, 58, 7-16.
- Angers, M. (1996). Initation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Québec: Les Éditions CEC.
- Antonucci, T. C. (1994). A life-span view of women's social relations. Women Growing Older (In B.F. Turner & L.E. Troll ed., pp. 239-269). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. Journal of Epidemiology Community Health, 54, 502-509.
- Arveiller, J.-P., & Bonnet, C. (1991). Au travail . Les activités productives dans le traitement et la vie de malade mentale. Toulouse: Éditions Erès.
- Ash, P., & Goldstein, S. I. (1995). Predictors of returning to work. Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law, 23(2), 205-210.
- Association Canadienne des Compagnies d'assurance de Personnes (ACCAP). (1995). Gestion des demandes de règlement d'invalidité des troubles mentaux et nerveux. Toronto: Mercantile & General.

- Association Canadienne des Ergothérapeutes et Santé et Bien-être Social Canada (ACE). (1983). Lignes Directrices Relatives à la Pratique de l'Ergothérapie Axée sur le client. Ottawa: Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social .
- Association Canadienne des Ergothérapeutes et Santé et Bien-être Social Canada (ACE). (1986). Lignes Directrices Régissant l'Intervention en Ergothérapie axée sur le client. Ottawa: Ministère de la Santé Nationale et du Bien-être Social.
- Badley, E. M. (1995). The genesis of handicap. Definition, models of disablement, and role of external factors. Disability and Rehabilitation, 17(2), 53-62.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. M. P., Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. Anxiety Stress Coping, 13, 247-268.
- Baldwin, M. L., Johnson, W. G., & Butler, R. (1996). The error of using returns-to-work to measure the outcomes of health care. American Journal of Industrial Medicine, 29, 632-641.
- Banham, J. (1992). The cost of mental ill health to business . Prevention of Mental Ill Health at Work (R. Jenkins & N. Coney ed., pp. 24-29). London: HMSO.
- Banks, B., Charleston, S., Grossi, T., & Mank, D. (2001). Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(4).
- Baril, R., & Berthelette, D. (2000). Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprise. (Report No. R-238). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C., & Massicote, P. (1994). Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. (Report No. R-082). Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Becker, D. R., Debout, R. R., & Drake, R. E. (1998). Job preferences of people with severe mental illness. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22, 46-50.

- Beckham, E., & Leber, W. R. (1985). The comparative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy for depression. Handbook of depression treatment (In E.E Beckman & W.R. Leber ed., pp. 204-219). Homewood: Dorsey Press.
- Belle, D. (1989). Gender differences in children's social networks and supports. Children's Social Networks and Social Supports (In D. Belle ed., pp. 173-188). New York: Wiley.
- Bernier, D. (1994). La crise du burnout. S'en remettre, c'est refaire sa vie. Montréal: Alain Stanké.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités. Paris: Cahiers Internationaux de sociologie.
- Bibeau, G., Dussault, G., Larouche, L.-M., Lippel, K., Saucier, J.-F., Vézina, M., & Vidal, J.-M. (1989). Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques du burnout. Montréal: Confédération des Syndicats Nationaux .
- Billiard, I. (1993). Le travail : un concept inachevé. Éducation Permanente, 116(3), 19-32.
- Billiard, I. (1998). Les conditions historiques, sociales et scientifiques de l'apparition de la psychopathologie du travail en France. Unpublished doctoral dissertation, Conservatoire Nationale des Arts et Métiers. Laboratoire de Psychologie du Travail, Paris.
- Blankertz, L., & Robinson, S. (1996). Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. Psychiatric Services, 47(11), 1216-1222.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Byler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. Psychiatric Services, 52, 313-322.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness . Psychiatric Services, 48(3), 335-346.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M., & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. American Journal of Industrial Medicine, 34, 18-20.

- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., & Moisan, J. (1996). Job strain and psychological distress in white collar workers. Scandinavian Journal of Work Environmental Health, 22, 139-145.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. Journal of Occupational Health Psychology, 4(2), 95-107.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., & Côté, N. (2000). Le travail infirmier sous tension. Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition. Québec: CLSC Haute-Ville-Des Rivières, Centre de documentation.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist, july, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development experiments by nature and design: basic concepts. Cambridge: Havard University Press.
- Brown, G. W. (1995). Rôle des facteurs interpersonnels dans le déclenchement et l'évolution des troubles dépressifs. Résumé d'un programme de recherche. Revue Santé Mentale Au Québec, XX(2), 15-34.
- Brun, J.-P. (1992). Les hommes de lignes. Analyse des phénomènes sociaux et subjectifs dans l'activité de travail des monteurs de lignes électriques. Unpublished doctoral dissertation, École pratique des hautes études, Laboratoire d'ergonomie physiologique et cognitive, Paris.
- Brundtland, G. H. (2000). Mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization, 78(4), 411.
- Burton, W. N., & Conti, D. J. (2000). Disability management : Corporate medical department management of employee health and productivity. Journal of Occupational Health and Medicine, 42, 1006-1012.
- Butler, R. J., Johnson, W. G., & Baldwin, M. L. (1995). Managing work disability: why first return to work is not a measure of success. Industrial and Labor Relations Review, 48(3), 452-469.
- Byrne, B. M. (1993). The Maslach Burnout Inventory : testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 66, 197-212.

- Carpentier-Roy, M.-C. (1992). Organisation du travail et santé mentale chez les enseignantes et enseignants du primaire et du secondaire. Québec: Centrale de l'Enseignement du Québec.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). Corps et âme. Psychopathologie du travail infirmier (Deuxième édition augmentée ed.). Montréal: Liber.
- Carpentier-Roy, M.-C. (2000). La psychodynamique du travail et la recherche en santé mentale au Québec. Le travail et ses malentendus (In M.C. Roy & M. Vézina ed., pp. 21-27). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Carpentier-Roy, M.-C., Saint-jean, M., St-Arnaud, L., & Gilbert, M.-A. (2000). Le travail du conseiller syndical : ne pas mourir, mais mourir presque. Le travail et ses malentendus (In M.C. Carpentier-Roy & M. Vézina ed., pp. 81-103). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation. De la vulnérabilité à la désaffiliation. Cahiers De Recherche Sociologique, 22, 11-27.
- Castel, R. (1998). Centralité du travail et cohésion sociale. Le monde du travail (In Kergoat, J. Boutet, J. Jacot, H. & Linhart, D ed., pp. 50-60). Paris: Éditions La Découverte.
- Chamoux, M.-N. (1998). Sens et place du travail dans les sociétés. Le monde du travail . Paris: Éditions la Découverte.
- Champagne, N. (1996). Examen des pratiques d'emploi du personnel à statut précaire dans l'enseignement au secteur des jeunes (préscolaire, primaire, secondaire). Québec: Fédération des enseignantes et enseignants de commissions scolaires.
- Commission administrative des régimes de retraites et d'assurances (CARRA). (1993). Guide de l'employeur concernant le traitement des absences pour invalidité 1993-1994 . Québec: CARRA.
- Conti, D. J., & Burton, W. N. (1994). The economic impact of depression in the workplace. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 36(9), 983-988.
- Cordié, A. (1998). Malaise chez les enseignants. Paris: Éditions du Seuil.

- Cotone, R. R., & Emener, W. G. (1990). The psychomedical paradigm of vocational rehabilitation and its alternative. Rehabilitation Counseling Bulletin, 34(2), 91-102.
- Cru, D. (1987). Collectif et travail de métier : sur la notion de collectif de travail. Plaisir et souffrance dans le travail (In C. Dejours ed., Vol. I, pp. 43-49). Paris: Centre National de Recherche Scientifique.
- D'iribarne, P. (1990). Le chômage paradoxal. Paris: Presses Universitaires de France.
- Daniellou, F. (1999). Nouvelles formes d'organisation du travail et santé mentale. Un point de vue d'ergonome. Archives Des Maladies Professionnelles, 60(6), 521-550.
- Dawis, R. V. (1987). The Minnesota theory of work adjustment. Handbook of measurement and evaluation in rehabilitation (In P. Bolton ed.,). Baltimore: Brooks.
- Day, J.-P. (1998). La progression des nouvelles formes d'emploi en enseignement. Unpublished doctoral dissertation, Université Laval, département des sciences de l'éducation, Québec.
- De Bandt, J., Dejours, C., & Dubar, C. (1995). La France malade du travail. Paris: Bayard Éditions.
- de Gaulejac, V., & Taboada Léonetti, I. (1994). La lutte des places. Insertion et désinsertion. Marseille: Hommes et perspectives.
- De Koninck, M., & Malenfant, R. (1997). Travail, grossesse, santé. La conciliation et ses effets. Québec: CLSC Haute-Ville-Des-Rivières, Centre de documentation.
- Deegan, P. E. (1988). The lived experience of rehabilitation. Psychological Rehabilitation Journal, XI(4), 32-36.
- Dejours, C., & Abdoucheli, É. (1990). Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. Revue Prévenir, 20(1), 127-149.
- Dejours, C. (1993). Travail et usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail (Nouvelle édition augmentée ed.). Paris: Bayard Éditions.

