



Recherches sur les
Impacts
Psychologiques,
Organisationnels et
Sociaux du
Travail

Centre d'expertise en gestion des ressources humaines

**La réintégration au travail
à la suite d'un problème
de santé mentale**

Louise St-Arnaud

Chercheure

Micheline Saint-Jean

Cochercheure

Jean Damasse

Professionnel de recherche

**Avec la collaboration de
Jean Darsigny**

Professionnel de recherche

Équipe RIPOST

CSSS de Québec-Sud

Décembre 2004

Cette recherche qui s'inscrit dans les travaux du Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du Conseil du trésor a été produite grâce à sa participation financière.

Le Centre d'expertise en gestion des ressources humaines

La mission du Centre d'expertise est de conduire, à la demande du Secrétariat du Conseil du trésor (SCT), des recherches diagnostiques et prospectives, en plus d'élaborer des outils et des modèles de gestion en ressources humaines. Les travaux du Centre doivent également permettre au SCT de dégager une vision prospective par rapport à différentes problématiques liées à la gestion des ressources humaines, afin d'éclairer les orientations gouvernementales en la matière.

Comité clientèle

Pour répondre le mieux possible aux besoins de la fonction publique, le Centre d'expertise s'associe, pour chacun de ses projets de recherche, à différents partenaires de la fonction publique regroupés au sein d'un comité que l'on nomme le comité clientèle.

Ont participé aux travaux du comité clientèle sur la réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale :

- Madame Christiane Bourassa, ministère des Transports
- Monsieur Michel Gagnon, ministère de la Sécurité publique
- Madame Micheline Gamache, Secrétariat du Conseil du trésor
- Madame Carmen Giguère, Secrétariat du Conseil du trésor
- Madame Michelle Girard, ministère du Revenu
- Madame Chantal Hivon, Secrétariat du Conseil du trésor
- Monsieur Louis La Salle, ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
- Madame Vicki Martel, ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
- Madame Grace McCollough, ministère des Transports
- Madame Carmen Robertson, Société d'habitation du Québec
- Monsieur Yvan Savard, Secrétariat du Conseil du trésor

Nous tenons à remercier ces personnes pour leur engagement et leur collaboration. Elles ont permis au Centre d'expertise de s'assurer que les projets de recherche répondent aux attentes des ministères et organismes.

Gestionnaire du projet de recherche :

- Madame Chantal Hivon, Secrétariat du Conseil du trésor

Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'équipe de recherche et ne reflètent pas nécessairement celles de la Ministre.

Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Pour de plus amples renseignements concernant ce document, vous pouvez vous adresser à la Direction du personnel d'encadrement du Sous-secrétariat au personnel de la fonction publique par téléphone au numéro (418) 643-1994 ou par courriel [centre.expertise.grh@sct.gouv.qc.ca].

Révision linguistique : Dominique Dos Ghali, sous la supervision de la Direction des communications (SCT)

Graphisme et mise en page : Direction des communications (SCT)

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES SCHÉMAS, FIGURES ET TABLEAUX	v
1. INTRODUCTION	1
1.1 État des connaissances.....	1
1.2 Cadre théorique.....	5
1.3 Objectifs de l'étude et perspective méthodologique.....	8
2. LE VOLET QUANTITATIF	11
2.1 Profil des répondants.....	13
2.2 L'issue du processus de réinsertion professionnelle : retour au travail <i>vs</i> non-retour au travail	21
2.3 La résolution du problème de santé mentale lors du retour au travail	33
2.4 Analyse qualitative de la question Q9 portant sur les facteurs qui empêchent ou Contribuent à la résolution des problèmes de santé.....	39
2.5 Conclusion	41
3. LE VOLET QUALITATIF	45
3.1 Les participants à l'entrevue	45
3.2 Les événements qui ont précédé l'arrêt de travail.....	48
3.2.1 Des signes et des symptômes avant-coureurs.....	49
3.2.2 Les facteurs personnels.....	55
3.2.3 Les facteurs professionnels.....	63
3.2.4 Conclusion	75
3.3 L'arrêt de travail et le processus de rétablissement	75
3.3.1 Une expérience éprouvante	75
3.3.2 Les mesures médico-administratives : des pratiques pouvant entraver le rétablissement	79
3.3.3 Le traitement : des pratiques centrées sur l'individu.....	89
3.3.4 L'anticipation du retour au travail.....	92
3.3.5 La préparation du retour au travail.....	98
3.3.6 Conclusion	103

3.4	Retour au travail et mesures de soutien	105
3.4.1	Le retour progressif au travail : une mesure essentielle fragilisée par un contexte inchangé	106
3.4.2	La valeur au travail de l'employé : deux logiques autour du même enjeu.....	112
3.4.3	Stratégies de maintien en emploi : les effets négatifs d'un contexte de travail.....	124
3.4.4	Conclusion	131
<hr/>		
4.	SYNTHÈSE ET CONCLUSION	133
<hr/>		
	BIBLIOGRAPHIE	139
<hr/>		
	LISTE DES ANNEXES	
Annexe I	Le questionnaire	143
Annexe II	Les tableaux	149
Annexe III	Le recrutement.....	163

LISTE DES SCHÉMAS, FIGURES ET TABLEAUX

Schéma 1	Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle	6
Figure 1	Répartition des participants selon le sexe.....	14
Figure 2	Répartition des participants selon l'âge	14
Figure 3	Répartition des participants selon la composition du ménage.....	15
Figure 4	Répartition des participants selon le statut d'emploi	15
Figure 5	Répartition des participants selon l'expérience de travail (nombre d'années)	16
Figure 6	Répartition des participants selon le type d'emploi	16
Figure 7	Répartition des participants selon les caractéristiques des absences au travail.....	17
Figure 8	Répartition des participants selon le retour ou non au travail.....	17
Figure 9	Répartition des participants selon la durée de l'absence chez les personnes de retour au travail	18
Figure 10	Répartition des participants selon l'état de santé perçu	19
Figure 11	Répartition des participants selon la vie sociale.....	19
Figure 12	Répartition des participants selon la cause de l'arrêt de travail.....	20
Figure 13	Répartition des participants selon les facteurs liés au travail.....	21
Figure 14	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon le sexe.....	22
Figure 15	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon l'âge	23
Figure 16	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon la composition du ménage.....	24
Figure 17	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon le statut d'emploi	25
Figure 18	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon l'expérience de travail	26
Figure 19	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon le type d'emploi	27

Figure 20	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon les caractéristiques des absences au travail.....	28
Figure 21	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon l'état de santé perçu	29
Figure 22	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon la vie sociale.....	30
Figure 23	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon la cause de l'arrêt de travail	31
Figure 24	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon les facteurs liés au travail	32
Figure 25	Répartition des répondants de retour au travail selon la résolution ou non du problème de santé.....	33
Figure 26	Résolution ou non du problème de santé selon les caractéristiques des absences au travail.....	34
Figure 27	Résolution ou non du problème de santé selon l'état de santé perçu	35
Figure 28	Résolution ou non du problème de santé selon la vie sociale	36
Figure 29	Résolution ou non du problème de santé selon la cause de l'arrêt de travail	36
Figure 30	Résolution ou non du problème de santé selon les facteurs liés au travail.....	37
Figure 31	Résolution ou non du problème de santé selon les changements apportés ou non au travail.....	38
Figure 32	Tableau-synthèse des principaux résultats significatifs (volet quantitatif).....	43
Figure 33	Distribution des employés interrogés selon la catégorie d'emploi, le sexe, la durée de l'absence et l'issue du processus de réinsertion professionnelle (retour vs non-retour au travail)	46
Figure 34	Distribution des acteurs interrogés selon le type de ressource (interne vs externe).....	47

Tableau 1	Répartition des participants selon les caractéristiques démographiques.....	149
Tableau 2	Répartition des participants selon les caractéristiques de l'emploi.....	150
Tableau 3	Répartition des participants selon les caractéristiques des absences au travail	151
Tableau 4	Répartition des participants selon l'état de santé perçu et la vie sociale	152
Tableau 5	Répartition des participants selon la cause de l'arrêt de travail et les facteurs liés au travail.....	153
Tableau 6	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon les caractéristiques démographiques.....	154
Tableau 7	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon les caractéristiques de l'emploi.....	155
Tableau 8	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon les caractéristiques des absences au travail	156
Tableau 9	Issue du processus de réinsertion professionnelle selon l'état de santé perçu et la vie sociale	157
Tableau 10	Résolution ou non du problème de santé mentale selon la cause de l'arrêt et les facteurs liés au travail	158
Tableau 11	Résolution ou non du problème de santé mentale selon les caractéristiques des absences au travail	159
Tableau 12	Résolution ou non du problème de santé mentale selon l'état de santé perçu et la vie sociale	160
Tableau 13	Résolution ou non du problème de santé mentale selon cause de l'arrêt de travail et les facteurs liés au travail.....	161
Tableau 14	Résolution ou non du problème de santé mentale selon les conditions de la réinsertion professionnelle	162

Louise St-Arnaud est chercheure à l'équipe RIPOST depuis plus de 10 ans. Elle est titulaire d'un doctorat en sciences biomédicales (réadaptation psychosociale) de l'Université de Montréal, d'une maîtrise en psychologie, d'une maîtrise en santé communautaire (santé au travail) de l'Université Laval. Elle possède une bonne expertise dans le domaine de la réadaptation et de la santé mentale au travail. De plus, elle possède une expérience de plus de 15 ans dans le milieu de la recherche en santé mentale au travail, ainsi qu'une expérience clinique en psychologie et en psychodynamique du travail.

Micheline Saint-Jean est professeure agrégée à l'école de réadaptation de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Elle est également psychanalyste. Elle possède une vaste expérience dans le domaine de la réadaptation en santé mentale, ainsi qu'une expertise clinique en santé mentale. Ses travaux en psychodynamique du travail lui donnent également une expérience de recherche en milieu de travail.

Jean Damasse est titulaire d'une maîtrise en sociologie de l'Université Laval. En tant que professionnel de recherche au Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud, il a participé à l'élaboration et à la réalisation de diverses études portant sur le « vieillissement » au travail, sur l'organisation de services destinés à des populations spécifiques (personnes aidantes, gens atteints d'un trouble de santé mentale et toxicomanie) et sur les déterminants sociaux des inégalités de santé.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance aux personnes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire. Cette recherche prend également tout son sens grâce à la parole des 37 employés de la fonction publique qui ont accepté de témoigner, non sans effort, de leur parcours. Nous remercions aussi les acteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle qui ont généreusement partagé leur expérience.

De plus, nous tenons à remercier les membres du comité clientèle pour leur engagement et leur précieuse collaboration.

Enfin, nous souhaitons souligner tout particulièrement le travail de madame Chantal Hivon pour son professionnalisme, sa rigueur et son soutien tout au long du projet.

1. INTRODUCTION

Les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail, et ce phénomène a connu une croissance phénoménale au cours des dernières années (Gabriel et Liimatainen, 2000; Nystuen *et al.*, 2001). Au Québec, la proportion de travailleuses et de travailleurs qui se sont absentés au moins une journée à la suite d'un problème de santé mentale a presque doublé entre 1987 et 1998, passant de 7,2 à 13,2 % (Vézina et Bourbonnais, 2001). En plus de s'absenter plus souvent, les personnes s'absentent plus longtemps. Ainsi, entre 1992 et 1998, le nombre annuel moyen de journées d'incapacité par personne, a plus que triplé pour les problèmes de santé mentale (*ibid.*). Au chapitre des absences de longue durée (plus de six mois), on estime que de 30 à 50 % des absences sont attribuables à des problèmes de santé mentale (CPQ, 1998; Ranno, 2000; DSP, 2001). Ces problèmes de santé entraînent généralement de longues périodes d'invalidité, en plus de comporter un risque élevé de rechutes (Conti et Burton, 1994).

Les employés de la fonction publique québécoise n'échappent pas à ce phénomène. À l'instar des organisations des grandes sociétés occidentales, les nombreuses transformations qu'a connues la fonction publique au cours des dernières années et celles qui sont à prévoir pour les années à venir ne sont pas sans laisser de traces sur la santé mentale des employés. Pourtant, la mission de la fonction publique québécoise et les exigences en matière de qualité des services sont tributaires de la capacité de travail de ses employés. Les gestionnaires et le personnel des ressources humaines doivent donc se donner les moyens d'aider les travailleuses et travailleurs qui sont de retour au travail après une absence prolongée en raison d'un problème de santé mentale, à reconquérir leur capacité de travail et leur assurance face à leur avenir professionnel afin qu'ils puissent contribuer pleinement à relever ces nouveaux défis.

1.1 État des connaissances

Dans le champ de la santé mentale, la majorité des études recensées sur le sujet portent spécifiquement sur les personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, telle la schizophrénie, et dont la trajectoire de vie est surtout marquée par des difficultés d'insertion en emploi plutôt que de réintégration au travail (Mercier *et al.*, 1999; Brouillette *et al.*, 2003). Aussi, 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 demeurent exclues du monde du travail. En effet, on estime que 75 à 90 % des personnes atteintes sont sans emploi (Ahrens *et al.*, 1999; Latimer, 2001), et seulement 10 à 15 % des personnes qui obtiennent un emploi sont encore en poste de 1 à 5 ans après (Jacobs *et al.*, 1992). Ainsi, obtenir un emploi demeure un processus difficile,

mais réussir à s'y maintenir semble représenter un défi tout aussi ardu. L'état de santé, le type de diagnostic, le manque de confiance en ses capacités fonctionnelles, souvent ajoutés à un faible niveau de scolarité, peu d'antécédents de travail et une faible estime de soi sont des caractéristiques individuelles qui font obstacle à l'intégration en emploi (Mercier *et al.*, 1999). Dans ces études, l'individu, évalué en fonction de ses capacités et de ses incapacités, demeure au centre de l'analyse. Or, 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 explorées en matière d'intégration en emploi (Mercier *et al.*, 1999; Banks *et al.*, 2001; Bond *et al.*, 2001; Brouillette *et al.*, 2003). Elles sont de plus en plus orientées vers l'analyse des conditions de soutien en milieu de travail. Selon Tessier et Clément (1992), la notion de soutien vient redéfinir les éléments dont il faut tenir compte pour assurer le succès de la réadaptation au travail. Dans cette perspective, les obstacles à l'insertion en emploi ne sont plus seulement centrés 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 d'un système de soutien ancré sur la réalité du terrain. On constate ainsi une évolution des programmes d'intégration en emploi vers des modèles qui incluent le soutien des personnes dans leur milieu de vie.

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. On observe que les travailleurs 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 (Demazière, 1995; Frigul, 1997). On constate également que la durée du chômage, comme la durée d'absence pour maladie en santé mentale au travail, joue un rôle considérable sur les possibilités et les conditions de réinsertion. Toutefois, rares sont les études qui établissent une relation entre les circonstances de la maladie, ses caractéristiques et son évolution avec les conditions de travail. Selon Frigul (1997), 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. 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 davantage l'accent sur les difficultés rencontrées au travail pour expliquer la dégradation de leur état de santé. Ainsi, l'ensemble de ces travaux soutiennent l'idée 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 influencée par le travail.

Du côté de la santé au travail, les travaux réalisés en matière de réinsertion professionnelle touchent essentiellement les problèmes de santé physique et, plus souvent, les travailleurs accidentés. De plus, ces travaux demeurent encore principalement centrés sur les aspects de la prise en charge médicale (Baril *et al.*, 1994). Or, il est de plus en plus reconnu que la réinsertion professionnelle doit être analysée comme un problème qui dépasse largement le monde médical. Les travaux de Baril *et al.* (1994) ont montré que les conditions qui entourent le parcours médical du travailleur, sa trajectoire professionnelle, son itinéraire personnel et social doivent être considérés dans l'analyse du phénomène.

Par ailleurs, le processus de restauration de la santé et de rétablissement des capacités, qui comprend les activités curatives, est souvent considéré comme étant une étape précédant celle de la réadaptation.

Le repos constitue le premier investissement de temps dans la phase de rétablissement (Bernier, 1994). 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 la psychothérapie. Toutefois, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre approche, elles sont toutes deux centrées sur l'individu et présentent donc plusieurs limites lorsque le problème provient de l'environnement (Vézina, 1996). De plus, les principaux services d'aide offerts en milieu de travail par les entreprises fonctionnent essentiellement sur un mode d'intervention clinique et sont orientés vers une 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 renvoient 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 les problèmes de santé mentale au travail s'adressent à l'individu, alors que plusieurs recherches ont montré que les facteurs organisationnels jouent un grand rôle.

Les modes de gestion de l'absence au travail influencent également le processus de rétablissement 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 demande d'expertise et il y aura parfois contestation de l'incapacité de travail par l'employeur ou le tiers payant (compagnie d'assurance, etc.). Cette contestation est d'autant plus importante pour les problèmes de santé qui ne s'accompagnent pas de déficiences organiques manifestes. Certaines personnes ont connu des difficultés pour l'obtention d'un congé ou pour son prolongement, ce qui a eu pour effet de précipiter le retour au travail et de retarder le processus de récupération. Par ailleurs, plus la durée de l'invalidité se prolonge, plus les chances de reprendre le travail diminuent (Laurier et Barette, 1996). Le nombre d'épisodes antérieurs est également un facteur qui prédit la difficulté de revenir 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.

En résumé, les travaux en santé mentale nous amènent à tenir compte des facteurs individuels, mais également à considérer le rôle du soutien offert en milieu de travail pour aider les personnes à réintégrer leur emploi. Les travaux sur le chômage de longue durée nous invitent à concevoir le processus de réinsertion professionnelle en considérant les facteurs professionnels qui ont précédé l'arrêt de travail. En santé au travail, les travaux de Baril et Berthelette (2000), ceux de Durand *et al.* (2001) ainsi que ceux de Loisel *et al.* (2001) sur la réintégration des travailleurs ayant des incapacités, confirment la nécessité d'accorder une plus grande importance aux modèles qui tiennent compte des dimensions reliées à l'environnement de travail et au rôle des acteurs impliqués dans le processus de retour au travail. De plus, les travaux de Baril *et al.* (1994) rendent compte du rôle des procédures médico-administratives dans la gestion de l'absence. Nos travaux ont également révélé que l'arrêt de travail et le rétablissement des capacités est une étape charnière dans le processus de réinsertion professionnelle. L'anticipation des conditions de retour au travail pendant la période d'absence affecte grandement le processus de résolution des problèmes de santé mentale.

Cette brève recension des écrits nous amène à considérer la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi non pas uniquement sous l'angle des capacités individuelles d'adaptation, mais aussi 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.

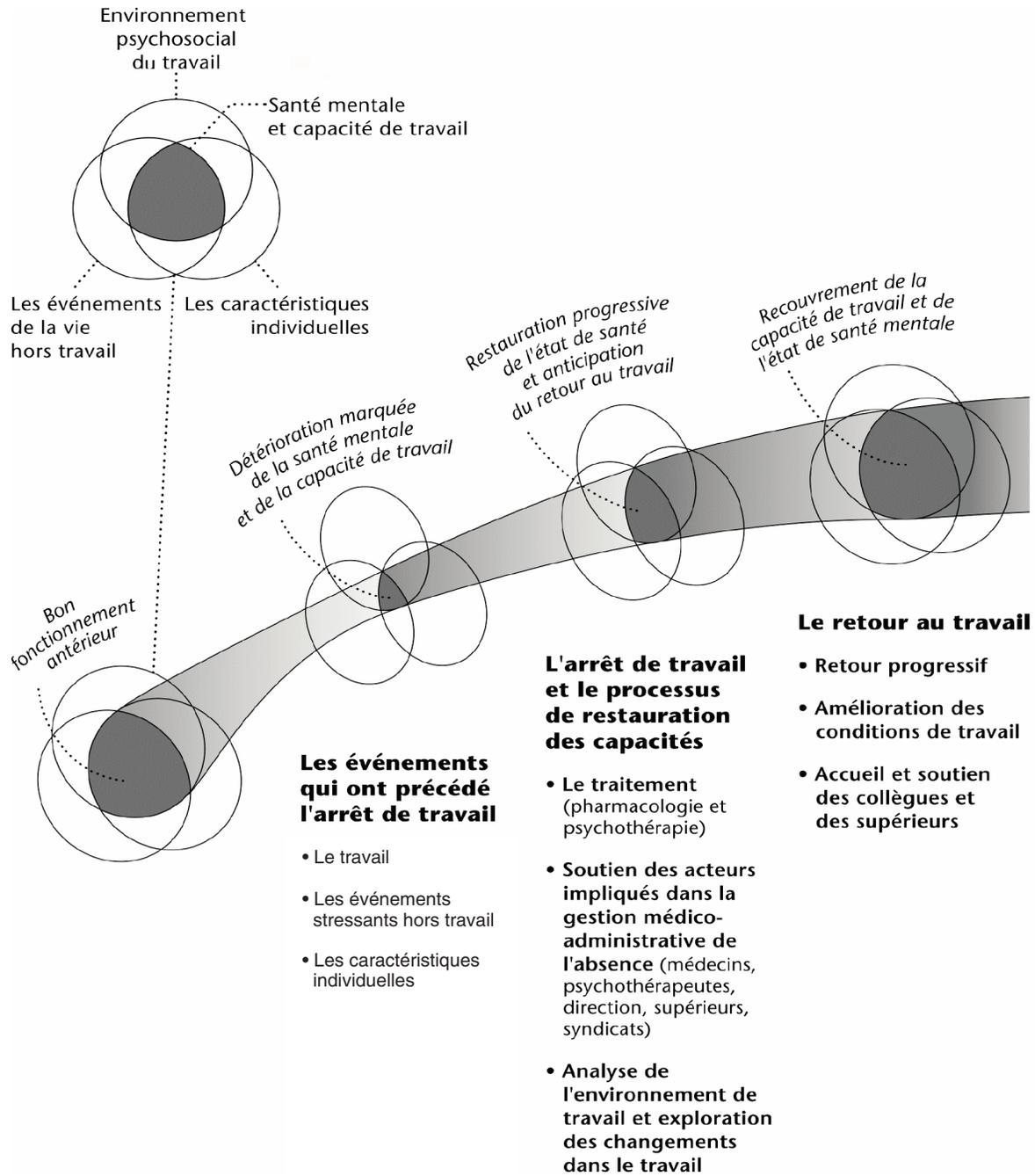
1.2 Cadre théorique

En référence aux quelques travaux publiés sur la réinsertion professionnelle, nous envisageons 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 rétablissement des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail.

Nos travaux ont permis l'élaboration d'un modèle permettant d'élargir et de préciser les dimensions à prendre en compte pour faciliter la réinsertion professionnelle et le maintien en emploi des travailleurs vulnérables.

Ces dimensions concernent les facteurs individuels et organisationnels dans l'analyse du phénomène, le rôle des acteurs impliqués dans la gestion médico-administrative de l'absence pour maladie, les facteurs qui jouent sur l'anticipation du retour au travail et sur ses conditions, et enfin, les mesures de soutien dans le milieu de travail qui favorisent ou empêchent l'intégration et le maintien en emploi des personnes concernées.

Schéma 1 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 exercée entre les caractéristiques individuelles, l'environnement psychosocial de travail et les événements stressants de la vie hors du travail. Les caractéristiques individuelles intègrent notamment des facteurs comme l'âge et le sexe, mais également les dimensions personnelles liées à la santé physique et mentale des personnes, notamment l'histoire psychiatrique.

Les événements de la vie hors du travail renvoient aux facteurs sociaux (soutien des proches, contexte familial, etc.) qui peuvent survenir dans la vie hors du travail et agir sur la santé mentale et sur 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'autres termes, elles conditionnent le « quoi faire », le « comment le faire », de même que le « combien en faire » dans un temps donné. Les dimensions humaines concernent plus spécifiquement les rapports sociaux au travail. Elles renvoient aux modes d'interaction et aux modes de communication entre les personnes, que ce soit sur le plan vertical (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 du 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.

L'arrêt de travail et la restauration des capacités est une étape charnière dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelles. La restauration des capacités s'organise autour des traces laissées par les événements qui ont contribué au retrait du travail.

Les facteurs professionnels qui ont joué un rôle dans l'apparition de la maladie doivent également 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 oriente l'harmonisation des pratiques entre les 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 (personnel de 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 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 prévues avant le retour au travail. À cet effet, nous reprenons l'argumentation proposée par Dodier (1983) pour aborder ces dimensions en considérant les jugements portés sur la valeur au travail de l'employé par les personnes de son milieu de travail. Nous montrerons ainsi en quoi la « crédibilité » (réputation) qu'il a acquise dans son milieu de travail relève d'une double logique. D'une part, une « logique de confiance », lorsque l'interprétation *a priori* du rapport au travail de l'employé lui est favorable, et, d'autre part, une « logique de soupçon » dans le cas contraire.

Dans le contexte de ce projet de recherche, nous retenons comme hypothèse de travail 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 déterminée par les rapports au travail et ses conditions d'exercice. Dans cette perspective, le retour au travail 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.

1.3 Objectifs de l'étude et perspective méthodologique

Le but 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 écrits antérieurs sur le sujet nous ont amenés 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 des individus et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail de ces derniers. De façon plus spécifique, ce projet comprend trois grands objectifs :

1) Identifier et décrire les facteurs qui ont contribué au retrait du travail

Il s'agit ici de cerner les différents facteurs individuels et professionnels qui ont contribué au retrait du travail. La démarche permet de situer les personnes en fonction des caractéristiques de leur maladie et des événements qui ont contribué au retrait du travail. Elle permet de tracer un portrait des différents facteurs professionnels susceptibles de conduire à une fragilisation de l'état de santé des personnes.

2) Préciser les interventions et les différentes stratégies utilisées dans le cadre du processus de rétablissement des capacités

L'arrêt de travail crée l'espace nécessaire au rétablissement des capacités. 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 impliqués dans ce processus de réinsertion professionnelle peuvent jouer sur les orientations et les décisions qu'auront à prendre les travailleurs en matière de retour au travail.

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

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

Ces différentes dimensions ont été examinées à partir de deux types d'approches méthodologiques. Dans un premier temps, nous avons effectué une analyse quantitative des résultats d'un questionnaire complété par 582 employés de la fonction publique québécoise qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale, tel qu'attesté par un certificat médical, au cours des années 1993 à 1996. L'analyse de ces données a permis d'établir le profil de ces employés et de décrire l'issue de la réinsertion professionnelle selon différentes variables.

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à une analyse qualitative basée sur des entrevues réalisées, d'une part, auprès d'employés de la fonction publique québécoise qui s'étaient absentes au cours des années 1998 à 2001 en raison d'un problème de santé mentale et, d'autre part, auprès de différents acteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle de ces employés. Cette démarche permet d'accéder à l'expérience subjective de ce processus par les acteurs concernés, à travers l'interprétation qu'ils font des événements vécus. Ce matériel d'entrevue a servi à reconstruire la trajectoire de ces travailleurs en tenant compte de l'aspect dynamique qui relie les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, les aspects de la restauration des capacités et les conditions qui ont favorisé ou empêché le retour au travail. Nous avons également identifié les événements qui se situent à l'interface de sphères d'ordre personnel et professionnel. Enfin, la réalisation d'entrevues auprès de différents acteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle a permis d'élargir notre compréhension du phénomène. Les détails d'ordre méthodologique concernant chacune de ces deux approches sont présentés dans les sections suivantes de ce rapport. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, CLSC, centre affilié universitaire.

2. LE VOLET QUANTITATIF

Ce document présente les résultats de l'analyse des données d'un questionnaire colligé auprès de 582 employés de la fonction publique québécoise qui se sont absentes de leur travail pendant une période de plus de trois semaines en raison d'un problème de santé mentale, certifié par un diagnostic médical.

Les données utilisées proviennent d'une étude par questionnaire réalisée par les chercheurs en 1998-2001, sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelles à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. Cette étude a été menée auprès d'employés des secteurs de la santé, de l'éducation et de la fonction publique, des régions de Québec et de Montréal, inscrits au fichier d'assurance salaire de la Commission administrative de régimes de retraite et d'assurance (CARRA), à la suite d'une absence pour maladie en raison d'un problème de santé mentale. Dans cette étude, 3828 questionnaires ont été distribués par la poste. Les envois du questionnaire ont été réalisés par la CARRA afin de garantir l'entière confidentialité aux personnes susceptibles de participer à la recherche. Une enveloppe-réponse affranchie et adressée aux chercheurs a été incluse avec le questionnaire. Un rappel a été effectué afin d'assurer un meilleur taux de réponse. À la suite de l'envoi postal, 290 questionnaires n'ont pas atteint leurs destinataires et nous ont été retournés. De plus, nous avons dû retirer 34 questionnaires en raison d'un trop grand nombre de données manquantes. Au total, 1850 questionnaires ont été sélectionnés, ce qui représente un taux de réponse de 52 % de la population totale. Parmi les 1850 répondants, nous avons sélectionné, pour les besoins de la présente étude, 582 questionnaires portant spécifiquement sur les employés de la fonction publique québécoise.

Le questionnaire, dont la plupart des questions étaient fermées, se voulait court et simple, afin de favoriser un meilleur taux de réponse et d'éviter les difficultés de concentration que peuvent avoir les personnes malades. Ce questionnaire est présenté à l'annexe I.

Le questionnaire a été élaboré de façon à tenir compte, en plus des variables démographiques, de certaines caractéristiques du 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 comme la durée de la maladie, le nombre d'épisodes d'arrêt de travail, 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 qui portent sur la cause du problème

de santé mentale et sur les facteurs organisationnels reliés au processus de réinsertion professionnelle ont été rédigées sur la base des grands facteurs de risque identifiés dans la littérature. Enfin, d'autres questions portaient sur le retour au travail, les conditions de la réinsertion professionnelle et la résolution du problème de santé mentale.

Ce volet quantitatif de notre recherche vise à décrire et à comparer le profil des participants et l'issue du processus de réinsertion professionnelle de 582 employés de la fonction publique (parmi les 1850 participants sur lesquels portait l'étude) qui se sont absentes de leur travail en raison d'un problème de santé mentale. Dans un premier temps, nous présentons le profil général des répondants à partir de certaines caractéristiques démographiques et professionnelles soit le sexe, l'âge, la situation familiale (présence d'un conjoint, présence d'un enfant de moins de 18 ans à la maison), le type d'emploi, le statut d'emploi et l'expérience de travail (en nombre d'années).

Dans un deuxième temps, nous avons procédé à des analyses statistiques afin de vérifier si les personnes qui ont effectué un retour au travail se répartissent de la même façon que celles qui ne sont pas de retour au travail (retour au travail *vs* non-retour au travail).

Dans un troisième temps, nous avons comparé les données de toutes les personnes qui ont effectué un retour au travail en fonction de la résolution ou non de leur problème de santé mentale. Enfin, nous avons analysé les données portant sur les conditions de la réinsertion professionnelle (retour progressif et changements apportés au travail).

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Le test du Khi carré (χ^2) a été utilisé afin de vérifier la répartition des répondants en fonction du retour ou non au travail et selon la résolution ou non des problèmes de santé mentale. Rappelons que le test du χ^2 ne suppose pas de relation de cause à effet entre deux variables. Il sert plutôt à mesurer la force et la direction d'une association possible entre celles-ci. La valeur du X^2 est égale à zéro si aucune différence n'existe entre les fréquences observées et les fréquences dites théoriques (ou « attendues »). Par contre, la valeur du X^2 est d'autant plus élevée que ces différences sont plus grandes. La valeur p correspond au seuil de signification déterminé à partir de la table standardisée de distribution du X^2 . Ainsi, les résultats sont considérés statistiquement significatifs lorsque * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$ (voir les tableaux à l'annexe II).

Nous avons complété cette analyse des données en examinant l'information recueillie dans la réponse à une question ouverte (question Q9) qui porte sur les facteurs qui ont empêché ou contribué à la résolution du problème de santé mentale des répondants (voir questionnaire à l'annexe I).

En guise de conclusion, ce document présente les principaux constats qui découlent de ces résultats et propose quelques pistes de réflexion à développer dans le volet qualitatif de cette recherche.

2.1 Profil des répondants

Nous avons tracé le profil des 582 employés de la fonction publique à partir de la distribution de fréquence des variables démographiques et socioprofessionnelles suivantes :

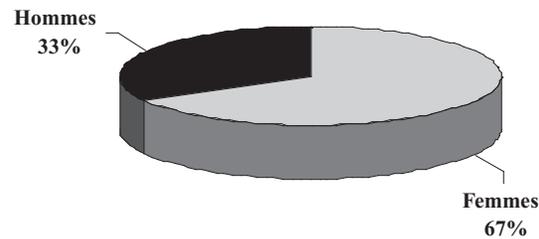
- 1) Caractéristiques démographiques (sexe, âge, composition du ménage);
- 2) Caractéristiques de l'emploi (statut d'emploi, temps de travail, nombre d'années de travail et type d'emploi);
- 3) Profil d'absence au travail (épisodes antérieurs, retour ou non au travail, durée d'absence);
- 4) État de santé perçu et vie sociale (prise de médicaments, santé générale, résolution ou non du problème, entourage à qui on peut se confier, satisfaction ou non de la vie sociale);
- 5) Cause de l'arrêt de travail (raison personnelle, travail, raison personnelle et travail);
- 6) Facteurs reliés au travail (surcharge de travail, inquiétude quant à la perte d'emploi, absence d'autonomie, non-reconnaissance des efforts au travail, conflit avec le supérieur immédiat, conflit avec un ou des collègues, évaluation négative du travail accompli, autres facteurs).

En ce qui a trait aux caractéristiques démographiques des 582 employés de la fonction publique qui ont répondu au questionnaire, on observe sur la figure 1¹ que les femmes représentent les deux tiers (67 %) des participants à cette étude, alors que les hommes composent l'autre tiers (33 %). À ce sujet, signalons qu'au cours des années 1996 à 2000, les hommes composaient en moyenne 48 % des effectifs de la fonction publique alors que les femmes représentaient en moyenne 52 % de celle-ci (Secrétariat du

¹ Dans les figures présentées ici, et dans les tableaux correspondants présentés à l'annexe II, le N total peut varier en raison de données manquantes.

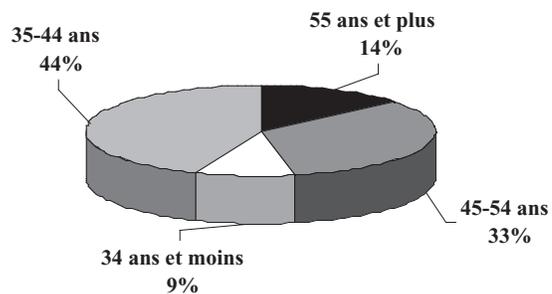
Conseil du trésor, 2001). Cet écart entre les hommes et les femmes s'observe également dans l'Enquête sociale et de santé du Québec, où l'on note que les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à présenter un niveau élevé de détresse psychologique (Légaré et coll., 2000).

FIGURE 1
Répartition des participants selon le sexe



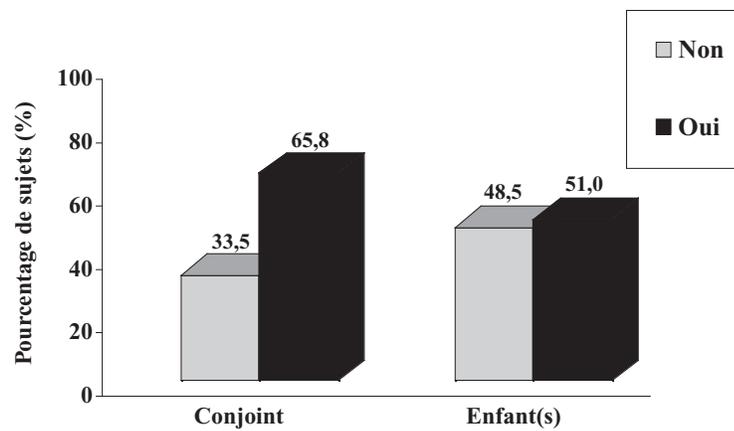
Sur la figure 2, on observe une concentration des participants à cette étude dans le groupe d'âge des 35-44 ans (44%). L'âge moyen des participants est de 44 ans; il est similaire à l'âge moyen de l'ensemble des effectifs de la fonction publique entre 1996 et 2000 (Secrétariat du Conseil du trésor, 2001).

FIGURE 2
Répartition des participants selon l'âge



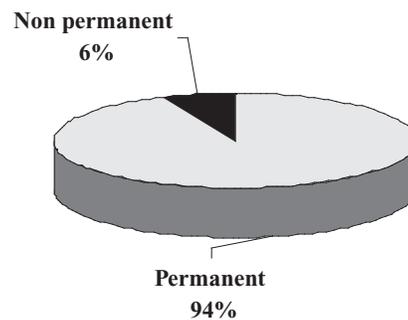
En ce qui a trait à la composition du ménage de ces employés, illustrée à la figure 3, signalons que 65,8% d'entre eux disent vivre avec un conjoint ou une conjointe et 51,0% ont des enfants âgés de moins de 18 ans qui vivent à la maison.

FIGURE 3
Répartition des participants selon la composition du ménage



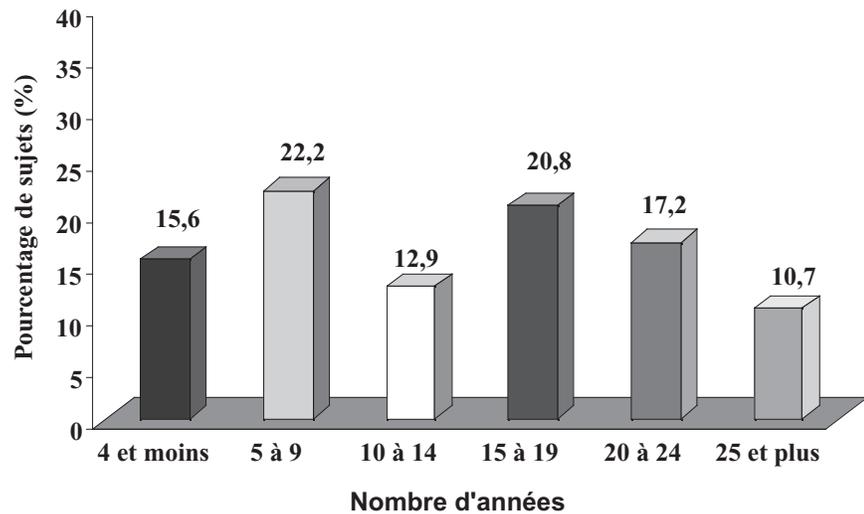
Si l'on s'attarde maintenant aux caractéristiques de l'emploi des répondants, on constate que la presque totalité d'entre eux, soit 94%, occupent un poste permanent (figure 4).

FIGURE 4
Répartition des participants selon le statut d'emploi



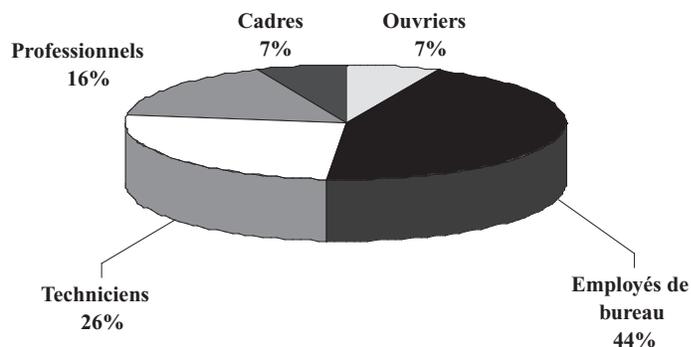
La figure 5 indique que près des deux tiers des participants cumulent 10 ans d'expérience de travail et plus dans la fonction publique québécoise (61,6%).

FIGURE 5
Répartition des participants selon l'expérience de travail (nombre d'années)



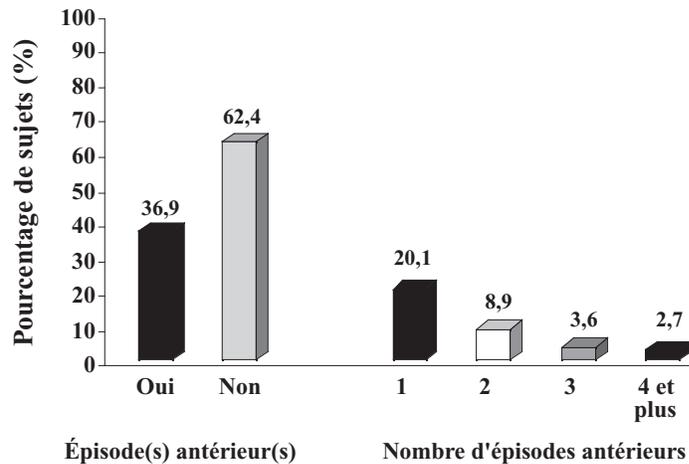
En ce qui a trait au type d'emploi occupé, la figure 6 montre qu'on retrouve parmi ces employés, 7 % d'ouvriers, 44 % d'employés de bureau, 26 % de techniciens, 16 % de professionnels et 7 % de cadres. En comparaison avec l'effectif de la fonction publique de 1996 à 2000, il y a donc, dans cet échantillon, surreprésentation des employés de bureau (44 % contre 28 %) et sous-représentation des professionnels (16 % contre 27 %).

FIGURE 6
Répartition des participants selon le type d'emploi



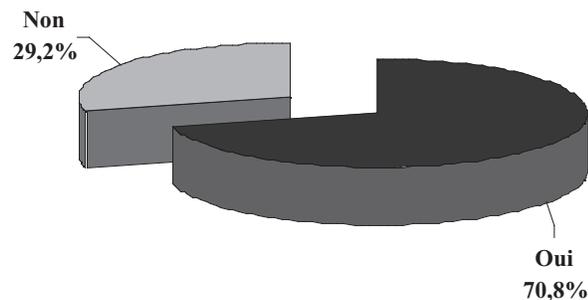
Par ailleurs, comme l'indique la figure 7, l'analyse des données concernant les absences au travail montre qu'au moment de compléter le questionnaire, la grande majorité des répondants (62,4 %) en était à leur premier épisode d'absence au travail en raison d'un problème de santé mentale, alors que 20,1 % avaient déjà connu un épisode antérieur d'arrêt de travail pour ce même motif; 8,9 %, deux épisodes; 3,6 %, trois épisodes et 2,7 %, quatre épisodes et plus.

FIGURE 7
Répartition des participants selon les caractéristiques des absences au travail



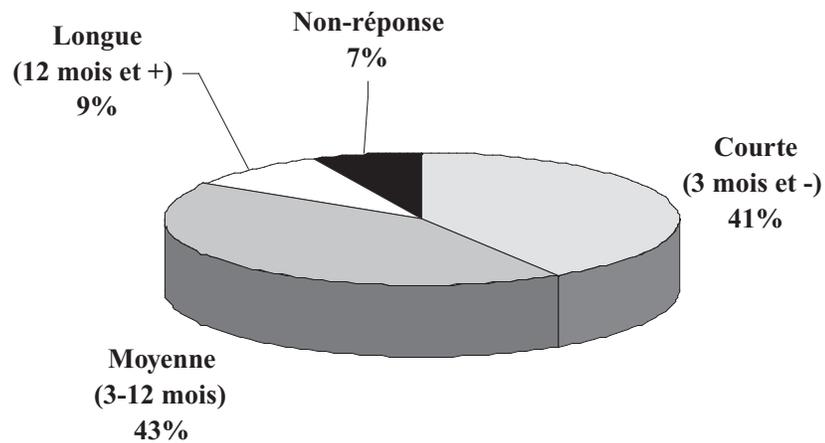
Les figures 8 et 9 illustrent d'une part, la situation de retour ou non au travail et, d'autre part, la durée de l'absence du travail. Au total, 70,8 % des personnes étaient de retour au travail et 29,2 % n'y étaient pas retourné au moment où nous les avons questionnées à ce sujet (figure 8).