- Dejours, C. (1994). La corporéité entre psychosomatique et sciences du vivant. Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant (In I. Billiard ed., pp. 93-122). Paris: Eshel.
- Dejours, C. (1995a). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail . Le Travail Humain, 58(1), 1-15.
- Dejours, C. (1995b). Le Facteur Humain (Que sais-je no. 2996 ed.). Paris: Presses Universitaires de France .
- Dejours, C. (1998a). Centralité ou déclin du travail . Le monde du travail (In J. Kergoat, J. Boutet, H. Jacot & D. Linhart ed., pp. 40-49). Paris: Éditions La Découverte.
- Dejours, C. (1998b). Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil.
- Dejours, C., & Molinier, P. (1993). Le travail entre souffrance et plaisir. Paris: Laboratoire de psychologie du travail, Centre National des Arts et Métiers.
- Demazière, D. (1992). Le chômage en crise. La négociation des identités des chômeurs de longue durée. Lille: Presses Universitaires de Lille.
- Demazière, D. (1995). La sociologie du chômage. Paris: Éditions La Découverte.
- Desmarais, D. (1989). Trajectoire professionnelle et expérience du chômage ouvrier. Des récits de vie et leurs significations multiples. Unpublished doctoral dissertation, Université Laval, Québec.
- Dessors, D., Schram, J., & Volkoff, S. (1990). Les conditions de travail antérieures aux licenciements. (Report No. 101). Paris: Centre Nationale des Arts et Métiers, Laboratoire d'Ergonomie et de Neurophysiologie du travail.
- Dillman, D. A. (1978). Mail and Telephone Surveys. The Total Design Method. New York: Wiley.
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. Canadian Journal of Behavior Science, 26, 210-227.
- Dionne-Proulx, J. (1995). Le stress au travail et ses conséquences à long terme : le cas des enseignants québécois. Revue Canadienne De L'Éducation, 20(2), 146-155.

- Dionne-Proulx, J., & Alain, M. (1999). Le vécu des enseignantes et enseignants de niveau collégial au Québec. Vers une nouvelle compréhension. Montréal: Fédération Nationale des Enseignantes et Enseignants du Québec.
- Dobren, A. (1995). An ecologically oriented conceptual model of vocational rehabilitation of people with acquired midcareer disabilities. Rehabilitation Counseling Bulletin, 3(3), 215-228.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N., & Villeneuve, A. (1997). Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Druss, B., Rosenheck, R., & Sledge W. (2000). Health and disability costs of depressive illness in a major Us corporation. American Journal of Psychiatry, 157, 1274-1278.
- Dubar, C. (1993-1994). Le travail, lieu et enjeux des constructions identitaires. PROJET, 236, 41-48.
- Dunn, W., Brown, C., & McGuignan, A. (1994). The ecology of human performance : a framework for considering the effect of context. American Journal of Occupational Therapy, 48(7), 595-607.
- Durand, M., Loisel, P., & Durand, P. (1998). Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail. Description et fondements théoriques. La Revue Canadienne D'Ergothérapie, 65, 72-80.
- Durand, M.-J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. Pistes, 3(2), 1-16.
- Duval, L., Lessard, C., & Tardif, M. (1997). Logiques d'exclusion et logiques d'intégration au sein de l'école. Le champ de l'adaptation scolaire. Recherches Sociographiques, 38(2), 303-334.
- Émond, I., & Mercier, S. (1996). Proposition québécoise de révision de la CIDIH: sa pertinence et son applicabilité en ergothérapie. Revue Québécoise D'Ergothérapie, 5(2), 48-57.
- Esteve, M. J., & Fracchia, A. F. B. (1988). Le malaise des enseignants. Revue Française De Pédagogie, 84, 45-56.

- Evans, B. K., & Fischer, D. G. (1993). The nature of burnout. A study of the three-factor model of burnout in the human service and on-human service samples. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 66, 29-38.
- Evans, R. G., & Stoddart. (1996). Produire de la santé, consommer des soins. Être ou ne pas être en bonne santé (In R.G. Evans, M.L Barer & T.R. Marmor ed., pp. 37-73). Montréal: Presses de l'université de Montréal.
- Ezzy, D. (1993). Unemployment and Health. Société Scientifique Médicale, 37, 41-52.
- Fabian, E. (1992). Supported employment and the quality of life. Does a job make a difference. Rehabilitation Counsellig Bulletin, 36, 84-97.
- Fédération des Commissions Scolaires de Québec (FCSQ). (2000). Étude statistique sur les absences pour invalidité de nature psychique en milieu scolaire. Québec: FCSQ.
- Fontaine, L. (1995). Se tuer au boulot. Commerce, Février, 26-31.
- Fougeyrollas, P. (1995). Documenting environmental factors for preventing the handicap creation process. Québec contributions relating to ICIDIH and social participation of people with functional differences. Disability and Rehabilitation, 17(3/4), 145-153.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M., & St-Michel, G. (1996). Révision de la proposition québécoise de la classification. Processus de handicap. Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., & St-Michel, G. (1998). Classification québécoise. Processus de production du handicap. Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Fougeyrollas, P., Majeau, P., & Tremblay, G. (1993). Guide de formation. Session de Formation sur la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps. Québec: Réseau international sur le processus de production du handicap.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. Journal of Social Issue, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1977). Burn-out : the organizational menace. Training and Development Journal, 31, 26-27.

- Frigul, N. (1997). Penser le rapport au travail pour comprendre le chômage. Une analyse de la construction sociale de la précarisation du travail et de la santé à partir d'une enquête menée auprès d'une population féminine en chômage de longue durée. Unpublished doctoral dissertation, Université René Descartes, Paris.
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.-R. (2000). Mental Health in the Workplace. Genève: Bureau International du Travail.
- Gauthier, B. (1997). Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données (3^e ed.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, J. (1996). Complémentarité du modèle de rendement occupationnel en ergothérapie et de la proposition québécoise de la CIDIH. Revue Québécoise D'Ergothérapie, 5(2), 70-74.
- Glass, D. C., & McKnight, J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: a review of the evidence. Psychological Health, 11, 23-48.
- Gorz, A. (1993). Métamorphoses du travail. Quête du sens. Paris: Éditions Galilée.
- Gorz, A. (1998). Le travail fantôme. Le monde du travail (In J. Kergoat, J. Boutet, H, Jacot, & D. Linhart ed., pp. 30-39). Paris: Éditions La Découverte.
- Grawitz, M. (1979). Méthodes des sciences sociales (4^e ed.). Paris: Dalloz.
- Greenberg, P., Finkelstein, S., & Berndt E. (1995). Economic consequences of illness in the worplace. Sloan Management Review, Summer, 26-28.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., & Berndt, E. R. (1993a). Depression: A neglected major illness. Journal of Clinical Psychiatry, 54(11), 419-424.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., & Berndt, E. R. (1993b). The economic burden of depression in 1990. Journal of Clinical Psychiatry, 54(11), 405-418.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Handbook of qualitative research (In N. K. Densin & Y. S. Lincoln ed., pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hagner, D. C., & Helm, D. T. (1994). Qualitative methods in rehabilitation research. Rehabilitation Counseling Bulletin, 37(4), 290-303.

- Hamonet, C. (1990). Les personnes handicapées (Que sais-je no. 2556 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Hébert, L., Saint-Jean, M., & Haché, J.-B. (1999). La recherche en ergothérapie. Est-ce une question de méthode ? Revue Québécoise D'Ergothérapie, 8(2), 46-49.
- Hirigoyen, M.-F. (1998). Le harcèlement moral. La violence perverse au quotidien. Paris: Syros.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. Science, 241(29), 549-544.
- Huberman, M. A., & Miles, M. B. (1991). (Traduit de l'anglais par Catherine De Backer et Vivian Lamongie de l'association ERASME ed.). Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. Psychological Reports, 39(2), 1215-1228.
- Ilfeld, F. W. (1978). Psychologic status of community residents along major demographic dimensions. Archives of General Psychiatry, 35(4), 716-724.
- International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE). (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization, 78(4), 413-426.
- Jacobs, H., Wissusik, D., Collier, R., Stackman, D., & Burkeman, D. (1992). Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. Hospital and Community Psychiatry, 43, 365-369.
- Jenkins, R. (1993). Mental health at work - why is it so under-researched . Occupational Medicine, 43, 65-67.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implications for job redesign. Administration Sciences Quarterly, 24, 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Health work. Stress, productivity and the reconstruction of working life . New York: Basic Books.
- Karttunen, A. (1995). All Worked up. Work Health Safety 1995. Helsinki: Institute of Occupational Health.
- Kaufmann, J. C. (1996). L'entretien compréhensif. Paris: Nathan.

- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.
- Kessler, R. C. (2000). Psychiatric epidemiology : selected recent advances and future directions. Bulletin of the World Health Organisation, 78(4), 464-474.
- Kets de Vries, M. F., & Balazs, K. (1997). The downside of downsizing. Human Relations, 50, 11-50.
- Kirsh, B. (1996). Influences on the process of work integration : the consumer perspective. Canadian Journal of Community Mental Health, 15(Spring 1), 21-37.
- Kirsh, B. (2000). Factors associated with employment for mental health consumers. Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(1), 13-21.
- Kristensens, T. S., & Borritz, M. (1999). The Copenhagen Burnout Inventory (CBI). A new questionnaire for measuring burnout. (Report No. W2-A). Copenhagen: National Institute of Occupational Health.
- Landry, P., & Cournoyer, J. (1996). Les traitements biologiques des maladies affectives. Démystifier les maladies mentales (In Jean Leblanc et collaborateurs ed., pp. 111-132). Montréal: Gaëtan Morin.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires ed., pp. 365-389). Montréal: Gaëtan Morin.
- Latimer, É., Lecomte, T., & Ouadahi, Y. (2001). Le modèle « Individuel Placement and Support » d'insertion au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Revue de la littérature et perspectives d'adoption. 69^e Congrès de l' Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS) Sherbrooke: ACFAS.
- Laurier, D., & Barette, S. (1996). Un problème de santé mentale : faut-il envisager un arrêt de travail ? Le Médecin Du Québec, (décembre), 57-62.
- Lauzon, G., & Charbonneau, C. (2000). Favoriser l'intégration au travail en santé mentale : l'urgence d'agir. Québec: Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale.

- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model : A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy, 63(1), 9-23.
- Leblanc, J., & Dumont, D. (1996). Les traitements psychologiques des maladies affectives. Démystifier les maladies mentales (In Jean Leblanc et collaborateurs ed., pp. 133-148). Montréal: Gaëtan Morin.
- Lefebvre, P., & Champagne, N. (1997). Précarité et précarisation du travail: un point de vue syndical dans le secteur de l'éducation au Québec. 66^e Congrès de l' Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS) Trois-Rivières: ACFAS.
- Légaré, G., Prévaille, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurent, D., & Boyer, R. (2000). Santé mentale. Enquête sociale et de santé 1998 (Vol. 16, pp. 333-353). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Leiter, M. P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression : a confirmatory factor analytic study. Anxiety Stress Coping, 7, 357-373.
- Lessard, C., & Tardif, M. (1996). La profession enseignante au Québec. 1945-1990. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Leymann, H. (1996). Mobbing. La persécution au travail. Paris: Seuil.
- Linhart, D. (1986). Le travail vital. Informations Sociales, 8, 11-17.
- Livneh, H. (1987). Person-environment congruence : A rehabilitation perspective. International Journal of Rehabilitation Research, 10(11), 1-21.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., & Tremblay, C. (2001). Disability prevention : the new paradigme of management of occupational back pain. Disease Management and Health Outcomes, 9(7), 351-360.
- Malenfant, R., LaRue, A., Mercier, L., & Vézina, M. (1999). Travailler un peu, beaucoup, passionnément... pas du tout. Québec: CLSC Haute-Ville, Centre de documentation.

- Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F., & Syme, S. L. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. Journal of Epidemiology and Community Health, *49*, 124-130.
- Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., & Feeney, A. (1999). Health and the psychosocial environment at work (In M. Marmot & R. G. Wilkinson ed.). London: Oxford University Press.
- Marrone, J., Gandolfo, C., Gold, M., & Hoff, D. (1998). Just doing it. Helping people with mental illness get good jobs. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, *21*(1), 37-48.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, *2*, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. Annual Review of Psychology, *52*, 397-422.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. Human Behavior, *5*, 16-22.
- Méda, D. (1995). Le travail : Une valeur en voie de disparition. Paris: Aubier.
- Mercier, C., Provost, G., Denis, G., & Vincelette, F. (1999). Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Montréal: Division de la recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.
- Merlié, D., & Paoli, P. (2001). Dix ans de santé au travail dans la communauté économique européenne. Dublin: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Messing, K., Seifert, A. M., & Escalona, E. (1997). The 120-S Minute. Using analysis of work activity to prevent psychological distress among elementary school teachers. Journal of Occupational Health Psychology, *2*(1), 45-62.
- Minaire, P. (1983). Le handicap en porte-à-faux. Prospective Et Santé, *26*, 39-46.
- Minaire, P. (1992). Disease, illness and health. Theoretical models of the disablement process. 70(33), 373-379.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (1989). Notion de santé mentale. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec.

- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (1994). Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale. Québec: MSSS, Gouvernement du Québec.
- Mintz, J., Mintz, L. I., Arruda, M. J., & Hwang, S. S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. Archive General Psychiatry, 49(Octobre), 761-768.
- Moisan, J., Bourbonnais, R., Brisson, C., Gaudet, M., Vézina, M., Vinet, A., & Grégoire, J.-P. (1999). Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. Work and Stress, 13, 289-298.
- Morin, P. (1985). Le médecin face à l'invalidité. Traité d'anthropologie médicale (In J. Dufresne, F. Dumont & Y. Martin ed., pp. 793-806). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press.
- Neugebauer, R. (1999). Mind matters. The importance of mental disorders in public health's 21st century mission. American Journal of Public Health, 89(8), 1309-1311.
- Neveu, J.-P. (1995). Épuisement professionnel. Concept et méthodologie. Le Travail Humain, 58(3), 209-228.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. Scandinavian Journal of Work Environmental Health, 24(3), 197-205.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1993). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10). (Traduction de l'anglais coordonnée par C.B Bull). Paris: Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1981). Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps. Genève: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1999). Rapport sur la santé dans le monde 1999: Pour un réel changement. Genève: OMS.

- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Genève: OMS.
- Perlman, B., & Hartman, E. (1982). Burnout : summary and future research. Human Relations, 35, 283-305.
- Pervin, L. A. (1987). Person-environment congruence in the light of the person-situation controversy. Journal of Vocational Behavior, (Special Issues : 31), 222-230.
- Pharo, P. (1991). Politique et savoir vivre (No. 1). Paris: L'Harmattan.
- Pines, A., Aronson, & Kafry, D. (1981). Burnout : from tedium to personal growth. New York: Free Press.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires ed., pp. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques (In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires ed., pp.173-209). Montréal: Gaëtan Morin.
- Ranno, J. P. (2000). Santé mentale et stress au travail. Montréal: Sun Life.
- Rebeiro, K. L. (1999). The labyrinth of community mental health. In search of meaningful occupation. Psychiatric Rehabilitation Journal, 23(2143-152).
- Regenold, M., Sherman, M. F., & Fenzel, M. (1999). Getting back to work : Self-efficacy as a predictor of employment outcome. Psychiatric Rehabilitation Journal, 22(4), 361-367.
- Rhéaume, J. (1992). Santé mentale au travail : l'approche des programmes d'aide aux employés. Santé Mentale Au Québec, 2, 91-107.
- Rhéaume, J., Maranda, M.-F., & Saint-Jean, M. (2000). Réorganisation du travail et action syndicale : défis et paradoxes. Le travail et ses malentendus (In M.C. Roy & M. Vézina ed., pp. 53-79). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

- Rupp, K., & Scott, S. G. (1995). Trends in the characteristics of DI and SSI awardees and duration of program participation. Social Security Bulletin, 59(1), 3-21.
- Salkever, D. S., Goldman, H., Purushothaman, M., & Shinogle, J. (2000). Disability management, employee health and fringe benefits, and long-term-disability claims for mental disorders : An empirical exploration. The Milbank Quartely, 78(1), 79-113.
- Sapolsky, R. M. (1990). Stress in the wild. Scientific American, 262(1), 116-123.
- Scheid, T. L., & Anderson, C. (1995). Living with chronic mental illness : Understanding the role of work. Community Mental Health Journal, 31(2), 163-176.
- Selye, H. (1962). *Le stress de la vie*. Paris: Gallimard.
- Selye, H. (1979). The stress concept and some of its implications. Human stress and cognition in an information pressing approach (V. Hamilton & D. M. Warburton ed., pp. 11-32). New York: Wiley.
- Sévigny, R. (1994). La maladie mentale. Traité des problèmes sociaux (In F. Dumont, S. Langlois & Y. Martin ed., pp. 165-178). Québec: Institut de Recherche Québécois sur la Culture.
- Shrey, D. E., & Olsheski, J. A. (1992). Disability management and industry-based work return transition programs. Physical Medicine and Rehabilitation, 6(2).
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-41.
- Soares, A. (2001). Un cocktail d'émotions : la peur et la honte dans le harcèlement psychologique au travail. Actes du 3^e Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail (pp. 115-121). Paris: Laboratoire Psychologie du travail et de l'action, Centre Nationale des Arts et Métiers.
- Soares, A. D. S. (1995). Les mésaventures des caissières dans le paradis de la consommation : une comparaison Brésil - Québec. Unpublished doctoral dissertation, Université Laval, Département de sociologie.
- St-Arnaud, L., & Vézina, M. (1993). Santé mentale et organisation du travail. Le Médecin Du Québec, 35-39.

- Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F., & Marmot, M. (1995). Sickness absence for psychiatric illness. The Whitehall II study. Social Sciences and Medicine, 40(2), 189-197.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder. Prospective results from the Whitehall II study. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 56, 302-307.
- Stansfeld, S. A., North, F. M., White, I., & Marmot, M. G. (1995). Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. Journal of Epidemiology and Community Health, 49, 48-53.
- Statistique Canada. (1999). Santé psychologique - la dépression. Rapports Sur La Santé, 11(3), 71-84.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. Maladies Chroniques Au Canada, 22(1), 1-10.
- Stewart-Brown, S. (1997). Emotional health problems are the most important cause of disability in adults of working age : a study in the four counties of the old Oxford region. Journal of Epidemiology & Community Health, 51(6), 672-675.
- Tessier, L., & Clément, M. (1992). La réadaptation psychosociale en psychiatrie. Québec: Gaëtan Morin éditeur.
- Tétreault, S. (1993). Un autre défi : le choix de l'approche de recherche 1: Qualitative versus quantitative. Revue Québécoise D'Ergothérapie, 2(2), 62-64.
- Theorell, T. (1999). How to deal with stress in organizations ? A health perspective on theory and practice. Scandinavian Journal of Work Environmental Health, 25(6, special issue), 616-624.
- Thuriaux, M. C. (1995). The ICIDH : Evolution, status, and prospects. Disability and Rehabilitation, 17(3/4), 112-118.
- Üstün, T. B., Copper, J. E., Duuren-Kristen, S. V., Kennedy, C., Hendershot, G., & Sartoris, N. (1995). Revision of the ICIDH : mental health aspects. Disability and Rehabilitation, 17(3-4), 202-209.
- Üstun, T. B. (1999). The global burden of mental disorders. American Journal of Public Health, 89(9), 1315-1318.

- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., & Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence. A seven year follow up of initially healthy employees. Journal of Epidemiology and Community Health, 54, 484-493.
- van der Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. American Journal of Public Health, 91(2), 270-276.
- Vézina, M. (1996). La santé mentale au travail. Pour une compréhension de cet enjeu de santé publique. Revue Santé Mentale Au Québec, XXI(2), 117-138.
- Vézina, M. (1998). La santé mentale au travail . Peut-il y avoir place à la lésion professionnelle. Le Médecin Du Québec, 33(4), 113-116.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. Portrait Social du Québec : données et analyses Édition 2001 (Chapitre 12). Institut de la statistique du Québec: Québec.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., & Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail : bilan et orientations du Québec en santé mentale au Québec. Québec: Gaëtan Morin éditeur.
- Vincent, A. (1995). Les entreprises et le coût de la santé mentale. Entreprendre, juin/juillet, 47-48.
- Vondracek, F. W. (1987). Comments with a focus on Pervin's paper. Journal of Vocational Behavior, 31, 341-346.

Annexe I
Liste des diagnostics

**PROPORTION DES PERSONNES
SELON LE DIAGNOSTIC INSCRIT AU DOSSIER MÉDICAL**

Diagnostics	proportion
Dépression majeure	19 %
Troubles d'adaption; d'ajustement avec humeur anxieuse, dépressive, mixte	11 %
État anxio-dépressif	12 %
Dépression nerveuse	11 %
Dépression circonstancielle (réaction circonstancielle)	7.5%
Dépression endogène	7.5%
Syndrome anxio-dépressif	6%
Réaction anxio-dépressive ou dépressive	5%
Anxiété	4%
Troubles d'adaptation ou d'ajustement	2%
Maladie affective unipolaire ou bipolaire	2%
Troubles d'adaptation, d'ajustement avec inhibition au travail	1%
Burnout	1%
État dépressif	1%
Troubles dépressifs	1%
Névrose d'angoisse, hystérique, obsessionnelle ou phobique	.09%
Psychose aiguë	.08%
Troubles affectifs	.07%
État dépressif circonstanciel ou situationnel	.06%
Troubles dysthymiques	.05%
Troubles de comportement	.05%
Troubles schizophréniques	.03%
Réaction de deuil	.03%
Psychose maniaco-dépressive (p.m.d.)	.03%
Troubles de personnalité	.01%
Désordre affectif ou dépressif	.01%
Troubles situationnels transitoires	.01%
Psychonévrose	.01%
Troubles paranoïaques	.01%
Réaction circonstancielle ou situationnelle	.007%
Psychose paranoïde	.007%
Désordre affectif (unipolaire ou bipolaire)	.005%

Annexe II
Le questionnaire



CENTRE DE SANTÉ
PUBLIQUE DE QUÉBEC

*INVITATION À PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE SUR
LES IMPACTS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ*

MADAME,
MONSIEUR,

NOTRE ÉQUIPE DE RECHERCHE S'INTÉRESSE DEPUIS DÉJÀ PLUSIEURS ANNÉES AUX IMPACTS DU TRAVAIL SUR LA SANTÉ. AU COURS DES DERNIÈRES DÉCENNIES, LA SOCIÉTÉ, ET PLUS PARTICULIÈREMENT LE MARCHÉ DU TRAVAIL, ONT CONNU DE PROFONDES TRANSFORMATIONS QUI NE SONT PAS SANS LAISSER DE TRACES SUR LES HOMMES, LES FEMMES ET LES FAMILLES. DANS LE CADRE DE CETTE ÉTUDE, NOUS VOULONS APPORTER UN ÉCLAIRAGE NOUVEAU SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ À PARTIR DE L'EXPÉRIENCE VÉCUE PAR DES PERSONNES QUI ONT RENCONTRÉ UNE SITUATION DIFFICILE ET QUI ONT DÛ, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DE LEUR VIE, SE RETIRER DE LEUR ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE. NOUS CROYONS SINCÈREMENT QUE CETTE ÉTUDE POURRA CONTRIBUER À AIDER PLUSIEURS PERSONNES À FAIRE FACE À DES SITUATIONS DIFFICILES

NOUS VOUS INVITONS À PARTICIPER À CETTE RECHERCHE EN RÉPONDANT À CE QUESTIONNAIRE ET EN NOUS LE RETOURNANT DANS L'ENVELOPPE PRÉAFFRANCHIE. LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS PAR CE QUESTIONNAIRE SONT ANONYMES (DÉNOMINALISÉS) ET NE PERMETTENT EN AUCUNE FAÇON DE VOUS IDENTIFIER. CES RENSEIGNEMENTS SERONT DONC TRAITÉS SUR UNE BASE ENTIÈREMENT CONFIDENTIELLE.

JE VOUS REMERCIE À L'AVANCE DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION ET SOYEZ ASSURÉ-E DE L'IMPORTANCE DE VOTRE CONTRIBUTION À CETTE ÉTUDE. SI VOUS DÉSIREZ OBTENIR PLUS D'INFORMATION AU SUJET DE CETTE RECHERCHE, VOUS POUVEZ ME REJOINDRE AU CENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC AU NUMÉRO (418) 666-7000, POSTE 362.


LOUISE ST-ARNAUD
ÉQUIPE DE RECHERCHE SUR LES IMPACTS
SOCIAUX ET PSYCHOLOGIQUES DU TRAVAIL

**Je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.
Pour la plupart des questions, vous n'avez qu'à cocher (✓) votre choix de réponse.**

Q1. Au cours des trois dernières années, vous-êtes vous absenté-e de votre travail pendant une période de plus de 3 semaines suite à un problème de santé tel que le surmenage, l'anxiété, la dépression, le burnout ou tout autre problème de stress ou de tension psychologique ? xvii

₁ non → passez à Q10.

₂ oui

Q2. Avez-vous pris des médicaments, prescrits par un médecin, pour votre problème de santé ?

₁ non

₂ oui → pendant combien de temps : _____ (nombre de semaines)

Q3. Avez-vous consulté un professionnel, autre qu'un médecin ?

₁ non

₂ oui → quel type : _____

→ pendant combien de temps : _____ (nombre de semaines)

Q4. Selon vous, quelle est ou quelle était la principale cause de votre problème de santé lors de cet arrêt de travail ?

₁ la vie personnelle → passez à Q6.

₂ le travail

₃ la vie personnelle et le travail

Q5. Selon vous, si le travail peut être mis en cause dans ce problème de santé, pouvez-vous indiquer ce qui aurait contribué à cet arrêt de travail ?

Vous pouvez cocher (✓) plus d'une réponse

₁ surcharge de travail ou pression au rendement

₁ inquiétude face à la perte de votre emploi

₁ absence d'autonomie dans votre travail

₁ non-reconnaissance de vos efforts

₁ conflit avec un supérieur ou avec la direction

₁ conflit avec un ou des collègues de travail

₁ évaluation négative de votre travail

₁ autre, préciser : _____

Q6. Au moment de cet arrêt de travail pour ce type de problème de santé :

xviii

a) Dans quel secteur d'activité travailliez-vous ?

- ₁ éducation
- ₂ santé et services sociaux
- ₃ fonction publique
- ₄ autre, préciser : _____

b) Quel type d'emploi occupiez-vous ?

- ₁ ouvrier-ère et services auxiliaires
- ₂ employé-e de bureau
- ₃ technicien-ne
- ₄ enseignant-e
- ₅ infirmier-ière
- ₆ professionnel-le
- ₇ cadre
- ₈ autre, préciser : _____

c) Vous occupiez ce type d'emploi depuis combien de temps ?

_____ (nombre d'années)

d) Quel était votre statut d'emploi ?

- ₁ permanent
- ₂ contractuel

e) Quel était votre temps de travail ?

- ₁ temps plein
- ₂ temps partiel

f) Viviez-vous avec des enfants de moins de 18 ans ?

- ₁ non
- ₂ oui → combien : _____

g) Viviez-vous avec une conjointe ou un conjoint ?

- ₁ non
- ₂ oui

Q7. Depuis cet arrêt de travail, êtes-vous revenu-e au travail ?