FIGURE 8
Répartition des participants selon le retour ou non au travail



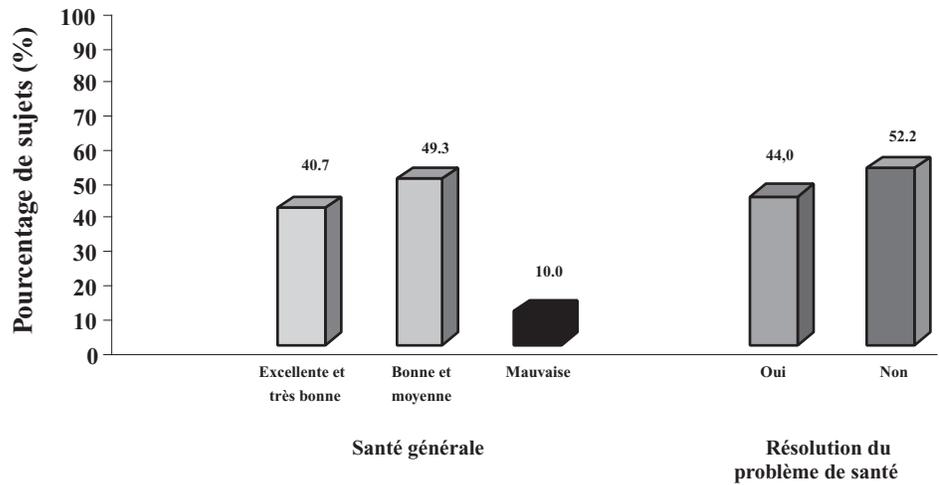
Parmi les personnes qui étaient de retour au travail, 41 % ont effectué un retour après une durée d'absence de moins de 3 mois, 43 % ont été absentes pour une durée variant entre 3 à 12 mois, et 9 % des personnes s'étaient absentées plus d'un an (figure 9).

FIGURE 9
Répartition des participants selon la durée d'absence des personnes de retour au travail



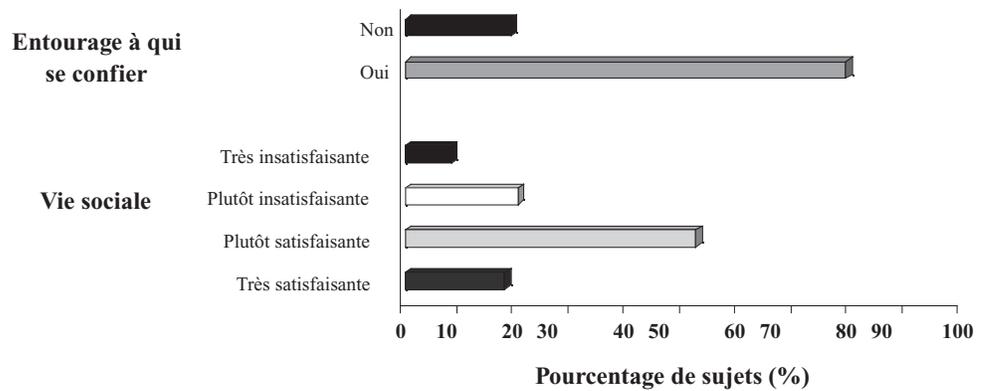
Avant de porter un regard attentif à certaines caractéristiques permettant de qualifier l'état de santé perçu et la vie sociale de ces participants, mentionnons que la plupart d'entre eux, soit 88,1 %, disent avoir pris des médicaments prescrits par un médecin pour traiter leur problème de santé mentale. Selon Santé Québec (1988) et Shalbolt (1997), la perception qu'ont les personnes de leur état de santé constitue un indicateur fiable et valide de leur état de santé. Comme on peut l'observer sur la figure 10, lorsqu'ils se prononcent sur leur état de santé générale, 10 % des répondants se considèrent en mauvaise santé et 49,3 % évaluent leur santé comme étant de moyenne à bonne. Par ailleurs, plus de la moitié des répondants (52,2 %) estiment ne pas avoir résolu leur problème de santé mentale.

FIGURE 10
Répartition des participants selon l'état de santé perçue



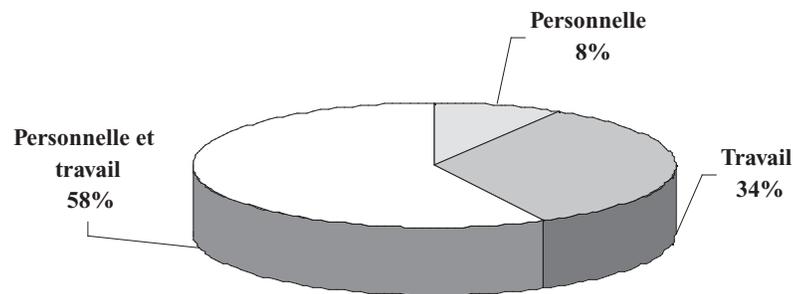
Signalons que la plupart des participants (72,5 %) considèrent leur vie sociale comme étant plutôt satisfaisante, voire même très satisfaisante, alors que 20 % mentionnent n'avoir personne dans leur entourage à qui se confier au sujet de leur problème de santé (figure 11).

FIGURE 11
Répartition des participants selon la vie sociale



Si l'on s'attarde maintenant à analyser la perception des répondants quant aux causes ayant mené à l'arrêt de travail, on remarque sur la figure 12 que seulement 8 % des répondants font essentiellement référence à des motifs liés à leur vie personnelle pour expliquer cet arrêt de travail, alors que 34 % des répondants l'attribuent uniquement à leur travail; le reste des répondants, soit 58 %, mentionnent des éléments liés à la fois à leur vie personnelle et à leur travail. Au total, plus de 90 % de la population à l'étude fait ainsi référence, en tout ou en partie, à la vie professionnelle pour rendre compte de la détérioration de son état de santé et de l'arrêt de travail qui s'ensuit.

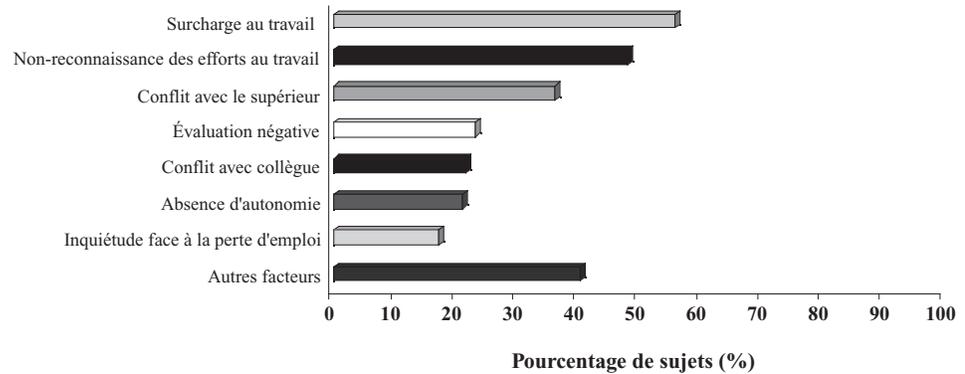
FIGURE 12
Répartition des participants selon la cause de l'arrêt de travail



Quant aux facteurs reliés au travail² qui sont susceptibles d'expliquer cet arrêt de travail (figure 13), les trois items spécifiques le plus souvent mentionnés sont la « surcharge de travail », qui préoccupe plus de la moitié des répondants (56 %), suivi de la « non-reconnaissance des efforts au travail », mentionné par 48,1 % des participants, puis le « conflit avec un supérieur », un item choisi par 36,4 % des personnes interrogées. Ajoutons que 40,5 % des répondants se réfèrent à d'autres facteurs (harcèlement sexuel, attitudes négatives, violence, etc.).

² Ces facteurs reliés au travail ne s'excluent pas mutuellement puisque les répondants pouvaient cocher un ou plusieurs de ces items sur le questionnaire (voir l'annexe I).

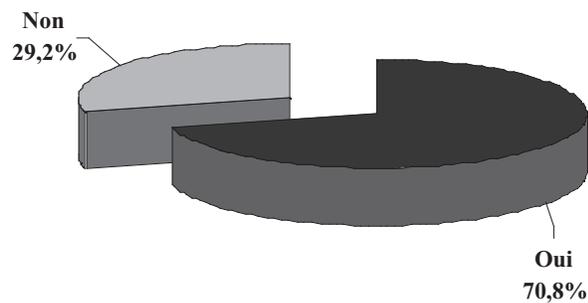
FIGURE 13
Répartition des participants selon les facteurs liés au travail



2.2 L'issue du processus de réinsertion professionnelle : retour au travail vs non-retour au travail

Ce profil général des répondants, établi à partir de certaines caractéristiques démographiques et professionnelles, nous amène maintenant à observer, toujours en tenant compte des mêmes facteurs, si les personnes ayant effectué un retour au travail se répartissent de la même façon que celles qui ne sont pas de retour au travail (retour au travail *vs* non-retour au travail). À ce sujet, nous avons vu, sur la figure 8 que nous avons présentée dans la section précédente et ici reproduite, qu'au total, 70,8 % des répondants étaient de retour au travail alors que 29,2 % n'y étaient pas retourné au moment où nous les avons questionnés à ce sujet.

FIGURE 8
Répartition des participants selon le retour ou non au travail

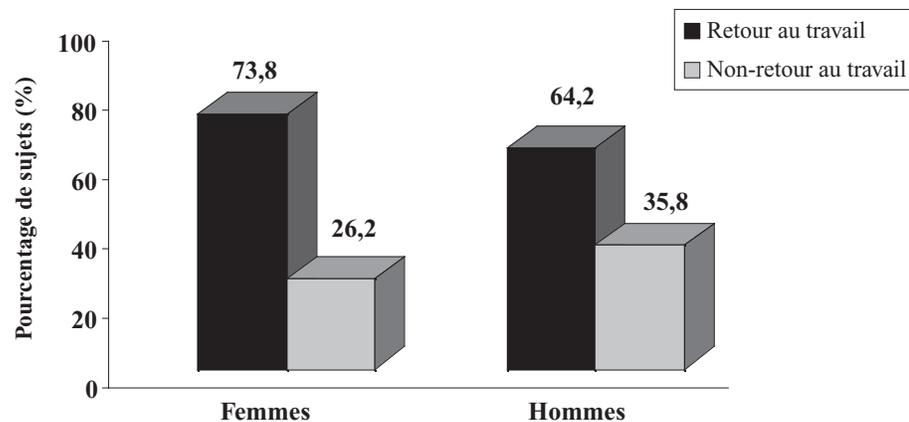


C'est dans le but manifeste d'identifier les facteurs qui sont associés à l'issue du processus de réinsertion professionnelle des employés de la fonction publique, soit le retour au travail ou le non-retour au travail après une absence pour cause de maladie, que nous avons croisé cette variable avec les variables démographiques et professionnelles décrites dans la section précédente du présent rapport de recherche. Dans la suite de ce document, les figures présentées font état essentiellement des résultats jugés significatifs sur le plan statistique.

Sur les figures 14 à 16 apparaissent les résultats concernant l'analyse des caractéristiques démographiques des participants.

Sur la figure 14, on observe, en premier lieu, que plus de femmes (73,8%) que d'hommes (64,2%) ont effectué un retour au travail après une période d'arrêt de travail de plus de trois semaines. Cette différence peut s'expliquer, en partie, par la présence d'un réseau de soutien qui serait davantage mobilisé par les femmes au cours de l'arrêt de travail, comparativement aux hommes. De nombreuses études ont montré que les femmes peuvent compter sur un réseau social plus large et plus varié que celui des hommes lorsqu'elles en ont besoin (Russell 1999 cité dans Malenfant *et al.* 2002 : 42; Belle, 1989). En effet, en raison de leur engagement sur le marché du travail et au foyer, elles disposent, dans leur entourage, de personnes autres que leur conjoint à qui elles peuvent se confier (Antonucci, 1994).

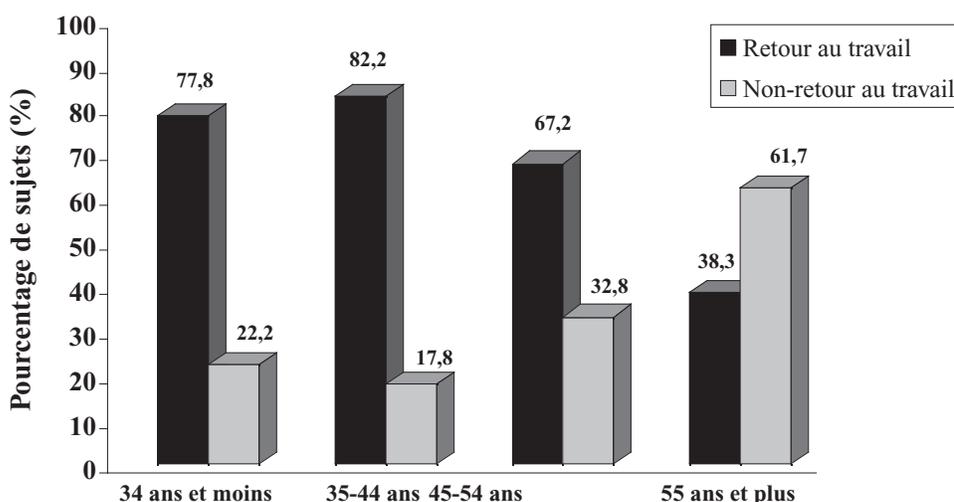
FIGURE 14
Issue du processus de réinsertion professionnelle selon le sexe



Dans cette perspective, le réseau de soutien des femmes pourrait avoir un impact positif sur l'évolution de la maladie et favoriser un retour au travail plus précoce. De plus, les femmes cherchent à obtenir plus rapidement que les hommes une consultation (médicale ou psychologique), ce qui favoriserait une intervention plus précoce et, par conséquent, un rétablissement plus rapide des femmes. Enfin, mis à part l'effet d'un réseau de soutien éventuel, l'observation d'une différence marquée dans la trajectoire professionnelle selon le sexe, pourrait également s'expliquer par le fait que les hommes seraient plus susceptibles de prendre une retraite anticipée, alors que l'arrivée plus tardive des femmes sur le marché du travail pourrait diminuer leur possibilité de prendre une retraite anticipée.

Au-delà du sexe, il existe également une différence entre les répondants selon le groupe d'âge auquel ils appartiennent (figure 15). Rappelons que l'âge moyen des participants à cette étude est de 44 ans. Or, on voit ici que les personnes âgées de 55 ans et plus sont moins nombreuses à revenir au travail (38,3 %) que les personnes appartenant aux autres groupes d'âge. On peut suggérer l'hypothèse que l'accessibilité à un plan de retraite anticipé explique, du moins en partie, ces résultats. On sait également que les problèmes de santé augmentent avec l'âge et que ce facteur peut avoir eu un effet sur la capacité de retour au travail de ces personnes.

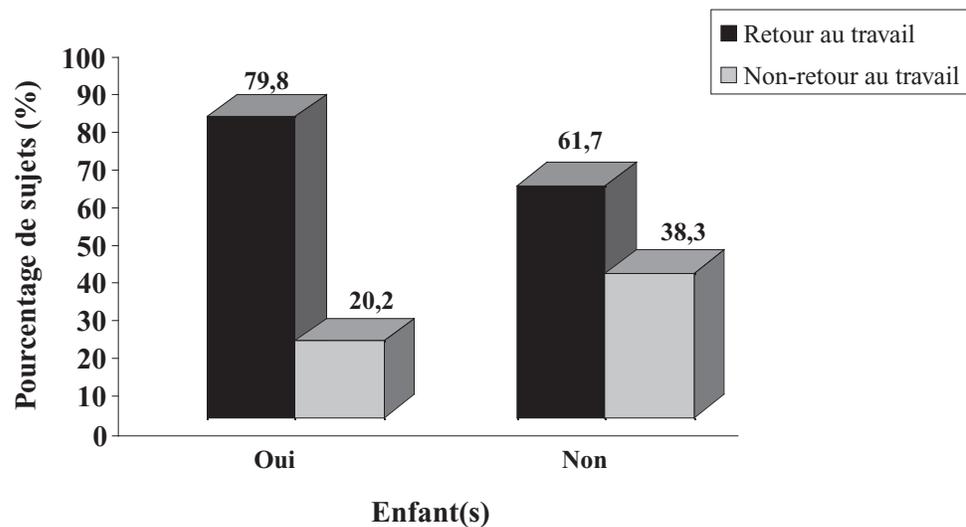
FIGURE 15
Issue du processus de réinsertion professionnelle selon l'âge



Toutefois, nos travaux ont également montré que les hommes plus âgés étaient également plus nombreux à s'absenter en raison de difficultés rencontrées dans leur environnement de travail (Saint-Arnaud et Saint-Jean, 2002).

En ce qui a trait à la composition du ménage chez les employés de la fonction publique qui sont de retour au travail, les résultats présentés sur la figure (figure 16) indiquent que les personnes qui ont des enfants âgés de moins de 18 ans vivant à la maison sont plus nombreuses à revenir au travail (79,8 %) que celles qui n'en n'ont pas. Certes, on peut retenir l'effet de l'âge comme l'un des facteurs explicatifs de ces résultats. Ainsi, les parents qui ont de jeunes enfants à la maison sont susceptibles d'être moins âgés. On peut aussi se demander quel est l'impact des responsabilités familiales sur le retour au travail, en particulier pour les femmes qui ont réintégré un emploi, mais aussi compte tenu de la présence d'enfants de moins de 18 ans à la maison.

FIGURE 16
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon la composition du ménage

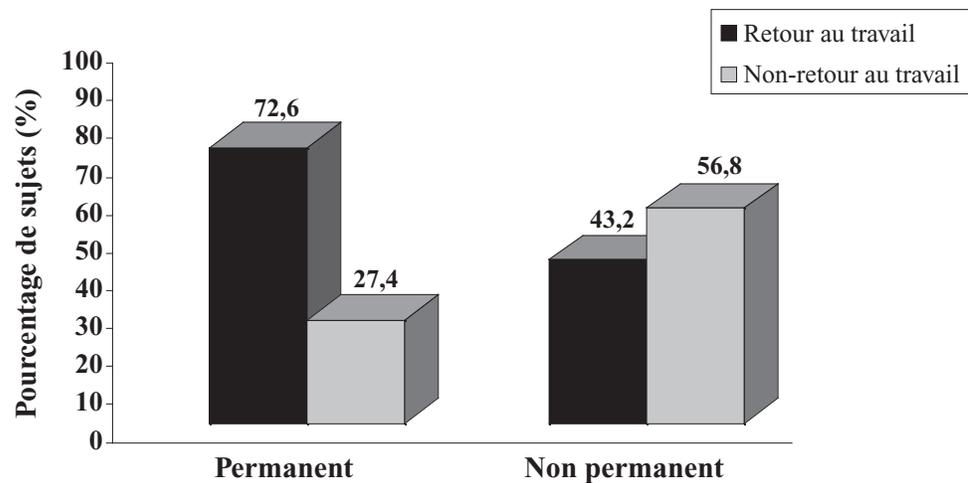


Par ailleurs, le croisement entre les données sur l'issue du processus de réinsertion professionnelle et celles des caractéristiques de l'emploi, a donné lieu à des résultats parfois surprenants. En effet, alors qu'on aurait pu s'attendre à un retour au travail plus rapide des personnes n'ayant pas un statut d'emploi permanent, qui ne bénéficient donc

pas de sécurité d'emploi, les résultats apparaissant sur la figure 17 indiquent au contraire qu'il y a significativement plus d'employés permanents qui reviennent au travail (72,6 % contre 27,4 %) que d'employés ne le sont pas (43,2 % contre 56,8 %). Comment expliquer ces résultats? On peut se demander si les personnes ayant un statut précaire n'attendent pas d'être à la limite de leurs forces avant de consulter un professionnel de la santé. Si c'est le cas, ces résultats pourraient être attribués à l'effet négatif d'un arrêt de travail trop tardif avec, comme conséquence, un rétablissement plus difficile de leur état de santé.

FIGURE 17

Issue du processus de réinsertion professionnelle selon le statut d'emploi

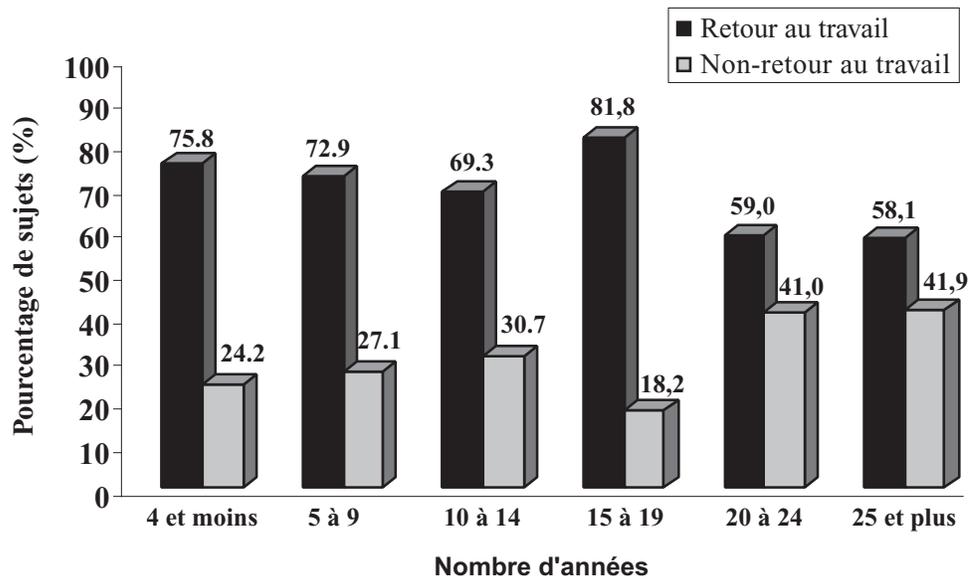


Comme autre hypothèse, on peut avancer l'effet nocif de la précarisation des emplois de ces personnes sur la détérioration de leur santé mentale. En effet, selon Quinlan *et al.* (2001, cité dans Malenfant 2002 : 51), les conditions de travail de ces employés font en sorte qu'ils sont davantage soumis à la compétition qui règne dans les milieux de travail lorsqu'il s'agit d'obtenir un emploi, puis de le conserver.

Si l'on consulte la figure 18, on observe des différences entre le retour et le non retour au travail, en fonction du nombre d'années d'expérience de travail. Dans ce cas-ci, la démarcation entre les travailleurs semble s'accroître avec leur avancée en âge. En effet, ce sont les personnes qui possèdent 20 ans et plus d'ancienneté (41,0 % d'entre elles) qui sont les moins enclines à retourner au travail. Les hypothèses formulées ci-dessus concernant le retour ou non au travail selon l'âge des travailleurs peuvent, encore une

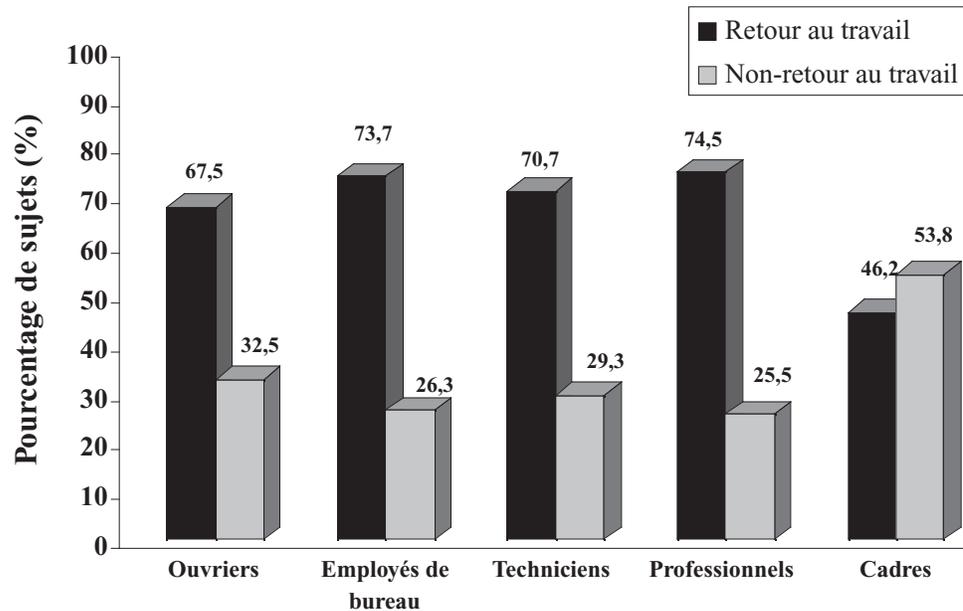
fois, s'appliquer à ces résultats. En effet, l'accès à une retraite anticipée peut expliquer le non-retour au travail de ces personnes. L'ancienneté peut également traduire les effets d'une usure progressive générée par une longue exposition à des conditions de travail difficiles (David et Derriennic, 2002).

FIGURE 18
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon l'expérience de travail (nombre d'années)



Enfin, on observe des différences significatives dans les résultats en fonction du type d'emploi. Les employés cadres semblent être le groupe où la réinsertion professionnelle est la moins assurée. En effet, les données regroupées sur la figure 19 indiquent que les « cadres » constituent la seule catégorie où il y a plus de personnes qui ne sont pas revenues au travail (53,8%) que de personnes qui y sont revenues (46,2%). Ces résultats pourraient s'expliquer par des mesures d'assurance traitement et de soutien à l'invalidité qui s'avèrent différentes pour les cadres que pour les autres catégories d'emploi. Par ailleurs, on peut se demander si, comme pour les employés à statut précaire, les cadres qui s'absentent attendent trop longtemps avant de quitter leur travail en raison de leur problème de santé et par conséquent, présenteraient un pronostic de rétablissement plus sévère.

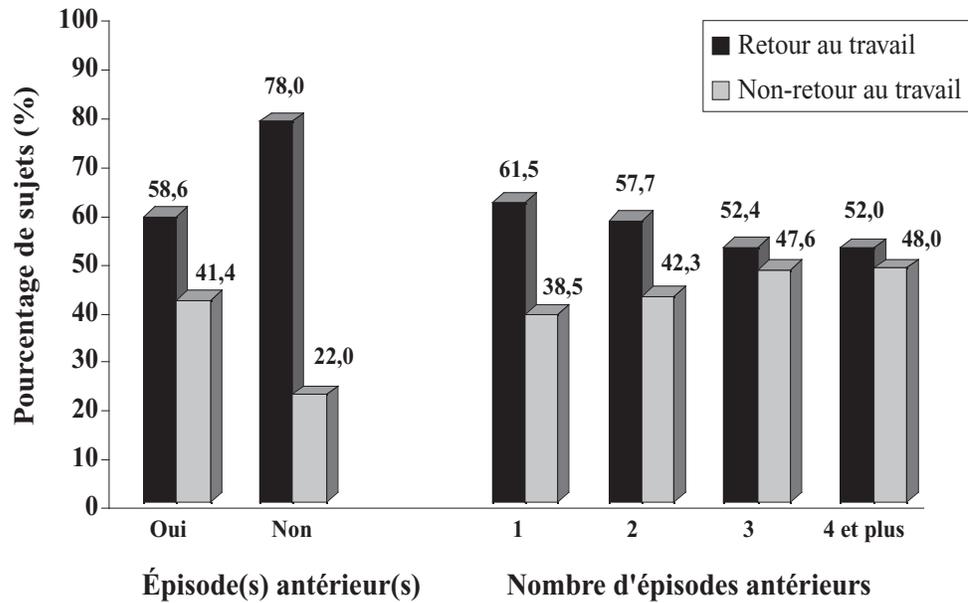
FIGURE 19
Issue du processus de réinsertion professionnelle selon le type d'emploi



Ainsi, malgré une différence marquée entre la nature des tâches accomplies et les responsabilités qui leur sont attribuées, autant les cadres que les employés à statut précaire chercheraient à conserver leur emploi. En s'investissant davantage dans leur travail respectif, ils retarderaient d'autant l'arrêt de travail, avec les conséquences qui s'ensuivent pour leur santé. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence puisque les employés cadres sont peu nombreux dans cette étude.

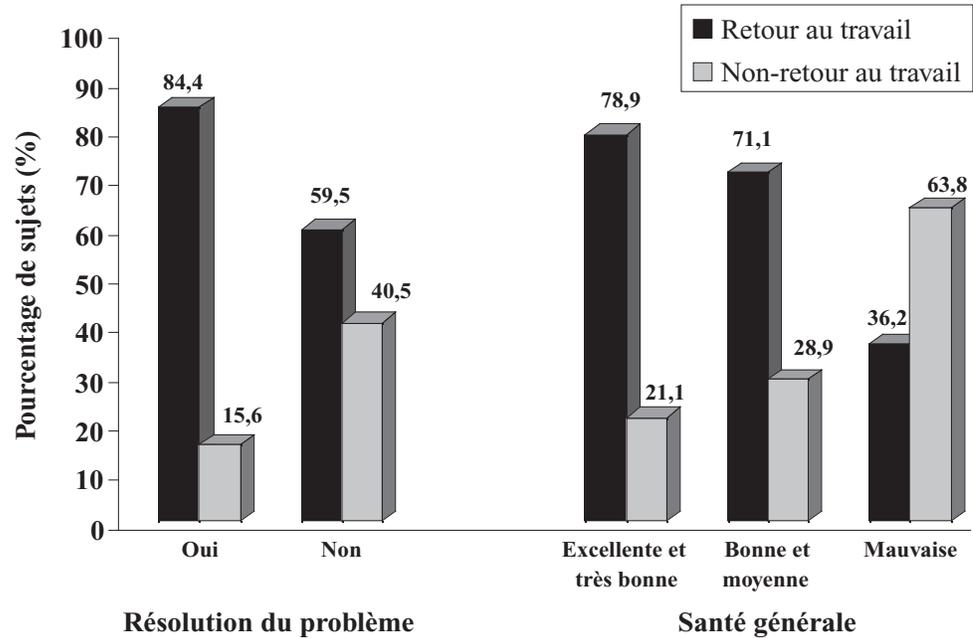
Par ailleurs, lorsqu'on met en relation les absences au travail pour cause de maladie avec l'issue du processus de réinsertion professionnelle, on s'aperçoit que 78,0 % des employés de la fonction publique qui en étaient à leur premier épisode d'arrêt étaient de retour au travail (figure 20). Il existe donc une différence significative entre ceux qui ont eu un épisode d'arrêt de travail antérieur et ceux qui n'en ont pas eu. De plus, bien que ce résultat ne soit pas significatif sur le plan statistique, on constate que plus le nombre d'épisodes d'absence au travail est élevé, moins il est facile de revenir au travail (voir le tableau 8 de l'annexe II).

FIGURE 20
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon les caractéristiques des absences au travail



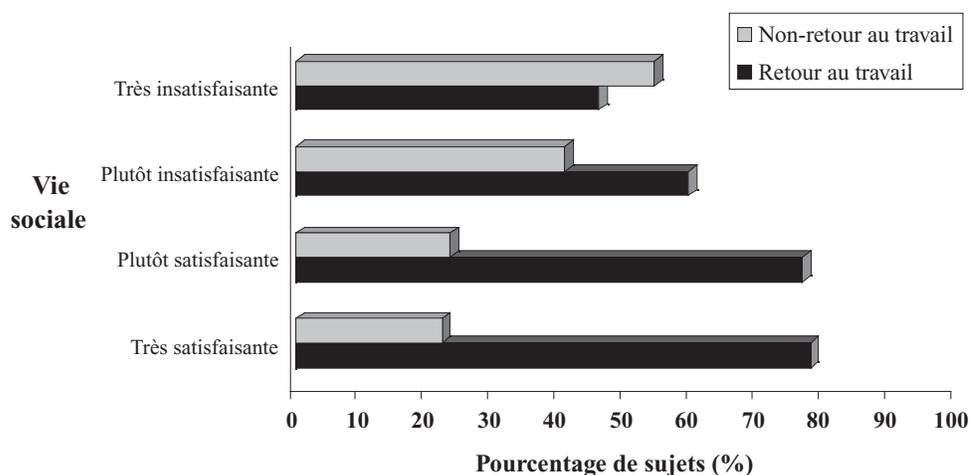
Sur la figure 21, les résultats concernant l'issue de la réinsertion professionnelle des participants à l'étude sont croisés avec l'état de santé perçu et certains aspects de la vie sociale de ces personnes. On constate alors que la proportion des personnes ayant effectué un retour au travail et pour qui le problème de santé mentale n'est pas résolu s'élève à 59,5 %. Par ailleurs, il est étonnant de constater que 15,6 % des personnes qui considèrent ce problème comme étant résolu ne sont toujours pas au travail. Ces résultats pourraient expliquer leur retrait anticipé du marché du travail. En effet, certains travailleurs ont pu régler leur problème de santé en sortant définitivement de la sphère professionnelle.

FIGURE 21
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon l'état de santé perçu



De plus, comme on pouvait s'y attendre, les personnes qui ont effectué un retour au travail se perçoivent en meilleure santé (78,9% se disent en excellente et en très bonne santé, comme l'indique la figure 21) et considèrent leur vie sociale comme étant très satisfaisante dans une proportion de 77,9% en comparaison avec les personnes qui ne sont pas de retour au travail (figure 22).

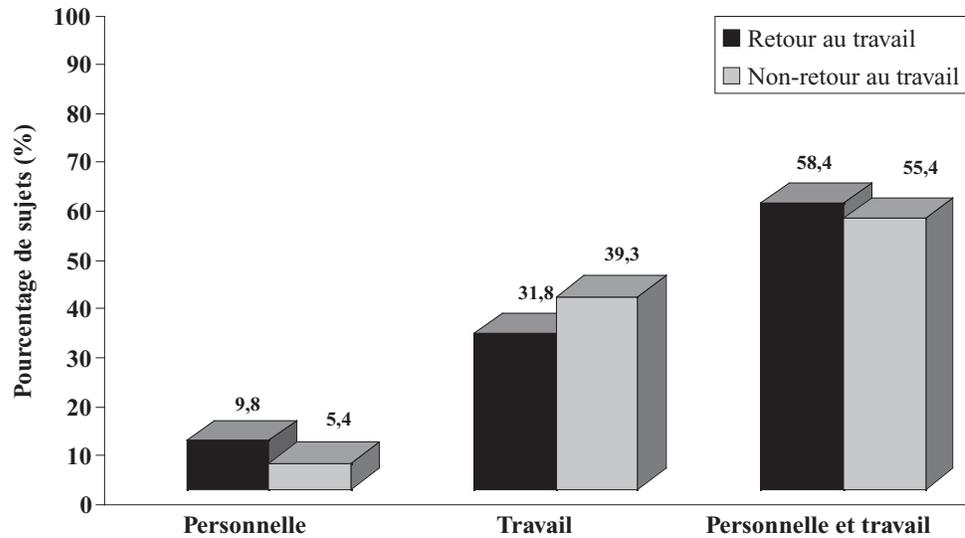
FIGURE 22
Issue du processus de réinsertion professionnelle selon la vie sociale



En résumé, les personnes qui sont de retour au travail ont une perception assez positive de leur état de santé et de leur vie sociale, sans pour autant que la prise de médicaments, consommés par une majorité d’entre elles, et que la présence de quelqu’un à qui se confier au sujet de sa maladie, soient directement liées au retour au travail.

Par ailleurs, l’analyse de l’issue du processus de réinsertion professionnelle, selon la principale cause de l’arrêt de travail et les facteurs reliés au travail, fournissent des résultats intéressants à plusieurs égards, comme l’illustre la figure 23. En effet, on y observe que les personnes qui disent s’être absentes essentiellement en raison de situations liées à leur vie personnelle sont plus nombreuses à revenir au travail (9,8 % contre 5,4 %), alors que c’est la situation inverse pour les personnes qui se sont retirées en raison de leur travail et qui n’ont pas réintégré un emploi (31,8 % contre 39,3 %). Enfin, la combinaison des motifs personnels et des motifs liés au travail a été évoquée dans une proportion quasi équivalente entre les participants qui sont retournés au travail et ceux qui ne sont pas retournés au travail (58,4 % contre 55,4 %). Il faut toutefois interpréter ces résultats avec prudence étant donné la faiblesse de l’association entre ces variables du point de vue statistique ($p = ,086$) (voir le tableau 10 à l’annexe II).

FIGURE 23
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon la cause de l'arrêt de travail

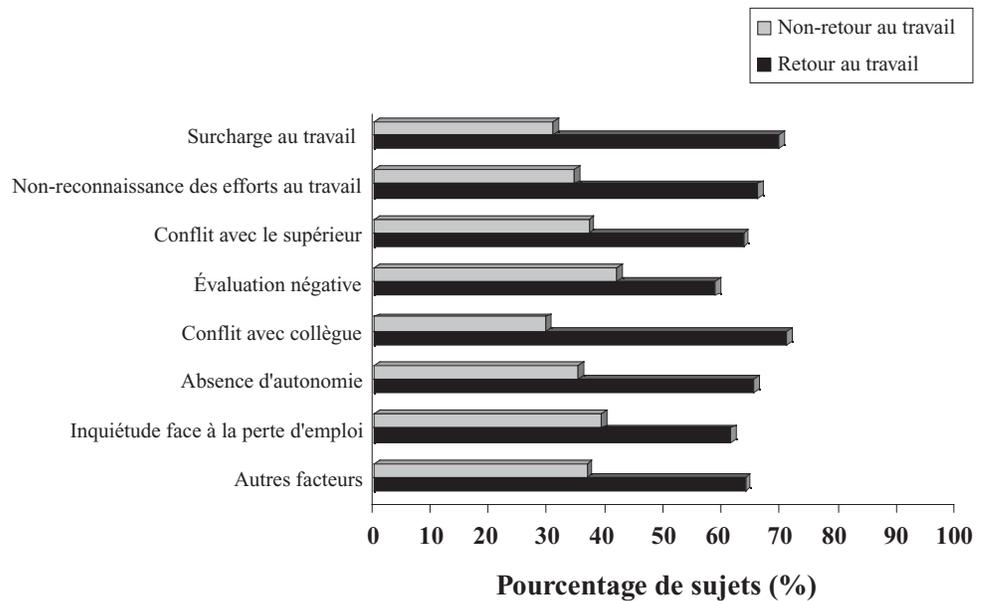


On peut comprendre qu'il soit plus difficile pour ces personnes de revenir au travail lorsque cela implique un retour dans un contexte de travail ayant contribué à la maladie et au retrait du travail. *A contrario*, lorsque le travail n'est pas une source de tension qui conduit à l'effritement de l'état de santé, il demeure un lieu privilégié pour le développement d'une identité professionnelle (Trottier, Laforce *et al.* 1997, cité dans Malenfant, 2002 : 45), de l'estime de soi et la conquête de la santé. En ce sens, il peut contribuer à reconstruire et à conforter la santé mentale d'une personne fragilisée par des facteurs individuels (Dejours, 1995). Le travail est également un lieu de socialisation qui peut donner accès à un réseau de soutien social aidant et réconfortant face aux événements stressants de la vie hors du travail (Dejours, 1995; Dorvil, Guttman, Ricard & Villeneuve, 1997; Mercier, Provost, Denis & Vincelette, 1999).

Enfin, sur la figure 24, où sont croisés les résultats de l'analyse des facteurs reliés au travail avec les résultats de l'issue du processus de réinsertion professionnelle, on observe qu'il y a un nombre significatif de personnes qui n'étaient pas de retour au travail parmi celles qui se sont absentes en raison d'une situation de travail difficile. En effet, une évaluation négative de la part du supérieur immédiat (41,5 %), des relations conflictuelles avec celui-ci (36,8 %), la non-reconnaissance des efforts au travail (34,3 %), ainsi que d'autres facteurs (harcèlement sexuel, attitudes négatives,

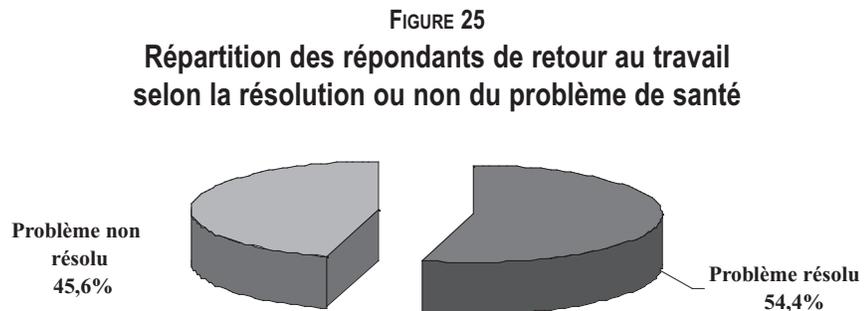
violence) (36,4%) constituent les causes d'absence au travail que l'on peut associer au fait que ces personnes sont retournées ou non au travail. À ces facteurs s'ajoutent l'inquiétude face à la perte d'emploi comme conséquence possible de rapports de travail jugés problématiques par les participants. Rappelons ici que les variables concernant les facteurs liés au travail ne sont pas mutuellement exclusives, les répondants pouvant cocher un ou plusieurs de ces items sur le questionnaire (voir l'annexe I).

FIGURE 24
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon les facteurs liés au travail



2.3 La résolution du problème de santé mentale lors du retour au travail : retour résolu vs retour non résolu

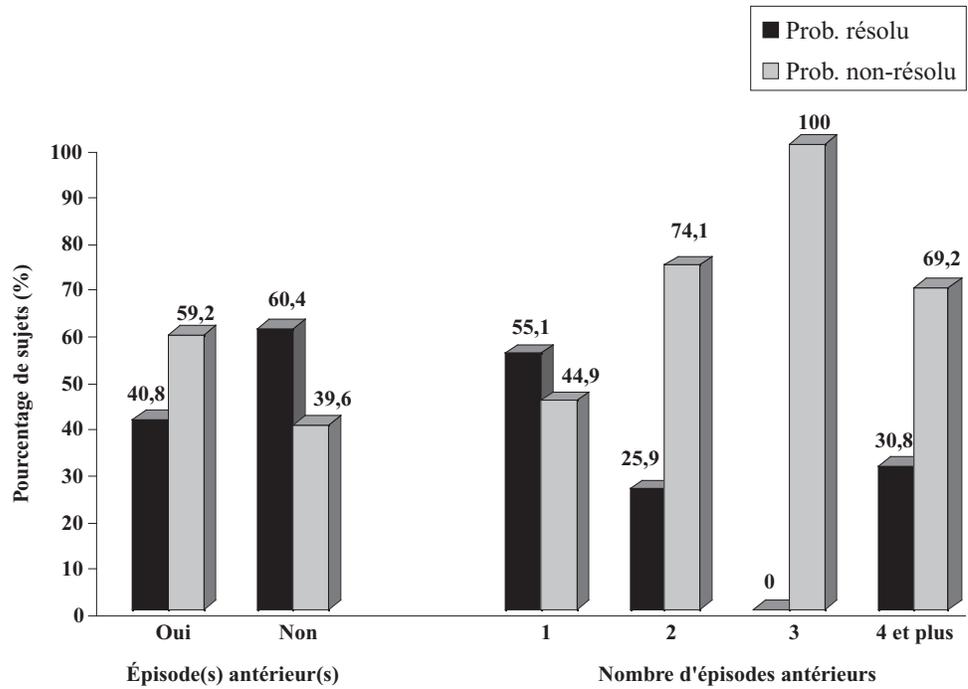
L'analyse du profil de réinsertion professionnelle chez les employés de retour au travail (70,8% des répondants) montre que parmi ceux-ci, un peu plus de la moitié, soit 54,4% considèrent que leur problème de santé est résolu, alors que 45,6% considèrent que leur problème de santé n'est pas résolu (figure 25).



La présente section rend compte des résultats de l'analyse de ces deux groupes (problème résolu vs problème non résolu). On observe que les personnes qui sont de retour au travail et qui affirment que leur problème de santé n'est pas résolu présentent un potentiel de rechute inquiétant. L'analyse des résultats obtenus nous amène à constater que la résolution des problèmes de santé chez les personnes ayant effectué un retour au travail n'est liée ni à leur profil démographique (sexe, âge, présence d'un conjoint, présence d'un enfant de moins de 18 ans à la maison), ni à leur trajectoire professionnelle (statut de l'emploi, temps de travail, nombre d'années travaillées, type d'emploi occupé).

En ce qui a trait à l'état de santé des répondants, on voit sur la figure 26 que, parmi les personnes qui n'ont jamais connu d'épisode antérieur d'arrêt de travail, il y a plus de personnes qui reviennent au travail et qui considèrent que leur problème de santé est résolu. En effet, 60,4% d'entre elles mentionnent que leur problème de santé est résolu alors que ce pourcentage n'est que de 40,8% chez celles qui ont déjà connu au moins un épisode antérieur d'arrêt de travail. De fait, plus les personnes ont d'épisodes d'arrêt de travail (1 épisode: 55,1%, 2 épisodes: 25,9%, 3 épisodes: 0%), moins elles sont susceptibles de considérer que leur problème de santé est résolu après un retour au travail. Ces résultats concernent probablement davantage les personnes qui ont des problèmes plus sévères.

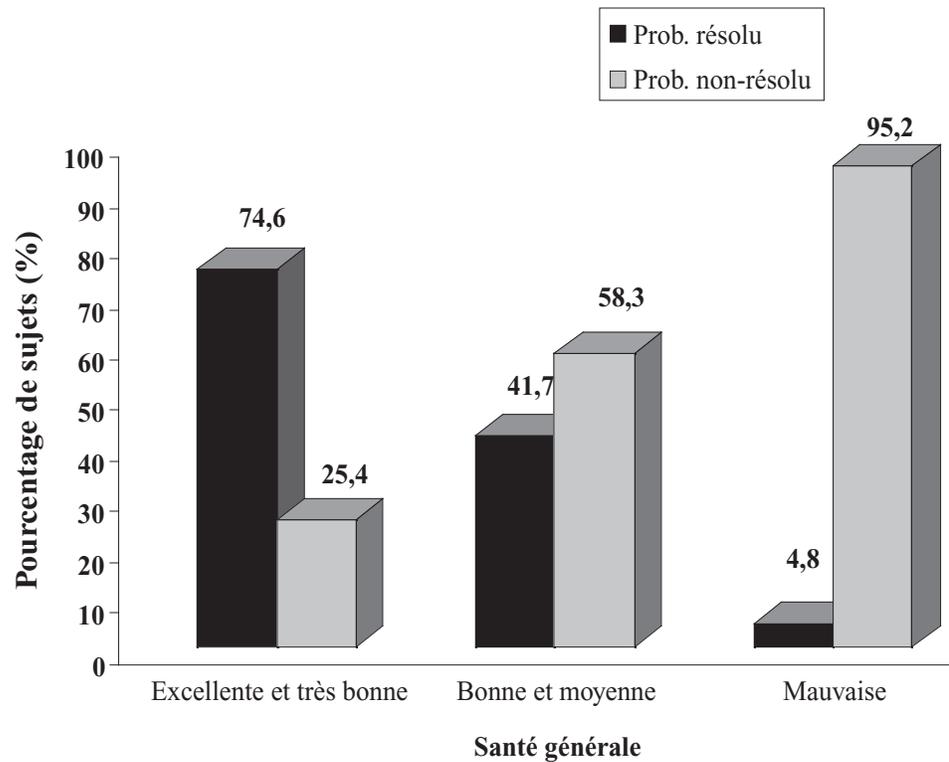
FIGURE 26
Résolution ou non du problème de santé selon les caractéristiques
des absences au travail



Si l'on considère maintenant les résultats concernant la résolution du problème de santé selon l'état de santé perçue et la vie sociale, on constate sur la figure 27 que les personnes qui considèrent que leur problème de santé mentale est résolu se perçoivent en meilleure santé (74,6% disent être en très bonne, voire en excellente santé).

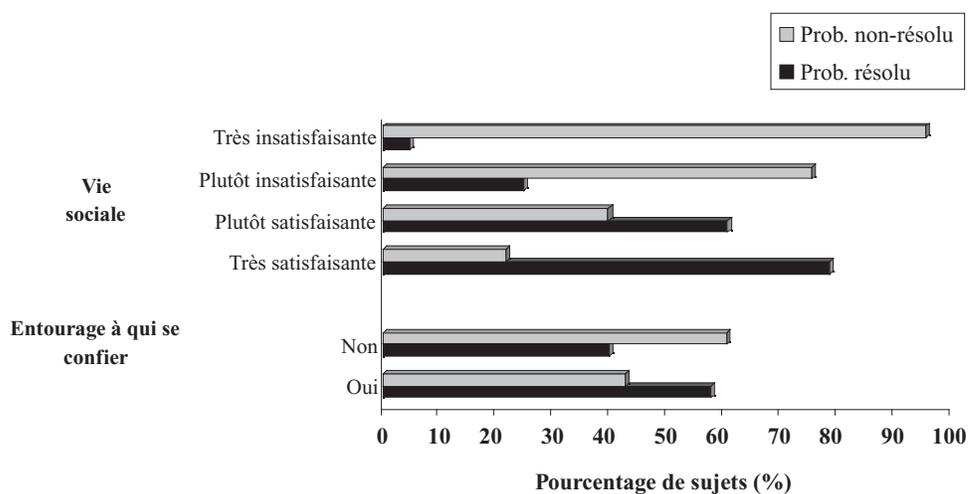
FIGURE 27

Résolution ou non du problème de santé selon l'état de santé perçu



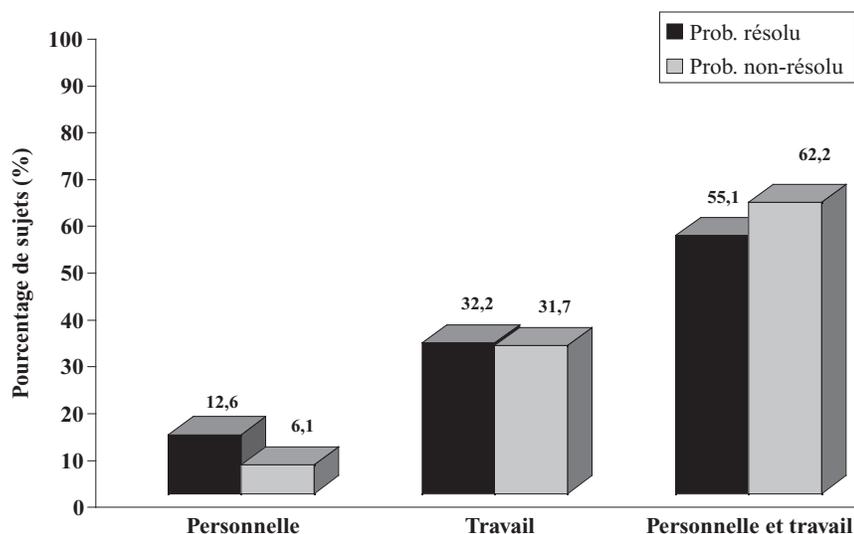
Sur la figure 28, on remarque que ces personnes affirment également avoir une vie sociale plus satisfaisante (78,4% trouvent leur vie sociale très satisfaisante) que les personnes qui considèrent que ce problème n'est pas résolu et qui trouvent leur vie sociale très satisfaisante (21,6%). De même, une plus grande proportion de personnes ayant résolu leur problème de santé disent avoir dans leur entourage quelqu'un à qui elles peuvent se confier et parler librement de leur problème de santé (57,5% vs 42,5%). Ces résultats confirment le lien établi par les participants entre les bénéfices attribués à la santé et à la vie sociale en relation avec la résolution de leur problème de santé.

FIGURE 28
Résolution ou non du problème de santé selon la vie sociale



Parmi les autres facteurs liés à la résolution des problèmes de santé chez les répondants ayant réintégré le marché du travail figurent ceux qui sont reliés au travail. À cet effet, la figure 29 illustre les résultats de l'analyse de la résolution ou non des problèmes de santé selon la principale cause de l'arrêt de travail et les facteurs reliés au travail.

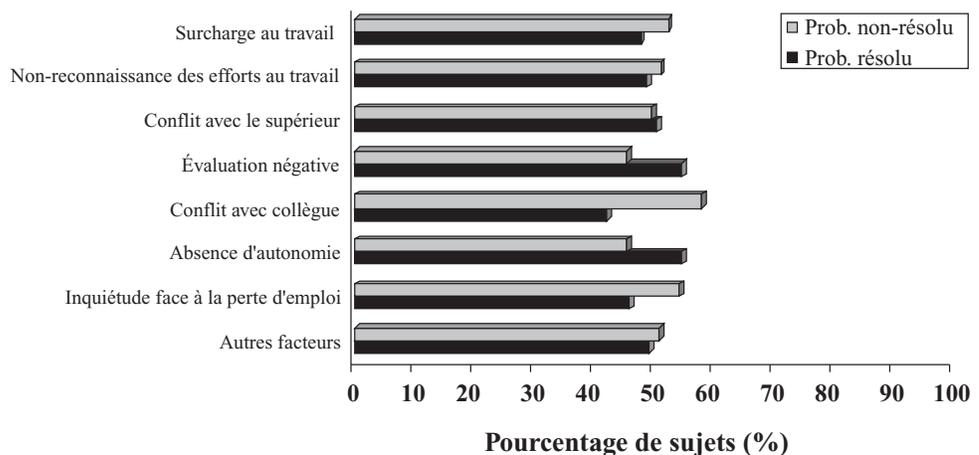
FIGURE 29
Résolution ou non du problème de santé selon la cause de l'arrêt de travail



Dans un premier temps, les résultats de l'analyse traitant de ce problème indiquent que les personnes qui se sont absentes pour des motifs liés à leur vie personnelle sont deux fois plus nombreuses (12,6 % *vs* 6,1 %) à considérer leur problème de santé mentale comme étant résolu, que celles qui le considèrent non-résolu. Par contre, les personnes qui se sont absentes à la fois pour des motifs liés à leur vie personnelle et pour des motifs liés à leur travail sont plus nombreuses à considérer que leur problème de santé mentale n'est pas résolu (62,2 %). Toutefois, du point de vue statistique, ces différences ne sont pas significatives bien que les résultats tendent à l'être ($p = ,077$). (voir le tableau 13 à l'annexe II).

Dans un second temps, la figure 30 illustre les résultats du croisement entre certains facteurs liés au travail et la résolution ou non du problème de santé chez les personnes qui sont de retour au travail. Si l'on regarde le nombre de personnes qui considèrent que leur problème de santé n'est pas résolu, on observe qu'une relation conflictuelle avec un collègue de travail est le facteur mentionné par 58 % de ces répondants. En second lieu, c'est l'inquiétude face à la perte d'emploi (54,1 %) qui retient leur attention. Vient ensuite, la surcharge de travail (52,3 %), puis la non-reconnaissance des efforts au travail (51,1 %). Enfin, d'autres facteurs (harcèlement sexuel, attitudes négatives, violence, etc.) ont été soulignés par 50,7 % des participants.

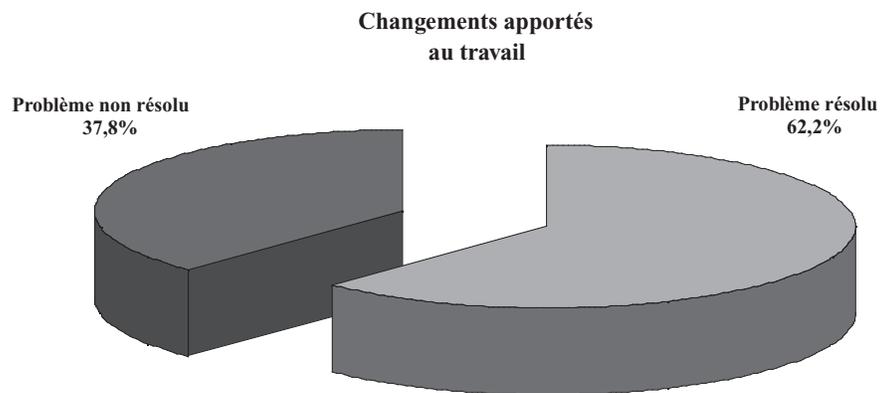
FIGURE 30
Résolution ou non du problème de santé selon les facteurs liés au travail



Ces résultats apportent donc une nuance par rapport à ceux qui sont relatifs à l'issue de la réinsertion professionnelle envisagée selon les mêmes facteurs et où il est surtout question de rapports de travail jugés difficiles avec le supérieur immédiat (évaluation négative du travail, relation conflictuelle avec celui-ci, non-reconnaissance des efforts au travail) en tant que principaux facteurs liés au retour ou au non-retour au travail des participants à cette étude.

Par contre, la figure 31 indique que les personnes qui considèrent que leur problème de santé est résolu à la suite de leur retour au travail sont plus nombreuses (62,2 %) à mentionner que des changements (améliorations) avaient été apportés à leur travail que celles dont le retour est perçu comme étant non résolu (37,8 %).

FIGURE 31
Résolution ou non du problème de santé
selon les changements apportés ou non au travail



Considérant ces derniers résultats, on peut conclure que ce n'est pas tant du côté des mesures ponctuelles de retour au travail qu'il faut chercher la solution, même si cela demeure nécessaire, mais bien dans l'amélioration de l'environnement psychosociale de travail.

2.4 Analyse qualitative de la question Q9 portant sur les facteurs qui empêchent ou contribuent à la résolution des problèmes de santé

La question Q9 portant sur les facteurs qui empêchent la résolution des problèmes de santé ou qui y contribuent, s'énonce ainsi : *Actuellement, diriez-vous que votre problème de santé est résolu, si non, selon vous, qu'est-ce qui empêche la résolution de votre problème de santé? Si oui, selon vous, qu'est-ce qui a le plus contribué à la résolution de votre problème de santé?*

Il est possible de dégager quatre groupes de répondants en associant cette question à celle portant sur le retour au travail, soit :

- 1) les personnes qui ont effectué un retour au travail et qui considèrent leur problème de santé résolu;
- 2) celles qui ont effectué un retour au travail mais qui considèrent que leur problème de santé n'est pas résolu;
- 3) les personnes qui ne sont pas de retour au travail et qui considèrent que leur problème de santé est résolu; et enfin
- 4) celles qui n'ont pas effectué de retour au travail et dont le problème de santé n'est pas résolu.

Les réponses des participants à cette question ont fait l'objet d'une analyse de contenu sur une base thématique à la suite d'un travail de synthèse et de classification. Par cette question ouverte, nous voulions identifier certains facteurs pouvant influencer la résolution des problèmes de santé des participants, et non dresser un portrait exhaustif de chacun des groupes ainsi constitués.

Les éléments ayant favorisé la résolution des problèmes de santé des personnes du premier groupe se répartissent en deux axes. Le premier axe concerne les dimensions d'ordre personnel et le second, les dimensions relatives au travail.

Sur le plan personnel, les répondants soulignent le caractère bénéfique de l'arrêt de travail et l'importance qu'a joué pour eux le repos dans le processus de restauration de leur santé. En ce qui concerne le traitement, plusieurs personnes témoignent de la contribution importante de la médication et du suivi en psychothérapie. Le travail en

psychothérapie semble avoir permis à certaines personnes de mieux connaître leurs limites et de retrouver leur confiance en soi. Le soutien des proches est également une dimension qui a facilité le processus de rétablissement.

Au-delà des dimensions d'ordre personnel, les éléments reliés au travail semblent avoir joué un rôle central dans la restauration de l'état de santé. La possibilité de changer de poste de travail, de changer de supérieur immédiat, de réduire son temps de travail, de revenir progressivement au travail et l'appui des supérieurs immédiats et des collègues ont été identifiés comme ayant contribué à la résolution des problèmes de santé.

Par contre, plusieurs personnes ont aussi déclaré avoir changé d'attitude face au travail. La distance prise par rapport au travail, le désinvestissement de la sphère professionnelle, ou encore le refus de prendre des responsabilités sont alors invoqués comme des stratégies qui aident à garder un bon équilibre psychologique. Est-ce que ces attitudes font écho à l'idée que l'organisation du travail ne peut être transformée?

Dans le deuxième groupe, composé des personnes ayant effectué un retour au travail et dont le problème de santé persiste, l'analyse permet de constater que les éléments identifiés comme étant nuisibles à l'amélioration de leur état de santé diffèrent sensiblement de ceux identifiés comme bénéfiques dans le groupe précédent. Ainsi, le retour dans les mêmes conditions de travail jugées pénibles, une affectation non désirée, la peur de perdre son emploi, l'impossibilité de réduire le temps de travail, un retour trop rapide et imposé par des mesures médico-administratives comptent parmi ces éléments.

Par ailleurs, les personnes qui composent le troisième groupe, soit celles qui considèrent leur problème de santé résolu mais qui n'ont pas effectué de retour au travail ont, en majorité, quitté leur emploi définitivement pour prendre leur retraite, ou encore sont à la recherche d'un nouvel emploi. Ces personnes ont également parlé des effets positifs de la médication et d'un suivi en psychothérapie.

Enfin, les personnes du quatrième groupe témoignent de la persistance des signes et des symptômes de leur maladie ou encore ont à surmonter des difficultés familiales importantes. De plus, pour certaines d'entre elles, la période de rétablissement est plus longue en raison de problèmes de santé plus sévères (maniaco-dépression, agoraphobie, schizophrénie, etc.). La non-reconnaissance des problèmes de santé tels la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique impliquant de nombreuses démarches et consultations médicales a également été une source de perturbation importante. Aussi l'anticipation d'un retour dans des conditions de travail trop pénibles est-elle, selon ces personnes, un facteur d'anxiété nuisible au rétablissement de leur santé.

2.5 Conclusion

Cette étude porte sur le processus de réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale. Dans ce chapitre, nous avons présenté l'analyse des données recueillies par questionnaire auprès de 1850 répondants parmi lesquels 582 employés de la fonction publique québécoise ont été choisis pour les besoins de cette étude.

L'analyse des données révèle que la majorité (62,4 %) des répondants s'absentaient pour la première fois en raison d'un problème de santé mentale. On observe également que la grande majorité de ces personnes avaient une expérience de travail d'au moins 10 ans, ce qui permet de penser qu'une bonne partie d'entre elles ont fort probablement été fonctionnelles au travail avant de connaître un premier épisode psychiatrique. En nous basant sur ces données, on peut supposer que la plupart des répondants ont un problème de santé mentale de nature transitoire, donc réversible.

L'étude rend également compte de l'importance du rapport au travail dans l'apparition du problème de santé mentale et de l'arrêt de travail qui s'ensuit. À cet effet, nous avons identifié les facteurs qui sont associés à l'issue du processus de réinsertion professionnelle (retour au travail *vs* non-retour au travail) des employés de la fonction publique. On observe, d'une part, que le tiers des participants à l'étude font uniquement référence au travail pour expliquer la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail. D'autre part, plus de la moitié des personnes font à la fois référence à des facteurs d'ordre personnel et professionnel. Au total, c'est donc une grande majorité des sujets qui font référence à leur vie professionnelle, en tout ou en partie, pour rendre compte de la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail. Les résultats de l'étude indiquent également que les relations conflictuelles avec les collègues de travail et notamment avec le supérieur immédiat, l'évaluation négative du travail par celui-ci combinée à la non-reconnaissance des efforts au travail de l'employé, sont les facteurs reliés au travail les plus fréquemment évoqués par les personnes pour rendre compte des événements qui ont contribué à leur arrêt de travail.

Ces résultats pourraient être le reflet de l'impact des nombreuses transformations qu'a connues la fonction publique québécoise au cours de la dernière décennie et qui ne sont pas sans effet sur la santé mentale et la capacité de travail des employés. Cette hypothèse va également dans le sens de plusieurs écrits mettant en évidence le fait qu'au cours des dernières années, les milieux de travail, comme celui de la fonction publique, ont connu de nombreux bouleversements qui ont eu un impact sur la santé mentale des travailleurs (Bourbonnais *et al.*, 1999; De Bandt, Dejours, & Dubar, 1995; Dejours, 1993; Gabriel & Liimatainen, 2000; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Vézina & Bourbonnais, 2001). Si le travail constitue, dans nos sociétés modernes, l'une des

formes les plus importantes d'intégration sociale, d'accomplissement de soi et de construction identitaire, il n'est pas étonnant de constater qu'à l'inverse, en période difficile, le travail puisse avoir eu une incidence aussi marquée sur la santé des individus (Dejours, 1995; Marmot *et al.*, 1999).

L'analyse des données sur le processus de réinsertion professionnelle montre aussi que les hommes, les travailleurs plus âgés, ceux qui ont le plus d'ancienneté, les personnes qui n'ont pas de statut d'emploi permanent, les employés cadres, les répondants qui ont identifié le travail comme principale cause de leur retrait et enfin, ceux qui ont eu des épisodes antérieurs d'arrêt de travail dus à un problème de santé mentale, sont moins nombreux à revenir au travail. C'est pourquoi, il nous apparaît primordial de s'interroger sur les facteurs d'ordre organisationnel qui font partie du processus de réinsertion ou de désinsertion professionnelle.

Enfin, l'analyse de la résolution du problème de santé mentale parmi les personnes qui ont effectué un retour au travail révèle une situation particulièrement préoccupante. Une grande proportion de ces personnes considère que leur problème de santé n'est pas résolu (45,6 %). À ce sujet, les travaux de Conti et Burton (1994) ont montré que les travailleurs qui s'absentent en raison d'un problème de santé mentale, notamment à la suite d'une dépression, présentaient un risque élevé de rechute.

Les variables liées aux caractéristiques démographiques et aux caractéristiques de l'emploi ne semblent pas influencer sur la résolution du problème de santé mentale. Mais, comme on pouvait s'y attendre, le fait d'avoir eu des épisodes d'arrêt de travail antérieurs et la perception négative de son état de santé ainsi qu'un faible réseau d'aide et une vie sociale plus insatisfaisante sont des facteurs associés à la non-résolution de ce type de problème de santé.

Par contre, en ce qui concerne les conditions de la réinsertion professionnelle, il est étonnant de constater que le retour progressif ne semble pas avoir eu d'effet sur la résolution du problème de santé mentale. Or, cette mesure s'avère néanmoins essentielle à la réinsertion professionnelle. De plus, les personnes qui ont connu des changements favorables dans leur travail à la suite de leur retour, sont significativement plus nombreuses à considérer que leur problème de santé mentale est résolu. On peut penser ici que si des conditions de travail difficiles représentent un des grands vecteurs du processus de désinsertion professionnelle, l'amélioration de ces mêmes conditions qui ont contribué à la maladie et au retrait du travail favorise la réinsertion professionnelle et la résolution du problème de santé mentale et, en conséquence, le maintien en emploi.

L'analyse de contenu des réponses à la question Q9 appuie cette hypothèse. En effet, pour plusieurs personnes, la résolution de leur problème de santé mentale passe par les changements apportés à l'organisation du travail. De plus, le soutien des collègues et des supérieurs immédiats s'avère aussi être une dimension importante dans le processus de réinsertion. Dans cette perspective, le travail, dans ses multiples dimensions, s'avère être, une fois de plus, un des pivots importants du processus de réinsertion professionnelle.

FIGURE 32
Tableau-synthèse des principaux résultats significatifs (volet quantitatif)

Variables	Profil général	Retour au travail	Problème de santé résolu (chez les retours)
Caractéristiques démographiques			
Sexe	Femmes : 66,2 % Hommes : 33,8 %	Femmes 73,8 % Hommes : 64,2 %	
Âge	34 ans et moins : 9 % 35-44 ans : 44 % 45-54 ans : 33 % 55 ans et plus : 14 % Moyenne d'âge :	34 ans et moins : 77,8 % 35-44 ans : 82,2 % 45-54 ans : 67,2 % 55 ans et plus : 38,3 %	Aucune différence significative pour l'ensemble des ces variables
Présence d'un conjoint	Conjoint : 65,8 %	Non significatif	
Présence d'un enfant (mineur)	Enfant (s) d'âge mineur : 51 %	Enfant (s) d'âge mineur : 51 %	
Caractéristiques de l'emploi			
Statut d'emploi	Emploi permanent : 94,0 %	Emploi permanent : 72,6 %	
Expérience de travail	10 ans et plus : 61,6 %	Entre 15-19 ans : 81,8 % 20 ans et plus : 59,0 %	Aucune différence significative pour l'ensemble de ces variables
Catégorie d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvriers : 7 % • Employés de bureau : 44 % • Techniciens : 26 % • Professionnels : 16 % • Cadres : 7 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvriers : 67,5 % • Employés de bureau : 73,7 % • Techniciens : 70,7 % • Professionnels : 74,5 % • Cadres : 46,2 % 	
Caractéristiques des absences au travail			
Épisode d'absence pour maladie (nombre)	1 ^{er} épisode : 62,4 %	1 ^{er} épisode : 78,0 %	1 ^{er} épisode : 60,4 %
Durée d'absence (chez les personnes de retour au travail : 70,8 % des participants)	<ul style="list-style-type: none"> • 3 mois et - : 41 % • 3 et 12 mois : 43 % • Plus d'un an : 9 % • Non réponse : 7 % 	Aucune différence significative	Aucune différence significative

FIGURE 32 (SUITE)

Tableau-synthèse des principaux résultats significatifs (volet quantitatif)

Variables	Profil général	Retour au travail	Problème de santé résolu (chez les retours)
État de santé et vie sociale			
Perception de l'état de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Excellente et très bonne : 40,7 % • Bonne et moyenne : 49,3 % • Mauvaise : 10 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Excellente et très bonne : 78,9 % • Bonne et moyenne : 71,1 % • Mauvaise : 36,2 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Excellente et très bonne : 74,6 % • Bonne et moyenne : 41,7 % • Mauvaise : 4,8 %
Présence de personnes à qui se confier (problème)	<ul style="list-style-type: none"> • Avec confidant : 79,2 % • Sans confidant : 21,8 % 	Aucune différence significative	Avec confidant : 57,5 %
Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Très satisfaisante : 1,9 % • Plutôt satisfaisante : 52,2 % • Plutôt insatisfaisante : 20,3 % • Très insatisfaisante : 8,2 % • Non-réponse : 1,4 	<ul style="list-style-type: none"> • Très satisfaisante : 77,9 % • Plutôt satisfaisante : 76,6 % • Plutôt insatisfaisante : 59,3 % • Très insatisfaisante : 45,8 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Très satisfaisante : 78,4 % • Plutôt satisfaisante : 60,5 % • Plutôt insatisfaisante : 24,6 % • Très insatisfaisante : 4,5 %
Cause de l'arrêt et facteurs du travail			
Cause de l'arrêt	<ul style="list-style-type: none"> • Vie personnelle : 8,4 % • Vie personnelle et travail : 57,0 % • Travail : 33,7 % 	Personnes qui ne sont pas de retour au travail : Raison liée davantage au travail qu'à la vie personnelle (N.B. : différence peu significative sur le plan statistique : $p \leq .08$)	Problème jugé non résolu : Aucune différence significative
Facteurs reliés au travail	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge au travail : 56 % • Non-reconnaissance des efforts au travail : 48 % • Conflit avec supérieur : 36 % • Évaluation négative : 23 % • Conflit avec collègue : 22 % • Absence d'autonomie : 21 % • Inquiétude face à la perte d'emploi : 17 % • Autres facteurs : 40,5 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation négative : 41,5 % • Conflit avec un supérieur : 36,8 % • Non-reconnaissance des efforts au travail : 34,3 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflit avec un collègue : 58,0 % • Surcharge au travail : 52,3 % • Non-reconnaissance des efforts au travail : 51,1 % • Absence d'autonomie : 45,5 %
Conditions de la réinsertion professionnelle			
Mesure de retour progressif	_____	_____	Aucune différence significative
Changements apportés au travail	_____	_____	Avec changements : 62,2 %

3. LE VOLET QUALITATIF

Ce volet qualitatif permet de mieux comprendre le jeu des variables observées dans les résultats obtenus par l'analyse quantitative et de préciser les mécanismes sous-jacents au processus de réinsertion professionnelle. Ce volet repose sur une méthodologie basée sur l'analyse de récits d'expérience. 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 expérience.

3.1 Les participants à l'entrevue

Les employés que nous avons rencontrés en entrevue s'étaient absentes au cours des années 1998 à 2001 en raison d'un problème de santé mentale, certifié par un médecin. Ces personnes ont été recrutées de façon à retrouver une diversification des cas, soit des personnes d'âge, de sexe, d'emploi différents, et dont la durée d'absence est variable. Selon Kaufman (1996) et Pires (1997), la diversification des cas, indépendamment de leur fréquence statistique, permet d'avoir un portrait plus global de la situation. Rappelons ici qu'une recherche qualitative ne vise pas la représentativité statistique. Selon Ouellet et Saint-Jacques (2000), dans une situation classique de recherche qualitative basée sur des entrevues, on estime qu'environ trente entrevues permettent d'atteindre le point de saturation des données. L'objectif poursuivi dans ce type de recherche est de comprendre un phénomène. Viser la compréhension d'un phénomène à partir de l'expérience de ceux qui l'ont vécu est une condition essentielle à la réussite d'un programme de réadaptation (Hagner et Helm, 1994).

Au total, 37 employés de la fonction publique québécoise, soit 25 femmes et 12 hommes, provenant de douze organismes ou ministères différents répartis dans les villes de Québec et de Montréal, ainsi que dans quatre régions éloignées du Québec, ont été rencontrés en entrevue. La distribution de ces personnes selon les catégories d'emploi est la suivante : cinq cadres, onze professionnels, quatorze techniciens, six employés de bureau et un ouvrier. L'âge des participants varie de 26 à 56 ans, et la moyenne d'âge est de 44 ans. Ce sont également des personnes dont la durée d'absence au travail était plus ou moins longue (moins de six mois, six à douze mois, plus d'un an). Certaines des personnes étaient en emploi, d'autres étaient toujours absentes au moment où nous les avons vues. Au moment de l'entrevue, 23 des 37 personnes qui ont été rencontrés en entrevue avaient effectué un retour au travail. La distribution de ces participants selon la durée d'absence est la suivante : sept personnes s'étaient absentes moins de six mois, neuf personnes entre six et douze mois, et sept personnes pendant plus d'un an.

Pour les autres, soit les quatorze participants qui étaient toujours en congé de l'entrevue, deux d'entre eux étaient absents depuis moins de six mois, huit personnes entre six et douze mois et enfin, quatre personnes depuis plus d'un an (figure 33).

FIGURE 33

Distribution des employés rencontrés en entrevue selon la catégorie d'emploi, le sexe, la durée de l'absence et l'issue du processus de réinsertion professionnelle (retour vs non-retour au travail)

Catégorie d'emploi	Sexe	Durée de l'absence						Total
		Issue du processus de réinsertion (retour vs non-retour au travail)						
		Moins de 6 mois		6 à 12 mois		Plus d'un an		
		Retour	Non-retour	Retour	Non-retour	Retour	Non-retour	
Ouvriers	H					1		1
	F							
Employés de bureau	H							
	F	3		1		2		6
Techniciens	H				1		1	2
	F		2	3	4	1	2	12
Professionnels	H	1		1	1	1	1	5
	F			3	2	1		6
Cadres	H	2		1		1		4
	F	1						1
Total		7	2	9	8	7	4	37

Le recrutement des participants a été effectué à l'aide de dépliants d'information qui ont été distribués au sein des différents services d'aide aux employés, dans plusieurs organismes et ministères ainsi que dans divers bureaux et cliniques de consultation médicale (voir dépliant à l'annexe III). Les participants ont été invités sur une base volontaire. Les objectifs de la recherche et la démarche poursuivie ont été précisés lors du premier contact avec ces derniers. Ils ont été invités à remplir un formulaire de consentement dans lequel les mesures de confidentialité leur étaient assurées. Des noms fictifs ont été attribués à chaque personne afin de préserver leur anonymat.

De plus, vingt entrevues ont été réalisées auprès d'acteurs directement impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle des employés tels que des médecins traitants, des psychothérapeutes, des gestionnaires et des intervenants en gestion des ressources humaines, des responsables en assurance salaire, des médecins spécialistes (psychiatres) qui font des expertises en vue du retour au travail des employés, des responsables syndicaux et des intervenants au programme d'aide aux employés (figure 34)

FIGURE 34
Les acteurs rencontrés en entrevue

RESSOURCES INTERNES	
Gestionnaires	3
Conseillers en ressources humaines	3
Responsable en assurance salaire	1
Responsables syndicaux et associations des cadres	2
Responsables programmes d'aide aux employés	3
RESSOURCES EXTERNES	
Médecins traitants	2
Psychiatres	2
Experts externes	2
Psychothérapeutes (psychologues, conseillers en orientation, etc.)	2
TOTAL	20

L'information recueillie auprès de ces personnes visait surtout à préciser leur rôle respectif dans le processus de réinsertion professionnelle. Il importe de noter que ces renseignements ne peuvent rendre compte de toutes les pratiques des acteurs.

La durée des entrevues était d'environ 1 h 30. Toutes les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des répondants, puis retranscrites mot à mot. En ce qui a trait à la démarche d'analyse, nous avons procédé à une analyse en profondeur de cas types eu égard à notre hypothèse générale et à nos objectifs de recherche. Cette étape permettait de dégager une première logique d'ensemble du matériel d'entrevue et d'identifier les thèmes saillants qui ont servi ultérieurement à la construction de catégories thématiques. Ce travail de base nous a mené à l'élaboration d'une grille

d'analyse de contenu qui a été appliquée à l'ensemble des données des entrevues. Les discours des participants ont été regroupés en trois grands segments temporels 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 de la capacité de travail; et enfin 3) les conditions de retour au travail ou de prolongation de l'arrêt de travail. Le traitement des informations ainsi recueillies s'appuie sur une analyse thématique et chronologique. La codification des thèmes a été réalisée à l'aide du logiciel *Nvivo* (NuDist).

Par la suite, toutes les données des entrevues ont été analysées de façon à repérer les convergences et les divergences, les variations et les particularités, au sein du corpus en lien avec ces thématiques. Progressivement, par un travail de va-et-vient entre notre modèle conceptuel, présenté ci-dessus, et les données empiriques provenant du matériel d'entrevues, une correspondance entre des thèmes et des trajectoires a été établie de manière à construire une représentation cohérente de l'ensemble des résultats en fonction de l'objet de recherche. Signalons que malgré le fait que certains participants à cette étude ont eu plus d'un épisode d'arrêt maladie en raison d'un problème de santé mentale, l'analyse des entretiens réalisés ici est principalement axée sur le dernier épisode vécu par ces personnes.

3.2 Les événements qui ont précédé l'arrêt de travail

Toutes les personnes que nous avons rencontrées ont, à un moment donné de leur parcours, consulté un médecin qui a évalué leur état de santé, posé un diagnostic et recommandé un arrêt de travail. Cette étape détermine de façon officielle le moment où l'on considère que l'atteinte des capacités fonctionnelles de la personne est si intense que celle-ci n'est plus en mesure de poursuivre son travail. Dans ce contexte, c'est le médecin qui décide et certifie que la personne est « réellement malade ». Or, l'analyse détaillée du discours des personnes et de leur parcours nous montre que le regard médical ne suffit pas à donner un sens à la maladie qui libérerait entièrement la personne de son rôle social de travailleur. D'autres facteurs contribuent à la construction de la représentation que se font les personnes de leur maladie et de l'arrêt de travail. Ces facteurs concernent principalement le regard de l'autre dans le milieu de travail et ses effets sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle.

3.2.1 Des signes et des symptômes avant-coureurs

La maladie survient rarement de façon soudaine. Chez la plupart des employés interrogés, les problèmes de santé sont apparus progressivement avec la présence de signes et de symptômes qui se sont manifestés alors qu'ils étaient encore au travail.

Un sentiment de fatigue que l'on n'arrive plus à contrer est souvent l'un des premiers signes que l'on voit apparaître. On espère l'éliminer par l'arrivée des vacances ou encore par quelques journées de repos prises ici et là. Mais vient un temps où ces périodes de répit ne permettent plus de récupérer; la fatigue s'accumule et un profond sentiment d'épuisement se fait sentir.

«Je me disais : Bien, il va y avoir des vacances cet été, prends cinq semaines de vacances. J'ai eu des vacances d'enfer, ça été épouvantable! Épouvantable dans le sens que je n'avais aucun entrain, je me sentais fatiguée, j'avais l'impression de traîner la patte partout et quand je suis rentrée au travail, normalement après cinq semaines, j'aurais dû être fraîche et dispose, j'ai mis le pied dans le bureau, puis au bout de la demi-journée j'étais aussi épuisée que quand je suis partie.» (Clara, cadre intérimaire)

À ce sentiment d'épuisement s'ajoutent souvent des problèmes de sommeil, une difficulté de concentration, des pertes de mémoire, de l'irritabilité et, dans certains cas, l'envie de pleurer pour tout et pour rien. Christian ne dormait plus que quelques heures par nuit. Réveillé à l'aube, il commençait ses journées très tôt pour les terminer tard le soir. Des difficultés d'attention et de concentration sont apparues, jusqu'à ce qu'il réalise qu'il n'arrivait plus à écrire une simple lettre.

De la même façon, les difficultés de concentration de Carine ont pris une telle ampleur qu'elle en était arrivée à douter de ses comportements :

«Depuis le printemps je savais que c'était sérieux, je me disais que je ne remontais pas, je ne pouvais pas récupérer, j'avais beaucoup de difficultés à me concentrer, des choses que je savais déjà par cœur depuis des années, il fallait que je les fasse valider parce que je ne savais plus si c'était correct. C'était énorme, je ne pouvais plus me concentrer, j'oubliais des choses banales, je ne pouvais plus me concentrer sur mon travail. C'était une fatigue énorme, j'avais de la misère à faire mes choses.» (Carine, technicienne)

La baisse des capacités fonctionnelles, la difficulté à maintenir son rythme de production, l'irritabilité envers les collègues ou à l'égard de la clientèle, l'impression de perdre le contrôle, que la marmite va sauter d'une journée à l'autre, sont autant de signes qui annoncent la survenue de la maladie.

Bien que les troubles de santé se manifestent souvent de façon progressive, des réactions aiguës peuvent survenir et précipiter l'arrêt de travail. C'est le cas de Christophe qui s'est absenté subitement à la suite d'une crise de panique qu'il a faite dans le stationnement du bureau en entrant au travail ou encore de Charlotte qui s'effondre en pleurant, sans voir venir le coup, lorsqu'une collègue lui mentionne qu'elle « *n'a pas l'air à filer* ».

Généralement perçus comme des événements subis et inattendus, ces déclencheurs surviennent habituellement dans une période où l'on se sent plus vulnérable, plus fatigué, souvent après avoir lutté pour contrer une situation difficile :

« C'est sûr que quand j'ai arrêté, je ne le savais même pas le matin que je me suis levée parce que je me suis présentée au bureau et je suis partie, je veux dire que je ne m'en rendais pas compte. Tu sais, je me disais toujours : Je vais m'en sortir, me coucher plus tôt, je vais manger plus, je vais couper plein d'affaires. Mais ça ne fonctionnait pas! » (Charlotte, technicienne)

Le caractère aigu de ces réactions conduit habituellement à une consultation chez le médecin. Dans le discours des personnes, ces événements marquants, que l'on repère à la date et à l'heure, prennent un sens « accidentel » et créent une situation où la consultation médicale et l'arrêt de travail deviennent une conséquence inévitable et sans équivoque de son état de santé. « *Là, j'ai pas eu le choix, ça faisait longtemps que je filais pas, mais je me sentais trop coupable pour arrêter, j'avais honte.* »

Par ailleurs, plus de la moitié des participants avaient déjà connu un, deux, parfois même trois épisodes antérieurs d'arrêt de travail. Certains en sont venus à reconnaître les signes avant-coureurs de la maladie et ont consulté rapidement un médecin avant de sombrer dans un épuisement qu'ils savaient qu'ils auraient de la peine à surmonter :

« Ce n'était pas mon premier épisode, alors les signes de pleurs, d'être à fleur de peau, de prendre tout à cœur, ces signes précurseurs je les connaissais déjà! » (Colombe, professionnelle)

« Les signes avant-coureurs, je les reconnaissais, je les ai vus venir : fatigue excessive, envie de pleurer pour rien, se fâcher pour des choses insignifiantes. » (Capucine, technicienne)

Toutefois, si la reconnaissance des signes et des symptômes a permis d'agir rapidement en consultant un médecin traitant, il n'en n'a pas été de même pour la capacité de ces personnes à agir sur les situations de travail qui ont entraîné la détérioration de leur état de santé. Pour Clarisse, la reconnaissance de ces signes l'amène à faire le lien entre les exigences de son travail et l'apparition de ses symptômes. Aux premiers signes, elle tente de changer le cours des choses :

«Je me suis vue descendre. À partir du moment où je me suis vue descendre, j'ai appelé mon boss, j'ai demandé d'en avoir moins, il a continué à en rentrer pareil, parce qu'il n'avait pas le choix. J'ai décidé d'en prendre moins, mais il est arrivé des urgences urgentes, le pléonasme est voulu. On n'avait pas le choix, il fallait que je le fasse, il n'y avait personne d'autre qui pouvait le faire. Alors je me suis bottée le derrière, puis au moment où je n'étais plus capable, je me suis répété tous les matins: Envoie ma grande, t'es capable, force encore, là!» (Clarisse, professionnelle)

Devant les impératifs du travail, Clarisse se sent obligée de continuer à se surpasser en dépit du sentiment profond qu'elle met sa santé en péril. Ainsi, pour elle, l'incapacité d'agir sur son travail l'entraîne dans une impasse dont seuls la maladie et l'arrêt de travail seront l'issue. Malgré l'évidence des signes et des symptômes avant-coureurs, certains employés ont eu beaucoup de difficulté à réaliser l'ampleur du problème. Ce phénomène, nous l'avons observé auprès d'employés qui ont offert une grande résistance à la consultation médicale.

Pour Christian, cette résistance est d'abord celle d'un individu qui a intériorisé un stéréotype sur la force et l'endurance des hommes face à la maladie :

«Les gens me le disaient autour de moi. Les gens qui travaillaient pour moi me disaient “ T'es fatigué, arrête-toi, tu devrais t'arrêter! “. Mais j'ai “toffé”, j'ai enduré parce que c'est l'orgueil qui me tenait au travail, je le savais que j'étais fatigué, je savais qu'il fallait que je fasse quelque chose, puis j'osais pas le demander. C'était défendu, il faut être fort, les hommes ça ne demande pas, puis ça ne pleure pas. La maladie c'était pour les femmes, puis les faibles. » (Christian, cadre)

Dans le cas de Claudio, un ouvrier spécialisé qui travaille essentiellement avec des hommes de métier, qui a un horaire de nuit et des quarts de travail de douze heures, être fort, savoir tenir sans jamais se plaindre, font partie des pratiques du métier.