₁ non

xix

₂ oui

Si non, depuis combien de temps avez-vous quitté votre travail pour ce type de problème de santé ?

_____ (nombre de semaines)

a) Suite à cet arrêt de travail, quelle est votre situation :

₁ vous avez conservé votre travail, mais vous êtes toujours en congé pour maladie

₂ vous avez conservé votre travail, mais vous êtes en congé sans solde ou à traitement différé

₃ vous avez quitté votre emploi et vous êtes à la recherche d'un autre emploi

₄ vous avez quitté votre emploi et vous n'êtes pas en assez bonne santé pour retourner au travail

₅ vous avez pris une préretraite

₆ autre, préciser : _____

Si oui, à quand remonte votre dernière absence de plus de 3 semaines pour ce type de problème de santé ?

À l'année 199____ et cet arrêt de travail a duré _____ (nombre de semaines)

a) Lors de votre retour au travail, avez-vous réintégré le travail progressivement ?

₁ non

₂ oui

b) Lors de votre retour au travail, y a-t-il eu des changements dans votre travail qui vont dans le sens d'une amélioration ?

₁ non

₂ oui, préciser : _____

Q10. Quel est votre sexe ?

xxi

- ₁ féminin
- ₂ masculin

Q11. Quel âge avez-vous ?

_____ ans

Q12. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général :

- ₁ excellente
- ₂ très bonne
- ₃ bonne
- ₄ moyenne
- ₅ mauvaise

Q13. Comment trouvez-vous votre vie sociale ?

- ₁ très satisfaisante
- ₂ plutôt satisfaisante
- ₃ plutôt insatisfaisante
- ₄ très insatisfaisante

Q14. Y a-t-il dans votre entourage (vos amis ou votre famille) quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes ?

- ₁ non
- ₂ oui

Je vous remercie sincèrement d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Vous n'avez maintenant qu'à le plier et à le retourner dans l'enveloppe préaffranchie ci-jointe.



*Louise St-Arnaud
Équipe de recherche sur les Impacts
sociaux et psychologiques du travail*

*Pour ceux et celles qui aimeraient collaborer à la poursuite de cette étude, je suis à la recherche de personnes qui accepteraient de partager avec moi leur expérience de travail dans le cadre d'une entrevue individuelle d'une durée d'environ 1 heure. Soyez assuré-e que cette rencontre ainsi que vos commentaires resteront **confidentiels**. En aucun moment, votre nom ou celui de votre milieu de travail ne seront divulgués. Si vous êtes intéressé-e par cette rencontre, vous pouvez me laisser vos coordonnées sur cette page en y inscrivant vos nom, adresse et numéro de téléphone.*

VOS COORDONNÉES :

Si vous désirez obtenir plus d'information, je vous invite à me rejoindre au numéro suivant : (418) 666-7000, poste 362 ou à m'écrire au Centre de santé publique de Québec, 2400 d'Estimauville, Beauport (Québec) Canada G1E 7G9.

Annexe III
Segmentation et codification des entrevues

SEGMENTATION ET CODIFICATION DES DONNÉES D'ENTREVUE

Le discours des personnes a d'abord été regroupé à l'intérieur de trois grands segments qui intègrent : 1) les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, 2) les aspects reliés à l'arrêt de travail et au processus de restauration de la santé et des capacités de travail et enfin, 3) les conditions de retour ou de prolongation de l'arrêt de travail. Chacun de ces trois segments a été découpé en catégories thématiques, qui à leur tour regroupent les différents thèmes abordés par les personnes. L'unité de contenu peut être un paragraphe, une phrase ou quelques mots. Ces unités peuvent être classées dans plus d'une catégorie ou sous-thème. Afin d'illustrer le contenu manifeste des catégories et des thèmes, des extraits de verbatim sont présentés.

PRÉSENTATION DES CATÉGORIES

A. Les événements qui ont précédé l'arrêt de travail

Ce premier segment permet de catégoriser le discours des personnes portant sur les événements qui ont précédé l'arrêt de travail. Trois catégories thématiques ont été construites afin de répertorier les thèmes abordés par les personnes : 1) Les éléments reliés aux facteurs personnels, 2) les éléments reliés au travail et 3) Les éléments reliés à la trajectoire professionnelle.

- 1. Les éléments reliés aux facteurs personnels** : Cette catégorie permet de répertorier les énoncés touchant l'individu dans ses particularités et dans son histoire personnelle. Les thèmes abordés concernent : Les rôles parentaux et l'arrangement domestique; l'état de santé (épisode psychiatrique antérieur, santé physique, etc.); les événements stressants de la vie hors travail (divorce, parent malade, décès d'un être cher, etc.); le type de personne (commentaires au sujet de la personnalité, du mode de fonctionnement, etc).

Éliette : *J'avais les enfants, ça faisait 2 ans que j'étais toute seule avec les enfants.* (lignes 66-67).

Armande : *J'avais déjà fait une dépression, ma fille avait trois ans* (ligne 100).

Edna : *...j'avais de la difficulté à dormir, ça faisait peut-être un an et demi que je n'arrivais pas à dormir, j'avais trop mal mais je ne le savais pas, c'était de l'arthrose.* (lignes 26-29).

Benoît : *Moi, si j'ai arrêté de travailler, tout d'abord, c'est pas une raison de travail comme telle. C'était relié à une situation personnelle de couple. C'est parce que j'ai vécu une séparation (lignes 10-15).*

Blandine : *deux ans et deux mois après le mariage j'ai demandé le divorce officiellement pis deux mois après je me suis ramassée à la maison d'hébergement parce qu'il devenait encore plus malin (lignes 142-145).*

Bianca : *Je sais que j'ai toujours été perfectionniste. Plus jeune, je faisais de la couture, et le vêtement pouvait être retourné à l'envers, il était aussi beau à l'envers. Moi, des coutures effilochées (rire), c'était inadmissible. Par contre, je ne suis pas une perfectionniste sur le ménage, et l'entretien ménager j'en ai horreur. Mais ça va avec : quand tu fais quelque chose, tu le fais bien. Et si tu peux le faire mieux, tu le fais mieux.. (lignes 42-48).*

- 2. Les éléments reliés au travail :** Cette catégorie touche à la vie au travail. Les thèmes abordés concernent : Les conditions de travail; les exigences du métier; les rapports sociaux de travail; l'organisation du travail; les changements qui sont survenus; les réactions ou commentaires des personnes face aux événements survenus dans le travail; le rapport au travail.

Blandine : *y'a des événements déclencheurs, .ah oui ah oui j'avais le chef d'équipe, on en a encore un là, c'est comme un fonctionnaire qui est au-dessus de toi, grand au-dessus de toi à peine pis il est comme responsable d'une équipe de travail pis le climat de façon générale du bureau était très mauvais, le directeur qu'on avait nous autres c'était le style, il se promenait à journée longue dans les bureaux pis il checkait tout le monde tout le temps, fallait presque lui demander la permission pour aller au toilette pis qui timait presque combien de temps tu t'en allais pis fallait pas parler à personne (lignes 12-20).*

Bianca : *C'est comme j'ai souvent dit : ce n'est pas le travail. C'est ce qui entoure le travail. Ce n'est pas le travail comme tel qui épuise. C'est l'attitude des gens qui t'entourent. Les chirurgiens, l'ingratitude, le manque de reconnaissance qu'il y a dans ce domaine-là. Bon, je pourrais tous les énumérer; ça dû vous être dit à quelques reprises. C'est ça qui est tuant (lignes 378-385).*

Bernard : *Je suis le plus jeune. Et puis, ça me met dans une position insécure. Quand y ont décidé, quand les gens ont décidé de couper, j'ai tellement obsédé là-dessus, que j'en ai fait un burnout. Autrement dit, je pensais toujours à ça, puis "Si je suis coupé, où je vais me ramasser, ça fait 20 ans que je fais la même chose" (lignes 82-87).*

André : *J'adorais ce métier-là parce que je suis un homme qui aime beaucoup faire du sport et avec les adolescents, je faisais énormément de choses que j'aimais ben gros. (lignes 252-254). Mes difficultés ont commencé...ce qui arrive sur le réseau actuellement, il y a un alourdissement de la clientèle et le gouvernement veut économiser de l'argent et puis il force beaucoup à maintenir les adolescents à l'extérieur, à ne pas les placer en centre d'accueil. Sauf qu'un moment donné, quand ça n'a plus de bon sens, il faut qu'ils les placent mais quand l'adolescent nous arrive actuellement dans les centres d'accueil, ils sont beaucoup plus poqués qu'avant, ils sont plus du monde, pas compliqué. Puis la réadaptation est beaucoup plus difficile à faire avec eux autres, donc, je pense que ça fait partie de mes difficultés, j'en suis venu à avoir plus de difficultés avec eux autres à cause de ça, beaucoup plus d'agressivité envers eux autres, beaucoup moins de succès dans la réadaptation, ce qui fait que je n'étais plus capable (lignes 272-283).*

Étienne : *Ils nous ont coupé nos postes (professeur de soudure depuis 23 ans dans une école de réforme), on n'avait plus de poste, mais comme j'avais une formation aussi en ortho...j'ai été à une séance de repêchage pis j'ai été obligé de prendre un poste... ils m'ont remplacé tout de suite dans une polyvalente....ben moi j'avais choisi un poste dans cette école là en pensant que j'aurais un poste d'éducateur conseiller, mais ce n'était pas ça du tout qu'ils voulaient avoir, c'était un professeur de français...ils m'ont mis titulaire de deux ou trois groupes là, enseigne le français, les mathématiques....ben voyons je n'ai jamais enseigné ça de ma vie moi, j'arrive là du jour au lendemain, (rire), j'ai fait deux ou trois mois pis ça sauté, je travaillais jusqu'à minuit le soir (lignes 54-72).*

- 3. L'histoire professionnelle :** Cette catégorie concerne plus spécifiquement le parcours professionnelle de la personne. Les thèmes abordés concernent : la formation académique; le choix du métier; les différents emplois occupés.