Avoir l'air épuisé, sentir que l'on est rendu au bout du rouleau, ne font pas partie des plaintes que l'on peut exprimer. Aussi, dans son cas, c'est sa femme qui a dû insister pour qu'il consulte un médecin. Mais en dépit des craintes exprimées par cette dernière, Claudio a longtemps résisté avant de consulter son médecin, jusqu'au point de sombrer dans une dépression sévère dont il aura peine à revenir après une absence de près de deux ans. De la même façon, Clément inquiète sa femme au point où elle lui dira, une fois chez le médecin : « *Ça fait des ans que je connais mon homme, puis je suis rendue que je commence à avoir peur de rentrer puis qu'il se soit pendu dans la maison* ».

Mais cette résistance n'est pas seulement le lot des hommes. Des femmes ont également témoigné de la difficulté qu'elles ont eue à se décider à aller consulter un médecin. Pour Claudine qui occupe un poste cadre, le plus difficile a été « *d'accepter de sentir qu'on est rendu là* ». Un sentiment de responsabilité face à ses employés l'empêche de voir qu'elle est rendue au bout du rouleau. De plus, elle a longtemps cru qu'elle était à l'abri d'un épuisement professionnel.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que plusieurs personnes ont mentionné que ce sont les autres qui ont été les premiers à réaliser l'ampleur du problème et à leur recommander d'aller consulter un médecin, de prendre un temps de repos, de poser des gestes pour régler une situation devenue intenable :

« Bien avant que je réalise que j'étais rendue là, mais ce n'est pas moi qui l'ai réalisé, c'est les autres qui me l'ont dit : " T'es plus comme avant; on ne te reconnaît plus; il faudrait que tu te reposes; va te chercher de l'aide là. ", C'est là que j'ai commencé à aller me chercher de l'aide. »
(Claudine, cadre)

Pour plusieurs, la réaction des autres semble avoir eu l'effet d'une forme d'approbation, d'assentiment face à la maladie, comme s'il fallait attendre que le problème soit suffisamment visible par les autres pour s'autoriser le droit de le regarder et d'envisager la possibilité d'un arrêt maladie.

Clarence perdait conscience au bureau à tel point que ses collègues la surveillaient :

« J'étais très rébarbative à cet arrêt de travail-là. Mais les ennuis de santé ont commencé, ma pression baissait : je perdais connaissance à tout bout de champ. Mes collègues s'inquiétaient, ils venaient vérifier pour voir si j'étais pas rendue à terre quelque part quand ça faisait plus que cinq minutes que j'étais partie. » (Clarence, technicienne)

Ce sont leurs commentaires qui ont été le déclencheur : « *C'est là que j'ai commencé à me regarder, puis à écouter plus* ». Mais, si le regard des autres est nécessaire, il ne suffit pas toujours. Certains employés sont restés sourds aux pressions de leur entourage :

« Ce n'est qu'après coup qu'on dit : " Oui, j'avais vu venir! ". Mais je n'ai rien entendu, je n'ai rien écouté. Et là-dessus, je pense qu'il n'y a aucune différence pour personne : les gens à qui même moi j'ai pu dire à moment donné : " Écoute, tu me sembles sur la voie de quelque chose, as-tu pensé arrêter? " Je pense qu'on n'écoute pas. Je pense qu'on n'entend pas et je pense qu'on ne veut pas. » (Clara, cadre)

Pourtant, Clara avait déjà consulté un médecin qui lui avait recommandé un temps d'arrêt. Il semble ici que la difficulté n'ait pas été de consulter un médecin, mais bien d'accepter d'être en arrêt de travail. Selon elle, son retrait tardif a eu des effets sur sa santé et sa capacité de rétablissement : « *J'ai combattu, j'ai combattu. [Attendre] six mois, à mon avis, c'était trop. Trop, parce que ça s'est beaucoup répercuté sur la durée et la lourdeur de mon absence* ». En bout de piste, ce n'est qu'après s'être littéralement effondrée en larmes dans le bureau de son supérieur qu'elle a consulté à nouveau son médecin et s'est retirée du travail.

Des problèmes de santé soumis au regard de l'autre

La peur d'être perçu comme quelqu'un de faible et incapable de soutenir les pressions de la vie fait partie des craintes qui ont été mentionnées pour rendre compte de la résistance à envisager une consultation médicale et à s'absenter du travail. Le regard de l'autre n'est pas sans effet sur la façon dont on se perçoit et on se comporte face à la maladie.

L'absence pour maladie a des conséquences importantes dans le milieu de travail. Ne plus être en mesure d'assumer son rôle de travailleur exige, sur le plan social, d'excellentes raisons. Ainsi, la maladie doit être reconnue comme étant suffisamment « grave » pour justifier un retrait du travail. À ce titre, certaines maladies sont plus évidentes que d'autres. Par exemple, une personne qui fait un infarctus est considérée comme ayant de bonnes raisons de s'absenter. Mais, les problèmes de santé mentale sont moins évidents, plus ambigus, voire douteux dans certains cas et donc sujets à contestation.

Les problèmes de santé mentale sont également porteurs de stigmates. Beaucoup de préjugés entourent encore ce type de maladie. En conséquence, des employés ont vivement réagi lorsque leur médecin a parlé de dépression : « *Je me voyais comme*

folle ». « *Le mot dépression, je ne l'acceptais pas, je ne l'acceptais pas!* ». La crainte d'être mal perçue par les autres a même poussé Clarence à mentir sur son problème de santé : « *C'est tellement péjoratif quand tu dis le mot dépression, tu sens que les gens se tassent quasiment. Moi je dis que j'ai été opérée pour des kystes.* »

En ce sens, Christian (cadre) a longtemps pensé qu'il n'y avait que les faibles et les paresseux qui s'absentaient du travail en raison d'un problème de santé mentale. Charles (professionnel), pour sa part, persiste à croire que les préjugés demeurent : « *Les gens pensent : « Tu n'as qu'à te botter le derrière et tu n'en feras pas, de dépression* ».

En réaction à la peur du jugement des autres, certains employés ont évité de sortir de leur maison pendant leur absence pour aller dans un centre commercial, un centre sportif ou une base de plein air. Claire, qui s'était absentée en raison d'une dépression sévère, était incapable d'aller à son chalet de peur d'être perçue comme quelqu'un qui n'était pas réellement malade. Comme si, lorsqu'on est réellement malade, on fréquente uniquement les hôpitaux et les cliniques médicales; « *À la rigueur, un salon funéraire* », ajoute-t-elle. Pour sa part, Clarence s'est résignée à ne pas aller au « party » de Noël même si elle en avait le goût : « *J'aurais pu y aller, mais il y avait la petite phrase aussi : « Ça paraît mal! « T'es en maladie, ça paraît mal d'aller dans un « party », aller fêter* ».

L'interprétation des causes et le sens donné à la maladie

Chez la plupart des employés que nous avons rencontrés, la maladie est arrivée progressivement avec la présence de signes et de symptômes qui se sont manifestés pendant que la personne était encore au travail. Au cours de cette période, à travers une parole, un commentaire, une façon de se comporter, les problèmes de santé de l'employé ont souvent été soumis au regard de l'autre.

Toutefois, l'analyse des récits des participants montre que ce n'est pas seulement les signes et les symptômes associés à l'état de santé qui ont été rendus visibles. En effet, au-delà des symptômes, les personnes interrogées ont tenté de nous expliquer les raisons de leur maladie, d'y donner un sens, de comprendre ce qui les avait rendues malades et incapables de fonctionner au travail. Cette explication s'est rarement limitée aux signes et aux symptômes de la maladie. Un ensemble de facteurs d'ordre personnel et professionnel ont été mis de l'avant pour rendre compte de la détérioration de leur état de santé et pour donner un sens à leur comportement par rapport à la maladie.

Certains employés ont fait état d'événements stressants qui sont survenus dans leur vie personnelle et qui ont eu des effets sur leur santé physique et psychologique. Plusieurs se sont épuisés dans leur milieu de travail. Quelques personnes ont fait référence à une vulnérabilité sur le plan psychologique marquée par des troubles récurrents. Ces différents facteurs ont aussi été pris en compte par les collègues de travail ou les supérieurs et ont donné lieu à une interprétation des signes et de symptômes qu'ils observaient chez la personne.

Par exemple, lorsque Christian (cadre) a l'air épuisé, au bout du rouleau, tout le monde sait aussi qu'il est débordé par sa charge de travail et qu'il consacre plus de dix heures par jour de son temps au travail, et ce, depuis trop longtemps. Au regard de ces événements, la maladie a pris tout son sens, elle est devenue réelle et acceptable aux yeux des personnes et à ceux des autres. De ce point de vue, les problèmes de santé mentale chez les travailleurs ne sont plus uniquement une question d'état de santé. Ils s'inscrivent dans un contexte social, notamment celui du monde du travail, où se conçoit une forme de jugement moral de l'employé malade (Dodier, 1983).

Les sections suivantes rendent compte de l'interaction entre la maladie, ses causes et le regard de l'autre sur la construction du sens de la maladie par les participants. À partir de l'expérience vécue par ces derniers, nous avons regroupé les grandes causes de la maladie, selon qu'elles concernent le travail ou la vie personnelle. Certains participants 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 dans la sphère professionnelle, qui les ont peu à peu fragilisés. Pour des fins descriptives, nous avons séparé les facteurs d'ordre personnel et les facteurs d'ordre professionnel. Il importe toutefois de considérer ces facteurs comme étant interreliés. En fait, la santé mentale d'une personne se construit à travers un processus dynamique entre les caractéristiques individuelles, les événements de la vie hors du travail, les conditions d'exercice de la vie professionnelle et l'interprétation subjective qu'en font les acteurs.

3.2.2 Les facteurs personnels

Plusieurs participants ont été confrontés à des événements difficiles qui sont survenus dans leur vie personnelle. Le décès d'un être cher, avoir à prendre soin d'un parent ou d'un enfant malade, des difficultés conjugales ou financières, sont parmi les événements qui ont marqué la trajectoire de ces personnes et participé à la fragilisation de leur état de santé. Quelques-unes d'entre elles ont également fait référence à une vulnérabilité psychologique marquée d'une histoire psychiatrique plus lourde, ou plutôt rendue plus

évidente souvent en raison d'une hospitalisation. Ces différents événements, bien qu'ayant eu des effets similaires sur la santé, ont eu des répercussions différentes dans le milieu de travail. L'analyse du parcours des participants montre que l'origine du problème n'est pas sans effet sur le milieu de travail.

D'une part, une personne qui s'effondre à la suite de la maladie ou du décès d'un proche ne reçoit pas le même soutien que celle qui s'absente en raison de facteurs psychosociaux. D'autre part, les personnes identifiées comme ayant des troubles mentaux récurrents sont parfois l'objet d'une forme d'exclusion.

La maladie et le décès d'un proche

La maladie et le décès d'un proche sont des événements particulièrement difficiles à vivre. La prise en charge d'un proche gravement malade est une expérience pénible et d'autant plus difficile à vivre lorsque la situation perdure dans le temps. Camille, dont le fils était atteint d'une maladie incurable, a souvent été confronté à un profond sentiment d'impuissance et de découragement. Les soins dispensés à une personne malade exigent souvent de s'investir dans de nombreuses tâches, comme accompagner la personne à l'hôpital, organiser son environnement, se lever la nuit pour l'aider, etc. De plus, l'évolution de la maladie demande une grande capacité d'adaptation, laissant souvent peu de répit. En plus d'être pénible sur le plan physique, cette expérience est exigeante sur le plan émotionnel.

Alors que la personne se voit sollicitée corps et âme à la maison, le milieu de travail comporte aussi son lot d'exigences. Cette double contrainte laisse peu d'espace pour récupérer et crée une fragilisation de l'état de santé qui ne va pas sans avoir des effets sur la capacité de travail des personnes. Fatigue extrême, troubles de concentration, insomnie, anxiété et perte de motivation finissent par envahir la sphère professionnelle :

« Je travaillais, mais disons que j'étais fatigué beaucoup plus rapidement. Mes nuits de sommeil étaient moins bonnes, travaillais moins bien, je vivais moins bien, parce qu'il y avait une préoccupation constante. »
(Camille, technicien)

Face à de tels événements, les collègues de travail et les supérieurs font généralement preuve d'empathie. Ils ont tendance à se montrer compréhensifs et à offrir leur soutien à l'employé en souffrance. Dans certains cas, ils vont même jusqu'à pallier ses incapacités, en assumant une partie de ses tâches ou encore en lui conseillant de prendre quelques journées de congé :

«Ma supérieure, quand elle a su là que c'était vraiment du cancer, que mon mari avait eu, elle m'a dit : " Veux-tu prendre congé? ". J'ai dit : " Non, j'en veux pas parce que qu'est-ce que je vais faire chez nous? Je vais juste pleurer. Je veux continuer à travailler ". Elle m'a encouragée, puis il y avait aussi la fille avec qui je travaillais qui m'a supportée, puis elle m'a dit que je n'avais pas à m'en faire, que c'est sûr avec ce que j'avais passé. » (Claire, employée de bureau)

Toutefois, malgré le soutien du milieu, des signes et des symptômes d'épuisement finissent par apparaître et l'arrêt de travail devient une nécessité. Pour certains, l'effondrement est survenu après le décès de la personne malade, comme si, pendant longtemps, l'employé avait réussi à tenir dans une situation qui allait bien au-delà de ses limites :

«Je me disais : " Je ne peux pas lâcher : j'ai besoin de travailler ". Donc j'ai accumulé, j'ai accumulé, j'ai accumulé. Je me suis dit : " Je vais être capable ". Moi, je voulais être forte pour mon mari, pour mes filles, pour ma sœur qui avait perdu son mari. Alors, j'ai essayé d'être forte pour tout le monde. J'ai tenu la barre, j'ai tenu la barre. Oui, j'ai pleuré quand même, mais j'ai tenu la barre. J'ai été forte pour tout le monde, jusqu'au moment où j'ai craqué. » (Claire, employée de bureau)

À la suite du décès de sa conjointe, comme pour se tenir occupé, Charles s'est beaucoup investi dans les nombreuses procédures qui ont entouré les funérailles et la succession. Rapidement, il revient au travail. Mais peu à peu, il se sent épuisé, la vie perd son sens et il constate qu'il est moins fonctionnel au travail. Son supérieur lui signifie qu'il comprend sa situation et lui suggère même de prendre, au besoin, le temps nécessaire pour traverser cette épreuve. Les réactions de son supérieur lui confirment qu'il est entièrement soutenu dans son travail et que sa baisse de performance, voire son retrait du travail, ne lui seront pas reprochés. Rassuré par les commentaires de son supérieur, et avec le soutien du PAE, Charles décide de consulter son médecin et, parallèlement, il entreprend une thérapie sur le deuil :

«J'ai bénéficié des services merveilleux de la Direction des ressources humaines. Mon directeur qui, d'autorité, sans consulter personne me dit : "Prends le temps qu'il faut pendant les six mois, un an. Je sais ce que tu as à brasser puis, ça va. Ça veut dire, si tu es affecté et que ça rend ta performance différente, je ne te considère pas comme un mauvais employé pour autant. Et ça c'est souple, c'est assez encourageant. » (Charles, professionnel)

Dans le cas de Catherine, le décès accidentel de son conjoint, père de deux jeunes enfants, a été d'une violence telle que son médecin lui a recommandé de ne pas réintégrer le travail avant plusieurs semaines. Ce dernier a considéré l'ampleur de la situation et le risque élevé que pouvaient avoir ces événements sur ses capacités d'adaptation à plus long terme. L'arrêt de travail s'est ici avéré nécessaire dans une perspective préventive.

Le caractère tragique et immuable de ces événements suscite la compassion et la sympathie de l'entourage. Compréhension et bienveillance viennent ainsi soutenir la personne éprouvée. Les collègues de travail et les supérieurs font généralement preuve d'empathie et ont tendance à apporter leur soutien à l'employé.

Le contexte fait en sorte qu'il ne vient à l'idée de personne de douter du caractère tragique des événements, de ses répercussions sur l'équilibre psychologique et de la nécessité d'un arrêt de travail :

« Mes collègues de travail :, ça n'a pas de bon sens comme les gens ont été extraordinaires! J'avais énormément de support au niveau de l'équipe de travail, ils étaient là, puis le lien, je sentais toujours le lien! Donc, je n'ai pas été laissée toute seule à moi-même. J'ai eu de la chance de quitter, je n'avais pas de conflit au travail Tu sais quand tu es appréciée, et que t'aimes le monde, que c'est une belle dynamique, tu as encore plus de support. » (Catherine, professionnelle)

Le soutien des collègues et des supérieurs permet ici de conserver une image positive de son milieu de travail. L'assentiment implicite du milieu face à l'arrêt de travail semble avoir créé un lien avec l'employée éprouvée, comme si le travail restait quelque part présent dans sa tête. Ainsi, comme on le verra lors du retour au travail, ce lien positif à l'autre aide à penser que retourner au travail, c'est retourner dans un milieu qui a été aidant et réconfortant.

Des facteurs psychosociaux

Des employés ont aussi été confrontés à des événements stressants dans leur vie personnelle, que l'on pourrait qualifier d'événements psychosociaux : une situation de violence conjugale, un divorce difficile, des problèmes avec un enfant qui présente des troubles de comportement, etc. Ces événements personnels, tout comme la prise en

charge d'un proche malade, vont être exigeants physiquement et psychologiquement. Avec le temps, ils peuvent provoquer une usure progressive de l'état de santé :

« C'était assez difficile [divorce]! À quelques reprises mon médecin me disait que j'avais besoin de repos. Mais moi, je refusais toujours d'arrêter de travailler, parce que je me disais: " Non, j'ai besoin de travailler puis j'aime ça mon travail puis j'aimais mes collègues ", puis tout ça. » (Cathie, technicienne)

Face aux difficultés de la vie hors du travail, le travail peut devenir une source de protection que l'on tente de conserver le plus longtemps possible. Le travail devient parfois le seul endroit où l'on peut arrêter de penser aux difficultés qui nous submergent.

Pour Corinne, qui a eu à composer avec une situation de violence conjugale, le travail est devenu sa planche de salut :

« La violence conjugale c'est pas juste une claque sur la gueule. La violence, ça vient te briser en dedans. J'étais quelqu'un qui doutait énormément de tout ce que je faisais. , Au travail, il y a des gens qui m'avaient confirmé que j'étais quelqu'un qui travaillait bien. Je crois que cette partie de moi, qui a été la travailleuse depuis de nombreuses années, a grandi, a réussi. Ça a permis à la femme blessée de prendre ça en main aussi. De même que j'ai pris des choses en main dans mon travail, j'ai pris cette expérience-là aussi et je l'ai donnée à la femme qui était démunie de tout, écrasée, puis je suis allée plus loin. » (, technicienne)

Mais en dépit du caractère protecteur du travail, il vient un temps où certains signes et symptômes se font sentir, tels des problèmes de concentration, des troubles de l'humeur, ou encore un sentiment d'épuisement qui affecte le fonctionnement au travail. Ces événements personnels peuvent demander un investissement de temps, obligeant parfois l'employé à s'absenter de son travail. Toutefois, les événements de nature psychosociale ne semblent pas susciter autant l'empathie du milieu de travail que ce que l'on observe lors d'une maladie grave ou du décès d'un proche. Par exemple, les difficultés familiales de Cathie ont eu des effets sur son travail. Son conjoint, père de trois jeunes enfants, la quitte sans prévenir. Dans les faits, elle se retrouve seule avec une grande charge familiale à assumer. Mais à l'inverse de Catherine qui a eu le soutien

de son supérieur et de ses collègues de travail, ses troubles de l'humeur, ses absences répétées et ses nombreuses demandes d'aménagement du temps de travail ont fini par ennuyer son gestionnaire qui, peu à peu, a commencé à désapprouver ses demandes et ses comportements :

« Il disait que ce n'était pas à lui à gérer mes problèmes personnels, puis ta-ta-ta. Tu sais, il ne s'est pas montré compréhensif. » (Cathie, technicienne)

Carl a, pour sa part, toujours gardé le silence sur ses difficultés familiales. Sa femme et ses enfants l'ont brusquement quitté; du jour au lendemain, il s'est retrouvé complètement seul :

« Tout d'un coup dans ta vie, t'es un homme qui fonctionne bien, t'es un homme qui a sa résidence, qui a travaillé toute sa vie, qui aspire encore à des projets pour sa famille et tout ça. Tu te ramasses dans la rue comme un chien, t'as plus rien, plus le droit au domicile, plus rien! » (Carl, technicien)

La baisse du rythme de travail, l'incapacité d'assumer sa pleine charge de travail, ou encore l'altération dans sa manière de se comporter avec ses collègues et ses supérieurs ont des effets importants sur le milieu de travail. Une personne qui ne peut donner son plein rendement doit avoir de bonnes justifications, et ce, particulièrement lorsque son incapacité de travail affecte la charge de travail des autres. Or, les problèmes personnels ne suscitent pas autant l'empathie du supérieur. Pour Cathie, lorsqu'elle s'absente de son travail pour régler ses difficultés familiales, son supérieur la prévient qu'elle devra à l'avenir apprendre à mieux gérer sa vie personnelle.

Dans ce contexte, lorsqu'une personne devenue trop malade quitte son travail, elle laisse en fait un milieu perçu comme étant peu compréhensif, voire parfois hostile. Malgré la survenue de signes et de symptômes similaires (insomnie, problèmes de concentration, irritabilité, etc.) chez les personnes qui s'absentent du travail en raison de la maladie ou du décès d'un proche, et chez celles qui s'absentent en raison de facteurs psychosociaux, ces personnes ne quittent pas leur milieu de travail de la même manière. La relation à l'autre, aux collègues et au supérieur ne s'établit pas de la même façon. La manière de quitter son travail n'est pas sans effet sur la façon d'envisager le retour au travail.

Une vulnérabilité psychologique marquée par une histoire psychiatrique

On reconnaît de plus en plus que la santé mentale est tributaire d'un ensemble de facteurs; ainsi se conjuguent les facteurs héréditaires, les caractéristiques individuelles de la personne, les facteurs sociaux et environnementaux. Il existe chez certaines personnes des caractéristiques individuelles marquées qui les déstabilisent et les rendent plus vulnérables aux contraintes environnementales.

Au cours de cette étude, nous avons rencontré des personnes qui, bien qu'ayant toujours occupé un emploi, ont eu un parcours de vie difficile. Ces personnes présentent une histoire psychiatrique de longue date, une ou des hospitalisations pour des problèmes de santé mentale et des absences au travail cumulant plus de deux ans. Elles estiment que les contraintes du travail ont joué sur leur état de santé, mais elles croient aussi présenter une certaine vulnérabilité qui vient les fragiliser.

Le travail occupe une place importante chez ces personnes. Plus qu'une source de revenu, le travail représente à leurs yeux une activité utile donnant lieu à un sentiment de dignité personnelle :

« C'était primordial de travailler. Pour moi, c'est mon gagne-pain. Mais enlever le travail, c'est également enlever la reconnaissance de soi, je veux dire toutes ces choses-là. J'aurais été malade plus vite si cela avait été autrement. » (Carolane, employée de bureau)

« Ça me fait très peur, parce que je suis supposée rentrer dans deux semaines. D'une manière ou d'une autre, moi, si je réussis pas à réintégrer le marché du travail là, c'est sûr là, c'est sûr que je me suicide. [Interviewer : À ce point là?] Ah oui, monsieur, pour moi ça va être une défaite de ne pas être capable de rentrer travailler après 25 ans. » (Chloé, technicienne)

« J'ai cette espèce d'éthique : tant qu'à travailler, je vais le faire bien. Un, pour la cliente, parce que je trouve qu'une personne qui a besoin d'aide a besoin d'aide, elle ne peut pas se faire répondre n'importe quoi; et deux, je suis fait comme ça : je veux faire du bon travail, je ne veux pas travailler mal. » (Claude, technicien).

Malgré leurs épisodes de maladie, ces travailleurs s'investissent beaucoup dans leur travail et jugent être en mesure de réaliser pleinement les tâches qui leur sont dévolues :

« Même si c'était dur au niveau émotionnel, du côté travail comme tel, je pouvais abattre beaucoup de travail, finir dans les délais, très vite si je voulais. Il n'y avait pas de problème. » (Carolane, employée de bureau)

« Comme j'ai dit, je n'ai jamais eu vraiment de problèmes avec l'employeur, comme de me faire dire : "Tu ne fais pas bien ton travail. Non c'est jamais arrivé." » (Claude, technicien)

Toutefois, une symptomatologie importante vient sporadiquement atteindre leurs capacités de travail et parfois perturber leurs rapports avec autrui dans leur milieu de travail.

« Moi, j'essayais de cacher que j'avais des difficultés. Je faisais exprès pour mettre le paquet. Je devenais de plus en plus agressive du fait que je pensais qu'ils n'étaient pas capables de distinguer ce qui est vrai de ce qui est faux.. » (Carolane, employée de bureau)

Claude, lui, porte un regard lucide sur ses comportements :

« La relation n'est pas facile. Des fois, j'ai des sautes d'humeur. J'arrive presque à me chicaner avec quelqu'un ou avec l'employeur. Comment dire? Je comprends que ça ne vient pas nécessairement de l'employeur, mais de mon état mental. Je suis toujours revenu, pour m'expliquer. » (Claude, technicien)

Par moment, cette symptomatologie devient si intense et si envahissante que ces personnes ne sont plus en mesure d'accomplir leur travail, plus en mesure de s'occuper d'elles-mêmes. L'hospitalisation en psychiatrie devient alors inévitable. Si les autres personnes qui se sont absentes du travail en raison de problèmes de santé mentale soulignent la grande difficulté qu'a l'entourage à comprendre ce phénomène, l'on peut entrevoir ici ce qu'un comportement désorganisé peut susciter d'incompréhension et de peur!

Carolane sentait qu'elle perdait pied; elle avait pris quelques jours de congé, mais elle n'arrivait plus à contrer le manque de concentration ni les excès de pleurs qui surgissaient à l'improviste au bureau :

« Dans ces quinze jours-là, ça s'est désagrégé vite, vite, vite. Et puis le fameux vendredi, je suis rentrée, je me suis rendue à mon écran, à ma place: il n'y avait plus rien qui allait. Je me suis couchée sur mon bureau, sur les bras là, puis je suis restée là. Je n'étais plus capable qu'on m'adresse la parole, qu'on me parle, plus capable d'expliquer que ça ne va pas. Quelqu'un à moment donné, est allé chercher l'infirmière en haut. Mais j'étais devenue méfiante: je ne faisais plus confiance à personne, sauf à lui (psychologue du P.A.E.). Ils l'ont fait venir et je suis allée à l'hôpital. » (Carolane, employée de bureau)

On voit ici comment tout le processus de l'arrêt de travail et de la réinsertion professionnelle, notamment au regard des collègues, peut être marqué par ces comportements perçus comme étant insolites, voire inquiétants. Ce type de comportements génèrent plus souvent qu'autrement des réactions d'exclusion de la part des gens du milieu de travail. Pendant la durée de son absence au travail, Carolane ne recevra le soutien que d'une seule collègue, et à son retour, ses moindres écarts de comportements seront interprétés à travers le spectre de la maladie mentale.

3.2.3 Les facteurs professionnels

À ces difficultés d'ordre personnel s'ajoute également la part du travail. En effet, au cours de la dernière décennie, les milieux de travail ont connu de grands bouleversements qui ne sont pas sans effet sur la santé mentale des travailleurs.

Les employés de la fonction publique québécoise ne sont pas à l'abri de ce phénomène. À ce chapitre, les difficultés vécues dans le cadre du travail demeurent l'élément le plus marquant du discours des participants pour rendre compte des facteurs qui ont contribué à la détérioration de leur état de santé et à leur arrêt de travail. Les effets de la surcharge de travail, les séquelles des réorganisations du travail, les contrecoups de la pression au rendement et ses effets sur la reconnaissance des efforts au travail, l'insécurité d'emploi, les rapports conflictuels avec des collègues ou avec un supérieur et les risques de certains métiers sont parmi les facteurs professionnels qui ont été identifiés pour souligner les effets du travail sur la santé des employés que nous avons vus.

**Du surinvestissement au « trop de travail » :
des limites pas toujours évidentes**

L'impression de s'être épuisé au travail, d'avoir trop donné, trop investi de temps au travail, est une expérience que plusieurs employés, notamment chez les cadres par intérim, ont mentionné pour expliquer leur problème de santé et leur arrêt de travail.

Pour Claudine, il ne fait pas de doute que son épuisement est directement lié au surinvestissement dans son travail : *« Je n'avais pas de difficulté autre que ce que je vivais dans mon milieu de travail. »* Depuis quelques années, elle assume l'intérim d'un poste de cadre supérieur dans une direction aux prises avec d'importants problèmes en matière de relations entre patron et employés. Le défi est de taille, mais à force d'écoute et d'investissement de temps, elle réussit à développer un climat de confiance dans son milieu et à recréer des équipes de travail efficaces et compétentes.

Selon Claudine, lorsqu'on entre dans un mode d'écoute et que l'on gagne la confiance des employés, il faut aussi en assumer le corollaire et répondre aux demandes qui nous sont faites. Bien que passionnant, ce travail exige d'y mettre le temps et n'en laisse guère pour récupérer. Chaque jour présente son lot d'exigences supplémentaires et le « un peu plus chaque jour » conduit inexorablement à un rythme de fonctionnement effréné où l'on ne compte plus ses heures de travail :

« J'ai travaillé très fort, très fort. J'arrivais à sept heures le matin, je repartais à six heures avec du travail à la maison et je travaillais les fins de semaine. Je me sentais capable de le faire et j'ai pas senti mon niveau de fatigue arriver. Je me suis rendue malade, je suis tombée malade. » (Claudine, cadre)

Mais le surinvestissement de Claudine dans le travail porte fruit tant sur le plan personnel (reconnaissance) que sur le plan organisationnel (productivité). Sa direction connaît un essor considérable et ses supérieurs sont à même de reconnaître l'excellence de son travail. Le défi qu'elle a relevé était de taille et elle a été en mesure de livrer la marchandise. Son travail est reconnu et elle se sent valorisée par ses supérieurs, mais aussi par ses employés, qui lui témoignent leur admiration :

« Il a fallu travailler fort pour donner aux employés les outils qu'ils avaient besoin, un environnement et un contexte de travail de bonne qualité qui leur ont permis de donner un meilleur service aux clients. Je ne vois pas comment j'aurais pu faire autrement. Quand je regarde : où le service est rendu aujourd'hui... mais à quel prix, à quel prix! » (Claudine, cadre)

Selon Claudine, la situation s'est grandement améliorée depuis que les gestionnaires ont misé sur l'écoute et la consultation auprès des employés pour voir avec eux ce qui ne va pas, ce qui pourrait être amélioré, ce dont ils ont besoin comme outils pour mieux fonctionner. Mais aujourd'hui, la charge de travail est trop grande et les cadres s'épuisent les uns après les autres; l'excellence a un prix.

Malgré toute la reconnaissance qu'elle reçoit au travail, Claudine s'épuise progressivement. Elle a toutefois peine à réaliser ce qui lui arrive. Comme pour plusieurs cadres et professionnels que nous avons vus, elle finit par accepter de consulter un médecin seulement à partir du moment où une collègue de travail lui signifie qu'elle ne peut poursuivre dans ces conditions.

De la même manière, Christian s'écroule sous une charge de travail trop importante à la suite d'un intérim qu'il accepte d'assumer afin de pallier l'absence soudaine d'un autre cadre :

« C'est un travail qui demandait beaucoup d'heures Je n'ai pas pu. Disons que j'ai consacré beaucoup trop d'heures à ma profession. Quand je dis d'heures à ma profession, c'était le samedi matin puis le dimanche matin, pour prendre le dessus, parce qu'à moment donné, je ne prenais plus le dessus sur le travail que j'avais à réaliser. Il faut dire que j'avais beaucoup d'employés dont je devais m'occuper pour réussir à passer à travers, il a fallu consacrer beaucoup trop de temps au travail. » (Christian. cadre)

Son parcours professionnel est d'ailleurs marqué par de nombreuses réorganisations du travail. Il occupe un poste où il est continuellement sollicité au sein d'une direction qui offre des services à la population de jour et de nuit, sept jours par semaine, et ce, dans un contexte de travail qui a subi d'importantes coupures de personnel. Il a relevé de nombreux défis et son investissement au travail est reconnu à la fois par ses supérieurs et par ses employés. Mais malgré sa grande expérience, le désir d'être valorisé dans ses fonctions d'intérim et les exigences de son travail ont fait en sorte que Christian s'est épuisé progressivement. Selon lui, plusieurs cadres occupent des postes d'intérim en attendant d'être classés officiellement. Cette situation générerait beaucoup d'incertitude et d'insécurité qui ne sont pas sans effet sur la santé du personnel :

« Il y a beaucoup, beaucoup d'intérimis qui sont faits depuis les trois ou quatre dernières années, en attendant qu'ils classent les personnes. S'ils n'investissent pas dans le personnel, ils vont investir dans la maladie, c'est officiel! » (Christian. cadre)

C'est aussi l'histoire de Clara qui accepte de faire un intérim qui se prolonge au-delà de ses attentes :

«J'ai été appelée à faire l'intérim de la direction pendant une année complète. J'ai soutenu un rythme de travail infernal jusqu'à ce que la direction soit remplacée, puis j'ai « craqué », ce n'est pas compliqué. Quand t'acceptes de faire un intérim, t'acceptes que ça ne sera pas pour tout le temps et t'acceptes que c'est en attendant, que c'est pour dépanner. Ce que je ne savais pas, c'est que ça durerait aussi longtemps. » (Clara, cadre)

Mais à la différence de Claudine et de Christian, l'expérience de Clara n'est pas couronnée de succès et devient plutôt une source de souffrance. Dans son rôle d'intérim, elle a toujours eu l'impression d'être assise entre deux chaises, sans détenir un vrai pouvoir décisionnel pour un mandat qui consistait à ménager la chèvre et le chou en attendant que le poste soit comblé :

«Du fait que j'étais en intérim, je sentais que j'avais pas la possibilité de remettre en question les décisions des autorités... Un intérim, c'est une position inconfortable parce que t'es assis entre deux chaises, tu sais que tu ne vas pas être celle qui va être sur la chaise de façon définitive. T'essaies de tout faire correctement ou avec le moins de dommages possible, de tout ramasser, puis de faire comme si rien n'était. Mais à quelque part, ça n'a été sain pour personne et surtout pas pour moi. » (Clara, cadre)

Son investissement dans le travail la laisse perplexe. Elle a l'impression d'avoir beaucoup donné sans jamais avoir été remerciée, sans en retirer une certaine fierté, la gratification nécessaire pour donner un sens à ses efforts. Lorsqu'elle retourne à son ancien poste de travail, à l'arrivée de la nouvelle directrice, Clara a l'impression d'avoir perdu quelque chose. Elle se sent submergée par un profond sentiment d'épuisement qu'elle tente de combattre depuis déjà plusieurs mois. Visiblement au bout du rouleau, elle persiste à se rendre à une réunion qu'elle avait planifiée. Mais à la fin de la journée, elle s'effondre en pleurs dans le bureau de sa nouvelle supérieure, comme pour lui signifier l'état d'urgence qui la presse à consulter un médecin. Ce n'est qu'à partir de ce moment qu'elle a accepté l'arrêt de travail que lui avait recommandé son médecin traitant.

La surcharge de travail n'est pas seulement le lot du personnel d'encadrement. Coralie (technicienne), qui travaille en région auprès d'une clientèle difficile, s'est épuisée à la suite d'une surcharge de travail qu'elle n'arrive plus à contrôler. Un plan de redressement a été élaboré par son supérieur afin de répondre aux demandes les plus urgentes. En dépit de cette décision, les retards s'accumulent et Coralie se sent débordée par la situation : *« J'avais beaucoup de retard dans mon travail, on avait fait un plan de redressement, on avait fait plein d'efforts dans l'année précédente, mais je ne m'en sortais pas, j'avais beaucoup trop de dossiers »*. Lorsqu'elle laisse entendre à son chef d'équipe qu'elle a peine à fonctionner dans ces conditions, il l'encourage à consulter un médecin et à prendre congé : *« Il m'avait répondu : « Bien je pense que s'il y a une partie de ton travail que t'es plus capable d'effectuer, retire-toi, là. Prends congé! »* Il va même jusqu'à lui proposer de prendre le temps de s'informer auprès de la Direction des ressources humaines afin qu'elle puisse se rassurer sur les conditions qui entourent la gestion d'un congé de maladie. Selon elle, c'est son supérieur qui l'a mise en face de la réalité.

Coralie n'arrive à prendre toute la mesure de sa détresse qu'à partir du moment où elle sent qu'elle a l'appui de son milieu de travail. Le personnel de secrétariat et la directrice du service étaient également au courant des difficultés qu'elle éprouvait dans son milieu de son travail : *« Ils étaient au courant des efforts que je mettais pour m'en sortir, que j'en arrachais, mais ils me faisaient confiance, tu sais, jusqu'à preuve du contraire »*, dit-elle. De plus, la collègue qui fait le même travail qu'elle dans la région voisine était au courant de sa situation de travail difficile : *« Sans nécessairement prévoir mon congé de maladie, elle était au courant que je traînais la patte depuis un moment et que j'avais beaucoup de retard »*.

Ainsi, ce n'est qu'après en avoir discuté avec les gens de son milieu de travail qu'elle est venue à considérer son congé de maladie comme étant une situation crédible et acceptable par son milieu de travail. À ce sujet, elle fait référence à son honnêteté et à ses efforts visibles pour ne pas sombrer du côté de la maladie : *« J'étais honnête là, ma démarche était honnête, j'avais essayé notre plan de redressement aussi. Ils voyaient bien que je travaillais fort. »*

Une réorganisation « désorganisante »

Les grands changements qui ont eu lieu dans la fonction publique québécoise ont eu un impact sur les postes de travail de certains employés. À la suite d'une importante réorganisation du travail, les mandats pour lesquels Constantin avait été engagé sont maintenant transférés à un autre ministère. Aussi son expertise n'est-elle plus requise et il se voit assigné à de nouvelles fonctions dans lesquelles il ne se sent pas à l'aise.

Conséquemment, il n'arrive pas à fournir une prestation de travail intéressante pour l'organisation.

Il ne se sent pas compétent et il comprend rapidement que son supérieur n'est pas satisfait de sa production. Progressivement, il perd confiance en ses capacités de travail : *« J'ai comme perdu confiance en moi-même, dans mes capacités, puis je n'ai pas le goût d'investir, alors je me suis mis à piquer du nez, être très dépressif ».*

Perdre son poste est en soi une expérience difficile, même si l'on sait que la situation est inévitable, que c'est pour le mieux. Ne serait-ce que de penser que ce que l'on faisait avant n'était pas assez essentiel pour avoir été protégé par la réorganisation du travail. De plus, la mobilité professionnelle est vécue difficilement lorsqu'elle est imposée et oriente l'employé vers des activités où il ne se sent pas compétent.

C'est aussi l'histoire de Claudio qui perd son poste à la suite d'une réorganisation du travail. D'ailleurs, il n'a jamais compris pourquoi son poste avait été « fermé » alors qu'il y avait encore tant à faire :

« En tant qu'employé, on se pose un paquet de questions. Je veux dire, quand t'es à un poste, quand t'as un poste, tu dis : pourquoi ils le ferment? J'ai de l'ouvrage dans mon poste à moi, pourquoi ils font ça? Déjà là, ça fait mal, on ferme ton poste, mais pourquoi? » (Claudio, ouvrier)

À la suite de cette coupure de poste, Claudio est ébranlé mais il demeure néanmoins confiant : *« Ça me donne un coup, mais j'ai dit : Je vais me trouver un autre poste ailleurs, parce que j'ai des bonnes compétences ».* Toutefois, le poste qu'il convoite ne lui est pas attribué. Son supérieur ne le juge pas à la hauteur. Il finit par accepter un poste de nuit dans un domaine loin de ses compétences. Il arrive tant bien que mal à fonctionner, mais il demeure vulnérable lorsqu'il doit gérer des problèmes d'ordre organisationnel dans un domaine qu'il ne maîtrise pas. En cours d'emploi, il consulte le PAE afin de trouver une réponse à ses difficultés. Mais l'intervention qui lui est proposée est centrée sur sa personne :

« Elle (responsable du PAE) travaille sur toi. Elle ne peut rien faire contre le gouvernement, alors elle travaille sur toi : “Prends de l'air, respire par les poumons, respire par le ventre, prends des grandes respirations, lis tel livre! “ et ainsi de suite. Je ne suis pas un grand lecteur. Je suis un « manuel ». (Claudio, ouvrier)

« Ça m'a aidé, quand je vois que ça commence à claquer là, je prends une grande respiration puis je sens que ça fait du bien. En prenant une respiration je peux sortir complètement de moi ou presque, me retirer. Ça a aidé de ce côté là. Mais en fait, elle ne m'a pas guéri : comment dialoguer avec mon monde, comment parler à quelqu'un qui est toujours en colère? ».

(Claudio, ouvrier)

En dépit de ses efforts, les conflits entre contremaîtres et employés perdurent. Pris entre l'arbre et l'écorce, Claudio n'arrive pas à arbitrer les problèmes d'organisation du travail. Déjà fragilisé par les changements qu'il vivait depuis quelques années, il sent qu'il n'arrive plus à remonter la pente. Peu à peu il s'épuise et décide de consulter son médecin qui diagnostique une dépression sévère.

Dans ses fonctions de cadre, Christian a aussi parlé des effets qu'ont eus ces grandes réorganisations du travail sur sa santé. *« On a vécu aussi une réorganisation administrative, ça j'ai trouvé ça dur. Dire à des gens là, assis là comme vous êtes assis là : « Ton poste n'existe plus! »*

De la même façon pour Claudette (technicienne), la réorganisation du travail s'est traduite par la perte de son statut de chef d'équipe; une perte qu'elle vit très négativement: *« Même si ça change rien à mon salaire, je me suis rendue chef d'équipe pis j'y tiens à ça »*. Seulement, dans les faits, elle reste avec une charge de « chef d'équipe » puisqu'elle est la seule employée des organismes fusionnés qui possède l'expérience nécessaire pour mener à bien la réorganisation du service. Cette fusion exige beaucoup d'efforts et d'investissement de temps au travail. Claudette met les bouchées doubles et elle est rapidement reconnue pour son efficacité et ses compétences. Aussi se fait-elle offrir un nouveau poste de chef d'équipe au détriment d'une collègue qui brigait cette place depuis un certain temps. Cette promotion est venue jeter un froid dans ses relations avec cette dernière. Une promotion peut avoir des effets négatifs sur les relations interpersonnelles au travail lorsque la place des uns se fait au détriment de celle des autres. En plus d'être exigeante sur le plan de la charge de travail, la fusion des services a aussi mené à l'affectation d'employés sans formation. Ainsi, Claudette doit surmonter une série d'événements qui, additionnés, ont fini par avoir un impact sur sa santé et sur sa capacité d'adaptation. Après les vacances des fêtes, elle revient au travail épuisée: *« Je n'étais plus capable, je n'étais plus capable d'avancer, je n'étais plus capable de rien faire »*.