Bertrand : *Quand j'étais un étudiant j'avais dans l'esprit que je ferais des études universitaires. C'est effectivement ce que j'ai faite (lignes 59-64). J'étais étudiant; je me disais "Éventuellement, si mes affaires tombent bien, je vas devenir professionnel au gouvernement, avec la sécurité d'emploi pis toute l'encadrement, là". C'était un peu un objectif, là, professionnel. Quand on travaille dans le domaine des communications gouvernementales, c'est un peu les lagues majeures, si tu veux, dans le domaine (lignes 89-96). Finalement, heureux hasard, ou de la chance à la bonne place, ça a fonctionné ma patente, je suis rentré au gouvernement (lignes 102-104).*

II. Les aspects reliés à l'arrêt de travail et au processus de restauration de la santé et des capacités

Ce deuxième segment permet de catégoriser le discours des personnes portant sur les aspects reliés à l'arrêt de travail et au processus de restauration de la santé et des capacités de travail. Cinq catégories thématiques ont été construites afin de répertorier les thèmes abordés par les personnes : 1) La survenue de la maladie et l'arrêt de travail, 2) les aspects médico-administratifs de l'absence, 3) le traitement, 4) le soutien du milieu et 5) la préparation du retour au travail.

- 1. La survenue de la maladie et l'arrêt de travail :** Cette catégorie concerne l'état de santé et les aspects qui entourent le retrait du travail. Les thèmes abordés sont : la nature de la maladie (signes et symptômes, diagnostic, durée de la maladie, évolution, période de latence, etc.); les autres problèmes de santé; le processus de décision qui entoure l'arrêt de travail; l'expérience vécue de la maladie et de l'arrêt de travail.

Bianca : *Moi, de la façon que ça s'est manifesté, c'est le côté émotionnel qui a lâché. En pleine cafétéria, un midi. Bang ! Ici on se met à brailler, plus capable de s'arrêter. Une petite niaiserie qui s'était dite le matin; j'ai pris ça gros comme une montagne. Une blague. Une blague. Mais c'est venu me chercher. Normalement, ça ne m'aurait pas affectée autant. Mais là, ça faisait un bout de temps que je faisais de l'insomnie, mais c'est pas grave, je suis capable de travailler quand même (lignes 16-24).*

Bertrand : *Ça été progressif là, peut-être pendant quelques mois, mais y est venu un moment donné où j'étais pus capable, là. J'étais pus capable de me comprendre, j'étais devenu toute sombre là, pis j'ai comme atteint un niveau où j'étais pus capable de fonctionner, pis c'est à ce moment-là que j'ai été retiré du travail (lignes 174-179). Mon médecin y avait diagnostiqué une, une dépression monopolaire quelque chose du genre. J'ai jamais eu l'impression que j'étais quelqu'un de dépressif là, à ce point-là, mais en tout cas, c'est secondaire (lignes 199-202).*

Agnès : *J'ai été chez ma médecin pour lui dire donne-moi quelque chose, faut que je dorme en fin de semaine, je vais me ramasser dans le fossé ça pas d'allure. Alors c'est là qu'elle m'a fait rencontrer sa collègue... elle m'a posé 4 questions, pis elle m'a dit je peux pas te donner des médicaments à dit je voudrais te faire rencontrer le psychiatre de garde. À dit moi je trouve que tu fais sérieusement un burnout et je me demande si tu fais pas une dépression. Parce qu'à dit aux 5 questions que je t'ai posées sur 4 pour moi t'as un diagnostic de burnout ou de dépression pis à dit moi je voudrais pas que tu partes. À dit j'aimerais que tu sois évaluée pour un arrêt de travail, un congé, parce qu'à dit je trouve que c'est dangereux de retourner chez vous. Ça fait que j'ai rencontré la psychiatre qui était de garde, pis elle à m'a dit bien j'aimerais que vous rencontriez demain matin celui qui est en chef... Ça fait que là j'ai dit bien oui mais j'ai dit bien je reviendrai demain, à dit non non, tu restes, tu restes, tu peux pas sortir... Bien à dit tu rentres par l'urgence. Parce qu'à dit t'es un cas d'urgence. Aie là là mon château de cartes venait de tomber (lignes 600-666).*

- 2. Les aspects médico-administratifs de l'absence :** Cette catégorie concerne les procédures reliées à l'absence. Les thèmes abordés sont : le congé de maladie (certificat médical); les procédures concernant l'assurance salaire; les demandes d'expertise en psychiatrie.

Bianca : *Il me dit : tu es en burnout, mais je ne peux pas marquer burn out. Il avait marqué syndrome anxiodépressif réactionnel d'adaptation. Ça, il dit : ça va passer. Je l'avais appris par coeur, c'est pas compliqué (lignes 691-695). Et là, la galère a commencé. Le médecin, parce qu'il n'était pas spécialiste, c'est un médecin de médecine générale, ne pouvait pas prolonger mon congé de plus qu'un mois (lignes 706-710). Et là, à tous les mois aussi, t'avais ton rendez-vous au service santé. Fallait que t'aïlles quasiment prouver au médecin du service santé de l'hôpital : ça, c'était dur. C'est comme s'il fallait que tu prouves, fallait que tu quemandes un congé parce que t'étais pas apte au travail. C'est ça, c'est cette notion-là. Donc, là, tu te promènes chez le médecin, tu te promènes chez le psychologue (rire), tu te promènes au service santé. L'enfer ! (lignes 732-741).*

Au bout de 6 mois, un beau matin, il me dit : bon, je n'ai pas le choix. On va t'envoyer en expertise voir un psychiatre. Bang ! Clac, de même ! Là, là (rire), ça avait pas de bon sens. Moi, aller voir un psychiatre ? Heille ! Le psychologue passait, mais le psychiatre ? Voyons donc ! Qu'est-ce que je vais aller faire là ? Pas de bon sens ! (lignes 754-759). On va aller te faire évaluer. En même temps, on va aller te faire évaluer par un psychiatre pour savoir si tu fakes, ou bien si tu continues en congé de maladie. C'était cet aspect-là. Ça fait que là, rendez-vous avec le psychiatre 3 semaines plus tard, mais là, en même temps, mon médecin au bout de 6 mois, il m'a fait comprendre que lui, il ne pouvait plus continuer à me prolonger. Je me retrouvais dans le néant, moi, là. Ça me prenait un psychiatre ! (lignes 772-780). Ça fait que j'ai usé ma boîte de Kleenex quand je suis passée là, mais rassurée aussi, en même temps. Parce que lui venait confirmer que je n'étais pas apte à retourner, que j'en aurais probablement pour encore peut-être un mois et demi mais que je devais avoir une médication différente. Mais par contre, comme c'était en contre-expertise, il ne pouvait pas faire la prescription. Mais là, il fallait que je me trouve un psychiatre. J'avais appelé dans les hôpitaux. Avoir un rendez-vous avec un psychiatre ? Ça allait dans 3 mois. Moi, mon congé, il fallait que quelqu'un le signe à tous les mois. En fin de compte, par des contacts, j'ai réussi à avoir un rendez-vous quand même dans un bref délai (lignes 770-785).

- 3. Le traitement :** Cette catégorie concerne les interventions reliées au traitement de la maladie : Les thèmes abordés sont : la médication, le suivi en psychothérapie, le recours à des traitements alternatifs, les liens entre les intervenants (médecin traitant, psychologue, psychiatre de l'expertise, médecin du service de santé, etc.) et le suivi médical.