Clarisse aussi a vivement ressenti le contrecoup des grands changements qu'a connus son milieu de travail.

« Quand le ministère a été fusionné, on a fait une belle stratégie de changements, de gestion du changement pour faire en sorte que les personnes des différents départements fusionnent ensemble, pour intégrer ce monde-là. Mais ça n'a jamais passé. La priorité, c'était que les bureaux physiques soient en opération pour telle date. Bien, que le monde soit tout « croche ». On le savait qu'on ramasserait les dégâts deux ans plus tard, et c'est ce qui s'est passé. Il y a encore beaucoup de séquelles de ça. Mais l'organisation, elle, n'est pas sensible aux personnes. » (Clarisse, professionnelle)

Ces grandes transformations ont eu un impact sur sa charge de travail et les demandes ont été difficiles à refuser. Elle a donc accepté de soutenir son gestionnaire en dépit des signes d'épuisement qu'elle a vite ressentis.

De la productivité à la reconnaissance : un passage difficile

La modernisation de la fonction publique n'est pas sans effet sur le contexte de travail des employés. De nouveaux modèles de gestion, notamment centrés sur l'atteinte des résultats et sur l'imputabilité accrue de l'administration, appellent de nouvelles façons de faire et de nouvelles façons d'être pour le personnel de l'administration publique.

Carine occupe un poste de technicienne où elle reçoit les appels d'une clientèle en situation difficile. D'importants changements organisationnels ont eu lieu au cours des dernières années. La clientèle a augmenté, mais non le nombre de personnes pour y répondre. De plus, une pression au rendement suit maintenant les obligations de résultats de sa nouvelle direction. La technologie aidant, des statistiques sont maintenant compilées toutes les semaines pour évaluer le nombre d'appels pris. Sans trop se le dire, le marathon a commencé et la course aux plus fins bat son plein, surtout chez les occasionnels où certains vont même jusqu'à prendre des appels à l'heure du dîner pour augmenter leur moyenne statistique. Dans cette course à la performance, Carine se sent partagée entre le désir de prendre le temps nécessaire pour donner un bon service et celui d'être dans le peloton des plus performants.

Clarence, qui occupe un poste similaire, a l'impression d'être passée « ... *d'une gestion très, très humaine à une gestion très, très de performance* ». Elle fait également référence à la compilation des statistiques pour rendre compte d'une situation où le nombre de dossiers traités prime sur la qualité de leur traitement. Mais faire beaucoup, toujours plus, sans jamais avoir l'impression d'être reconnu, a été l'élément marquant du poids de ces changements : « *En fait, ce n'était pas tant d'avoir à s'adapter, on était habitué à voir beaucoup, beaucoup d'adaptation, c'était quand même pas si pire. C'était de voir que les gestionnaires n'étaient jamais satisfaits. Ils en mettaient toujours plus* ».

À ces pressions au rendement se sont ajoutées des mesures de surveillance qui ont eu un impact majeur sur les rapports interpersonnels au travail. Le groupe de travail s'est progressivement scindé, de petits gangs se sont formés, la compétition s'est installée et les rapports de coopération et de collaboration se sont effrités : « *Les fameuses statistiques ont commencé à faire de la pression* » dit Clarence à ce sujet. Selon elle, le climat de travail convivial et joyeux, basé sur la confiance, a fait place à un climat de méfiance et de chacun pour soi.

Selon Claudette, la faible reconnaissance des supérieurs, face aux efforts fournis par les employés pour réussir à donner un sens à leur travail en dépit des pressions au rendement, a été ce qui a le plus affecté certains employés. Cette situation irrite Claudette :

« On n'est pas des ordinateurs, on est des humains et on travaille avec des humains, les problématiques, je les vois! Ce n'est pas les problématiques des gens qui font, qui ont fait en sorte que j'ai été malade. Ça, il faut que ce soit clair dès le départ. Ce n'est pas mes clients qui m'ont rendue malade. Ça c'est clair, c'est mon organisation. C'est là qu'il y a une déficience importante. » (Claudette, technicienne)

L'insécurité d'emploi et la course aux concours : des mesures obsédantes

Le processus de régularisation des emplois occasionnels qui a débuté en 2001 à la fonction publique a permis à des milliers de travailleurs d'accéder à un poste permanent. Bien que cette mesure ait été perçue comme une chance inespérée, l'incertitude liée à la passation des concours et à l'idée d'échouer ce test a généré beaucoup d'inquiétude et de stress chez certains employés.

En poste depuis déjà plusieurs années, Camélia doit passer un concours pour obtenir sa permanence. Mais passer un concours, c'est aussi courir le risque de ne pas être retenue, et ainsi, perdre son emploi :

« Ils nous faisaient passer des concours pour pouvoir obtenir notre permanence. C'est stressant parce que ça fait trois ans que tu travailles dans le ministère, tu fais la job, t'es bonne, puis là, pour un concours, si tu ne le passes pas, t'es mis à pied: ils mettent fin à ton contrat et il faut que tu passes un contrat au [secteur] public. C'était toute une affaire, ça été une très grosse pression dans ma vie, ça été un gros stress à vivre. »
(Camélia, personnel de bureau)

Selon Clarence, la peur de perdre son emploi, les rumeurs qui courent sur les risques et les conséquences d'un échec, ont créé une « folie collective » :

« Je la voulais ma permanence! J'avais besoin d'avoir une sécurité d'emploi quelque part là. Fait que, va passer cet examen-là. Tout le monde est très stressé. On était tellement stressé! Il y en a qui ont recommencé à fumer, il y a des gens qui sont arrivés en pleurs, il y en même qui sont arrivés avec leur madone. Ah! Oui. On avait la madone. On n'avait pas dormi de la nuit, c'était épouvantable le stress qu'on avait. C'est une des rares fois que j'ai vécu un stress aussi terrible dans ma vie. J'en ai vu passer des affaires dans ma vie, mais là, ça dépassait tout entendement. Ça dépassait la folie, une folie collective. » (Clarence, technicienne)

En soi, le processus de régularisation des occasionnels demeure une mesure très intéressante puisqu'il offre enfin l'accès à un poste permanent, un statut hautement convoité. Toutefois, le tout ou rien dans lequel s'inscrit cette démarche a créé énormément de pression et de stress :

« C'est là qu'on a commencé à être sur les nerfs parce que là je me disais : " Bon, moi si je ne passe pas, je perds ma job ". Ils nous disaient que si on ne passait pas, ils nous gardaient un an pis au bout d'un an, on perdait notre emploi. Puis là ça fait comme une tension épouvantable sur l'étagé. »
(Claire, employée de bureau)

Pour Claire qui est maintenant âgée de 55 ans, la crainte de perdre son emploi prend un sens encore plus dramatique : « Il faut que je travaille, j'ai besoin de l'emploi, et c'est pas à 55 ans que tu te trouves une « job ». Elle craint également l'examen :

« À mon âge, on craint les examens. Je disais : “ Moi je ne suis pas capable d’étudier, je suis rendue à tel âge, je ne serai jamais capable de passer ça “. Fait que là je me suis remise à être craintive ».

Un conflit avec un supérieur ou avec des collègues

Les conflits avec un supérieur ou avec des collègues sont particulièrement exigeants sur le plan émotionnel. Clermont, qui occupe des fonctions de cadre intermédiaire, devient de plus en plus agressif au travail et intolérant quant aux décisions de ses supérieurs. Un conflit de valeurs opposant son éthique professionnelle et les décisions prises par la haute direction éclate. Ses relations avec son supérieur se détériorent et, progressivement, il se voit exclu de certains dossiers. Son agressivité monte et il consulte au PAE pour tenter de retrouver un certain équilibre. Mais rien n’y fait, la tension demeure et Clermont sent le besoin de se retirer du travail : *« J’étais tellement rendu agressif vis-à-vis l’entourage que j’ai décidé que je prenais un congé »*. Il consulte alors son médecin qui convient avec lui d’un retrait du travail en raison d’un trouble d’adaptation. Mais Clermont appréhende les effets négatifs de son retrait du travail. Après une absence de cinq mois, il revient au travail avec beaucoup d’amertume. Il choisit alors de quitter pour une année « sans solde » à la suite d’une possibilité qui s’offre à lui sur le plan professionnel. Après un an d’absence, son retour demeure difficile. Ses relations avec son nouveau supérieur sont minées par une expérience antérieure plutôt négative : *« Au retour, j’avais comme supérieur quelqu’un que j’ai viré il y a quelques années »*. Clermont n’arrive pas à s’intégrer et s’isole progressivement. Ses collègues de travail n’osent plus le fréquenter de peur d’être mal vus. Sa santé se détériore et il consulte à nouveau un médecin, cette fois un psychiatre, qui diagnostique une dépression sévère et le retire du travail.

Dans le cas de Colette (professionnelle), l’arrivée d’un nouveau gestionnaire a donné lieu à d’importants conflits relationnels au sein de sa direction. En quelques années, plusieurs de ses collègues ont changé de direction ou encore se sont absentes pour des raisons de santé. À la suite d’une coupure de poste, Colette est affectée à un mandat où son rôle et ses responsabilités entrent en conflit avec les fonctions et les attentes de son chef d’équipe. Ses tentatives de clarification de son rôle demeurent infructueuses, les discussions avec son gestionnaire sont ambiguës, les messages, contradictoires. Ses relations deviennent difficiles, elle entre dans un climat de méfiance et, graduellement, ses comportements sont qualifiés d’insubordination. Sous le poids des conflits, sa santé s’effrite et elle s’absente en raison d’une dépression sévère. Quelques semaines après son absence, d’autres employés se plaignent de leur gestionnaire. Il sera affecté à un autre ministère peu de temps après que la haute direction ait pris connaissance de la situation. Colette se sent soulagée, bien que sa santé demeure très fragile.

Depuis qu'elle a son poste permanent, Cassandra (technicienne) ne se gêne plus pour émettre ses opinions « *Avant la permanence, je ne pouvais pas parler, j'aurais pu perdre mon emploi* ». Par contre, ses comportements semblent avoir diminué ses possibilités de promotion. Ses collègues, qu'elle considère moins compétents, ont eu une « *promotion sans concours* ». Elle se sent traitée injustement. S'ajoutent à ce sentiment d'iniquité de nouvelles tâches où elle se trouve maintenant en situation de soutien technique pour ses pairs. Cassandra devient très acerbe. Elle entre ouvertement en conflit avec ses collègues et ses propos prennent des proportions démesurées : « *Je pouvais dire n'importe quoi* ». Devant la véhémence et l'escalade des propos, ses supérieurs sont intervenus : « *Bien, ils ont dit : « Elle fait une dépression, ça n'a pas de bon sens dire ce qu'elle dit là, c'est parce qu'elle fait une dépression* ». Pour ses supérieurs, il ne faisait pas de doute que Cassandra était dans un état de détresse psychologique. Aussi lui ont-ils enjointe de consulter un médecin : « *Bien là, ils m'ont dit : je pense que t'es épuisée, t'es fatiguée, t'en peux plus, il faut que t'aïlles te reposer, va voir le médecin* ».

Les exigences du métier et ses risques sur la santé

Certains travailleurs ont eu à composer avec une imposante charge émotionnelle liée à la particularité de leur métier. Le travail en relation d'aide ou encore le travail en situation d'urgence peuvent, dans certaines conditions, générer une grande charge émotionnelle. Par exemple, lorsque le travail d'un employé l'amène à composer avec des scènes dramatiques lors d'une intervention d'urgence. De façon générale, les travailleurs arrivent à réguler la tension émotionnelle suscitée par les particularités de leur travail. L'expertise du travailleur et le soutien des collègues lui permettent souvent de traverser les exigences du métier sans porter atteinte à sa santé. Mais il arrive, parfois, que le contact répété avec la souffrance humaine, les interventions en situation d'urgence, surtout lorsqu'il y a un décès, sont des situations qui peuvent générer des réactions de détresse qui perdurent.

Clément, par exemple, occupe un emploi à titre de cadre dans un service de nuit. Son métier l'amène à être en contact avec une clientèle difficile marquée par la violence à la fois physique et psychologique. Depuis plus de vingt ans, il a toujours su réguler la charge émotionnelle générée par son métier. Mais depuis quelques années, Clément ne se sent plus la force de traiter avec cette clientèle. À plusieurs reprises, il a dû avoir recours à des mesures d'urgence, avec plus ou moins de succès : « *J'accepte la mort, j'accepte qu'une personne se donne la mort, mais mon rôle ce n'est pas de tolérer, c'est de préserver la vie* ». Voilà que son métier lui est devenu intolérable. Devenu anxieux et irritable au travail, Clément perd confiance en lui et décide de consulter son médecin.

3.2.4 Conclusion

Devoir s'absenter de son travail pour des problèmes de santé mentale, quel qu'en soit le motif, est une expérience douloureuse. À la souffrance, déjà grande, liée à la maladie, vient s'ajouter la constatation que l'on n'est plus en mesure de remplir son rôle de travailleur actif. C'est comme si, au moment de la signature officielle de l'arrêt de travail, on comprenait toute l'ampleur et toute la mesure que peut prendre l'atteinte à ses capacités.

Les causes pouvant expliquer l'atteinte à la santé sont diverses. Même si, pour les fins de cette étude, elles ont été ventilées en facteurs personnels et professionnels, on peut comprendre que ces facteurs sont profondément intriqués les uns aux autres. De plus, au-delà de la recherche de causes « objectivables », au-delà des signes cliniques, les personnes rencontrées ont tenté de donner un sens à leur maladie, comme pour légitimer leur retrait du monde du travail.

Il est intéressant de noter que la légitimité de l'arrêt de travail passe par un jugement des collègues et des supérieurs sur la perception qu'ils ont de la cause de la maladie. En retour, ce regard de l'autre viendra influencer sur la perception qu'aura le travailleur de sa propre maladie.

Il semble que le fait de devenir « malade » à la suite d'un événement tragique, qui peut arriver à tout le monde, attire davantage l'approbation et le soutien de ses pairs et de son supérieur que le fait d'éprouver des difficultés à cause de problèmes familiaux. S'absenter du travail parce que l'on s'y est consacré corps et âme selon les objectifs et les demandes de l'organisation, peut susciter la compréhension, voire l'admiration de l'entourage. Mais s'absenter du travail parce que l'on avait un surplus de travail, peut même être perçu par l'entourage comme une faiblesse de l'employé. Il semble bien que ce soit dans l'évaluation de la cause de l'arrêt de travail par le milieu, que s'élabore un jugement sur la capacité de travail de l'individu, jugement qui viendra marquer l'issue du processus de réinsertion professionnelle de ce dernier.

3.3 L'arrêt de travail et le processus de rétablissement

3.3.1 Une expérience éprouvante

L'arrêt de travail pour des raisons de santé mentale a été une expérience particulièrement éprouvante. L'arrivée de la maladie et son évolution ont suscité beaucoup d'inquiétudes, particulièrement chez les personnes qui n'ont jamais été confrontées à un problème de santé mentale et qui ont toujours bien « fonctionné » au travail.

Si l'arrêt de travail a été une étape difficile à franchir, accepter que l'on fait une dépression et prendre le temps nécessaire pour guérir représente un choc encore plus difficile à admettre. On s'absente parfois avec l'idée que quelques jours de repos, voire quelques semaines, peuvent suffire pour retrouver son équilibre et recouvrer sa santé. Peu à peu, on en vient à mesurer et à accepter l'ampleur de la maladie et ses effets sur ses capacités fonctionnelles :

« J'ai eu un choc, ça été un choc quand il [médecin] a dit le mot : « dépression ». Pour moi, c'était juste de la fatigue. C'est seulement après le deuxième mois que j'ai commencé à accepter que c'était pas juste de la fatigue. Une fatigue, tu te reposes et ça remonte, mais là ça ne remontait pas. À partir de ce moment-là, j'ai commencé à accepter d'être en congé. »
(Claudine, cadre)

Plusieurs personnes avaient peine à comprendre ce qui leur arrivait et devant l'ampleur des symptômes, certains employés se demandaient s'ils allaient un jour s'en sortir :

« Ça a été un choc pour moi : j'étais incapable de lire, incapable de me rappeler des mots, de me rappeler le sens des phrases, ça, ça me faisait paniquer. Je me suis dit : Est-ce qu'on reste avec ça? Là, je ne pouvais pas y croire. » (Clara, cadre)

En présence de l'inconnu, la maladie était observée au jour le jour et son évolution était appréhendée avec beaucoup d'incertitude :

« On ne sait pas dans le fond, d'une fois à l'autre, de deux semaines en deux semaines ce qui va nous arriver. Est-ce que je vais en revenir de ça? Est-ce que je vais rester toute ma vie comme ça? » (Chantale, personnel de bureau)

Dans cet état de vulnérabilité, penser à un éventuel retour au travail suscitait plus d'angoisse qu'autre chose. Cette inquiétude face à la maladie et la peur d'un retour précoce ont semblé peu propices au processus de rétablissement. Pour plusieurs personnes, cette inquiétude a été soulevée à chaque rendez-vous avec le médecin traitant. Ne pas savoir d'un rendez-vous à l'autre si l'absence sera prolongée et se demander comment son médecin pourra prendre toute la mesure d'une souffrance que l'on croit difficilement perceptible, a suscité beaucoup de tensions :

« Je savais que je n'étais pas capable de retourner, mais il fallait toujours que j'aie le faire valider auprès du médecin aux deux, trois semaines. Le fait de se revalider à chaque visite de médecin, en sachant que je ne pouvais pas retourner au travail, ça c'est un stress que j'ai vécu chaque fois. Je me disais : « Bon, il va m'obliger là à retourner au travail après un mois, deux mois?, en sachant que ce n'était pas la solution ». (Christian, cadre)

Pour Christophe, l'idée du retour était d'autant plus à craindre qu'il avait fait une rechute à la suite d'un retour précipité :

« C'est épouvantable la pensée de retourner au travail. À chaque fois que j'allais voir le médecin c'était quasiment une semaine avant : « Ah! il va me retourner travailler? » Alors, là un moment donné, il a dit : “ Il va falloir que tu penses à retourner travailler. “ Je dis : “ Voyons, je ne suis pas capable de retourner travailler, ça n'a pas de bon sens! “ Il dit : “ Écoute, c'est normal. Vois ça comme quelque chose de thérapeutique. “ Mais je savais que je n'étais pas prêt (rechute après quelques mois). » (Christophe, professionnel)

Clara vit sensiblement les mêmes craintes. L'idée d'un retour précoce a été une source d'angoisse importante : *« Je n'avais surtout pas envie de retourner travailler, puis là, je me suis mise à craindre que le médecin me retourne trop vite au bureau. Je me voyais obligée à retourner au travail et c'était une vraie hantise pour moi. »*

Ces craintes ont perturbé le temps consacré au processus de rétablissement :

« Si quelqu'un m'avait dit : “ Prends ton temps! “, j'aurais peut-être remonté plus vite, j'aurais moins soufflé. J'aurais voulu être rassuré, qu'on me dise : “ Il va se passer telle chose, le médecin ne t'enverra pas au travail dans trois mois, ça va prendre X temps. “ Il me semble que ça serait revenu plus vite. Là, j'ai toujours maintenu ce stress-là de retourner trop vite. » (Christian, cadre)

A contrario, Clara a vraiment senti qu'elle pouvait commencer à récupérer à partir du moment où elle a été convaincue qu'elle n'aurait pas à réintégrer son travail de façon précipitée. Elle a été rassurée après avoir exprimé ses craintes à son thérapeute et bénéficié des liens étroits qui existaient entre ce dernier et son médecin traitant.

Cette crainte-là, je l'ai abordée avec mon thérapeute. Je me demandais : " Comment mon médecin va faire pour voir que je suis si mal à quelque part, puis que ça ne va pas?" J'avais cette crainte-là et c'est avec le thérapeute qu'on a travaillé ça. Il m'a dit : " Tu le sais, on est en contact; moi je juge que tu n'es pas prête à retourner au travail et je vais lui en parler, je vais lui en faire part. " Puis de toute façon, comme on a eu à jouer beaucoup avec la médication et aussi longtemps qu'on était dans ce « pattern », il n'était pas pour m'envoyer au travail. Donc, une fois que ça a été , que j'ai pu intégrer et faire disparaître cette peur-là, oups!, on aurait dit que là, j'ai commencé à prendre du mieux. » (Clara, cadre)

Par contre, rares sont les employés qui ont eu un suivi concerté avec leur thérapeute et leur médecin traitant. Dans la majorité des cas, ces praticiens agissent de façon indépendante, et la décision en matière de retour au travail repose essentiellement sur le jugement du médecin traitant et non sur celui des autres professionnels.

Les personnes qui étaient suivies par un médecin traitant depuis plusieurs années se sont senties plus rassurées : « Ça fait qu'il me connaissait quand même bien, il savait que je « fakais » pas ». Il se dégage de ces propos tout le poids de l'incertitude dans le rapport au médecin et au processus de décision en matière de retour au travail.

Par ailleurs, se sentir appuyé par son supérieur, savoir que l'on s'absente avec son assentiment, qu'il comprend la situation et qu'il tient à ce que l'on prenne le temps nécessaire pour récupérer, a joué un rôle décisif dans la façon d'appréhender son rétablissement :

« Quand on reçoit un congé de maladie de son employeur, puis que notre boss nous dit : " Pour les prochains six mois, fais ce que tu as à faire! ". Tout ça et que le PAE est derrière toi, alors tu te sens appuyé. On sent que ça fait la différence si on revient en forme, que c'est une épreuve que les gens reconnaissent. » (Charles, professionnel)

Néanmoins, ce rôle de soutien a été perturbé par certaines mesures administratives. Un employé pouvait recevoir de son gestionnaire la recommandation de prendre le temps nécessaire pour se rétablir, et de l'autre, recevoir par la poste une contestation de sa durée d'absence ou encore une demande d'expertise médicale signée par ce dernier :

« Là, quand la demande d'expertise arrive, la cloche vient de sonner et la récréation vient de finir. Moi j'ai senti qu'on brisait le beau sentiment que j'avais d'être appuyé, puis que là, je devenais un fraudeur potentiel. Je crois que je ne me serais pas senti fraudeur potentiel si j'avais eu un échange, si on m'avait dit ce qu'on attend de moi, et pourquoi tu y vas. »

(Charles, professionnel)

Dans certains cas, le rôle du gestionnaire est entré en dissonance avec celui des ressources humaines responsables de la gestion de l'invalidité. Même si le gestionnaire demeure un acteur important pour les employés, il semble qu'il n'ait pas de contrôle sur les règles qui régissent la durée de l'absence, ou encore que ces mesures soient perçues par les gestionnaires comme étant de simples formalités. À cet effet, une des gestionnaires que nous avons rencontrés en entrevue nous a confirmé cette impression de « *simple formalité* ».

Cette ambiguïté du rôle des uns par rapport à celui des autres a soulevé certaines controverses. Ainsi, Clarisse croit que son gestionnaire n'avait aucun contrôle sur la situation lorsque la Direction des ressources humaines a décidé de demander à celle-ci une expertise médicale :

« Il m'a appelé [gestionnaire] et là j'ai dit : " Pas une expertise, je ne veux pas y aller! " Il m'a dit : " Je le sais, mais ce sont les relations de travail, j'ai mis mon pied à terre, mais il n'y a rien à faire, je n'ai pas le choix, il faut que t'aïlles en expertise " ». (Clarisse, professionnelle)

À l'inverse, quelques jours après son arrêt de travail, Cathie a reçu un appel téléphonique de son supérieur qui voulait savoir à quelle date elle reviendrait au travail : « *Il m'a dit : « Bien là, ça commence à ressembler à un repos plus que d'autre chose! »*. Quelques jours après ce commentaire, Cathie était convoquée à une expertise psychiatrique externe. Aussi était-elle convaincue que toutes les mesures administratives qui ont suivi son absence ont été instaurées à la demande de son supérieur.

3.3.2 Les mesures médico-administratives : des pratiques pouvant entraver le rétablissement

Les employés de la fonction publique québécoise sont couverts par un régime d'assurance salaire en cas d'invalidité. En règle générale, ce régime d'assurance de base est à la charge des ministères et organismes qui agissent comme agents payeurs et exercent les fonctions d'assureurs au cours des deux premières années d'absence. Après cette période,

les absences maladie sont prises en charge par un plan d'assurance complémentaire facultatif et à la charge de l'employé.

L'admissibilité aux prestations d'assurance de base est déterminée par l'employeur et les prestations sont payées par celui-ci, conformément aux conventions collectives ou au contrat de travail régissant les conditions de travail.

De plus, pour être admissible à l'assurance traitement, l'employé doit présenter un état qui répond à la notion d'invalidité telle qu'elle est définie dans sa convention collective. Cette notion est définie selon trois critères: 1) un état d'incapacité résultant d'une maladie; 2) un état d'incapacité nécessitant des soins médicaux; 3) un état d'incapacité qui rend l'employé totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi similaire.

Bien que le régime d'assurance varie selon les catégories d'emploi, les procédures administratives demeurent relativement similaires. Ainsi, toutes les personnes ont eu à présenter un certificat médical démontrant, pour chacune d'elles, qu'elles sont médicalement inaptes au travail. Différents renseignements doivent apparaître sur ce certificat médical afin que la personne soit admissible aux prestations d'assurance traitement. Les organismes et les ministères disposent à cet effet de formulaires types qu'ils font remplir par le médecin traitant.

De façon générale, la période d'invalidité établie selon le diagnostic, est balisée en fonction de la durée d'absence prévue dans le *Guide des ministères et organismes concernant le traitement des périodes d'absence pour invalidité (2001)*. Ce guide remplace le *Guide de l'employeur concernant le traitement des périodes d'absence pour invalidité de la CARRA (1996)*. Toute prolongation d'absence au-delà des délais prescrits par le guide peut conduire à une demande d'explication.

Des renseignements médicaux complémentaires peuvent aussi être demandés à la personne ou à son médecin. Une opinion médicale sur le dossier peut être requise, de même qu'une expertise médicale. Dans le cas d'une dépression majeure, la pharmacothérapie est jugée essentielle et la psychothérapie est fortement recommandée. L'absence d'un traitement jugé adéquat peut susciter une demande d'expertise médicale. Dans le cas des problèmes de santé mentale, ces expertises médicales sont généralement effectuées par un psychiatre. La demande d'expertise médicale peut être faite à l'initiative du gestionnaire, à la suite des recommandations des ressources humaines, ou encore à la demande du service conseil en assurance traitement offert par le Conseil du trésor.

Pour les responsables en assurance salaire, les raisons sous-jacentes à une demande d'expertise médicale sont nombreuses mais visent d'abord et avant tout à aider l'employé et le médecin traitant. Ainsi, elle peut être demandée afin de valider le diagnostic, pour s'assurer de la prise adéquate des médicaments nécessaires, pour évaluer si l'employé est prêt à revenir, s'il existe ou non des limitations à ses tâches ou même parfois pour que l'employé soit vu plus rapidement par une ressource spécialisée. De plus, le fait d'exercer les fonctions d'assureur au cours des deux premières années d'absence amène les ministères et organismes à devoir faire un suivi des absences.

Pour faciliter le retour au travail, des mesures de retour progressif ont été prévues dans les conditions de travail, dans les conventions collectives et par certaines pratiques administratives. Toutefois, le retour progressif doit s'effectuer dans les deux premières années couvertes par le régime d'assurance salaire et ne doit pas dépasser six mois. Au-delà de cette limite, l'employé doit réintégrer son travail à temps plein.

Des mesures qui suscitent beaucoup d'inquiétude

Les demandes de précision par courrier ou par téléphone sur la date de retour au travail ou encore la fréquence à laquelle doit être rempli le rapport médical sont une source de perturbation et d'inquiétude. Qui plus est, les lettres administratives qui viennent contester la date de retour au travail prescrite par le médecin traitant ont suscité de vives réactions :

« Le médecin qui me soigne me connaît depuis des années, il savait que j'étais pas capable de travailler, il connaît mon bonnêteté, mon intégrité et mes forces. Et puis, la DRH n'a pas reconnu ce que le médecin avait dit; elle m'a envoyé un document comme quoi ils acceptaient jusqu'à telle date, je pense que c'était quatre semaines. Ils ne reconnaissaient pas ce que mon médecin avait dit. » (Cathie, technicienne)

La remise en question de la date prescrite par le médecin traitant a créé une controverse difficile à expliquer. D'un côté, les personnes ont l'obligation de faire valider leur absence pour maladie par un médecin traitant, reconnu compétent pour poser ce geste. De l'autre, certaines procédures peuvent mettre en doute ce rôle pourtant prescrit par l'organisation.

Beaucoup d'incompréhension ont entouré les mesures administratives qui ont été prises pour gérer l'absence. Les raisons qui motivent les ressources humaines à refuser la durée d'absence proposée par le médecin traitant et à demander une expertise

médicale en cours d'absence ou à la suite d'un retour au travail, ont soulevé de nombreuses interrogations et des doutes sur les intentions réelles visées par ces procédures :

« Moi j'aurais aimé qu'on m'explique, qu'on me dise : Jusqu'à date on a posé telle action, on est conséquent, on fait ça et on demande une expertise pour telle et telle raison, c'est tout, c'est dans la pratique " Moi, j'ai eu à aller chercher les raisons en me servant de mes contacts que j'ai à gauche et à droite pour comprendre. Je ne comprenais pas. » (Charles, professionnel)

Ainsi Charles aurait aimé comprendre les raisons sous-jacentes à la demande d'expertise. Le mode de transmission de l'information ne lui a pas permis de comprendre les motifs de cette demande et ont suscité différentes interprétations.

« Tu te dis : " Ils ne me croient pas ! " Ils veulent me « squeezer » quelque part, me faire rentrer au travail, m'obliger à rentrer au travail. Je ne pourrai pas, tu te sens paniquer, tu te dis : " Bon Dieu, s'ils font ça là, qu'est-ce que je fais ? . " ». (Carine, technicienne)

Plusieurs travailleurs ont ainsi été consternés et réellement affectés par ces mesures administratives.

L'expertise médicale : une pratique qui peut générer des effets secondaires

À la suite d'une entente entre la Direction des ressources humaines et le supérieur de l'employé, l'employé peut être convoqué à une expertise médicale. Le cas échéant, il recevra une lettre, généralement signée par son supérieur, l'invitant à se présenter à un rendez-vous pour une expertise. La lettre type envoyée à l'employé précise le nom de l'expert, son adresse et numéro de téléphone, la date et l'heure du rendez-vous. De plus, on demande à la personne d'apporter, le cas échéant, ses médicaments, ses résultats d'examen et tout autre renseignement relatif à son état de santé.

La demande d'une expertise médicale externe est généralement formulée par le médecin-conseil de l'organisation. Le rapport d'expertise est ainsi transmis de médecin à médecin.

La demande d'expertise médicale vise essentiellement à obtenir l'avis d'un spécialiste, en l'occurrence un psychiatre, sur les éléments suivants :

- Le diagnostic et l'évolution de la maladie;
- La nature, la nécessité, la durée et la pertinence des traitements administrés ou prescrits;
- La capacité de l'employé à accomplir les tâches habituelles de sa fonction selon la définition de l'invalidité prévue par la convention collective;
- La date prévue de retour au travail;
- Les possibilités d'un retour progressif et, le cas échéant, la durée et l'évolution de la maladie;
- L'identification des tâches que l'employé ne peut exercer en raison de son invalidité. S'il y a lieu, les limitations fonctionnelles temporaires (durée) ou permanentes de l'invalidité;
- Les possibilités d'une affectation à d'autres tâches temporaires;
- Les mesures administratives pouvant faciliter le retour;
- Le pronostic à court, à moyen et à long terme;
- La présence d'une invalidité totale ou permanente.

Les convocations en expertise médicale ont suscité de vives réactions chez certains participants, d'autant plus qu'ils l'ont appris sans être prévenus ni recevoir d'explications sur les raisons motivant cette demande. Bien qu'en principe une demande en expertise médicale vise à valider le diagnostic et le traitement proposé par le médecin traitant, cette mesure a été perçue par plusieurs personnes comme une mise en doute de la véracité de leur maladie et de leur intégrité à l'égard du système.

« D'abord, ça me donnait vraiment l'impression qu'ils ne croyaient pas en mon intégrité, qu'ils mettaient en doute les rapports du médecin, qu'ils mettaient en doute ma propre honnêteté et qu'ils croyaient carrément pas à mon invalidité. Moi, ça fait 19 ans que je suis sur le marché du travail et j'ai jamais arrêté de travailler. Je ne suis pas quelqu'un qui abuse du système. Moi, ça me faisait sentir vraiment coupable. Je me sentais vraiment coupable d'être en arrêt de travail. » (Cathie, technicienne)

« J'étais mal à l'aise, je me sentais comme une voleuse. J'avais l'impression qu'il fallait justifier mon invalidité. J'avais l'impression qu'il y avait un manque de confiance là. Comme si on pensait que j'abusais du système. Je suis tellement habituée d'être « clean » dans tout ce que je fais. Je suis très exigeante pour moi-même et le fait qu'il y ait un petit doute là, ça ne marchait pas. C'était comme ma réputation, ça ne marchait pas: il faut que ce soit clair. » (Catherine, professionnelle)

Plusieurs personnes ont été profondément blessées par ces mesures qu'elles ont interprétées comme une non-reconnaissance de leur problème de santé. La convocation chez un expert externe a eu pour effet d'effriter la relation de confiance qu'elles avaient avec leur employeur et, dans certains cas, l'indignation et l'amertume sont venues miner les efforts consacrés au rétablissement. De plus, l'examen par un médecin expert vient souvent s'immiscer dans la relation qu'entretient l'employé avec son médecin traitant. Le lien de confiance avec ce dernier est mis à l'épreuve. Est-ce qu'on doute des compétences du médecin traitant?

Le sentiment de culpabilité de ne pas avoir été à la hauteur de la situation et la perte de l'estime de soi générée par la maladie ont rendu certains employés encore plus vulnérables à ces mesures administratives :

« C'est sûr qu'au début là, avec une expertise on ne sait jamais, on se dit : " Ils ne me croient pas, ils croient que je suis une menteuse! " C'est la première idée que j'avais pour l'expertise. Ce n'est pas ça qu'ils disaient, mais moi je me sentais comme ça. Le pire, c'est qu'ils ne croient pas le diagnostic de mon médecin. Finalement, ça c'est bien passé, il était très humain, on a parlé, puis à la fin il a dit : " Non, vous n'avez pas à vous sentir coupable de votre état, vous n'avez pas le contrôle là-dessus ". Ça a été très bien, c'était vraiment quelqu'un de bien. » (Carine, technicienne)

Par ailleurs, certaines personnes ont été particulièrement préoccupées à l'idée qu'un rapport d'expertise médicale rédigé par un psychiatre puisse figurer dans leur dossier à la Direction des ressources humaines. Les principales inquiétudes des personnes concernaient la nature de l'information qui y a été colligée. À qui servira cette information? Quelles en seront les conséquences pour l'avenir professionnel?

Les psychiatres experts que nous avons vus ne semblent pas percevoir l'ambiguïté liée à leur rôle ni l'impact négatif que peut représenter une consultation chez les psychiatres experts. Pour eux, leur rôle, leur mandat et les balises pour les exercer sont clairs :

« Moi mon rôle, c'est d'abord de vérifier si le diagnostic est bon, de me prononcer sur le traitement, sur les limitations de l'individu. Ensuite, il faut que je me prononce sur la date de retour au travail; pour ça, des fois on a une description de tâche et on essaie de la relier avec les symptômes invalidants. » (Un psychiatre, expert externe)

Pour les experts, l'évaluation du traitement que reçoit la personne est une partie importante de ce mandat, et si l'expertise est perçue comme une expérience inquiétante par plusieurs, les experts voient dans cette démarche quelque chose de positif pour les travailleurs :

« On doit évaluer si ça s'en va nulle part. Si l'arrêt de travail, a dure quelques mois, ça dépasse les compétences du généraliste. » (Un psychiatre, expert externe)

De plus, les experts voient également dans cette mesure une possibilité d'obtenir rapidement l'opinion d'un expert :

« C'est difficile, d'avoir une consultation en psychiatrie. En venant en expertise, c'est un bon moyen d'en obtenir une. » (Un psychiatre expert externe)

Cette accessibilité à l'expertise psychiatrique nous a également été confirmée par un conseiller en relations de travail. L'expertise externe est un moyen d'accéder rapidement à l'expertise d'un spécialiste. Toutefois, la convocation en expertise médicale a exacerbé la peur d'avoir à revenir au travail alors que l'on ne se sent pas prêt à le faire. Les employés se parlent de leur expérience et beaucoup de préjugés négatifs entourent cette procédure. La convocation en expertise médicale a eu des effets dévastateurs pour Clarisse (professionnelle). Bien que son supérieur lui ait confirmé qu'il était en désaccord avec cette mesure, il a affirmé qu'il était incapable de lui éviter une telle procédure. Selon elle, toutes les personnes qu'elle a connues et qui ont été convoquées à une expertise médicale ont dû réintégrer rapidement leur emploi. C'est donc avec beaucoup d'appréhension qu'elle envisageait cette mesure administrative :

Je commençais juste à mieux dormir quand les Relations de travail ont décidé de m'envoyer en expertise. Puis là, ça été le début de la dégringolade. J'ai recommencé à ne pas dormir. Je n'avais plus faim, je n'étais plus capable de manger. Là j'étais anxieuse, j'étais dévorée par l'anxiété. (Clarisse, professionnelle)

De fait, l'expert externe que Clarisse a consulté l'a considérée apte au travail et il a prescrit un retour au travail à très courte échéance. Or, elle se sent totalement incapable de revenir au travail. Devant cette impasse, elle ne voit qu'une solution : donner sa démission. Son état de santé se détériore rapidement et elle a des idées suicidaires. Suivant les recommandations de son gestionnaire et avec le soutien de son médecin,

elle fait une demande de contre-expertise. Les délais de cette deuxième mesure lui ont permis de retarder un peu sa date de retour au travail. Mais, épuisée par toutes ces procédures, elle se résigne à un retour au travail. Après quelques jours au travail, elle s'absente à nouveau pour une dépression sévère dont elle se relèvera difficilement. De cette expérience, elle dira à une de ses collègues : *« L'enfer existe, j'y suis allée, j'y suis restée, j'en ai respiré la puanteur puis je peux dire que cela existe. Je suis allée dans les profondeurs, une place où je n'étais jamais allée malgré tout ce qui j'ai vécu. Et ça, j'ai eu de la misère à sortir de là »*. (Clarisse, professionnelle)

L'histoire de Cathie témoigne d'un parcours quelque peu similaire. Après quelques semaines d'arrêt de travail, elle est convoquée pour une expertise médicale :

« Ce n'est pas d'aller en expertise, puis de dire à leur psychiatre comment je me sens, puis comment ça va, qui me dérange plus ou moins. Mais de savoir- en tout cas d'imaginer- pourquoi ils m'envoient en expertise. Tu sais, c'est comme dire : " On ne croit pas vraiment -ce que ton médecin dit. " Je ne dis pas si ça faisait six mois, ou huit mois... tu sais. Ça faisait même pas un mois! Ça fait dix jours que je suis arrêtée, puis ils m'envoient tout de suite en expertise. » (Cathie, technicienne)

Ses rapports avec son supérieur se détériorent. Elle a l'impression qu'il ne croit pas à la véracité de sa maladie. Le rapport d'expertise confirme la présence de difficultés associées à des événements stressants hors du travail et recommande un retour au travail.

La situation de Cathie continue de se détériorer et elle est hospitalisée en psychiatrie. Son absence se prolonge mais, à la suite de différentes pressions exercées sur elle, elle décide de revenir au travail :

« Finalement, j'ai recommencé en janvier, mais je savais profondément en dedans de moi que je n'étais pas prête à rentrer au travail, sauf que mon médecin avait tellement de pression et j'avais tellement de pression que je sentais que j'avais pas le choix de retourner au travail. » (Cathie, technicienne)

Lors de son retour au travail, les relations avec son supérieur ne s'améliorent pas; elle s'absente à nouveau avec un diagnostic de dépression sévère. Elle est convoquée pour une seconde expertise médicale dix jours après son arrêt de travail. Comme Clarisse, Cathie signe sa démission pour éviter de faire face à une nouvelle demande d'expertise médicale; elle pressent que cette expertise sera en sa défaveur :

« J'aime mieux recevoir un chèque d'aide sociale que de subir ce que je subissais là. Je ne suis pas capable de travailler à temps plein ni même à temps partiel, et c'était plus difficile pour moi de gérer mon dossier d'assurance salaire que de travailler. Elle (conseillère en relations de travail) n'arrêtait pas de me mettre de la pression, je crois qu'elle faisait ça pour accélérer le processus pour que je rentre le plus vite possible au travail, et la seule affaire qu'elle a fait c'est qu'elle a ralenti le processus. »
(Cathie, technicienne)

À la suite des pressions exercées par son syndicat, elle récupère son poste, qu'elle accepte à certaines conditions : *« J'ai demandé que mon supérieur et que la responsable de mon dossier d'absence n'appellent plus chez moi. »* Les échanges se font maintenant par l'intermédiaire du représentant syndical. Après quelques mois, elle se sent prête à revenir au travail. Par contre, il n'est pas question de revenir à son ancien poste. Avec le soutien des Relations de travail et de son syndicat, elle entreprend des démarches pour changer de poste : *« Pour aucune considération je vais retourner à mon ancien poste. Je ne sais pas ce qui va se passer avec moi, je sais que je suis prête à rentrer au travail, je suis bien conditionnée à ça, je me sens prête, mais pas dans ce poste. »*

Des expériences positives

L'expérience de Carine (technicienne) a été positive. Comme pour Cathie, elle a été convoquée à une expertise médicale externe après un seul mois d'absence. Bien qu'elle ait réagi aussi très négativement à cette convocation, la rencontre avec l'expert externe s'est bien passée. Elle a rapidement été rassurée lorsque le psychiatre lui a dit qu'elle n'avait pas à se sentir coupable d'être malade. Il lui a également fait part de ce qu'il écrirait dans son rapport. Elle a apprécié qu'il recommande une prolongation de son arrêt de travail pour dix semaines de plus.

De la même manière, Clément (cadre) n'était pas inquiet lorsqu'il a été convoqué à une expertise externe après un an d'absence. En fait, il était déjà suivi par un psychiatre depuis le début de son absence. Son retrait du travail était clairement relié aux conditions particulières de son travail (clientèle difficile). Il semble d'ailleurs que son supérieur soit intervenu auprès du personnel des ressources humaines afin d'en témoigner. Il sait aussi que cette convocation en expertise externe n'avait pas pour but de le réintégrer à son poste à tout prix. Le médecin expert avait été prévenu de la situation particulière que vivait Clément. Aussi a-t-il recommandé un retour dans un autre milieu, afin de lui éviter d'être à nouveau en contact avec une clientèle difficile.