Anne : Première chose, il me traitait pour un burnout, du repos et j'étais très anxieuse, je lui parlais et j'étais très anxieuse. Il m'a donné des médicaments pour l'anxiété. Je prends encore de .5, c'est très faible, je n'en prends pas beaucoup, mais maintenant, j'ai une autre panoplie que je prends maintenant, ça commencé comme ça mais ce qui est arrivé, avant que je réalise l'état dans lequel j'étais, ça pris (pause-pleure), deux ou trois mois avant que je réalise que ce n'était pas seulement de la fatigue parce que c'était rendu, je n'acceptais pas, je n'acceptais tellement pas d'avoir, non je n'acceptais pas d'avoir manqué mon coup et avoir lâché. Je ne l'acceptais pas et je me flageolais. Comment ça se fait que ça m'arrive, comment ça se fait que je ne suis pas capable de faire si et faire ça ? Et là, la psychologue, en même temps, pour revenir (pause-pleure) au début, c'est que le médecin m'a suggéré, si tu connais quelqu'un, moi je peux te voir une fois par semaine, je fais de la thérapie mais ça serait mieux que tu vois une psychologue. (lignes 384-406). Je ne m'en apercevais pas mais je n'avais pas le

goût de rien et je me levais, je me réveillais la nuit et je ne me rendormais pas le soir et là il disait, ce sont des signes qui sont les signes premiers d'une dépression, ce n'est pas seulement un burn-out que tu fais, oui tu es fatiguée, mais il y a d'autre chose qu'il faut traiter. Et là, je suis aller passer des tests et il m'a envoyé voir un psychiatre qui est spécialisé en médecine clinique donc pharmacologie, elle ma fait passer une série de tests, prise de sang pour voir le niveau de sérotonine dans mon cerveau et les neurotransmetteurs et en tout cas, et là j'ai eu le résultat extraordinaire (émotive) que la normale pour un adulte, une femme adulte, pour bien fonctionner, c'était de 300 à 600, c'était la moyenne au milligramme ou je ne sais pas quoi mais le chiffre est coté et il y a un graphique et c'est de 0 à 300 à 600 à 900 mais la moyenne, la bonne moyenne c'est de 300 à 600 et moi j'étais à 57 en bas et ça s'en allait comme ça (lignes 467-486).

- 4. Le soutien du milieu :** Cette catégorie réfère aux acteurs qui ont joué un rôle de soutien pendant l'arrêt de travail : Les thèmes abordés concernent : le conjoint, la famille, les collègues, le supérieur, le syndicat, etc.

Éric : Mon président de syndicat, justement, ça été une personne qui a déjà traversé ça, il m'avait donné son téléphone, le numéro de son téléphone cellulaire, le numéro de sa padget, le numéro de téléphone chez lui, le numéro de téléphone à son bureau, il me disait, n'importe quand tu as besoin de m'appeler, t'as besoin de me parler, tu m'appelles (lignes 1038-1046).

Estelle : J'avais un milieu familial stable, ça ça m'a aidé beaucoup, un conjoint très stable qui a été très supportable, il a des bonnes épaules, fais que j'ai pu pleurer...(rire) . (lignes 2003-2007).

- 5. La préparation du retour au travail :** Cette catégorie regroupe les énoncés portant sur l'anticipation du retour ainsi que sur le rôle des acteurs impliqués dans la préparation du retour. Les thèmes abordés concernent : La décision de revenir (choix désiré ou obligé), l'anticipation (crainte, attentes, etc.), l'intervention des acteurs impliqués dans le processus de réintégration professionnelle : le conjoint et la famille; le médecin traitant; le psychiatre expert; le psychologue; le PAE, le syndicat, l'employeur, etc.

Benoît : *j'étais pas prêt à revenir au travail. Le travail, j'y pensais même pas. Je voulais pas revenir là. Quand j'ai eu le fameux papier pour une expertise, je m'en doutais. Ça m'a comme, comme ébranlé. Mais qu'est-ce que tu veux ? Il a fallu que je retourne, fallu que je retourne* (lignes 428-431).

Éléonore : *je voulais revenir aussi, oui, c'était décidé, en juin c'était décidé que oui oui j'y retournais, j'avais pris rendez-vous quand même avec le médecin au mois d'août, mais c'était sûr et certain que je retournais au travail, elle avait laissé ouvert jusqu'à la fin août puis je rentrais au travail* (lignes 931-936).

Bernard : *Au bout d'un mois, j'ai rencontré mon médecin qui m'a dit euh "As-tu l' goût de r'tourner au travail?". Sincèrement, j'ai dit "Non. J' me sens mieux mais j'ai pas encore le goût d'y aller". Y dit "T'arrêtes encore deux semaines". Y m'a r'donné deux semaines. Avec ces deux semaines-là, j'ai r'continué à prendre l'air, à m'oxygéner, c'est carrément le cas. Au bout de deux semaines, j'ai dit "Que tu me dises non ou oui, j'y r'tournej! J' me sens correct".* (lignes 255-263).

III. Le retour au travail ou la prolongation de l'arrêt

Ce dernier segment permet de catégoriser le discours des personnes portant sur les conditions de retour au travail (pour les personnes qui ont effectué un retour au travail) ou sur la prolongation de la maladie et de l'arrêt de travail (pour le groupe de personnes qui n'ont pas effectué de retour au travail). Trois catégories thématiques par groupe ont été construites afin de répertorier les thèmes abordés par les personnes : Premier groupe: 1) La perception de l'état de santé et de la capacité de travail, 2) les conditions professionnelles qui entourent le retour au travail, 3) les conditions personnelles qui entourent le retour au travail, 4) Les perspectives d'avenir. Deuxième groupe : 1) La prolongation de la maladie et de l'arrêt de travail, 2) les aspects médico-administratifs de la prolongation de l'arrêt de travail, 3) les perspectives d'avenir.

Pour les personnes qui ont effectué un retour au travail :

1. **La perception de l'état de santé et de la capacité de travail :** Cette catégorie concerne le vécu des personnes en regard de leur santé et de leur capacité de travail. Les thèmes abordés dans cette catégorie portent sur : l'état de santé (niveau d'énergie, persistance de certains signes et symptômes) et la capacité de travail (confiance en soi; fonctionnement, etc.)

Benoît : *au retour, mon travail je le trouvais lourd encore parce que tout d'abord j'avais pris du recul, du temps là-dedans. Comment mes confrères ont composé avec ça puis le fait aussi que moi, dans ma personne à moi, dans mes culottes, j'étais pas encore prêt à revenir là. Je me sentais pas d'attaque, pantoute. Je me sentais encore faible. Pas être capable de faire face à des problèmes causés par ma clientèle majeure. J'avais comme peur* (lignes 916-924).

- 2. Les conditions professionnelles liées au retour au travail :** Cette catégorie touche aux différentes conditions de la réinsertion. Les thèmes abordés sont : Le retour progressif, l'accueil du milieu; les changements dans le travail et, les liens avec les événements professionnels impliqués dans la survenue de la maladie et de l'arrêt de travail.

Bianca : *Ça s'est bien passé. Mais je suis revenue en progressif. Et encore là, il a fallu que je le négocie, mon progressif.* (lignes 997-999).

Benoît : *Moi au retour, ce qui est arrivé c'est que mon travail tout d'abord, ma clientèle, ils l'avaient dispatchée à d'autres intervenants... Mon patron m'avait dit : " Prends les cas les plus importants pour commencer, c'est-à-dire, ceux qui en ont moins besoin, tu peux juste les appeler, prendre des nouvelles téléphoniques. Ceux que t'as à y aller bien, il faut que ça... " Il a été bien correct. Je te le dis, ce gars-là est humain au max puis, il a été correct au bout au bout. Puis, ça me donnait confiance du retour puis, je me sentais pas bousculé du tout du tout* (lignes 872-882).

Blandine : *pis après un an et demi j'ai commencé à travailler... Oui, pis là je suis retournée dans mon bureau mais personne n'avait avertie, mon bureau était vide, c'était un immense plancher avec plein plein de monde, tu rentres là y a plus un chat, il est vide, y a plus de panneaux, y a plus de bureaux, y a plus de rien rien. Fas que j'ai plus de job!* (lignes 419-426).

Bertrand : *Quand j' suis revenu au travail, ça été euh, on m'attendait de pied ferme, y avait des choses à régler qui étaient en attente pis que, y étaient devenues urgentes, euh. Pour toutes sortes de raisons d'organisation, ç'avait pas été possible pour mes patrons de déléguer quelqu'un d'autre pour faire le travail, euh. En tout cas, quand j' suis revenu, j'ai rembarqué là à un rythme assez euh, assez intensif aller jusqu'à la période des Fêtes, là, les vacances. Pis ensuite, je suis revenu au même beat parce qu'on travaille assez dur, là (lignes 221-230). Dès mon retour, ça a recommencé à peu près au même rythme, malgré le faite que j' m'étais dit, moi, quand j'ai quitté le travail "Je vais reprendre, plutôt que*

d'en mettre pis de prendre ça à coeur, de prendre des responsabilités, pis de vouloir satisfaire tout le monde et soi-même à la fois là, je vais essayer d'être un peu plus raisonné dans ma façon de travailler, je vais accepter les mandats qui me sont confiés mais si y a un débordement ou si y a un méchant problème de délai, je vais faire valoir qu'il y a des choses qui sont possibles, d'autres qui le sont moins". C'est un peu une nouvelle attitude parce que je voulais pas revenir au même point. À mon retour, même si y avait beaucoup de travail, j'ai réussi mentalement à avoir une vision différente des choses, de sorte que ça s'est passé un peu mieux. Je sentais que j'étais plus dynamique, que j'étais moins responsable de certains aspects des dossiers sur lesquels j'avais aucun contrôle, pis bon. C'est une nouvelle attitude que j'avais développée pour mon retour. Ça a fonctionné un certain temps; cependant, depuis quelques mois, je pense que je suis à peu près au même point, là (lignes 240-264). Fais que, je suis rendu au point où je suis pas satisfait de la façon que ça se passe, je suis pas toujours satisfait des résultats que je finis par amener malgré qu'on semble satisfait à mon égard. J'aimerais être capable d'en faire plus, pis pour ça, j'aurais besoin de soutien, pis le soutien, c'est pas possible d'en avoir. C'est un peu un cercle vicieux, là. Le gros du travail à faire, je pense qu'y est sur moi-même, là. Pour ce qui est de l'organisation du travail, je pense qu'y a aucun, y a aucun espoir à avoir là-dedans, là (rire) (lignes 277-286).

- 3. Les conditions personnelles qui entourent le retour au travail :** Cette catégorie concerne les événements personnels qui jouent sur le retour au travail. Les thèmes abordés sont : les caractéristiques individuelles (histoire psychiatrique, santé physique), les événements stressants hors travail, la conciliation travail/famille.

Agnès : Je me suis dit, qu'est-ce que t'as à perdre qu'à s'en aille vivre chez son père.... c'est vrai qu'au bout de 6 mois on se sent mieux, c'est vrai qu'on est plus capable, c'est vrai qu'on a l'goût de reprendre nos activités régulières, nos vies, c'est pas vrai que nos batteries sont complètement rechargées, on est les épuise rapidement. Alors j'trouvais que ça avait du sens et j'me suis dit bon c'est une année...j'ai trouvé ça très dur l'adaptation, à retourner au travail, à pas avoir ma fille, à vivre au petit quotidien, mais je me suis dit y faut, y faut que je m'accroche, que je me dise que c'est un plus, de me sentir moins coupable de pas avoir ma fille (lignes 1087-1105).

- 4. Le rapport au travail :** Cette catégorie porte la manière de définir et d'occuper sa place au travail. Les thèmes abordés sont : la perception du travail, la centralité du travail au regard de la vie personnelle, les savoirs faire et le métier.

Emma : Fais que je me suis comme fait une idée, d'une certaine façon pis je me suis dis, bon ben là, à partir de maintenant, ma vie, je ne mets pas tous mes oeufs dans le même panier, ma vie pis mon travail c'est deux choses, c'est-à-dire, c'est sûr que je veux travailler là, je suis pas écoeurée du travail, c'est pas ça mais je vais garder 50% pour moi, t'sais au départ là, je me suis dit, si je peux donner juste 40 pis garder 60 pour moi, tant mieux, je verrai mais t'sais au moins c'était départagé, je me disais, ma vie c'est aussi important sinon plus que mon travail, t'sais il faut que je renverse la vapeur, il faut que je fasse quelque chose (lignes 1394-1404).

- 5. Les perspectives d'avenir :** Cette catégorie concerne la santé et les projets professionnels et personnels des personnes. Les thèmes abordés sont : la santé, le maintien en emploi, la carrière et les choix de vie.

Éric : Le fait d'avoir réussi ça, c'était le dernier doute que j'avais à savoir si j'étais encore fait pour ce métier là pis maintenant j'ai fait quelque chose à laquelle je pensais depuis très longtemps, je n'avais jamais eu le courage de faire, j'ai jamais su pourquoi je n'avais pas eu ce courage là pis c'est probablement le sentiment de me sentir indispensable, je ne le sais pas c'était quoi, j'ai fait une demande de traitement différé, donc à partir de l'an prochain je vais être payé à 80% de mon salaire pendant 4 ans et la 5^e année je vais être payé à 80% de mon salaire pour prendre une année pour moi, ben en fait ça va être prendre une année pour mon autre aspiration qui est l'écriture, là j'ai envie d'écrire pour vrai pis peut-être bien....(lignes 2925-2938).

Pour les personnes qui n'ont pas effectué de retour au travail :

- 6. La prolongation de la maladie et de l'arrêt de travail :** Cette catégorie aborde les dimensions qui entourent la prolongation de la maladie et de l'arrêt de travail. Les thèmes abordés sont : L'état de santé, les attentes face au travail et les conditions de vie.

Boris : (absent depuis plus de 3 ans) *La dépression, elle est là, et j'avais pensé parler des tentatives pour reprendre le collier. J'ai fait toutes sortes de "maladies", j'avais peur de me retrouver entouré de quelques personnes...Des gens en général. On m'a offert aussi de travailler dans un bureau. J'ai résisté à peine 4 semaines, et encore. Je ne pouvais pas. Je paniquais (lignes 450-458). Il y a des niveaux auxquels je panique. Ma mémoire me fait défaut dans ce temps-là, que ce soit pour des choses aussi banales que descendre au sous-sol et ne pas savoir pourquoi une fois rendu (rire). La raison pour laquelle je ne peux pas lire intelligemment, c'est que je lis un paragraphe puis je l'oublie. Je suis rendu à l'autre puis j'ai oublié ce que je viens de lire (rire) (lignes 647-656).*

Aline : *Pour moi retravailler, aller retravailler là, si je vois que les conditions sont les mêmes, qu'eux autres y a pas eu aucune évolution, je pourrai pas rester là. Ça c'est la même chose que l'alcoolique que tu vas y dire bien écoute bien là, tu peux plus retourner dans ton milieu familial. Parce qu'eux autres y consomment. Si tu veux sauver ta peau tu sors de là pis ça presse. Si je retourne à mon travail dans les mêmes conditions pis les mêmes choses je n'aurai pas le choix (lignes 883-891).*

7. Les aspects médico-administratifs de la prolongation de l'arrêt de travail : Cette catégorie touche au statut de la maladie en regard de la prolongation de l'arrêt de travail. Les thèmes abordés concernent : le congé de maladie, le statut d'invalidité, la retraite anticipée, les conditions de subsistance (assurance salaire, retraite, chômage, etc.).

Andréa : *J'étais rendu sur le bien-être social parce que je n'avais pas le choix et naturellement je pleurais et je me disais, le B.S, mon dieu... (lignes 393-395).*

Béatrice : *Ça fait que là, j'ai dit : " Tiens, je vais prendre une retraite progressive. Je suis pas capable de finir ma carrière de même. J'arrive au mois de décembre, je suis épuisée et rendue au bout du rouleau. " " C'est inutile, je suis pas capable d'en faire plus. " Ça fait que j'ai demandé de prendre ma retraite à 50 %. J'ai dit : " Coup donc, on va le faire comme ça. Veux, veux pas. On n'a pas le choix. C'est comme ça. " En tout cas, j'ai fait l'année de peine et de misère puis j'ai fini l'année encore, tu sais, à genoux quasiment. Puis l'année d'après, on recommence encore. Puis là, c'était officiel, tu sais. Encore une fois. Il a fallu que j'arrête encore une fois. J'étais pas capable (lignes 516-540).*

- 8. Les perspectives d'avenir :** Cette catégorie concerne la santé ainsi que les projets professionnels et personnels des personnes. Les thèmes abordés sont : l'état de santé; la place du travail; les choix de vie.

Éloïse : elle a 28 ans maintenant (sa fille toxicomane), c'est ma croix, c'est un peu ce qui me complique la vie, c'est la vie au quotidien avec ça, je peux rien faire, je peux juste accompagner, je sais que c'est moi qui faut qui change.....je peux pas changer ça mais je peux changer ma vision de la chose pis c'est là-dessus que je travaille mais....au quotidien, ce n'est pas facile (lignes 1159-1165). Globalement j'ai gagné, je me suis améliorée énormément au point de vue santé mentale et même santé physique depuis que j'ai pris la retraite (lignes 1174-1176).

Annexe IV
Lettre de consentement

Lettre de consentement

Objet : Recherche sur l'impact d'un arrêt de travail pour maladie sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle

Le Centre de santé publique de Québec, en collaboration avec l'Université de Montréal, entreprend une recherche sur l'impact d'un arrêt de travail sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. Une cinquantaine de personnes ayant vécu un arrêt de travail seront rencontrées. La recherche vise à mieux comprendre les conditions qui relient et délient les personnes à leur travail et à leur vie personnelle. La recherche permettra d'améliorer les interventions réalisées auprès d'un nombre croissant de personnes concernées par un arrêt de travail suite à un problème de santé. Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé, bien que vous puissiez éprouver diverses émotions en racontant votre histoire personnelle. Les participantes et participants sont invités à raconter leur histoire personnelle dans le cadre d'une entrevue individuelle avec Louise St-Arnaud, chercheuse au Centre de santé publique de Québec et étudiante au Doctorat à la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Les rencontres auront lieu dans un endroit déterminé à l'avance. Chaque entretien est enregistré, à moins que la répondante ou le répondant ne s'y objecte. Le contenu est traité de façon anonyme. C'est donc dire que pour aucune considération le nom des participantes ou des participants ne sera divulgué à qui que ce soit, et la provenance des propos recueillis ne pourra être identifiée. L'accès aux transcriptions sera réservé à l'usage exclusif de la responsable du projet. Si vous avez des questions ou des craintes, vous pouvez rejoindre Louise St-Arnaud au numéro (418) 666-7000, poste 362.

Après avoir obtenu toutes les informations sur les procédures de la recherche et sur l'utilisation des résultats, j'accepte de participer à ce projet de recherche. Je pourrai en tout temps mettre fin à l'entretien sans préjudice si son déroulement de me satisfait pas.

J'accepte de participer à la recherche : Oui _____ Non _____

Je consens à l'enregistrement de l'entretien : Oui _____ Non _____

Signatures

Participant(e) à la recherche

_____ *Date*

Chercheuse

_____ *Date*