«J'ai rencontré le psychiatre de mon employeur. Il a fait ce qu'il avait à faire. Il a bien vu qu'il y avait un problème puisqu'il avait consulté l'autre psychiatre, puis la dimension de stress et anxiété était importante, il fallait faire attention pour ne pas me remettre dans cette situation-là. J'en avais eu en masse. Le psychiatre a recommandé que je ne travaille plus dans ce milieu.» (Clément, cadre)

Enfin, Coralie (technicienne), qui travaille également en région, est en arrêt maladie depuis plus d'un an en raison d'une dépression sévère. Or, son absence n'a encore fait l'objet d'aucune mesure administrative. Toutefois, son médecin l'a prévenue qu'elle devait s'attendre à être éventuellement convoquée à une expertise médicale externe. Mais elle n'a aucune crainte et se dit : « S'il y a une expertise, il y en aura une là, qu'est-ce que vous voulez, je ne suis pas capable d'aller travailler. » Il faut dire qu'elle est suivie régulièrement par son médecin de famille et elle consulte un psychologue depuis plusieurs mois. De plus, elle a aussi consulté un expert, un psychiatre, à la demande de son médecin de famille afin de faire valider son diagnostic et son plan de traitement : « Je l'ai vu deux fois au niveau de la médication puis pour aider mon médecin à fixer un diagnostic parce qu'il était dans le brouillard ».

L'aptitude à l'emploi et la crainte d'un congédiement

Lorsqu'une absence se prolonge, et dans le cas d'absences répétées, les employés qui se préparent à réintégrer leur travail peuvent être soumis à une expertise externe visant à évaluer leur aptitude à l'emploi. De fait, l'employeur doit s'assurer de la capacité de travail de l'employé. Cette demande auprès d'un expert, en l'occurrence un psychiatre, vise à évaluer essentiellement les mêmes aspects que lors d'une demande d'évaluation médicale en prolongation d'absence.

La lettre type envoyée par le médecin conseil de l'employeur stipule que l'employeur a des motifs raisonnables de croire que la personne est médicalement inapte à exercer les attributions qui caractérisent sa classe d'emploi. Le mandat de l'employeur et le dossier de santé de l'employé sont habituellement joints à la demande.

Carl (technicien) qui est absent depuis presque deux ans a été convoqué à une expertise externe afin d'évaluer sa capacité à réintégrer son travail. En fait, à la suite d'une tentative de retour au travail après 6 mois d'absence, il a dû se retirer à nouveau. Aujourd'hui, après une absence cumulée de près de 2 ans, il craint de ne pas être en mesure de réintégrer son emploi.

Il perçoit le rôle de l'expert externe comme celui d'un acteur payé par l'employeur pour l'exclure du travail.

« Le psychiatre a été vraiment correct avec moi. Il a été bonnête, il m'a dit ce qu'il faisait, qu'il travaillait pour eux autres, qu'il était payé par eux autres et qu'il n'était pas là pour m'aider moi. Sauf qu'il nous met à la porte quand même . Nous mettre à la porte, c'est le but de l'organisation. Et là je me pose sérieusement la question : je pense qu'ils ont tout fait pour nous décourager, pour nous faire retomber parce que, principalement, c'est une question d'argent, et moi c'est une chose que je ne comprends pas encore, mais eux le savent et le comprennent. » (Carl, technicien)

Cette perception négative du rôle de l'expert externe est également celle de Clarisse (professionnelle) qui demeure très critique à l'endroit de cette mesure administrative :

« Tous les jugements d'experts qui m'ont été donnés dans mon travail concluaient tout le temps que la personne était bien apte à revenir tout de suite, ou bien, pas capable de revenir travailler puisqu'il fallait la « dégommer ». Des congédiements administratifs, j'en ai vus. Quelqu'un qui fait son deux ans, qui ne peut pas revenir et qui est congédié, je l'ai vu. Alors, quand il m'a dit : " Il faut que t'aïlles te faire expertiser ", le sens que ça avait, c'était un arrêt de mort pour moi. » (Clarisse, professionnelle)

3.3.3 Le traitement : des pratiques centrées sur l'individu

L'arrêt de travail et le repos constituent généralement le premier pas du processus de rétablissement. En pratique, chez toutes les personnes rencontrées, le traitement pharmacologique, généralement des antidépresseurs, a été la première réponse de traitement qu'elles ont reçue de leur médecin.

En effet, le traitement pharmacologique est reconnu comme étant la réponse la plus fréquente, et jugée adéquate, pour traiter les problèmes de santé mentale. Dans le cas d'une dépression sévère, la pharmacothérapie est jugée essentielle et la psychothérapie est fortement recommandée. À l'inverse, l'absence de traitement pharmacologique peut susciter un doute sur le plan de traitement proposé par le médecin.

Les employés qui sont couverts par un régime d'assurance salaire en cas d'invalidité sont obligés de suivre un traitement en cas de maladie. Dans certains cas, il semble que

le médecin traitant va insister sur le traitement pharmacologique pour se conformer aux obligations de l'assurance salaire :

« Alors mon médecin m'a dit : " On peut s'en sortir sans ça, mais c'est beaucoup plus long. Puis ça sert d'alibi au niveau des assurances. Si t'es en repos comme ça puis c'est tout, ils n'ont pas de contrôle de dossier, c'est comme si c'était un congé gratuit. Alors, si tu prends un antidépresseur, t'es vraiment sous médication, t'es surveillé, donc c'est plus légitime. " C'est ce que j'ai compris. » (Cédric, professionnel)

Au-delà de la médication, le médecin traitant peut offrir une thérapie de soutien pour aider la personne à retrouver un sens à ce qu'elle vit. Si parfois cette aide est suffisante, bien souvent l'ampleur des problèmes dépasse ce que peut offrir le médecin traitant dans le contexte de sa pratique courante, comme le souligne le témoignage suivant :

« Des fois c'est difficile. J'ai des patients vraiment souffrants, la dépression engendre toutes sortes de problèmes, toutes sortes de questionnements. Il faut prendre le temps, j'essaie, mais quand ma clinique est pleine et que l'on m'attend... » (Un médecin traitant)

Parallèlement au suivi médical, plusieurs personnes ont fait l'expérience d'une psychothérapie. Cette démarche était souvent suggérée par le médecin traitant ou encore par le responsable du PAE. Quelques personnes ont été suivies directement par l'entremise de ce programme d'aide aux employés. Toutefois, ces consultations sont généralement limitées à quelques rencontres.

« Au début j'ai utilisé le PAE. Quelqu'un m'avait dit qu'ils étaient corrects. Donc j'ai eu trois ou cinq rencontres [...] Puis la personne m'a enlignée vers une psychologue. » (Capucine technicienne).

Le rôle du PAE a parfois été l'objet de malentendus. Certains employés espéraient trouver dans le PAE un service d'aide qui leur permettrait d'intervenir dans leur milieu de travail.

« Moi j'ai appelé au programme d'aide aux employés, naïvement là. J'ai dit le programme d'aide aux employés va m'aider, mais ils ne font pas ça du tout eux autres. Elle (responsable au PAE) m'a dit : " Nous autres, tout ce qu'on peut faire, c'est de vous rembourser le prix d'un psychologue " [...] Moi, j'en ai déjà un psychologue, donc je ne demandais pas d'aide à ce niveau-là. [...] »

Je me disais : Est-ce que ça existe ça un programme d'aide aux employés? Est-ce que vous pourriez, mettons, voir mon cas à moi, puis un peu comme je vous parle à vous, quelqu'un s'assoierait comme ça, il dirait : " Bon c'est vrai dans le fond, lui à trois jours semaine, il pourrait être bien, probablement qu'on pourrait le placer . ", Tu sais, quelqu'un qui aurait la possibilité de discuter, de parler à des directeurs : " Bon, il y a peut-être un poste ailleurs " ». (Claude, technicien)

Peu importe l'orientation théorique de la thérapie, celle-ci fournit des moyens individuels aux personnes pour les aider à mieux s'adapter à la situation de travail.

« J'ai appris ça avec la thérapie que j'ai suivie où je me suis rendu compte qu'il y a un bout qui m'appartient dans la façon de voir les choses, la façon de « dealer » avec les événements et tout ça . » (Claudine, cadre)

« La thérapie m'a aidé à trouver ce qui est important pour moi, où sont mes limites, à identifier les personnes qui vont m'aider, celles qui vont me nuire... La psychologue m'a aidé à cheminer la dedans. » (Céline, personnel de bureau)

L'histoire de Constantin est, à ce titre, particulièrement intéressante. Après plusieurs années au sein du même ministère, Constantin s'effondre à la suite de changements organisationnels majeurs qui ont un impact direct sur son travail. Les mandats pour lesquels il avait été engagé sont maintenant transférés à un autre ministère. Il se voit assigné à de nouvelles fonctions dans lesquelles il ne se sent pas à l'aise. Progressivement il perd confiance en ses capacités de travail et s'absente en raison d'une dépression.

Il est suivi par un psychiatre et l'essentiel de son traitement consiste à prendre du repos et des médicaments. Au cours de cette période, aucune démarche n'est amorcée pour résoudre les difficultés qu'il vivait au travail. Après neuf mois d'arrêt, il revient au travail progressivement. Mais, il s'effondre à nouveau huit mois plus tard. Ses conditions de travail étaient restées les mêmes. Or, à la suite de cette rechute, il s'interroge sur son contexte de travail et décide de consulter un conseiller en orientation pour mieux cerner analyser sa situation de travail et analyser son rapport au travail. Il arrive à identifier ce qui dans le travail est une source de stress. Il apprend à reconnaître ses forces et à préciser ce qu'il aimerait faire, en quoi il se sent compétent. Il reprend progressivement confiance en ses capacités de travail et lorsqu'il revient au travail, après cinq mois d'absence, il commence à réorganiser son travail. Il arrive maintenant à mieux négocier ses mandats et à s'investir dans des tâches pour lesquelles il se sent

compétent, à choisir ce qui l'intéresse, les activités dans lesquelles il est compétent et qui lui permettront d'apporter une contribution significative dans son milieu de travail. Ses efforts portent ses fruits et il retrouve le goût du travail.

3.3.4 L'anticipation du retour au travail

La plupart des personnes interrogées appréhendent leur retour au travail, et ce, même chez celles qui semblaient avoir retrouvé le désir de travailler. À elle seule, l'idée du retour au travail génère de l'anxiété. Les personnes qui ont connu une détérioration importante de leur état de santé en viennent à se demander si elles vont un jour retrouver leur capacité fonctionnelle. Lorsqu'on a connu une période où l'on était incapable de lire le journal, de se concentrer pour écouter un film à la télévision, qu'un simple effort apparaissait comme une montagne, il est normal d'avoir certaines inquiétudes lorsqu'on pense à réintégrer ses activités de travail « Est-ce que je vais être encore capable? » est une question que plusieurs participants se sont posée :

« Ça été un choc pour moi. Chez moi je me disais : “ Je vais lire “. J'étais incapable de lire, incapable de me rappeler des mots, de me rappeler des sens de phrases, ça ça m'a fait paniquer. Je me suis dit : “ Est-ce qu'on reste avec ça? “. Là je ne pouvais pas le croire. C'est difficile de s'imaginer qu'on va récupérer. » (Clara, cadre)

L'on sait par ailleurs qu'il est normal d'éprouver certaines craintes à l'idée de revenir au travail à la suite d'un arrêt maladie. Mais, au-delà des craintes « normales », cette étude met en lumière d'autres facteurs qui semblent agir sur la mobilisation subjective des personnes quant au retour au travail. Ces facteurs concernent plus spécifiquement la perception qu'ont les personnes de leur état de santé, le processus décisionnel en matière de retour au travail, la nature des liens qu'elles ont gardés avec leur entourage professionnel et l'anticipation des conditions de travail qui les attendent.

La perception de son état de santé : avant tout, sentir que l'on va mieux

Avant de penser au travail, il faut d'abord récupérer. L'idée du retour au travail est rarement présente chez les personnes qui se sentent encore trop malades. Après plus d'un an d'absence, Coralie (technicienne) éprouve toujours de la difficulté à fonctionner. Elle présente encore des symptômes de dépression et ses capacités fonctionnelles demeurent réduites. C'est pourquoi elle n'envisage pas un retour au travail avant

plusieurs mois, et ce, même dans le cadre d'un retour progressif. Or, depuis quelques semaines, elle a l'impression que son état de santé s'améliore, bien qu'elle demeure encore très limitée dans ses capacités. Mais l'idée d'un retour commence peu à peu à faire surface : *« Je peux pas dire que j'y pense pas, parce que je sens que je vais mieux, j'ai une amélioration, alors ça mijote tranquillement. »* L'impression de refaire surface, de sentir que son état de santé s'améliore, que l'on prend du mieux, semble avoir été une étape importante dans le cheminement qui a précédé le retour au travail des personnes que nous avons rencontrées. Ce n'est qu'à partir de cette expérience de mieux-être qu'elles ont commencé à s'activer à l'idée d'un retour éventuel : *« Quand on commence à être bien, on a le goût de recommencer »*, dira l'une d'elles.

Le processus décisionnel en matière de retour au travail : les écueils du retour obligé

Les personnes qui ont eu à revenir au travail alors qu'elles ne se sentaient pas prêtes à le faire, ont, dans certains cas, fait une rechute après quelques semaines.

C'est le cas, notamment, de Clarisse (professionnelle) et de Cathie (technicienne) qui ont fait une rechute lors d'un retour « obligé », à la suite d'une expertise médicale exigée par l'employeur.

Claudette (technicienne) doit aussi revenir à la suite d'une expertise externe. Elle ne se sent pas capable de réintégrer le travail. Mais elle reçoit depuis peu de temps le soutien spécial d'une conseillère en ressources humaines chargée de l'aider à réintégrer son travail. Des entretiens avec son supérieur ont été organisés afin de planifier ses conditions de retour au travail. Elle est craintive mais elle demeure confiante quant au soutien qu'elle reçoit.

Dans le cas de Clermont (cadre), son retour précipité le laisse encore perplexe. Il revient au travail après cinq mois d'absence pour ne plus avoir à affronter les pressions administratives : *« Je ne me sentais pas prêt à revenir travailler, mais je commençais à être « tanné » de me faire barceler, alors j'ai pris la décision la plus simple, c'est-à-dire, revenir travailler »*. De retour depuis plus de six mois, il a encore l'impression qu'il est fragile et qu'il n'a pas retrouvé la flamme qui l'animait : *« Je suis certain que le désintéressement que j'ai actuellement, cette distance que j'ai entre mon travail et moi est probablement attribuable au fait que je suis revenu trop vite »*.

De l'état de santé à la capacité fonctionnelle : un passage trop souvent hasardeux

Mais comment savoir si l'on est prêt à revenir au travail? Christophe (professionnel) demeure sur ses gardes. Il a déjà connu un échec à la suite d'un retour au travail précoce où il a fait une rechute. Maintenant, il a des doutes sur la capacité de son médecin pour bien évaluer sa capacité réelle de travail. Il a l'impression que ce dernier est compétent pour évaluer son état de santé. Certes, il se sent moins fatigué, son humeur est meilleure, mais qu'en est-il de sa capacité de travail? Il réalise qu'il n'existe pas vraiment de critères pour évaluer sa capacité fonctionnelle au travail : *« J'ai réalisé à quel point il y avait peu de choses là-dessus, à quel point on était peu supporté »*. Pour remédier à cette situation, il tente de mesurer son niveau d'attention et de concentration. Chaque semaine, il prend note de ses activités, mesure le temps qu'il est resté concentré sur une même tâche, par exemple la lecture, puis calcule ainsi des unités de temps où il est fonctionnel : *« Puis j'arrivais chez le médecin avec mon bout de papier : « Tiens, il y a tant de jours où j'aurais été capable de travailler »*.

Le problème du retour au travail reste une des décisions difficiles à prendre pour les médecins. Ainsi, s'ils tentent de faire une adéquation entre la présence ou l'absence de symptômes et les capacités de travail, cette méthode n'est pas sans poser de problèmes tant aux médecins traitants qu'aux experts.

« C'est difficile de savoir quand un individu pourra retourner au travail. Des fois c'est clair, il est en forme, il veut retourner. Mais bien souvent c'est pas limpide! Il a l'air d'aller mieux mais pour faire le travail: grande question! Quand une personne a des assurances qui font affaire avec des professionnels spécialisés, des ergothérapeutes, c'est plus rassurant ». (Un médecin traitant)

Les liens avec l'entourage

Les conditions dans lesquelles on quitte le travail ne sont pas sans effet sur la façon dont on anticipe le retour. Pour Catherine (professionnelle) qui a été soutenue de façon exceptionnelle tout au long de son arrêt de travail, à la fois par ses collègues et par son supérieur, l'idée du travail projette presque automatiquement une image positive. Même si elle éprouve une certaine anxiété à l'idée de revenir au travail, la confiance qu'elle a envers son supérieur et ses collègues l'aide à surmonter ses craintes. Cette anticipation positive est d'autant plus marquante pour les personnes qui ont gardé des liens avec leur milieu tout au long de leur arrêt de travail. Les liens qu'elles entretiennent avec leurs collègues de travail ou encore avec leur supérieur, sont plus ou moins déterminés

par les affinités qui prévalaient avant l'arrêt de travail. Capucine (technicienne) a délibérément choisi de garder contact avec certaines de ses collègues de travail : *« J'avais beaucoup de soutien, j'ai été chanceuse, j'avais un ordinateur chez moi, ils [collègues] m'envoyaient des courriels : « Comment ça va? Si ça te tente, viens faire un tour, viens dîner avec nous autres ». Moi ça m'a aidée énormément »*. Cette idée de garder un contact régulier avec ses collègues lui est venue grâce au programme visant à aider les personnes en processus de réinsertion professionnelle.

Claire (employée de bureau) a aussi beaucoup apprécié le soutien de ses collègues de travail pendant qu'elle était en arrêt de travail : *« Ça m'a fait énormément de bien d'avoir ces deux copines de travail-là qui sont venues me voir. Puis une, ça faisait 25 ans qu'elle était là, puis elle me disait : « Fais toi s'en pas, tu vas voir, tu vas revenir correcte, puis on pense à toi, on pense à toi ». Ça été réconfortant »*.

À l'inverse, Constantin (professionnel) déplore que ses collègues n'aient pas pensé à l'appeler pour s'informer de lui, ou juste le saluer, sans pour autant leur en vouloir. En fait, Constantin s'est toujours senti un peu coupable d'avoir quitté le navire. Le silence des collègues autour d'un arrêt maladie en raison d'un problème de santé mentale laisse place à beaucoup d'interprétation. Certaines personnes se sentent coupables de la charge de travail supplémentaire qu'auront à assumer leurs collègues en leur absence.

À cet effet, Clermont (cadre) est convaincu qu'un retrait du travail en raison d'un problème de santé mentale laisse des traces dans le milieu de travail : *« Quand on a été malade comme ça, on porte aussi une tache indélébile, c'est très mal perçu dans le milieu »*. Rappelons ici que Clermont s'était absenté à la suite d'importants conflits relationnels avec ses supérieurs.

Chez les personnes qui se sont absentes à la suite d'un conflit avec les collègues de travail, l'idée de revenir au travail suscite également beaucoup d'anxiété. Pour Cassandra (technicienne), l'idée de retrouver ses collègues de travail était sa principale source d'appréhension à reprendre le travail : *« Mais l'idée de retourner dans ce milieu là, j'imaginai retrouver les deux collègues, à l'idée de retourner, je « capotais ». En fait, j'aurais pu rentrer bien avant. »*

Dans le même sens, pour les personnes dont le retrait du travail a créé une perturbation des relations interpersonnelles, notamment dans le cas de celles qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale marqué par une vulnérabilité sur le plan psychologique, l'idée de revoir les collègues peut être une source importante de stress. C'est le cas de Chloé (technicienne) qui craint les réactions de ses collègues. Son départ a laissé des traces dans le milieu.

***L'anticipation des conditions de travail :
une possible impasse pour le retour au travail***

L'anticipation d'un retour dans des conditions de travail difficiles, et surtout risquées pour l'équilibre psychologique, semble ici avoir une influence sur le processus de rétablissement. On arrive plus rarement à se sentir prêt à revenir au travail lorsqu'on sait, plus ou moins consciemment, que le travail exigé est resté le même. À ce sujet, parmi les employés qui étaient toujours absents de leur travail lorsque nous les avons rencontrés en entrevues, plusieurs avaient une vision très pessimiste de leur retour au travail.

Pour Christophe (professionnel), par exemple, l'idée d'un retour au travail est pratiquement devenue une phobie: « *Il y avait une phobie par rapport au retour au travail. J'avais l'impression que c'était ce qui m'avait rendu malade* ». L'analyse de son parcours montre qu'il en est effectivement à sa deuxième absence en raison d'un problème de santé mentale. Lorsqu'il se projette dans l'avenir, il se butte à une impasse, celle d'un retour dans les mêmes conditions de travail. Christophe a peu d'espoir de voir sa charge de travail diminuer. Une forme de déni de perception semble occulter les problèmes qu'il vit dans son milieu de travail. Alors qu'il était en absence pour maladie, son supérieur l'a appelé pour lui demander de le remplacer pendant ses vacances. Cette demande a vivement fait réagir Christophe: « *J'ai dit, il n'a rien compris, il n'a rien compris encore* ». Cet épisode lui confirme que son milieu de travail n'est pas près de changer.

De la même façon, Christopher (professionnel), qui est analyste en informatique, anticipe très négativement son retour au travail « *Je devrais recommencer à travailler, mais je ne me sens pas prêt. Je vois ça en noir. Je sais qu'il y a un gros projet qui s'en vient, il faut qu'il soit prêt à l'automne* ». Il sait qu'il va revenir dans des conditions difficiles, voire une situation peut-être encore plus difficile que lorsqu'il est parti. Il est aussi conscient qu'une absence d'un an et demi dans le milieu de l'informatique va exiger des efforts immenses. Il se sent donc très inquiet quant à son avenir.

Carl (technicien) est en arrêt de travail depuis plus de vingt mois. Aussi se prépare-t-il à revenir au travail parce qu'il n'a pas le choix: sa période d'absence autorisée est terminée. Il est très pessimiste en ce qui concerne son retour éventuel: « *Là, je retourne dans le même milieu, le milieu n'a pas changé, pas changé du tout. J'ai de grosses appréhensions* ».

Charlotte (technicienne) est aussi très perplexe à l'idée de revenir au travail. Elle sait qu'elle revient dans les mêmes conditions. Qui plus est, elle a l'impression que le système est trop gros, que la machine est hors de contrôle, que rien ne peut y faire, ni elle, ni sa supérieure : *« C'est tellement gros comme système, comme boîte, fait que tu sais que ça ne changera pas. Même la gestionnaire, elle est prise dans le système, elle est petite elle aussi. C'est trop gros. C'est trop gros »* .

Pour sa part, Claudette (technicienne) a fait une rechute à la suite d'un retour difficile. Après s'être absentée en raison d'une surcharge de travail, elle revient au travail mais, très rapidement, elle reprend un rythme de travail effréné : *« Là je commençais à être pas mal essoufflée, puis j'ai dit : « Là je retombe dans le même « beat » que j'étais, il n'y a rien de changé, je ne prends plus mes pauses, je pars tard »*.

Pour Clarence (technicienne), l'idée du retour au travail soulève beaucoup d'anxiété. Elle craint un retour dans les mêmes conditions de travail.

« Imaginez donc un retour au travail avec quelqu'un qui n'est pas capable de prendre la pression alors qu'on est dans une situation complètement folle actuellement dans la fonction publique. Puis les gestionnaires sont tributaires du rendement de leurs employés, ils ont un bonus. Alors, la pression qu'ils mettent sur nous. C'est incroyable! Ça fait partie de mon anxiété de retour au travail. » (Clarence, technicienne)

Dans le même sens, Corine (technicienne) anticipe un retour dans les mêmes conditions. *« Je veux voir ce qu'elle a à m'offrir, quelque chose de différent. Mais si elle me rassoie sur la chaise où j'étais, c'est sûr que je ne suis pas capable de revenir. Le cas échéant, elle songe à prendre une année de congé sans solde.*

À l'inverse, après plus d'un an d'absence, Colette (professionnelle) se sent prête à réintégrer son travail. Elle anticipe positivement son retour au travail depuis le départ de son directeur qu'elle rendait directement responsable de la détérioration du climat de travail. Cette attitude positive est également celle de Cathie (technicienne) qui se dit assurée qu'elle ne reviendra pas au travail dans les mêmes conditions. Des ententes ont été prises entre les Relations de travail et son syndicat afin de lui trouver un nouveau poste à la suite d'importants conflits avec son gestionnaire.

De leur côté, les gestionnaires que nous avons rencontrés étaient particulièrement préoccupés par la gestion des employés qu'ils appellent *« leurs cas lourds »*, soit des employés qui s'absentent à répétition ou encore qui ont des comportements qui génèrent

des conflits relationnels avec les autres employés: *«J'en ai un, plus personne n'est capable de travailler avec. Je sais pas où je vais le mettre quand y va revenir . »* (un gestionnaire).

3.3.5 La préparation du retour au travail

Le retour au travail demeure une étape cruciale dans le cheminement des personnes. Habituellement, lorsque l'employé est considéré apte à revenir au travail par son médecin ou par l'expert externe, il en informe les ressources humaines qui voient à l'application des mesures de retour progressif. Toutefois, rares sont les employés que nous avons vus qui ont été au-delà de cette démarche et qui ont eu l'occasion de préparer leur retour au travail. Le rôle des conseillers en relations de travail varie d'un milieu à l'autre. Ils sont généralement interpellés lors de la planification du retour au travail, notamment lors de la gestion du retour progressif au travail. C'est d'ailleurs une des limites que constatent certains conseillers. En effet, les employés qui reviennent à temps plein, sans retour progressif, ne sont pas vus par les conseillers.

À la suite d'une demande de retour progressif, le conseiller en relations de travail est appelé à prendre position sur la gravité du cas. Il tente d'évaluer les chances de retour de la personne. Ainsi, les dossiers des personnes qui ont connu une absence prolongée (plus d'un an) ou encore celles qui ont un profil d'absence marqué par des rechutes, sont analysés de plus près. Le cas échéant, le médecin traitant peut être consulté. Selon le cas, des démarches plus élaborées peuvent être proposées pour soutenir le retour au travail de la personne.

Les conseillers en relations de travail sont également consultés par l'agent payeur lorsqu'il y a un litige sur la durée ou sur le motif de l'absence. Les conseillers peuvent recommander un retour au travail selon un autre délai que celui qui est prévu par le médecin traitant ou demander une expertise médicale. Ils peuvent aussi se prononcer sur la durée du retour progressif: trop court ou trop long. Ils examinent également la concordance entre le diagnostic et la durée de l'absence. Lorsqu'ils ont un doute, les conseillers en relations de travail peuvent communiquer avec le médecin traitant ou encore directement avec l'employé pour clarifier la situation.

Dans la gestion du retour progressif, le conseiller convient avec le gestionnaire et l'employé de certaines modalités pour s'assurer de la faisabilité du retour progressif. Il peut aussi examiner les conditions de travail de l'employé. Ainsi, lorsque la personne s'est absentée pour des raisons professionnelles, il peut intervenir pour aider la personne à réintégrer son travail. De façon exceptionnelle, il peut aussi organiser une rencontre entre l'employé et le gestionnaire pour préparer le retour au travail.

Toutefois, il n'y a pas de façon de faire établie en matière de réinsertion professionnelle. Chaque conseiller, selon sa formation et son expérience personnelle, oriente sa pratique. Certains des conseillers que nous avons interviewés se limitent à l'application des règles prévues par la convention collective. D'autres, par contre, vont plus loin dans les services offerts aux personnes qui reviennent au travail. Une des conseillères que nous avons rencontrées s'est beaucoup investie dans le soutien à la réintégration des employés qui présentent des difficultés importantes d'intégration. Des mesures d'accommodement peuvent être proposées pour aider les personnes à réintégrer le travail. Les grandes organisations ont plus de marge de manœuvre que les petites organisations. De plus, ces pratiques varient d'un ministère à l'autre, d'un conseiller à l'autre.

À ce titre, l'histoire de Carl (technicien) est particulièrement intéressante. Carl (technicien) est absent du travail depuis près de deux ans. Il appréhende son retour depuis qu'il a fait une rechute à la suite d'un retour précoce. Il se souvient qu'il était revenu au travail sans aucun encadrement. Mais depuis quelques semaines, il commence à avoir confiance en l'avenir. Il est suivi de façon spéciale dans le cadre d'un programme de soutien au retour au travail. Le programme qui lui est proposé prévoit un plan d'action négocié entre lui, son supérieur et le responsable du programme d'aide aux employés : *« Ils m'ont dit que mon « boss » est encadré, moi je vais être encadré, puis on définit d'avance, par écrit, le plan ».*

Mais Carl reste sur ses gardes. Il est étonné que son syndicat ne participe pas à ce type de programme. D'ailleurs, son représentant syndical l'a mis en garde contre ce type d'activité : *« Je les ai appelés parce que là je voulais de l'information, j'ai pogné un gars au téléphone qui m'a répondu vite puis qui était bien pressé, qui disait que je me ferais « fourrer » par eux autres. Mais Carl sent le besoin d'être aidé. Il aurait aimé avoir l'aval de son syndicat, savoir que ce dernier est impliqué dans son programme de réinsertion.*

Bien que méfiant, Carl se dit très intéressé par le soutien offert par le programme d'aide. Il sait qu'il n'a plus de marge de manœuvre. À absent du travail depuis près de deux ans, s'il ne réussit pas à réintégrer son travail, il risque de perdre son lien d'emploi.

Pour Carl, ce programme d'aide s'avère être un soutien nécessaire :

« Si je n'avais pas eu le programme d'aide aux employés qui fournissait une personne pour m'assister dans ma réintégration au travail qui va être prochaine, je pense que je ne me serais jamais occupé de mes affaires,

je ne me serais jamais occupé de retourner au travail, je pense que j'aurais rien fait. J'aurais tout laissé aller jusqu'à ce que mon temps s'écoule puis là, je ne sais pas où est-ce que je serais rendu. »

Du côté syndical, la principale difficulté rencontrée dans la mise en place d'activités de soutien à la réinsertion professionnelle des membres syndiqués qui se sont absentes en raison d'un problème de santé mentale, est de ne pas être en mesure de savoir qui sont les travailleurs qui s'absentent. Dans ce contexte, il est difficile d'avoir une approche proactive, de pouvoir développer des modes de soutien en cours de processus. Ainsi, les interventions que le syndicat est appelé à faire se situent plus souvent qu'autrement en situation de crise, souvent lors d'un litige ou à la suite d'un congédiement.

Certains dossiers sont particulièrement difficiles à traiter, notamment dans les cas où le travailleur n'est pas apte, sur le plan psychologique, à évaluer les différentes stratégies qui lui sont proposées. Des travailleurs en viennent même à poser des gestes qui vont complètement à l'encontre des efforts déployés par le syndicat pour leur venir en aide. Beaucoup d'efforts doivent être consentis afin d'établir un lien de confiance avec la personne.

Dans certains cas, il faudra s'entendre avec la famille et avec les proches pour aider un syndiqué qui n'est plus en mesure de comprendre les enjeux de sa propre situation, ni d'effectuer les choix qui seront les plus avantageux pour lui. Ce type de dossier exige souvent beaucoup de temps et devient excessivement difficile à gérer lorsqu'il est reçu tardivement.

Cathie (technicienne) est convaincue que n'eut été de l'intervention de son représentant syndical, elle n'aurait jamais accepté de réintégrer son emploi. De fait, il a dû insister à plusieurs reprises pour qu'elle accepte de ne pas démissionner. À la lumière de son expérience, elle pense que son syndicat aurait dû être présent dès le début :

« Moi je trouve que quand quelqu'un est en arrêt de travail, surtout pour des raisons psychologiques, je trouve qu'il devrait toujours, dès le départ, avoir un intervenant syndical, ou autre, qui s'occuperait du dossier. Parce que quand t'es en arrêt de travail puis que t'as des problèmes comme ceux que j'avais [conflits avec son supérieur], que t'es obligée de te défendre, de te fendre en quatre pour expliquer que i tu veux aller travailler. C'est tellement difficile, c'est pas croyable! Je trouve que dès le départ, il devrait y avoir un intervenant nommé. » (Cathie, technicienne)

D'ailleurs, c'est avec le soutien de son représentant syndical qu'elle prépare son retour au travail. Toutes les communications entre elle et son milieu de travail sont effectuées par l'intermédiaire de son représentant syndical. De plus, des démarches ont été entreprises avec un conseiller en main-d'œuvre qui l'aide dans ses tentatives de recherche d'un poste dans une autre région.

Pour les personnes qui présentent une vulnérabilité marquée par une histoire psychiatrique, l'absence au travail est habituellement plus longue. Au retour, le décalage entre les exigences du milieu et les capacités du travailleur s'en trouvent d'autant plus grand : les méthodes ont changé, des collègues sont partis, le patron n'est plus le même et l'on a oublié un peu plus :

« Il y a tellement de changements. Là, je suis certaine qu'en rentrant au bureau, je vais avoir de 150 à 200 communiqués à lire. Il y a toujours des aspects de la loi qui changent, il y a eu des formations, moi je les ai pas eues. La dernière fois, on m'a dit " T'es un bon agent, ça fait 20 ans que tu travailles, t'es capable de travailler! " ». (Chloé, technicienne)

Certains de ces employés nous ont dit souhaiter pouvoir apporter des aménagements permanents à leur poste de travail pour assurer leur maintien en emploi. Par exemple, Claude souhaiterait pouvoir occuper un poste au rythme de trois jours par semaine de façon permanente. Il sait qu'il peut accomplir un bon travail s'il peut récupérer suffisamment durant la semaine :

« Moi, le travail d'aide comme je vous dis, c'est quand même exigeant. Des fois t'es fatigué mais il faut quand même que tu donnes, que t'écoutes la personne. Donc, travailler trois jours semaine Moi faire ça trois jours semaine, me concentrer pour aider les gens, je peux le faire trois jours mais cinq jours semaine, je trouve ça. . Je ne suis pas capable. Je me connais assez bien pour penser qu'à trois jours je vais " tougher". » (Claude, technicien)

Chloé (technicienne) aimerait pouvoir recevoir de l'aide à son retour au travail afin de faciliter sa réintégration professionnelle :

« J'aimerais être guidée, avoir un coach! Vous savez l'acceptation de la maladie, moi je l'ai acceptée. Comprenez-vous? Mais mon directeur lui... Pour lui une maladie de même, c'est quelqu'un qui est faible. Il a des préjugés par rapport à ça, alors il va me dire: " Écoute, le médecin t'a déclarée apte au travail, il va falloir que tu t'assoies puis que tu fonctionnes! " Je pense que je fonctionne, mais j'ai peur! » (Chloé, technicienne)

Elle aurait voulu revenir au bureau juste un peu avant sa date de retour pour s'imprégner de l'ambiance, se préparer à y revenir, mais son supérieur a refusé. Le retour au travail des employés ayant des troubles de santé mentale récurrents est souvent marqué par des préjugés liés à leur capacité de travail. Ces préjugés portent aussi sur les comportements de ces personnes. Christine (employée de bureau) pense qu'elle est « étiquetée » et qu'il faut se cacher pour aller voir un psychologue. Carolane (employée de bureau), pour sa part, raconte comment le retour au travail a été en soi une dure épreuve :

« C'est de voir comment tout le personnel qui t'entoure arrête de travailler, te regarde, puis te suit des yeux jusqu'à ton bureau. Ils vont fixer tes moindres gestes qu'eux peuvent faire, qui sont normaux mais voir si tout d'un coup tu ne le fais pas comme d'habitude. Le retour au travail ça rajoute ça! Je comprenais que ça pouvait les apeurer, parce que quand tu ne l'as pas vécu tu ne sais pas ce que c'est. Moi ça me rendait la vie plus difficile. Si une personne qui n'a pas sombré dans la dépression rentre, s qu'elle « file » pas, qu'elle bourrasque un peu une journée ou bien qu'elle pleure parce qu'elle a eu un téléphone de son conjoint ou de son fils, on ne dit pas un mot. C'est correct, ça ne va pas aujourd'hui. Mais si quelqu'un qui revient d'une dépression fait ça, on dit: “ Elle fait une rechute! Qu'est-ce qu'elle a? Est-ce qu'il faut la faire réhospitaliser tout de suite? “ »
(Carolane, employée de bureau).

Comme nous l'avons vu précédemment, Claude (technicien) aurait souhaité que le responsable de son PAE l'aide à réintégrer son travail car il ne se sent pas en mesure d'assumer une pleine tâche. Or, il s'est dit déçu d'apprendre qu'à son ministère, les services du PAE se limitaient au paiement de ses séances de psychothérapie. Les services offerts par les programmes d'aide aux employés varient d'un organisme à l'autre. Certains programmes vont assurer le suivi des personnes qui le demandent jusqu'au retour au travail, alors que d'autres offrent essentiellement une référence à l'extérieur.

Dans la majorité des ministères et organismes, il n'existe pas de démarche formelle pour aider les employés à réintégrer leur travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale. Des tentatives ont été faites dans quelques milieux en vue d'établir des pratiques communes en matière de retour au travail.

D'une part, certains intervenants au PAE offrent un suivi avant, pendant et au moment du retour au travail. Des activités visant la préparation du retour au travail, y compris des rencontres avec le gestionnaire de façon à clarifier les conditions de retour au travail, ont été prévues pour assurer la réintégration au travail. Des employés ont même été aidés dans la recherche d'un autre poste mieux adapté à leur condition personnelle.

D'autre part, certains intervenants sont partagés sur ce type de pratique. Les procédures de confidentialité inhérentes au PAE rendent difficiles certaines pratiques en matière de retour au travail. Il faut protéger scrupuleusement l'image de confidentialité du programme. *« Vous savez, un PAE c'est long à monter, pis c'est facile à brûler ».*

Pour d'autres, le cadre clinique utilisé ne permet pas d'intervenir sur l'organisation. Ces pratiques cliniques ne permettent pas de jouer un rôle à l'extérieur du cadre thérapeutique. *« Il y a certains enjeux qu'il est important de comprendre avant de s'aventurer à l'extérieur du bureau. »*

Certains intervenants croient qu'il est possible d'intervenir à l'extérieur du bureau à partir du moment où il y a une entente avec l'employé qui souhaite que le responsable du PAE entre en contact avec son gestionnaire. Toutefois, il faut bien s'assurer d'avoir l'accord de l'employé. Ce type d'intervention peut faciliter la réintégration au travail et éviter une rechute. Par exemple, on sait que pour certaines personnes, la prise de contact avec le gestionnaire en préparation du retour au travail risque d'être inefficace, voire désastreuse. *« Certaines personnes n'ont pas la personnalité assez forte pour faire face à de telles rencontres, et ressortent de ces exercices encore plus vulnérables qu'avant »* ou encore *« certaines personnes n'ont pas le tour de passer leur message, elles déforment ce qu'elles ont à dire et ce qu'elles entendent. Elles ne se rendent pas service. »* Ce travail exige d'abord de bien définir avec la personne l'objet de la rencontre et ce qui sera discuté. Par la suite une rencontre peut être proposée avec le gestionnaire, la responsable des relations de travail, ou quelqu'un d'autre, selon les besoins de la situation. Le rôle du responsable du PAE est celui d'intermédiaire entre les personnes. Il agit parfois comme modérateur lorsque la discussion s'enflamme. Il tente de clarifier ce qui se dit, il s'assure que les parties ont bien compris ce que l'autre tente de dire. Ce type d'intervention peut également être effectué lors d'un conflit entre un employé et un gestionnaire. Il permet d'assurer le bon déroulement des échanges et favoriser la communication. *« Ce type d'intervention permet souvent de régler des problèmes qui auraient facilement mené à des situations conflictuelles ».*

3.3.6 Conclusion

La crainte d'avoir à revenir au travail alors que l'on ne se sent pas prêt à le faire a été pour plusieurs personnes une source importante de stress. Cette inquiétude a été particulièrement soulevée lors des rencontres avec le médecin traitant. Les employés craignaient que leur médecin ne soit pas en mesure de saisir toute l'intensité de leur souffrance. L'évaluation des problèmes de santé mentale et de leurs conséquences sur la capacité de travail pose certaines difficultés aux médecins traitants.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que ces mêmes employés ont souvent résisté à l'idée de se retirer du travail en dépit de leur problème de santé mentale. Certains ont finalement accepté de tenir compte de leur état de santé à partir du moment où les autres, souvent les collègues, parfois le supérieur, leur ont confirmé la gravité de la situation. Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, les problèmes de santé mentale demeurent encore l'objet de préjugés. Certains employés ont longtemps résisté à quitter leur travail de peur d'être mal perçus par les autres. Mais au-delà des préjugés, ce double mouvement, soit d'une part, la résistance à quitter son travail et d'autre part, la crainte d'y être réintégré alors que l'on ne se sent pas capable de le faire, révèle tout le poids du travail sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelles.

La crainte d'avoir à revenir au travail alors que l'on ne se sent pas prêt à le faire n'est pas sans conséquence sur le processus de rétablissement. Plusieurs travailleurs ont mentionné qu'ils avaient commencé à récupérer à partir du moment où ils ont été rassurés par leur médecin traitant, mais aussi par leur supérieur. À cet égard, les mesures médico-administratives qui entourent l'arrêt de travail ont été l'objet de controverses. D'une part, ces mesures sont venues annihiler les bienfaits des marques de soutien offertes par le supérieur; d'autre part, elles ont suscité beaucoup d'amertume chez les travailleurs. Certains ont été profondément blessés par ces demandes qu'ils ont perçues comme une non-reconnaissance de leur problème de santé. D'autres auraient souhaité mieux comprendre les raisons de ces mesures.

En ce qui concerne le traitement, cette étude montre qu'il est principalement centré sur des approches individuelles. C'est d'abord le médecin traitant qui a la responsabilité de diagnostiquer la maladie et de se prononcer sur l'incapacité de travail de l'employé. En raison de son rôle décisionnel, le médecin est au centre de l'intervention. Le traitement a essentiellement consisté à prendre du repos, en la prise de médicaments et en un suivi en psychothérapie. Bien qu'essentiel dans le plan de traitement, le recours à la médication et à la psychothérapie axée sur les stratégies individuelles, comme principal mode de traitement, n'est pas sans effet sur la façon dont les personnes se représentent le problème.

La perception subjective qu'ont les personnes de leur état de santé semble être une dimension importante dans la préparation du retour au travail. Sentir que l'on va mieux, que l'on a récupéré de l'essentiel de sa détresse, s'avère être une étape essentielle dans le processus qui mène au retour au travail. Si le fait de se sentir mieux marque le premier pas du processus de réinsertion professionnelle, savoir que l'on est réellement prêt à revenir au travail demeure une question entière. Cette étude révèle l'existence d'une zone grise entre l'évaluation de l'état de santé et la transposition que l'on tente de

faire sur les capacités fonctionnelles. Il semble y avoir ici une distinction importante à faire entre, d'une part, l'état de santé et, d'autre part, la capacité de travail. Bien que ces deux dimensions soient étroitement liées, elles n'en sont pas pour autant synonymes.

Par ailleurs, la nature des relations que l'on entretient avec ses collègues et avec son supérieur ne sont pas sans effet sur l'anticipation plus ou moins positive des personnes à l'égard de leur retour au travail. Celles qui ont été soutenues tout au long de leur absence semblent avoir entretenu des images positives de leur travail, et ont nourri ainsi l'idée que revenir au travail c'est revenir dans un lieu qui sera bon pour la santé mentale. À l'inverse, les personnes qui ont connu une perturbation de leurs rapports sociaux de travail n'ont pas gardé une image positive de leur milieu de travail.

En dépit du rôle important des collègues et du supérieur dans le processus d'anticipation du retour, les conditions de travail qui attendent l'employé vont être déterminantes dans la façon dont les personnes anticipent leur avenir. À ce titre, plusieurs employés semblent être devant une situation qu'ils jugent sans issue.

La façon dont le travail est « pensé » pendant l'arrêt de travail est un déterminant majeur de l'action. En ergonomie ainsi qu'en psychodynamique du travail³ le rôle de la pensée sur l'action est central. Dans les recherches sur les troubles musculo-squelettiques reliés au travail, il apparaît de plus en plus clairement que les transformations perçues comme possibles conditionnent la perception de la réalité. Les travailleurs qui pensent pouvoir changer les choses sont plus susceptibles de connaître une résolution de leurs problèmes musculo-squelettiques (Daniellou, 1988). Dans le même sens, les travaux en psychodynamique du travail ont montré que l'impossibilité d'imaginer que les choses se déroulent autrement a des effets sur la santé mentale. Plusieurs théories en psychologie du développement vont également dans ce sens : il est très difficile de penser ce sur quoi il est impossible d'agir.

3.4 Retour au travail et mesures de soutien

Le retour au travail des personnes que nous avons rencontrées est une étape cruciale dans le processus de réinsertion professionnelle. Au total, 23 des employés qui s'étaient absentés ont effectué un retour au travail. Comme nous l'avions annoncé dans notre cadre théorique, nous avons analysé l'expérience de retour au travail de ces personnes

³ La psychodynamique du travail est une discipline de recherche en santé mentale au travail. À ce sujet voir les travaux de C.Dejours (2002). *Travail et usure mentale*, Édition Bayard; *Le travail et ses malentendus* sous la direction de M.-C. Roy et M. Vézina (2001), Édition Otaries.

en fonction de l'utilisation d'une mesure de retour progressif, du rapport avec les collègues et avec les supérieurs ainsi qu'en fonction des possibilités d'aménagement des conditions de travail.

3.4.1 Le retour progressif au travail : une mesure essentielle, fragilisée par un contexte inchangé

La plupart des personnes rencontrées ont signalé leur appréhension à reprendre le travail. Dès lors, on ne s'étonnera guère que le « retour progressif » au travail, une mesure destinée à faciliter la réadaptation graduelle de l'individu à son travail, s'avère être l'option privilégiée par l'ensemble de ces personnes rencontrées qui perçoivent cette mesure comme un moyen d'amortir l'impact du retour au travail sur leur santé. Ainsi, sur les conseils de leur médecin personnel ou encore d'un conseiller en gestion des ressources humaines, le retour au travail s'est effectué de façon progressive. La plupart de ces personnes ont repris le travail au rythme de deux à trois jours par semaine, pendant quelques semaines. Mais après cette période, peu d'entre elles réussissent à reprendre leur « rythme de croisière » au travail, que ce soit en travaillant à temps plein ou à temps partiel. Conscients de la fragilité de leur état de santé au moment de retourner au travail, ces employés utilisent souvent le temps maximal (six mois) permis par la mesure du retour progressif. Peut-on déceler dans cette pratique un indice de la difficulté pour l'employé à reprendre le travail malgré l'utilisation de cette mesure? Dans quelle mesure le retour progressif favorise le retour au travail et le maintien en emploi de ses utilisateurs?

L'analyse des entretiens nous a permis de mettre à jour l'écart entre, d'une part, l'objectif de réadaptation professionnelle de l'employé prévu par la mesure du retour progressif et, d'autre part, l'objectif de rendement (productivité) de l'employé après son retour au travail. Or, à plusieurs égards, ces deux objectifs entrent en dissonance, annulant ainsi les bienfaits de la mesure de retour progressif.

En effet, des employés ont dû écourter leur retour progressif au travail en raison des nombreuses tâches qui les attendaient une fois de retour au bureau. Par exemple, Camille (technicien) réduit volontairement le caractère progressif de son retour au travail : ce retour s'effectue d'abord au rythme de trois jours par semaine, durant deux semaines consécutives, puis à raison de quatre jours par semaine les deux semaines suivantes. Camille explique qu'il n'a pas le choix de procéder ainsi sinon « *Je m'empêchais d'être fonctionnel* », dit-il. Par ailleurs, son horaire de travail quotidien s'étend sur une période de onze à douze heures par jour. Après deux semaines, il rechute : « *Je me suis vu descendre là, mais pas descendre un peu,!. Autant physiquement que psychologiquement, tout était gros, tout était lourd.* »

Suivant l'avis de son médecin, Claudio (ouvrier) revient travailler progressivement, à raison de deux jours par semaine, pour atteindre un rythme maximal de trois jours par semaine « *étant donné que j'étais quasiment rendu à la limite [de sa santé]* », dit-il. Il déplore qu'aucun changement ne soit survenu au niveau de ses tâches de travail. Quelques mois après son retour au travail, il reprend son rythme de travail habituel soit douze heures par jour à temps plein. De plus, il devra bientôt travailler de nuit, ce qu'il dit ne pas être capable de faire. Selon lui, on agit comme s'il ne s'était rien passé et il doit accepter de travailler au même rythme qu'avant son arrêt maladie : « *Tu vas le [l'employé] « brûler »!. Tu vas le détruire!. C'est ça qu'ils ont fait avec moi, c'est fini!* », dit-il.

Après un retour progressif au travail, Carolane (employée de bureau) travaille à temps plein et met les « *bouchées doubles au bureau* ». À peine sortie d'une dépression, voilà qu'elle se retrouve avec un problème de surmenage (larmes, difficulté de concentration). Un matin, elle « rechute » au bureau. Pour expliquer cette situation, elle évoque la difficulté de faire face autant à ses collègues de travail qu'aux tâches demandées.

De son côté, Cédric (professionnel) affirme que, même s'il a été bien accueilli par son supérieur lors de son retour au travail (« *Prends ton temps. Vas-y doucement. . .* », lui aurait dit son supérieur), il a dû, par la suite, mettre les choses au clair avec ce dernier qui lui demandait de refaire un travail « *sous pression* », dit-il. Cédric lui a parlé du risque de rechute que cela pouvait représenter et lui a demandé une nouvelle description de tâches afin d'éviter pareille situation à l'avenir.

Dès son retour, Chantale (employée de bureau) est confrontée à une lourde charge de travail. Elle cède à la requête de son supérieur de travailler davantage que les deux jours par semaine prévus dans le retour progressif et renoue ainsi avec le même contexte de travail qui prévalait au moment de son départ, sa santé en moins. Elle se pensait « *capable de me prendre en main. . . Mais là, ça ne marche pas de même!* ».

Les exemples précédents fournissent un aperçu de l'écart entre l'objectif de rendement attendu par le milieu de travail et l'objectif de réadaptation de l'employé par un retour progressif au travail. Cet écart apparaît souvent dans les propos des employés lorsqu'ils abordent le problème de la fragilité de leur état de santé relié à la difficulté qu'ils éprouvent à faire face au contexte de travail, et cela en dépit du caractère « progressif » de leur retour au travail. Comme on peut l'observer, l'utilisation du retour progressif au travail ne signifie pas nécessairement une adéquation entre le rythme imposé par le travail et le rythme propice à une amélioration de l'état de santé de l'employé.

Par ailleurs, au cours des entretiens que nous avons menés auprès des employés de la fonction publique québécoise, plusieurs d'entre eux nous ont également fait part de la dissonance qui existe entre, d'une part, l'accueil et le soutien bienveillant des collègues et des supérieurs et, d'autre part, les exigences de rendement « imposées » par ces derniers. Il semble ici que les supérieurs et les collègues soient eux aussi aux prises avec la difficile conciliation entre les objectifs de réadaptation et ceux qui sont imposés par les exigences de rendement.

Un contexte difficile : « Prends ton temps, mais fais vite! »

Certains employés parlent de l'« ouverture d'esprit » dont leurs supérieurs ont fait preuve à leur égard au moment de reprendre leur emploi et des relations amicales avec leurs collègues de travail. L'accueil réservé à ces employés laissait donc présager une reprise en douceur de leurs tâches selon un rythme adapté à leur capacité de travail. D'ailleurs, l'une des expressions qui revient couramment dans la bouche du supérieur lors de l'accueil de l'employé qui est de retour après un arrêt maladie, c'est : « *Prends ton temps!* »

Toutefois, si l'on en juge par les propos recueillis, cette attitude favorable du supérieur à l'égard de l'employé s'estompe rapidement devant l'objectif de rendement qui découle d'un contexte de travail similaire à celui qui précédait l'arrêt de travail de l'employé. Le récit de Colombe (professionnelle) représente une expérience vécue par plusieurs employés. Elle est accueillie chaleureusement par son supérieur et par ses collègues lors de son retour au travail : « *Moi, la façon dont j'ai été réintégrée, c'est ce qu'on m'a dit : -Bienvenue, on est content que tu reviennes; tu nous le dis si t'es surchargée de travail -* ». Malgré cet accueil, aucune modification n'est apportée à sa charge de travail. Pourtant, Colombe associe justement son arrêt maladie à un rendement accru et à une surcharge de travail : « *Quand je suis partie mon rendement était trop élevé . Puis j'avais de gros mandats* », dit-elle. Or, à son retour au travail, son supérieur lui dit : « *Écoute, prends ton temps!* » Puis, sachant que Colombe fait un retour progressif au travail au rythme de deux journées par semaine, il lui demande : « *Qu'est-ce que tu penses que tu peux faire?* » Colombe mentionne à ce sujet : « *Mais déjà c'était : - Qu'est-ce que tu peux faire pour nous? - et non pas : - Qu'est-ce qu'on peut faire pour toi? - .* »

En fait, dès son retour au travail, elle sent qu'en échange de l'acceptation d'un retour progressif au travail par son supérieur, celui-ci attend quelque chose d'elle, même si elle ne pourra travailler plus de trois jours par semaine par la suite, en raison de la fragilité de son état de santé. Outre le fait que Colombe doive s'adapter à de nouveaux

collègues de travail, son supérieur la charge de leur donner une formation. Il lui demande également de faire du temps supplémentaire, sous prétexte qu'elle détient des compétences que n'ont pas ces nouveaux employés, pour réaliser un travail urgent. Par souci de reconnaissance professionnelle, et craignant de se *faire tasser* de son poste par les nouveaux employés, elle accepte, à regret (« *je me suis laissée piéger... »*), de travailler une vingtaine d'heures en temps supplémentaire pendant quelques semaines.

Claudine (cadre) a dû, elle aussi, se mettre des limites afin « *de ne pas retomber dans les mêmes pièges [...] C'était comment gérer mes affaires, ne pas me laisser embarquer dans le tourbillon [du travail]* ». Dès son retour au travail, elle a dû reprendre les mêmes responsabilités que jadis, celles-ci étant à la source de sa maladie : « *Et puis si tu t'es retrouvée là-dedans [problème de santé mentale], c'est parce que tu avais le sens des responsabilités. Si t'es rendue malade, c'est à cause de ça.* » Elle souligne l'absence d'encadrement au moment de reprendre le travail :

« On nous dit :- Fais attention! - Mais ce n'est pas ça, ce n'est pas suffisant là [...] C'est comme si on attendait que la personne prenne tout ça en charge [...] Même si on nous dit de faire attention [à notre santé], qu'on va alléger [la tâche de l'employé], ce n'est pas le cas », ajoute t-elle.
(Claudine, cadre)

L'absence de soutien du milieu de travail caractérise également la situation vécue par Camille (technicien). Celui-ci affirme que son affectation à son nouvel emploi et la surcharge de travail qui l'accompagne diminuent sa capacité de travail et nuisent à sa santé en général. Ses collègues ont adopté une attitude plutôt contradictoire à son égard, ce qui aurait eu pour effet de lui mettre davantage de « pression » sur ses épaules. L'accueil bienveillant de ses collègues de travail devient rapidement un couteau à deux tranchants :

« Tout le monde me disait : "Écoute, prends le temps de revenir et tout. "Ça c'était le langage qui..., le langage qu'ils maintenaient. Mais, par contre, dans leurs actions, c'était complètement différent parce que dans les corridors, les ascenseurs, dans les escalators, dans les salles de rencontre, même dans les salles de bain : "Ah! T'es revenu? Wow! Toi t'étais attendu! Toi on t'attendait! As-tu pris connaissance du compte rendu du comité de telle date qui disait que..." Tout ça? » (Camille, technicien)

Clémentine (technicienne) va même jusqu'à se cacher sur l'heure du midi pour échapper aux demandes de ses collègues qui profitent de sa présence au bureau pour faire avancer leur dossier : « ... *il faut que je me cache* », dit-elle.

Si dans les exemples que nous venons de présenter, les exigences de travail de ces employés n'ont guère été modifiées par les attitudes ou les actions entreprises à leur égard par leurs supérieurs et leurs collègues de travail, d'autres employés nous ont dit avoir bénéficié d'un soutien réel de la part de ceux-ci.

Un contexte favorable : « Prends ton temps, on t'attend »

Le retour au travail de Catherine (professionnelle) s'est effectué dans un contexte qu'elle qualifie d'« idéal ». Elle souligne la compréhension de son chef d'équipe qui se montre empathique à l'idée d'une réadaptation progressive de sa capacité de travail : « *Prends le temps de revenir ... Quand tu seras prête, tu nous fais signe!* », lui aurait-il dit. Les collègues de travail de Catherine lui offrent même de l'aider à accomplir ses tâches de travail en se les partageant. Certes, le contexte de travail dans lequel se retrouve Catherine s'y prête davantage puisqu'à son retour, la quantité et la cadence de travail avaient diminué en comparaison avec la période précédant son arrêt maladie :

« Et bien c'est ça, le secret! C'est que j'étais tellement bien entourée. Il y avait tellement de compréhension puis pas de pression au retour là. ... Puis les gens étaient tellement contents de me voir [...] Bien, quand je suis revenue, les clients étaient tous contents que je revienne : “ Enfin tu es de retour! “ puis... Fait que tu te sens appréciée. Tu sens qu'ils sont tous là, qu'ils sont là pour te supporter. Puis là je disais : “ Ne me mettez pas trop de pression vous autres là! “ Et ils disaient : “ Regarde, c'est toi qui t'en mets, on te connaît, tu es capable de t'en mettre toi-même, on n'a même pas besoin de t'en mettre. “ C'était comme facile : “ Tu es bienvenue. On est content que tu sois là, en même temps on est conscient de tout ce qui t'arrive. Prends ton temps. Si tu as besoin de nous autres on est là. “ C'était tout ça que je sentais là. C'était vraiment... là, regarde, tu es “ gras dur ” : “ On sait ce qui t'arrive, mais on n'est pas là pour te faire des jambettes nous autres. Tout ce qu'on veut, c'est que tu reviennes avec nous. On a besoin de toi! On sait ce que tu vaux et on va tout faire pour t'aider.” C'est comme ça que je me suis sentie!. C'était vraiment moi qui donnais mes... C'est moi qui menais la barque là. Ce n'est pas compliqué. Regarde! c'est rare en “ titi ” ça! . C'est vraiment... je suis consciente que c'est... J'ai vécu l'idéal! » (Catherine, professionnelle)

Profitant de cet accueil favorable et de bonnes conditions de travail (vacances accumulées, attitude de son supérieur), elle se décide pour un retour au travail adapté à son état de santé, soit au rythme de quatre jours par semaine, à la suite du temps alloué par le retour progressif. Ce rythme de travail convient parfaitement à Catherine qui dispose ainsi d'une certaine marge de manœuvre, du temps pour soi : « *pour penser à moi, carrément* », dit-elle.

Pour sa part, Camélia (employée de bureau), dit qu'elle apprécie le soutien procuré par son nouveau supérieur qui a accepté les modalités du retour progressif au travail et prend soin de ne pas la brusquer depuis qu'elle a repris ses activités de travail :

« C'est une perle, une personne très humaine, très compréhensive. Une fois il m'avait demandé de revenir, quand j'étais à trois jours, il m'avait demandé si je pouvais revenir à quatre jours, puis je lui avais dit : Non, je ne me sens pas prête . Il dit : - C'est correct. Tu me le diras... Tu m'avertiras quand tu vas être prête - . » (Camélia, employée de bureau)

Elle se sent donc épaulée dans son travail par son nouveau supérieur qui s'informe de son état de santé en lien avec le travail demandé : « *-Ça vas-tu? Es-tu correct? Est-ce qu'on t'en donne trop?- Il s'inquiétait même quasiment pour moi.* » Tout en se sentant aussi appréciée par ses nouveaux collègues avec lesquels elle dit entretenir de bonnes relations, Camélia continue de fréquenter d'anciens collègues qui travaillent dans le même édifice qu'elle. De la même façon, Capucine (technicienne) a pu bénéficier des effets positifs de son retour progressif et d'un soutien « réel » dans son milieu de travail. Au moment de reprendre son travail, son supérieur l'accueille en faisant preuve de compréhension à son endroit : « *Il dit : " Reviens. Place-toi! Regarde tes papiers! Jase avec le monde! "* ». Il lui offre également d'apporter des changements dans son travail, geste qu'elle dit avoir beaucoup apprécié.

On constate ici que la mesure de retour progressif ne peut être efficace que si elle s'insère dans un contexte de travail favorable. Ainsi, le retour progressif semble prendre tout son sens et avoir des effets bénéfiques sur le processus de rétablissement et de réadaptation lorsqu'on l'intègre à la notion de progression dans le temps, la notion de progression dans la tâche. Or, le contexte de travail, trop souvent empreint des objectifs de rendement, permet difficilement l'intégration d'un soutien « réel » de la part des collègues et des supérieurs.

Au-delà de la dissonance qui existe entre les objectifs de réadaptation et les objectifs de rendement qui influencent les conditions de succès de la réinsertion professionnelle, cette étude met en lumière le rôle central du regard de l'autre et du jugement que l'entourage porte sur la valeur et la crédibilité de la personne dans son milieu de travail.

3.4.2 La valeur au travail de l'employé : deux logiques autour d'un même enjeu

Comme nous l'avons vu précédemment, la légitimité de l'arrêt de travail passe par un jugement des collègues et des supérieurs sur la perception qu'ils ont de la cause de la maladie. Or, ce jugement porté par l'entourage sur les causes de l'arrêt de travail viendra aussi marquer le processus de réinsertion professionnelle. En effet, on observe que les personnes qui sont les plus justifiées de s'absenter, bénéficient davantage du soutien de leurs collègues et de leurs supérieurs lors de leur retour au travail.

Mais au-delà d'un jugement porté sur les causes de la maladie, Dodier (1983) avance que lorsqu'un travailleur revient au travail à la suite d'une absence pour maladie, l'accueil que lui réservera l'entourage sera marqué par un jugement basé sur l'évaluation de son travail antérieur. Selon cet auteur, ce jugement « *a priori* » relève d'une double logique, soit une « logique de confiance » basée sur des préjugés favorables, ou encore une « logique de soupçon », basée sur des préjugés défavorables. Ces deux logiques vont teinter les attitudes et les comportements de l'entourage lors du retour au travail de la personne. La reconnaissance de la valeur au travail de l'employé lors de son retour est ainsi fondée sur la « crédibilité » (réputation) qu'il a acquise graduellement dans son milieu de travail : le soutien ou, au contraire, l'absence de soutien accordé à l'employé lors de son retour au travail représente l'une des manifestations tangibles de sa crédibilité.

Dans les exemples qui suivent, nous verrons justement en quoi le processus de réinsertion professionnelle d'un employé est largement tributaire de la reconnaissance de la valeur au travail de l'employé.

Une absence pour maladie jugée « valable »

La reconnaissance qui est exprimée à l'employé par les gens de son milieu de travail demeure liée à certains contextes particuliers. Ainsi, il existe une situation pour laquelle le soutien des acteurs en milieu de travail est pratiquement assuré à l'employé qui reprend son travail : un problème grave de santé, voire la perte d'un proche (parent, conjoint ou conjointe, enfant) de l'employé. Il s'agit ici d'un événement dont l'origine se situe en dehors du contexte de travail de l'employé, et sur lequel il n'exerce aucune emprise. Charles, Catherine, Camille et Claire ont vécu ce type de drame.

Tous ont pu bénéficier du soutien des gens de leur milieu de travail au moment de traverser cette épreuve. Par exemple, Charles (professionnel) dit avoir bénéficié de la compréhension de ses supérieurs ainsi que celle des gens de la Direction des ressources humaines qui lui ont proposé un retour au travail « en douceur ». Malgré une diminution de leur rendement, la crédibilité de ces employés au travail n'est pas remise en cause pour autant :

« Je dirais que moi j'ai bénéficié des services d'une Direction des ressources humaines qui sont merveilleux. Je dirais, si ça c'était le standard, ce serait bon. Et qu'est-ce que c'est exactement? C'est, par exemple, mon directeur qui, d'autorité, sans consulter personne me dit: « Prends le temps qu'il faut dans les prochains six mois, un an. Je sais ce que tu as à " brasser " puis ça va. » Ça veut dire, si tu es affecté puis que ça rend ta performance différente, je ne te considère pas comme un mauvais employé pour autant. Et ça c'est souple, c'est assez supportant. Ensuite, le même directeur qui est venu me chercher premièrement pour me dire: « Ab! J'aimerais ça te rencontrer, ta, ta, ta », qui me pousse aussi à aller vers le programme d'aide aux employés, c'est-à-dire qui ne le désavoue pas [l'employé], qui le supporte. Ça c'est assez... Quand tu dis que ton directeur accepte que tu règles tes " bobos " et qu'il t'encourage à le faire... » (Charles, professionnel)

Catherine (professionnelle) ayant vécu aussi un événement tragique de même nature, les dispositions prises par son employeur font en sorte qu'elle qualifie d' « idéale » sa situation de retour au travail. Pour sa part, Camille (technicien) bénéficie du soutien de son supérieur dès son retour au travail qui suit le décès d'un proche. Quant à Claire (employée de bureau), malgré le fait qu'elle occupe son emploi depuis peu, elle bénéficie du soutien de son supérieur depuis qu'il a appris la maladie grave dont est affecté le conjoint de celle-ci. Refusant de prendre un congé de maladie, comme le lui suggère son supérieur, Claire accepte l'offre de celui-ci de partager ses tâches avec une autre collègue qu'elle pourra choisir. Il est possible d'aménager les tâches ou les fonctions d'un employé qui doit faire face à la gravité d'un événement dont la signification est clairement établie et communément partagée par les personnes appartenant à son milieu de travail, pour ne mentionner que celles-ci. Cela nous montre à quel point la justification de l'arrêt maladie de cette employée n'est ici nullement soumise à une interprétation *a priori* défavorable à son endroit. En effet, de telles dispositions visant à soutenir l'employée qui retourne au travail après un événement tragique, rendent compte de la « logique de confiance » qui prévaut en pareille circonstance.

La crédibilité de l'employé au travail : deux logiques à l'œuvre

La reconnaissance exprimée par les acteurs en milieu de travail s'avère beaucoup plus difficile à obtenir pour l'employé dont l'arrêt maladie est justifié par un problème lié au travail, comme dans le cas de l'épuisement professionnel « burn-out ».

Le fait que l'objectif de rendement attendu dans un milieu de travail donné ou le fait que les relations avec le collectif de travail prévalant dans ce milieu soient remises en cause par ce type d'événement, rendent d'autant plus problématique la position de l'employé concerné aux yeux d'autrui. Des propos recueillis auprès d'un certain nombre d'employés rencontrés, on peut déduire que la reconnaissance de la valeur au travail de l'employé par les gens de son milieu de travail, est directement proportionnelle à l'investissement qu'on lui a reconnu dans le travail avant son absence pour maladie. En effet, plus l'employé investit dans ses relations aux autres et dans la réalisation de ses tâches durant la période précédant la reprise de son emploi, plus sa crédibilité est reconnue dans son milieu de travail. Nous porterons ici une attention particulière aux actions déployées principalement par les acteurs en milieu de travail, afin de les situer par rapport à l'une ou l'autre des logiques d'action (logique de soupçon, logique de confiance).

1) « J'ai pas mal donné » : une logique de confiance basée sur la reconnaissance de l'investissement de soi au travail

Nous avons évoqué dans le chapitre précédent la situation de Clarisse (professionnelle) qui, par « loyauté » envers son employeur, s'était rendue jusqu'au bout de ses forces avant son arrêt maladie. À son retour, elle reçoit les encouragements de ses collègues de travail. Certains d'entre eux lui avaient également apporté leur soutien, lors de son arrêt maladie, par des échanges de courriels. Cet accueil réconforte Clarisse qui disait ressentir un sentiment de culpabilité en raison du partage de sa charge de travail entre ses collègues pendant son arrêt de travail : *« Aïe! Ça fait sept mois que je suis partie ou ça fait tant de mois que je suis partie et les autres se " tapent " ma job. Qu'est-ce qui arrive avec ça? »* Pendant son arrêt maladie, Clarisse appréhendait également le jugement que pourrait porter son supérieur sur sa capacité de travail, et les conséquences possibles de ce jugement sur le contexte de travail qui l'attend à son retour :

« Est-ce que je vais être encore capable? Est-ce que je vais être encore compétente? Il [patron] va me redonner le type de dossier avec lequel je me suis « brûlée »? [...] Il va s'organiser pour me « blaster »? Je vais me faire tasser dans le coin? Tu sais, selon les situations de travail, il y a plein d'inquiétudes comme ça... » (Clarisse, professionnelle)

Mais lors de son retour au travail, son supérieur par intérim prend le temps de l'écouter parler de ce qu'elle a vécu pendant sa maladie. Son supérieur précédent avait aussi cherché à « faciliter » son retour au travail (« c'était très facilitant », dit-elle à plusieurs reprises pendant l'entretien) en discutant avec elle de la façon dont elle envisageait ce retour. Cet appui accordé à Clarisse par ses supérieurs et par ses collègues traduit bien la reconnaissance dont elle bénéficie en réponse à son engagement (sa « loyauté », dirait-elle) dans son milieu de travail :

« Celui-là [supérieur], je le connaissais très bien, j'ai travaillé pour lui longtemps avant. Il me connaissait aussi. Il savait que je ne suis pas une personne à problème, que je m'entends bien avec tout le monde, que mes mandats ça va bien et tout ça. » (Clarisse, professionnelle)

À cette confiance accordée par son supérieur qui lui témoigne de la « dignité » et qui reconnaît son intégrité, Clarisse oppose le soupçon posé par le médecin expert et le technicien en relations de travail impliqués dans son processus de retour au travail.

« Mais l'autre affaire que j'avais convenu avec [nom de son supérieur], c'est-à-dire que c'est lui qui m'avait dit ça et ça m'avait fait beaucoup de bien : j'avais trouvé ça extrêmement réconfortant. À ce moment-là je devais rentrer le [date de retour au travail]. Il m'avait dit : " Regarde, jusqu'à Noël, je n'ai aucune attente de rendement à ton égard. Pour moi, ton automne, c'est pour te remettre en selle. Fais-le à ta convenance. Fais-le comme tu le sentiras. Pour moi, je n'ai pas d'attente de rendement. "[...] Ça m'a redonné ma dignité [...] L'expert [psychiatre], en niant ce que je vivais, c'est comme... [...] Je vous disais c'était une question de vie ou de mort pour moi. Mais c'est aussi ma dignité qu'il a « flushé ». C'est comme s'il avait dit que je n'avais pas de jugement... C'était à deux cheveux de dire que je voulais « fourrer » le système. C'était comme me prêter de mauvaises intentions en voulant dire que j'abusais du système. Puis là, tu sais, ce n'était pas dit, mais ce n'était pas loin. Moi je l'ai vécu comme ça. Alors [nom de son supérieur], en me disant : " Je n'ai aucune attente de rendement à ton égard", ça ne voulait pas dire du tout : " Tu n'es pas importante dans l'équipe puis je n'ai pas besoin de ta force de travail là! "C'était dit avec beaucoup de..., de bienveillance et c'était : "T'es tellement importante que je veux... [...]T'es tellement importante, je te considère assez que je veux que tu aies les conditions pour revenir comme il faut, pour être bien et qu'on continue à travailler. "[...] Alors pour moi c'est la dignité ça, c'est à la fois la dignité que ça touchait, c'est la

confiance. C'est le contraire de l'expertise. C'est en même temps me reconnaître, et ça, ça me faisait beaucoup de bien. Parce que, c'est comme l'expert: lui, il n'a pas reconnu ma souffrance. Il dit: Hein! " Vous êtes capable d'aller travailler tout de suite!" La fille des relations de travail, non seulement elle n'a pas reconnu ma souffrance, mais elle a reconnu que j'avais un mauvais médecin. Tu sais, en plus elle a pratiquement nié mon choix du médecin. C'est ça, elle m'a « pilé » dessus. Alors que [nom de son supérieur], son attitude voulait dire: Je reconnais ton jugement, je reconnais ta capacité à prendre soin de toi au travail. C'est ça aussi. » (Clarisse, professionnelle)

Dans cet extrait, Clarisse insiste donc sur le jugement positif porté par son supérieur à son égard qui relève d'une logique de confiance. À cette posture aidante qu'elle associe d'ailleurs au respect de sa « dignité », elle oppose celle qui est prise par l'expert externe qui a procédé à son évaluation médicale et celle du technicien en relations de travail qui, tous deux, doutent du jugement de Clarisse pour ce qui est du choix de son médecin personnel mais aussi de l'évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail. En cela, on peut dire que les actions de ces deux acteurs intermédiaires relèvent d'une logique de soupçon à l'égard de Clarisse.

À son retour au travail, Capucine (technicienne) récolte également les fruits de ce qu'elle avait semé dans son milieu de travail avant son arrêt maladie. Avant son départ en congé de maladie, Capucine indique clairement à ses collègues qu'elle ne veut pas les laisser tomber. Elle parvient effectivement à s'acquitter de ses tâches les plus importantes avant de quitter : *« Je n'avais pas l'impression que je les laissais tomber, parce que c'est toujours après que c'est pire. Mais, je me disais : au moins j'aurai fait ma " job " presque jusqu'au bout »*. Ses collègues lui avaient pourtant offert de s'acquitter de ses tâches afin qu'elle puisse partir plus tôt, mais elle a refusé. Elle signale également avoir eu le soutien de certains d'entre eux pendant son arrêt maladie par des échanges de courriels, des invitations à dîner, etc. L'investissement que Capucine consacre pour finaliser son travail et ainsi continuer à entretenir de bonnes relations avec ses collègues et avec son supérieur avant, comme pendant son arrêt maladie, lui profite à son retour au travail. En effet, lorsqu'elle annonce sa date de retour au travail à son supérieur, il lui répond : *« Pas de problème, on t'attend, tu vas être la bienvenue! »* De plus, alors qu'elle s'attendait à devoir défaire ses boîtes et réaménager son bureau, une secrétaire s'en était chargée : *« Moi j'ai été très chanceuse [...] C'est la secrétaire qui avait tout arrangé . Elle m'avait mis des [mots de] bienvenue, puis toutes sortes de patentes [...] Puis on est content de te revoir, puis on ne t'écoeurera pas! »* Son supérieur lui a alors offert de prendre le temps de se familiariser

à nouveau avec le milieu de travail et d'alléger ses tâches au besoin. En retour de son engagement dans son milieu de travail avant son arrêt maladie, Capucine reçoit donc un soutien significatif de son entourage qui facilite d'autant la réintégration dans son emploi.

Pour sa part, Christian a longtemps résisté avant de quitter en congé de maladie. Il a fallu qu'un collègue lui témoigne son inquiétude face à son état de santé pour qu'il songe à s'arrêter. Il faut dire que jusqu'à ce moment, Christian avait connu de nombreuses situations d'urgence et avait « survécu » à une restructuration organisationnelle importante (coupure de personnel, introduction d'une nouvelle technologie). Mais voici qu'au moment de remplacer son supérieur immédiat, il se voit forcé de prendre un arrêt maladie. Jouissant d'une bonne réputation dans son milieu, ses supérieurs lui ont offert lors de son retour au travail, à sa grande satisfaction, un autre emploi au sein de la même organisation. Son supérieur immédiat fait aussi preuve de compréhension de ce que Christian a vécu, en lui confiant de nouveaux mandats où ce dernier peut mettre à contribution ses compétences sans subir la pression associée aux situations d'urgence comme dans son emploi précédent :

« Il m'a présenté un document en disant : “ Regarde ça! “ Moi je lui ai dit que je ne voulais pas retourner dans ce travail-là, que je n'étais plus capable de le faire. Il m'a donné des projets que je vais réaliser, que j'ai commencé à réaliser. C'est intéressant. Puis il m'a dit :” Fais-les, ou ne les fais pas, il n'y a pas de problème là. Moi, dans mon esprit, je veux que tu partes [à la retraite] en santé. “ » (Christian, cadre)

Il faut dire que Christian avait « préparé le terrain » avant son retour au travail. En effet pendant son arrêt maladie, il va dîner à quelques reprises avec des collègues de travail afin de les éclairer sur les décisions à prendre pour résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés dans leur travail. De plus, au moment de reprendre son travail, il prend bien soin de révéler ses problèmes de santé à ses collègues qui étaient jadis ses employés. En jouant franc-jeu avec ces derniers, et en s'attardant davantage à entretenir de bonnes relations avec ceux-ci, il évite ainsi tout atteinte à sa crédibilité professionnelle. Depuis, ses collègues s'« ouvrent » davantage à lui et lui demandent conseil :

« Ça a amélioré mes relations, ils (ses employés) ne me voient pas de la même manière [...] Ça a amélioré la communication qu'on n'avait pas avant, puis c'est une chose qu'un patron devrait faire, s'arrêter puis parler à ces gens. Moi je ne les connaissais pas. Là, je les connais plus aujourd'hui que je les connaissais lorsque j'étais en poste. [...] Je vois ça d'une façon agréable parce qu'il y a beaucoup de gens qui viennent me voir pour des

conseils, ce qu'ils ne faisaient pas avant [...] C'est agréable maintenant, parce que là j'ai plus le temps pour rencontrer le monde et je les écoute complètement ». (Christian, cadre)

Bénéficiant d'une bonne réputation parmi les acteurs en milieu de travail en raison de l'investissement qu'il a mis au travail («*J'ai donné pas mal*» [au travail], dit-il), Christian bénéficie, en retour, de leur gratitude au moment de reprendre le travail. D'une part, la reconnaissance de la valeur au travail de Christian se traduit par l'offre d'un nouvel emploi, moins exigeant que le précédent, par son supérieur. D'autre part, Christian a réussi à maintenir sa crédibilité professionnelle auprès de ses collègues en cherchant à améliorer ses relations interpersonnelles avec ceux-ci.

2) *De l'indifférence au rejet : les multiples formes de la logique de soupçon*

Les exemples précédents nous ont permis d'illustrer en quoi les jugements favorables émis en milieu de travail sur le rapport au travail d'un employé en réinsertion professionnelle, relèvent d'une logique de confiance. Nous avons pu constater que la crédibilité de l'employé n'est pas entachée par son retrait temporaire du milieu de travail dans lequel il s'est souvent surinvesti, jusqu'à la limite de ses capacités. D'autres employés ont connu une toute autre situation à leur retour au travail, leur crédibilité étant remise en cause dans leur milieu de travail.

Cette fois-ci, une logique de soupçon s'installe en raison d'une interprétation *a priori* plutôt défavorable du rapport au travail de l'employé par les gens de son milieu de travail au moment où celui-ci reprend son emploi. Les actions engagées à l'égard de certains employés par les supérieurs et par les collègues de travail, qui relèvent d'une logique de soupçon, varient souvent entre l'indifférence et le rejet.

Clermont (cadre intermédiaire) a vécu un retour au travail plutôt difficile. Ayant critiqué ouvertement les décisions prises par ses supérieurs et l'attitude de *laisser faire* adoptée par ses collègues de travail par rapport à ces décisions («*Ils me disaient que je faisais des problèmes inutilement, ils prenaient ça à la légère*», dit-il), cette situation l'a amené à prendre un arrêt maladie, avec l'accord de son médecin. Il anticipe le *traitement* qu'on lui réserve à son retour au travail :

«Mais je savais qu'en arrêtant je paierais très cher, parce que j'ai dit au médecin : Le jour où je vais revenir au travail, soyez certain que ce qu'on va me donner à faire ce sera d'aiguiser des crayons. Alors, je me suis

arrêté, j'ai arrêté donc [...] Quand je suis revenu, je n'avais que mon bureau et, effectivement, il ne me restait qu'à aiguiser des crayons. Alors, loin d'améliorer mon état, je n'ai fait que devenir encore plus agressif, parce que là j'étais [...] Toutes les réunions qui relevaient d'un secteur où j'avais toute cette expertise-là, j'en étais exclu, totalement exclu.»

(Clermont, cadre intermédiaire)

En plus d'être écarté de toute prise de décision significative en lien avec son travail, Clermont vit également une autre forme de rejet, puisque ses collègues cherchent à l'éviter :

« Dans le milieu du travail à partir du moment où j'étais comme le mouton noir, les gens, s'étaient véritablement éloignés de moi, un phénomène normal là. [...] Ça se faisait, mais c'était des gens qui venaient souvent pour me demander conseil à mon bureau puis qui ne venaient plus [...] Puis il y a une de ces personnes-là qui un jour m'a dit : " Mais je te trouve très courageux. Je ne sais pas comment tu fais! " Mais on ne voulait pas être vu avec moi. » (Clermont, cadre intermédiaire)

Aussi, plutôt que de partager ses convictions, certains collègues lui font part de son manque d'intérêt évident à l'égard de son travail, constat qu'il admet volontiers : *« Bien, ça a des conséquences même actuellement, parce que moi j'ai besoin de travailler dans la passion et de croire en ce que je fais. Maintenant, je ne crois plus du tout à ce que je fais »*, dit-il. Il attribue les jugements négatifs émis par ses supérieurs et par ses collègues à son endroit au fait d'avoir exprimé ouvertement son désaccord au sujet d'un mandat de travail spécifique dont il était responsable, mais aussi en raison de son attitude agressive au travail : *« ... je suis devenu extrêmement arrogant »*, avoue-t-il. De plus, Clermont est conscient que les démarches qu'il a effectuées dans le but de se trouver des emplois ailleurs, peu après son retour au travail, ont attisé la réprobation des gens sur son rapport au travail.

La situation de retour au travail vécue par Clermont se situe donc complètement à l'opposé de celle que Christian a vécue et que nous avons associée, dans la section précédente, à la logique de confiance. En effet, la position critique de Clermont par rapport à son milieu de travail, autant avant qu'après son retour au travail, de même que sa quête visant à se détacher de son milieu en se cherchant un emploi ailleurs, n'ont fait que susciter la méfiance, voire la désapprobation de ses gestes par ses supérieurs et ses collègues de travail. Désapprouvant le rapport au travail de Clermont, ses collègues et ses supérieurs l'ont écarté des instances décisionnelles et du cercle des

relations interpersonnelles propres à son milieu de travail. Ces actions relèvent donc d'une logique de soupçon où la valeur au travail de Clermont est remise en cause par les gens de son milieu de travail.

Au moment de réintégrer son emploi, Claudio (ouvrier) doit aussi faire face à un contexte de travail qu'il estime difficile à maints égards. Malgré une expérience de travail appréciable dans son domaine et les bonnes relations de travail qu'il entretient avec les employés qui travaillent sous sa supervision, il est confronté à des décisions qui affectent grandement ses aspirations professionnelles. En effet, à la suite d'une réorganisation administrative et de l'abolition de son poste qui s'en est suivie, Claudio n'a pu obtenir l'emploi qu'il convoitait à cause du refus de son supérieur immédiat qui doute qu'il possède les qualités requises pour cet emploi. Mais Claudio rejette cette explication et associe plutôt cette décision à un conflit d'ordre interpersonnel :

« C'est parce que je prétendais et je prétends toujours que j'avais les qualités requises pour faire cet ouvrage-là [...] La seule raison, c'est la friction. C'est la seule raison. C'est que je ne m'entendais pas avec le personnage qui m'avait refusé. Ça veut dire, je n'avais pas d'affinités avec le directeur... » (Claudio, ouvrier)

Claudio se perçoit comme une victime de la réorganisation de son service. Cette situation a grandement affecté sa santé au point qu'il a dû prendre un arrêt maladie qui a duré presque deux ans, période au cours de laquelle il s'est soumis à deux expertises psychiatriques, à la demande de son employeur. Devant le refus de ce dernier d'accepter les modalités de son retour au travail, et afin d'éviter de perdre son emploi en raison de la durée prolongée de son absence pour maladie, Claudio a déposé un grief. Son retour au travail sera alors marqué par l'absence de tout accueil par les gens dans son milieu de travail et par la méfiance de son supérieur qui s'informe de son état de santé. L'attitude de méfiance ainsi exprimée par ses supérieurs à son endroit et l'imposition d'un horaire de travail étendu (horaire de nuit), pour lequel il dit ne pas avoir l'énergie requise, atteignent profondément sa motivation au travail : *« Je n'ai plus de salive, je n'ai plus de goût, je n'ai plus de "challenge", je n'ai plus rien là moi »*.

Dans le cas de Claudio, la logique de soupçon prend forme à travers les refus successifs exprimés par ses supérieurs qui doutent de ses compétences et de sa sincérité au sujet de son état de santé (par exemple : les expertises psychiatriques). Claudio fait tout ce qu'il peut pour conserver son emploi qu'il aimerait exercer dans un autre lieu de travail. Les contraintes qui se pointent à l'horizon (non-réaffectation, travail de nuit) affectent son rapport au travail qui se détériore graduellement.

De son côté, Céline (employée de bureau) travaille depuis plus d'une décennie pour le même employeur. En plus d'assumer de nombreuses responsabilités, elle a changé à plusieurs reprises de supérieur. Or, le dernier en liste amène avec lui son équipe et retire à Céline une grande partie de ses tâches pour les attribuer à sa propre secrétaire, qu'elle est toutefois chargée d'encadrer. Voyant ainsi ses responsabilités diminuer considérablement, elle voit fondre, du même coup, ses chances d'obtenir la *promotion sans concours* dont elle avait fait la demande. Se sentant mise à l'écart par cette nouvelle équipe de travail, sa motivation au travail diminue rapidement : elle décide alors d'effectuer un retour aux études à temps partiel. Déçue par ses conditions au travail qui se dégradent, épuisée par des études qui exigent beaucoup d'elle et par le décès d'un proche, Céline doit prendre un congé de maladie qui durera quelques mois. À son retour, les choses ne sont plus les mêmes :

« Durant mon congé, mon patron en a profité pour me changer de tâches, pour mettre une autre secrétaire qui faisait les tâches que moi je faisais. Puis tout a changé : avant j'étais dans un bureau près des gens, où ça circulait. Là je suis rendue dans un bureau à l'arrière, dans le fond. Je ne vois personne. Je vois des paravents. » (Céline, employée de bureau)

Pour Céline, ce changement inattendu a pour effet d'atténuer davantage sa motivation au travail, au point qu'elle décide de terminer les études qu'elle avait entreprises avant son arrêt maladie. De retour au travail quelques mois plus tard, elle reçoit peu de soutien de ses collègues et se sent encore mise à l'écart par l'équipe de travail. Elle dit regretter l'ambiance de travail qui régnait avant l'arrivée de l'équipe actuelle :

« Non, il n'y a plus d'équipe. Puis je me demande ce qui compte : c'est les apparences et le produit qui sort. Ce n'était pas comme ça avant, chacun est à son bureau, dans son petit espace. En tout cas, pour nous, pour notre personnel technicien... C'est ça qui est arrivé, on ne participe jamais aux réunions d'information. » (Céline, employée de bureau)

Selon Céline, son supérieur s'attendait à ce qu'elle quitte son emploi une fois ses études terminées, la sachant insatisfaite du caractère routinier de son travail. Aux prises avec certaines difficultés qui apparaissent dans différentes sphères de sa vie (personnelle, familiale, professionnelle), la santé de Camélia est minée par un épuisement professionnel. Il faut dire que la surcharge de travail (temps supplémentaire) et l'insécurité résultant de diverses formes d'évaluation de ses compétences (examens de classification) l'affectent profondément. Une évaluation négative de son travail par son

ancien supérieur lui sera fatale; sa motivation au travail chute en même temps que sa capacité de travail :

«À faire du temps supplémentaire comme une bonne. Trop donner de « jus » au bureau parce que j'en... , ça aussi c'est une affaire, je donnais beaucoup, beaucoup, beaucoup de mon énergie au bureau pour finalement me faire « clancher » avec une évaluation qui à l'époque là, mon évaluation, ne me satisfaisait pas là [...]Ça, ça m'a..., ça m'a..., ça j'ai « tilté » là.»
(Camélia, employée de bureau)

En réaction au jugement négatif porté par son supérieur sur son travail, Camélia se remet en question. Même les encouragements de ses collègues de travail n'arrivent pas à la consoler :

« Ils voyaient que j'avais vraiment le moral à terre là avec mon histoire d'évaluation, puis de concours, puis tout ça. Puis là ils essayaient de me remonter le moral, puis ils essayaient de me « crinquer ». Puis ils disaient : “ Ah!, voyons, Camélia, tu sais bien que tu es bonne, na, na, na! “ Mais moi ça ne rentrait plus là, dans ma tête là, je n'étais plus bonne, je n'étais plus capable de faire ma “ job”, j'étais vraiment... » (Camélia, employée de bureau)

Quelques semaines après avoir passé un autre type d'évaluation, soit l'examen de classement destiné au personnel occasionnel, voilà qu'elle ressent de l'anxiété accompagnée d'un trouble de panique. Elle cesse de travailler, suivant en cela l'avis de son médecin personnel qui émet un diagnostic d'épuisement professionnel. Lorsqu'elle apprend, par un employé des ressources humaines, que son supérieur avait accordé le poste qu'elle occupait à une personne ayant un statut « permanent », Camélia est consternée : *« Il avait décidé ça. J'étais en maladie chez nous. Je “ capotais ” un petit peu! »* dit-elle. Obligée de se chercher un autre emploi au moment où elle est en absence pour maladie, elle attribue la source principale de son problème de santé aux agissements de son supérieur à son égard : *« Ça c'est définitif, je ne remettrai pas les pieds dans cette direction-là, ça a été un élément déclencheur. Je ne veux pas retourner là! »* Ayant pu se trouver un emploi avec l'aide d'un agent des ressources humaines, Camélia reprend peu à peu ses forces : *« J'étais sortie du milieu là, il fallait vraiment que je sorte de là pour guérir »*. Elle se sent appuyée par son nouveau supérieur qui, ajoute-t-elle, s'assure de ne pas trop exiger d'elle sur le plan professionnel. De plus, elle dit entretenir de bonnes relations avec ses collègues de travail qui lui sont reconnaissants pour son travail : *« Mais là, ils m'ont aimée tout de*

suite! ils m'ont vraiment adorée puis [...] Ici, je vais vous dire, je suis hyper appréciée: ils ne veulent pas me perdre, puis mon travail est excellent». Camélia s'assure que son travail est aussi bien accepté par son supérieur afin d'éviter d'être blâmée comme ce fut le cas avec son ancien patron: « *Puis tout le temps où j'ai été là, j'allais vérifier auprès de lui si mon travail était correct, et tout était parfait, il n'avait rien à redire, c'était bien, tout était beau. Donc, je n'avais pas à m'inquiéter de ce côté-là* », conclut-elle. Comme on peut le constater, Camélia évalue ses relations avec les gens de son milieu de travail à leur satisfaction de son travail. L'évaluation négative émise par son supérieur précédent, qui a grandement affecté la santé de Camélia la hante toujours. L'expérience vécue par Camélia est un exemple probant du passage d'une logique de soupçon à une logique de confiance. En effet, à l'évaluation négative de son ancien supérieur succède la reconnaissance des gens dans son nouveau milieu de travail.

En présentant ces expériences de retour au travail vécues par un certain nombre d'employés que nous avons interrogés à ce sujet, nous voulions défendre l'argument que le soutien à ces employés par les gens de leur milieu de travail et l'amélioration de leurs conditions de travail contribuent de manière significative au succès de la réinsertion professionnelle de ces employés. À cet effet, nous avons traité du rôle des acteurs en milieu de travail et, en particulier, celui des supérieurs et des collègues de travail dont les attitudes et les actions peuvent avoir un effet sur le succès de sa réinsertion professionnelle. Nous avons interprété la nature de ces attitudes et de ces gestes en les situant par rapport à une double logique (logique de confiance et logique de soupçon) selon l'interprétation plus ou moins favorable que font les acteurs en milieu de travail du rapport au travail de l'employé avant comme après son absence pour maladie.

Nous avons aussi montré que, plus souvent qu'autrement, une fois de retour au travail, l'employé renoue avec les conditions de travail qui prévalaient avant son arrêt de travail. Quelques rares employés ont vu leurs conditions de travail s'améliorer au moment de reprendre leur emploi, que ce soit par l'allègement de la quantité de travail demandée et, à l'occasion, par une redéfinition de leurs tâches. Enfin, d'autres employés ont renoué avec un contexte de travail encore plus difficile qu'avant, et ce, autant au niveau des relations interpersonnelles au travail qu'en ce qui a trait à la nature du travail qui leur était attribué. Certains de ces employés ont néanmoins décidé de conserver leur emploi en dépit des difficultés rencontrées dans leur milieu de travail respectif. D'autres envisagent plutôt de changer d'emploi. Devant cet état de fait, nous devons maintenant reconsidérer l'équivalence entre une réinsertion professionnelle « réussie » et le retour au travail d'un employé après un arrêt maladie, mais cette fois-ci en l'abordant sous un autre angle, celui des stratégies de maintien en emploi.

3.4.3 Stratégies de maintien en emploi : les effets négatifs d'un contexte de travail

Nous proposons maintenant de traiter d'un troisième aspect lié à la réinsertion professionnelle : les stratégies de maintien en emploi. Le recours à ces stratégies par l'employé découle, en quelque sorte, des limites du retour progressif au travail et du contexte parfois problématique (exigences de rendement, tensions dans les relations collectives de travail, etc.) auquel il est confronté à son retour au travail.

Face à la crainte d'une rechute, mais surtout, dans l'espoir de réintégrer son travail et de se maintenir en emploi, l'utilisation de telles stratégies permet à l'employé d'adapter les exigences du travail à sa capacité de travail, tout en tenant compte de son état de santé qui demeure souvent fragile. Nous avons identifié deux types de stratégies de maintien en emploi chez les participants à cette étude :

- 1) *L'aménagement partiel des conditions de travail* de l'employé ayant repris le même emploi qu'avant l'arrêt maladie. Le plus souvent, cet aménagement se traduit par un allègement, souvent temporaire, du temps de travail et, plus rarement, par des modifications apportées au contenu de ses activités de travail.
- 2) Une *mobilité professionnelle* qui revêt différentes formes : mutation, prêt ou réaffectation à un autre service. Dans tous les cas, l'employé ne reprend pas l'emploi qu'il occupait avant son arrêt maladie. Cette mobilité peut résulter d'une décision (ou d'une suggestion) prise par l'employeur ou d'une démarche entreprise par l'employé.

Nous avons relevé l'utilisation de ces stratégies à travers les propos tenus par certain nombre d'employés que nous avons rencontrés. Nous en présentons ici quelques exemples de manière à illustrer cet aspect particulier.

L'aménagement partiel des conditions de travail : un moyen de protéger sa santé et de se maintenir en emploi

La plupart des employés que nous avons interrogés ont dû restreindre leur rythme de travail peu de temps après avoir repris leur emploi. Dans la mesure où il est autorisé et respecté par l'employeur, le travail à temps partiel s'est avéré être une solution appréciée par certains de ces employés. Malgré un plus grand nombre d'heures travaillées qu'avec la mesure du retour progressif au travail, le travail à temps partiel

permet, d'une certaine façon, de prolonger la période d'adaptation de l'employé aux activités de travail tout en lui laissant un peu plus de temps pour se rétablir. Ainsi, le travail à raison de quatre jours par semaine permet à Camélia (employée de bureau) de retrouver un équilibre dans sa vie personnelle, familiale et professionnelle :

«Maintenant je ménage mes énergies. Je suis capable de répartir mes énergies depuis mon quatre jours je vous dirais là, parce que, à cinq jours, j'ai de la misère. Quatre jours là, je suis capable de rééquilibrer [...] D'autant plus que je suis satisfaite au travail. Je donne ce que j'ai à donner au travail, à mes enfants, à ma vie personnelle, à ma vie de couple.»
(Camélia, employée de bureau)

Plutôt que de travailler à temps partiel, d'autres employés modifient quelque peu l'horaire de travail quotidien. En agissant de la sorte, ils se donnent la possibilité de reprendre graduellement leur rythme de travail. Christine (employée de bureau) y voit un moyen de favoriser son rétablissement tout en reprenant ses activités.

«Là je prends des pauses-café. Je ne prenais jamais de pauses. Je prends une pause puis, dans l'après-midi, si j'ai envie de m'asseoir de l'autre côté, d'aller lire le journal, je le fais sans aucune culpabilité. Je vais à mon rythme, à mon rythme. Je n'ai jamais fait ça [...] Oui, puis je travaille, je fais mes sept heures par jour. Puis je "roule". Vous viendriez à ma place là, il n'y a pas on ne voit pas un pouce carré de mon bureau. Mais le reste attendra à demain.» (Christine, secrétaire)

De son côté, Claire (employée de bureau) réduit volontairement son heure de dîner afin d'accumuler du temps de travail pour pouvoir prendre une journée de congé une fois par mois. Contrairement au travail à temps partiel ou même à la pratique visant à gérer autrement son travail, de telles stratégies ponctuelles (pauses-café, temps accumulé) présentent l'avantage de ne pas nécessiter d'ententes précises avec le supérieur immédiat. Il n'est pas inutile de souligner ici que l'aménagement du temps de travail et en particulier le travail à temps partiel, n'est pas une pratique utilisée par l'ensemble des employés interrogés. En effet, ceux dont la situation d'emploi est précaire (par exemple, le personnel occasionnel) évitent d'y recourir, parfois même au détriment de leur rétablissement, de manière à consolider leur statut professionnel qui exige de travailler à temps plein.

Camille (technicien) a lui aussi décidé d'accorder une priorité à certaines tâches et à confier celles qu'il juge moins importantes à des collègues plutôt que de se laisser submerger par une grande quantité de travail :

« Je ne veux pas être débordé. Je le suis là parce que je suis revenu à mon travail, je suis dans ma cinquième semaine, si je ne me trompe pas. Seulement... Mais je suis en train de me structurer et de prioriser des choses, puis je vais déléguer : puis je vais nommer des gens alentour de moi. Je veux la quantité et la qualité dans ça . C'est comme 'autre chose là, mais je vous avoue franchement, c'est excessivement difficile. » (Camille, technicien)

Toutefois, Camille sent bien que cette situation est fragile. De la même façon, Claudine (cadre) essaie, tant bien que mal, de changer la gestion de son travail au quotidien, de manière à se garder du temps pour refaire le plein d'énergie :

« Alors je me suis mis moi-même des limites, et je fais des journées moins intensives. Au lieu d'arriver à sept heures, sept heures et demie le matin, j'ai un horaire plus respectable en termes de temps, de durée et aussi lorsque je me sentais comme fatiguée, je me dis : Bien là, j'ai besoin d'une journée de repos. Et aussi j'aménage mon agenda autrement : Je me garde plus de temps dans ma gestion quotidienne pour le travail qui était plus administratif, parce que je ne me gardais jamais de temps pour moi. Le temps était toujours pour les autres, ma disponibilité était pour les autres, alors que là je me suis disciplinée et je demande à ma secrétaire de " bloquer " vraiment une journée dans la semaine où je réponds à mes courriers et où je fais mes retours d'appel, où j'organise mes choses, mes réunions et tout ça. Avant, je ne me laissais pas assez de temps, alors je faisais ça en dehors des heures [de travail]. » (Claudine, cadre)

De la même façon, Claudine sent bien que les exigences de son travail viennent peu à peu gruger le temps qu'elle tente de protéger. *« En faisant 4 jours, pour moi c'est clair que je ne pourrai pas continuer longtemps »*. Elle sait qu'à long terme, elle ne pourra pas se maintenir en emploi dans ces conditions. Aussi, envisage-t-elle sérieusement d'accepter un poste dans une autre direction, dont la charge de travail semble mieux lui convenir.

Clarisse (professionnelle) partage une situation de retour au travail à peu près similaire à celle de Claudine. Une fois la période de retour progressif au travail terminée, elle opte pour travailler quatre jours par semaine. Toutefois, cet aménagement du temps de travail s'avère irréaliste et de plus, la pénalise sur le plan financier :

« Quand j'ai commencé à trouver la « game rough », j'ai choisi quatre jours semaine, puis là j'ai commencé à calculer mes heures. J'étais payée 30 heures, 32 heures sur quatre jours. Je devais faire quatre jours de huit heures. Puis j'ai commencé à calculer les heures que je faisais. Je me suis rendue compte que depuis que j'étais à quatre jours, je faisais 45-48 heures par semaine. J'ai dit : je faisais quoi quand j'étais à 35 heures? » (Clarisse, professionnelle)

Selon elle, ses conditions de travail n'ont pas changé depuis son départ : *« C'est énorme, on a beaucoup de travail! »*, dit-elle. Malgré le bel accueil que lui réservent ses collègues et son supérieur lors de son retour au travail, et bien qu'elle apprécie l'ouverture d'esprit de son supérieur qui a accepté qu'elle reprenne graduellement son travail, aucune modification n'est apportée à ses tâches. C'est donc à elle qu'il revient, et uniquement à elle, de mettre des limites à ce qu'elle peut faire et à ce qu'elle ne peut pas faire comme travail.

Toutefois, la réalité du travail, marquée par des exigences incessantes, semble venir à bout de la capacité de ces personnes à protéger leur santé au travail. Les limites des stratégies individuelles pourraient, en quelque sorte, expliquer l'importance des cas de rechute que nous avons observés.

Mobilité professionnelle : l'espoir d'un ailleurs meilleur

Dans le contexte de cette étude, les employés bénéficient de conditions qui permettent une bonne mobilité professionnelle. La possibilité de changer d'emploi nous est apparue comme une stratégie fortement utilisée. En effet, la plupart des personnes rencontrées ont changé d'emploi, projettent de le faire, ou encore gardent en tête cette possibilité comme une carte à leur jeu, comme l'espoir d'un ailleurs meilleur. Nous savons que la mobilité professionnelle, lorsqu'elle n'est pas imposée, est un facteur de protection de la santé mentale au travail. Les personnes qui sont dans une situation de travail difficile et qui peuvent changer d'emploi, sont plus sujettes à prévenir une situation de détresse que celles qui seront obligées de rester dans un milieu qui ne leur convient pas.

En nous basant sur les récits des expériences vécues par les employés qui sont retournés au travail, nous avons identifié trois motifs, qui ne s'excluent pas mutuellement, ayant incité un certain nombre d'entre eux à envisager un changement d'emploi et parfois même, d'employeur. Ces motifs sont tous reliés au contexte de travail prévalant au moment du retour au travail de ces employés. Il s'agit de l'absence de modifications du contenu et du rythme de travail, des relations conflictuelles avec des membres du milieu de travail et enfin, d'un avenir professionnel compromis (par exemple : occasions de promotion limitées, statut professionnel précaire).

Le changement d'emploi peut s'effectuer avec la collaboration du supérieur. Par exemple, devant la difficulté de Capucine (technicienne) d'accomplir ses tâches, son supérieur, bien qu'il apprécie ce qu'elle fait, lui offre d'être « mutée » dans un autre ministère :

« Puis moi-même, je peux vous dire une affaire : même dans l'emploi que j'ai actuellement, ça ne va pas si bien que ça. Ce matin même, quand j'ai rencontré le directeur, il m'a dit, : “ Je le sais que là ça ne va pas très bien. Moi, je le sais que tu as des qualités pour faire tel ou tel type d'ouvrage. Je connais quelqu'un, dans un autre ministère, qui cherche quelqu'un qui a ton profil. “ J'ai dit : “ Comme ça tu veux te débarrasser de moi? “. Je lui disais ça en “ joke ”. Il dit : “ Non. Moi, j'aime mieux que tu restes ici. Mais si tu n'es pas bien, tu ne feras pas une bonne “ job ”. Toi tu ne seras pas heureuse, et moi je ne serai pas heureux. “ » (Capucine, technicienne)

Capucine voit dans l'offre que lui présente son supérieur une forme de soutien à sa réinsertion professionnelle, en raison des difficultés qu'elle éprouve effectivement à accomplir les tâches demandées.

Clément (cadre), a vécu, lui, une situation de retour au travail très différente de celle de Capucine. Son affectation a été envisagée à la suite de l'expertise psychiatrique à laquelle il s'est prêté et dont les résultats ont incité son employeur à lui offrir un autre emploi. Bien que satisfait de ce nouvel emploi qui lui apparaît beaucoup moins exigeant que le précédent, Clément admet que cela représente une rétrogradation de son statut professionnel, ce qui n'a pas été facile à accepter d'emblée : *« Ça ne s'est pas fait aisément. Et ça, j'y avais pensé comme il faut et je l'avais accepté. Oui, c'était toute une décision! »*

À l'inverse, malgré le fait que son supérieur vienne à peine de lui confirmer son statut d'emploi de cadre supérieure, Claudine envisage néanmoins de refuser cette offre et de

changer d'emploi. Cette possibilité d'un nouvel emploi s'est présentée à elle de manière inattendue. Elle fait suite à un concours qu'elle avait passé, il y a quelques années, afin de consolider son statut au sein de son milieu de travail au moment où ses supérieurs refusaient de reconnaître officiellement ses compétences de cadre supérieure. De plus, malgré la promotion qui lui est maintenant offerte par son supérieur, Claudine est d'avis que le contexte de travail actuel s'avère trop difficile pour qu'elle accepte de continuer d'assumer un travail qui ne lui convient pas vraiment :

« C'est une dynamique qui n'est pas facile et moi je me dis, avec la personnalité que j'ai, la façon que j'ai de voir les choses et le goût de bien faire les choses en gestion et de ..., d'avoir un contexte de travail harmonieux, c'est exigeant et je me... Peut-être que ça serait mieux qu'il y ait quelqu'un qui soit dans ce poste-là, quelqu'un qui ait un peu l'écorce plus dure que moi. » (Claudine, cadre supérieure)

Certes, et nous en avons déjà amplement parlé dans ce chapitre, la crédibilité de l'employé entre en ligne de compte dans les possibilités qui lui sont offertes par son employeur d'occuper un autre emploi.

Si, aux yeux de certains employés reconnus pour la qualité de leur rapport au travail, la mobilité professionnelle est synonyme d'amélioration de leur conditions de travail, pour ceux dont le retour est marqué par des « conflits relationnels », elle correspond davantage à une expérience difficile mais aussi à leur seule issue pour rester en emploi. À ce sujet, l'expérience de Claudio, Clermont, Clara et Camélia constituent des cas typiques de mobilité professionnelle non désirée. Dans le cas de Claudio, ses aspirations professionnelles se heurtent à l'impasse des changements organisationnels qui ont eu lieu dans son secteur d'activité. À la suite d'une fermeture de poste et de l'impossibilité d'accéder au poste qu'il espérait, Claudio doit subir les conséquences d'une affectation dans un emploi non désiré. Pour ce qui est de Clermont, une fois de retour au travail, le voilà rejeté par ses supérieurs et par ses collègues de travail qu'il avait ouvertement critiqués en raison de son désaccord avec eux sur certaines décisions dont il avait la responsabilité. Désabusé du travail qu'on lui assigne désormais, il réussit à sortir de ce milieu de travail pendant plusieurs mois en se faisant embaucher à l'extérieur de sa région, sans pour autant aller jusqu'à remettre sa démission. Encore incertain de son sort, il y réfléchit sérieusement : *« J'ai le choix de retourner sur une tablette dans [nom de la région] ou ... de donner ma démission. Je ne sais pas ce que je vais faire. »* (Clermont, cadre intermédiaire)

De son côté, Clara (cadre intermédiaire) a vécu une mobilité professionnelle « forcée ». De retour d'un arrêt maladie, voilà qu'elle se retrouve avec un nouveau supérieur, une personne qu'elle connaît bien mais avec laquelle elle ne partage aucune affinité (« *Nous sommes aux antipodes l'un de l'autre* », dit-elle). Pendant l'arrêt de travail de Clara, son nouveau supérieur a engagé quelqu'un pour la remplacer. Clara lui demande alors de lui confier de nouvelles tâches. Insatisfait du travail qu'elle a accompli depuis son retour au travail, son supérieur lui demande de se trouver un autre emploi :

« Je lui ai dit "Donc, tu veux que je parte!" Et il m'a dit: "Oui, je veux que tu partes! Je veux que tu te cherches un emploi! " C'est..., je t'avoue que c'est très difficile à prendre, ça. Ça là, vraiment là, c'est... J'en ai encore... Même si moi je savais que je voulais cheminer vers autre chose, que je voulais m'orienter différemment, de se faire dire par quelqu'un ..., c'est triste à dire, que je ne considère pas beaucoup, ...c'est un jugement..., c'est du rejet aussi. » (Clara, cadre intérimaire)

Camélia (employée de bureau) a aussi ressenti ce rejet à la suite de l'évaluation négative de son travail par son supérieur. Il faut dire que cet événement est survenu au moment même où elle devait passer des examens lui permettant de consolider son statut d'employé occasionnel. L'arrêt de travail qui s'en est suivi, période au cours de laquelle son supérieur a attribué l'emploi de Camélia à un autre employé, en fut donc une d'incertitude sur le plan professionnel, jusqu'à ce que ses démarches d'emploi portent ses fruits.

Qu'elle soit « recherchée » par un employé ou qu'elle lui soit plus ou moins « imposée », la mobilité professionnelle figure donc parmi les stratégies de maintien en emploi visant à sortir d'un contexte de travail qui ne correspond plus aux attentes de l'employé. Parfois même, ces stratégies représentent la seule alternative qui se présente à l'employé pour échapper à un milieu de travail qu'il perçoit comme la cause de ses problèmes de santé. Évidemment, l'existence de ces stratégies est largement tributaire des conditions objectives de travail de l'employé.

Bien que les stratégies de maintien en emploi envisagées par ces employés diffèrent sans doute d'un employeur ou d'une direction d'un service gouvernemental à l'autre, il n'en demeure pas moins que les motifs qui sont à l'origine de telles stratégies de maintien en emploi sont partagés par un grand nombre d'employés.

Même si leur utilisation peut nous paraître justifiée à première vue, on peut toutefois s'interroger sur la portée effective de ces stratégies : représentent-elles une alternative menant éventuellement à une réinsertion professionnelle « réussie » ou constituent-elles

une voie de sortie (une échappatoire) d'un contexte de travail jugé malsain par l'employé qui n'arrive pas à se rétablir, à se « refaire une santé »? Les résultats présentés dans ce chapitre montrent la difficulté de parler de réinsertion professionnelle « réussie » sans mettre en cause les modes d'organisation du travail. À défaut de quoi, la réinsertion professionnelle risque d'aboutir à une impasse, autant pour l'employé concerné qu'à l'échelle de l'organisation.

3.4.4 Conclusion

Le point de départ de notre démarche fut de remettre en cause l'équivalence entre une réinsertion professionnelle « réussie » et le retour au travail d'un employé après un arrêt maladie, en l'absence de toute considération sur les conditions de sa réinsertion professionnelle et sur le contexte de travail qui règne avant et après son retour au travail.

À cet effet, nous avons cherché, dans un premier temps, à montrer en quoi la mesure de soutien du retour progressif au travail, bien que nécessaire, demeure incomplète sans le soutien apporté à l'employé par le personnel de son milieu de travail. En effet, malgré la pertinence du retour progressif au travail, nous avons pu constater que l'objectif de réadaptation des capacités de l'employé à son milieu de travail est rapidement confronté à l'objectif de rendement visé par l'employeur. Or, comme nous avons pu le constater, le retour progressif au travail de ces employés s'effectue souvent dans un contexte de travail inchangé, l'accent étant mis avant tout sur le temps d'adaptation de la capacité de l'individu à son travail.

Nous avons par la suite tenté d'interpréter les attitudes et les comportements des collègues et des supérieurs par rapport à une double logique d'action proposée par Dodier (1983), soit la « logique de confiance » et la « logique de soupçon ». Cette analyse nous a permis de montrer comment la valeur au travail d'un employé était liée à l'interprétation *a priori* qui est faite sur son rapport au travail et aux jugements portés par l'entourage sur les causes de la maladie. L'un des résultats marquants auxquels aboutit notre analyse, est justement l'importance du soutien des membres du milieu de travail pour l'employé qui s'est absenté pour un problème de santé mentale.

En dernier lieu, nous avons traité des stratégies de maintien en emploi utilisées par certains employés. Par l'utilisation de ces stratégies, l'employé vise, soit à s'accorder une marge de manœuvre au travail afin de favoriser un meilleur rétablissement de ses capacités, soit à envisager un changement d'emploi dans le but d'améliorer son statut professionnel. Le recours à de telles pratiques montre toutefois les limites d'une véritable réinsertion professionnelle, au profit de solutions partielles du problème et mènent éventuellement à une impasse, autant pour l'employeur que pour l'employé concerné.

4. SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Dans cette étude, le volet quantitatif a permis de décrire et de chiffrer certains aspects de la réinsertion professionnelle, alors que le volet qualitatif a permis d'approfondir la signification donnée à certains de ces résultats, tout en apportant une contribution essentielle à la compréhension du processus de réinsertion professionnelle dans son ensemble. Bien que les résultats du volet quantitatif et du volet qualitatif soient basés sur des échantillons distincts, et avec toutes les limites imposées par ces différences, nous avons établi quelques parallèles entre ces deux études, nous avons avancé des éléments de discussion et nous avons proposé quelques pistes d'action.

Dans le volet quantitatif, s'appuyant sur la perception des répondants, les facteurs reliés au travail ont largement été mis de l'avant comme principale cause de la maladie et de l'arrêt de travail. La surcharge de travail, la non-reconnaissance des efforts au travail et les relations difficiles avec les collègues et les supérieurs sont apparues comme les éléments les plus fréquemment mentionnés par les personnes pour rendre compte des facteurs du travail qui ont contribué à la détérioration de leur état de santé et à leur arrêt de travail. Ces facteurs ont aussi été repris lors des entrevues. Les effets de la surcharge de travail, les séquelles des réorganisations du travail, les contrecoups de la pression pour le rendement, sur la reconnaissance des efforts au travail, l'insécurité d'emploi, les rapports conflictuels avec des collègues ou un supérieur et les risques de certains métiers, ont été mis de l'avant par les personnes rencontrées pour décrire ce qui dans leur travail, avait contribué à la détérioration de leur état de santé. Or, l'impact du travail sur la détresse psychologique des employés concorde avec les résultats de nombreux travaux sur la santé mentale au travail qui pointent du doigt les grandes transformations qu'ont connues les milieux de travail au cours des dernières années pour rendre compte de la détérioration de l'état de santé des travailleurs québécois (Vézina et Bourbonnais, 2003). Il semble bien ici que la fonction publique québécoise n'échappe pas à ce phénomène. Le travail et ses conditions d'exercice ont un effet sur la capacité de travail et sur la santé mentale des fonctionnaires. De plus, les gestionnaires que nous avons interrogés se sont montrés particulièrement préoccupés par les effets de ces grands changements sur la capacité de travail de leurs employés. Dans certains milieux opérationnels, la difficulté de pouvoir remplacer des employés qui s'absentent exerce une pression sur ceux qui restent, en plus de faire courir de nouveaux risques à ceux qui reviennent après une absence prolongée. Ce phénomène soulève l'importance d'envisager une intervention préventive afin de contrer les problèmes de santé mentale au travail.

Au-delà des facteurs reliés au travail et à ses conditions d'exercice, l'analyse des données qualitatives nous a également permis de comprendre que lorsqu'il est question d'absence pour maladie pour des raisons de santé mentale, le certificat du médecin ne suffit pas à libérer la personne de son obligation de travailler. Le discours des personnes a mis

en lumière tout le poids du regard de l'autre dans le sens donné à la maladie. Nous avons vu comment des employés peuvent attendre d'avoir l'assentiment implicite de leurs collègues et de leurs supérieurs avant de s'absenter, et ce, en dépit de l'avis du médecin. Ce phénomène nous amène à penser qu'au-delà des aspects d'ordre biologique ou des caractéristiques individuelles, il existe une construction sociale de la maladie. Comme on l'a observé au cours des entretiens, l'interprétation *a priori*, plus ou moins favorable, que se font les autres au sujet des attitudes et des comportements adoptés par l'employé face à sa maladie, sera déterminante quant au soutien et à l'accueil qu'il aura dans son milieu de travail. Certaines causes d'absence sont jugées plus valables que d'autres, au même titre que certaines maladies sont plus facilement reconnues que d'autres. En soi, les problèmes de santé mentale sont plus sujets à la controverse et au doute que d'autres problèmes de santé. Beaucoup de préjugés entourent encore ce type de problème de santé. Certains des employés rencontrés se sont eux-mêmes sentis coupables de s'être absentes, comme si l'effritement de leur état de santé signait leur faiblesse et leur laisser-aller, et ce, en dépit d'une expérience de la maladie particulièrement invalidante.

Craignant un retour au travail prématuré, souvent dans des conditions de travail qui ont contribué à la détérioration de leur état de santé, plusieurs employés appréhendent leur retour au travail. Dans ce contexte, l'évaluation médicale, qui représente un point de passage obligé dans le processus de réinsertion professionnelle, a soulevé de nombreuses craintes et inquiétudes chez les employés. Le rôle du médecin est d'évaluer l'état de santé de la personne et de juger de sa capacité à travailler. Or, les médecins que nous avons rencontrés se sentent souvent démunis face à ce rôle. Loin du milieu de travail, ils ont de la difficulté à juger de l'activité « réelle » de travail. Il y a une distinction importante à faire entre l'état de santé et la capacité de travail; cette zone demeure trop souvent ambiguë, et ce, encore plus pour les personnes qui s'absentent en raison d'un contexte de travail difficile.

Par ailleurs, les mesures médico-administratives qui entourent l'arrêt de travail ont été l'objet de grandes controverses. Parmi ces pratiques, les convocations en expertise et la façon dont elles sont présentées à l'employé entraînent plus souvent qu'autrement des perturbations. Bien qu'en principe, une demande d'expertise médicale vise à valider le rapport du médecin traitant, cette mesure est plus souvent qu'autrement perçue par les employés comme une mise en doute de la véracité de leur maladie et de leur intégrité face au système. Lorsque l'on connaît l'impact que peut avoir la remise en question de la crédibilité d'un employé, on comprend mieux pourquoi une telle mesure peut soulever autant de réactions chez les employés concernés. C'est pourquoi les

personnes qui ont eu à revenir au travail à la suite d'une décision prise lors d'une évaluation en expertise ont, plus souvent qu'autrement, connu une intégration difficile. Certains ont fait une rechute allant même jusqu'à retarder de plusieurs mois leur rétablissement et le recouvrement de leurs capacités fonctionnelles.

La perception qu'ont les personnes de leur état de santé demeure une dimension importante à considérer dans l'évaluation de l'état de santé. Plusieurs études ont montré que la perception qu'ont les personnes de leur état de santé est généralement une perception juste et valable (Moller, Kristensen et Hollnagel, 1996; Santé Québec 1988; Shalbolt 1997). Nous avons vu dans cette recherche que ce n'est que lorsque la personne commence à se sentir mieux que l'idée d'un retour au travail commence à prendre une dimension positive.

La relation que l'on entretient avec ses collègues et ses supérieurs a également une influence sur l'anticipation du retour au travail. Les personnes qui ont gardé un bon souvenir de leur milieu de travail avant de s'absenter, ont plus de chance d'anticiper cette expérience positivement. À ce sujet, nous avons également vu que l'anticipation d'un retour au travail dans des conditions difficiles, et surtout à risque pour l'équilibre psychologique, aura un effet sur le processus de rétablissement. L'idée d'une impasse vient miner la pensée et peut même aller jusqu'à bloquer l'action.

La préparation du retour au travail est une étape importante dans le processus de réinsertion professionnelle. Toutefois, rares sont les personnes rencontrées qui ont eu l'occasion de planifier et d'organiser à l'avance les conditions de leur retour au travail. Tout au plus, les personnes se sont assurées, souvent par l'intermédiaire de leur médecin traitant, d'avoir accès à une mesure de retour progressif. Or, les propos recueillis par des employés qui ont effectué un retour au travail montrent à quel point certains d'entre eux ont été consternés par le peu d'attention accordé par leurs collègues et par leurs supérieurs à leur état de santé. Même dans le cadre d'un retour progressif et avec un accueil bienveillant de la part des collègues et du supérieur, des employés se sont vu rapidement soumis aux exigences de production du milieu. Certains contextes de travail semblent difficilement permettre l'intégration progressive d'un employé qui revient à la suite d'une absence prolongée. Au-delà de la prédominance des objectifs de rendement sur les objectifs de réadaptation, ces pratiques à risque pour la santé des personnes qui reviennent au travail prennent la forme d'un cercle dangereux où ceux qui s'absentent mettent à risque la santé de ceux qui restent et ceux qui reviennent sont susceptibles de repartir aussitôt.

On peut aussi se demander jusqu'à quel point les acteurs du milieu de travail ont une connaissance de ce qu'exige de la personne un retour au travail après une absence prolongée en raison d'un problème de santé mentale. Le retour au travail est généralement marqué par un sentiment de vulnérabilité et la crainte d'une rechute. Ce n'est que progressivement que les personnes arrivent à retrouver confiance en leur capacité de travail et à sentir qu'elles sont en mesure de bien fonctionner dans leur travail. Dans ce contexte, le soutien « réel » des collègues et du supérieur représente un facteur déterminant de la reconstruction de la santé et du maintien en emploi.

L'étude quantitative a révélé qu'une proportion importante des employés qui ont effectué un retour au travail considèrent que leur problème de santé n'est pas résolu. Ainsi, le retour au travail ne marque pas la résolution des problèmes de santé. À ce sujet, le volet qualitatif de cette étude montre à quel point la préparation des conditions de retour au travail est importante pour assurer le passage d'un retour fragile à un retour réussi. L'issue plus ou moins favorable de la réinsertion professionnelle dépend en bonne partie de la façon dont les personnes vont anticiper leur retour et vont être accueillies et soutenues par leurs collègues et par leurs supérieurs au moment du retour. Or, cette étude montre comment la crédibilité d'une personne va influencer sur la qualité du soutien qu'elle recevra pendant son absence et lors de son retour au travail. Bien au-delà des procédures qui entourent le processus de réinsertion professionnelle, cette étude apporte un éclairage nouveau sur l'importance des rapports sociaux au travail et du regard de l'autre sur les pratiques de soutien « réel » en milieu de travail. On observe des différences importantes dans les pratiques de soutien en fonction de critères informels basés sur la reconnaissance de la valeur au travail de l'employé. En effet, les personnes reçoivent un soutien à la mesure de la crédibilité qu'ils ont acquise dans leur milieu de travail. Quelqu'un qui a beaucoup donné et qui a été reconnu pour son investissement et la qualité de son travail a plus de chance d'être aidé et accompagné à son retour au travail qu'une personne qui s'absente à la suite de conflits relationnels ou encore, dont la crédibilité est entachée par un jugement négatif.

L'impact de ce jugement basé sur les « *a priori* » et sur la construction de la crédibilité et de la reconnaissance de la valeur d'une personne au travail met en cause le processus même de la reconnaissance au travail. Pour être reconnu dans son milieu, il faut être vu. Or, on sait que la dynamique de la reconnaissance au travail n'est pas un processus simple. D'une part, certaines personnes arrivent plus facilement que d'autres à rendre visible ce qu'elles font. À ce sujet, des disparités ont été observées entre les hommes et les femmes, ainsi qu'entre certains types d'emploi par rapport à d'autres (Dejours, 1993). D'autre part, plusieurs des personnes que nous avons vues ont témoigné de la grande mouvance du personnel d'encadrement. Ce n'est pas facile d'être reconnu par quelqu'un qui n'est pas en mesure de bien connaître ses employés.

Enfin, le retour au travail des personnes est marqué par une importante mobilité. Plusieurs personnes ont changé d'emploi ou encore pensent le faire dans un avenir prochain. Ainsi, l'espoir d'un ailleurs meilleur marque l'impasse des possibilités d'amélioration des conditions de travail. Plusieurs personnes craignent de ne pas être en mesure de se maintenir en emploi sans céder aux pressions exigées par les objectifs de rendement. Ainsi, dans l'impossibilité d'agir sur les facteurs du travail qui ont contribué à la détérioration de l'état de santé et à l'arrêt de travail, les personnes en viennent à changer de poste, déplaçant d'une certaine manière, le problème ailleurs. De ce point de vue, l'espoir d'un ailleurs meilleur apparaît comme une solution pour le moins risquée. Comme nous l'avons observé, cet espoir donne lieu au déploiement de stratégies de maintien en emploi visant à pallier des conditions de travail inappropriées, auxquelles s'ajoutent souvent l'insécurité d'emploi et, pour certaines personnes, la difficulté à concilier les exigences du travail et les responsabilités familiales.

En somme, ce rapport se veut un outil pour soutenir les acteurs impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle en santé mentale au travail. C'est pourquoi, à la lumière de cette étude à deux volets, soit un volet quantitatif basé sur les données d'un questionnaire réalisé auprès de 582 employés de la fonction publique québécoise, et un volet qualitatif basé sur le récit d'expériences d'employés qui ont eu à s'absenter en raison d'un problème de santé mentale, nous avons avancé les quelques pistes d'action suivantes.

- Des activités de sensibilisation et d'information générale sur la santé mentale permettraient aux collègues, aux supérieurs et aux gestionnaires de mieux comprendre l'expérience vécue par les employés touchés par cette problématique. Ces activités peuvent aider à mieux saisir en quoi le travail peut être un élément de la détérioration de la santé et comment des ajustements apportés aux conditions de travail peuvent faciliter le retour et le maintien en emploi des personnes.
- Le développement d'une approche intégrée de la réinsertion professionnelle assurerait une meilleure cohésion des interventions mises au point et implantées pour soutenir les employés lors de leur retour au travail. L'absence d'action concertée entre les acteurs (médecins, thérapeutes, collègues, supérieurs, gestionnaires, responsables des ressources humaines, techniciens en relations de travail, responsable du PAE, etc.) impliqués dans le processus de réinsertion professionnelle peut conduire à des pratiques divergentes qui nuisent au rétablissement et à la réadaptation des personnes.

- Le soutien dans le milieu de travail concerne principalement l'aide apportée par les collègues et par le supérieur dans l'accompagnement de la personne qui réintègre son travail. Par exemple, dans certains programmes de santé au travail, les employés qui reviennent progressivement au travail à la suite d'un accident de travail sont en surnuméraire. Le remplacement des employés permet ainsi d'éviter de surcharger des collègues, et diminue également le stress lié aux exigences de la production (Durand et coll. 1998). De plus, le soutien du milieu permettrait aux collègues et au supérieur de mieux préparer le retour au travail des employés.
- La formation des gestionnaires à l'ensemble des procédures (y compris la confidentialité) qui entourent le retrait et le retour au travail des employés à la suite d'un problème de santé mentale, leur permettrait d'être mieux préparés à intervenir auprès de ces personnes. Cette formation devrait également aider les gestionnaires dans la préparation du retour au travail du personnel.
- Le développement d'interventions préventives en santé mentale au travail, c'est-à-dire la mise en place d'activités de connaissance et de surveillance des contraintes liés à l'environnement psychosocial de travail devrait être favorisé. Des activités visant l'instauration de mesures préventives capables de réduire ou d'éliminer les facteurs de risque permettraient une amélioration à long terme de la santé psychologique des employés de la fonction publique québécoise.

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*, vol. 65, n° 4, p. 17-24.
- Antonucci, T.C. (1994). A life-span view of women's social relations. In Anonymous, *Women Growing Older*, p. 239-269, Thousand Oaks : Sage Publications.
- Banks, B.; Charleston, S.; Grossi, T.; Mank, D. (2001). « Workplace supports, job performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24, n° 4.
- Baril, R.; Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprise*. (Rapport n° R-238). Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 170 p.
- Baril, R.; Martin, J.-C.; Lapointe, C.; Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. (Rapport n° R-082). Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 413 p.
- Belle, D. (1989). Gender differences in children's social networks and supports. In Anonymous, *Children's Social Networks and Social Supports*, p. 173-188, New York : Wiley.
- Bernier, D. (1994). *La crise du burnout. S'en remettre, c'est refaire sa vie*. Montréal : Alain Stanké, 185 p.
- 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*, vol. 52, p. 313-322.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., et Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 4, n° 2, p. 95-107.
- Brouillette, C.; Hachey, R.; Mercier, C. (2003). « Les soutiens associés au maintien en emploi : perceptions des personnes aux prises avec un trouble mental grave ». *Santé mentale au Québec*, vol. XXVIII, n° 1, p. 169-192.
- Conseil du patronat du Québec (1998). « L'absentéisme en milieu de travail. Partie 1 : état de la situation ».

- Conti, D.J.; Burton, W.N. (1994). «The economic impact of depression in the workplace». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 36, n° 9, p. 983-988.
- De Bandt, J., Dejours, C., et 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**) Paris : Bayard Éditions.
- Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail. *Le Travail Humain*, vol. 58, n° 1, p. 1-15.
- Demazière, D. (1995). «La sociologie du chômage». Paris : Éditions La Découverte, 125 p.
- Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2001). *Garder notre monde en santé. Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Rapport annuel 2001 sur la santé des populations*. Montréal. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 101 p.
- Dodier, N. (1983). «La maladie et le lieu de travail». *Revue française de sociologie*. Vol. XXIV : 255-270.
- Dorvil, H., Guttman, H.A., Ricard, N., et Villeneuve, A. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. (1997). Anonymous. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Durand, M., Loisel, P., Durand, P. (1998). «Le retour thérapeutique au travail comme intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail». *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*, vol. 3, n° 2, p. 1-16.
- 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*. Thèse de doctorat en Sciences sociales, Université René Descartes - Paris V.

- Gabriel, P.; Liiimatainen, M.-R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Genève: Bureau International du Travail.
- Jacobs, H.; Wissusik, D.; Collier, R.; Stackman, D.; Burkeman, D. (1992). « Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, p. 365-369.
- Laurier, D.; Barette, S. (1996). « Un problème de santé mentale: faut-il envisager un arrêt de travail? » *Le Médecin du Québec*, décembre, p. 57-62.
- Latimer, É.; Lecomte, T.; Ouadahi, Y. (2001). « Le modèle “ Individual 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 (ACEAS)*, Sherbrooke.
- Légaré, G., Préville, 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.
- Loisel, P.; Durand, M.-J.; Berthelette, D.; Vézina, N.; Baril, R.; Gagnon, D.; Larivière, C.; Tremblay, C. (2001). « Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain ». *Disease Management and Health Outcomes*, vol 9, n° 7, p. 351-360.
- Malenfant, R. *et al.* (2002). *L’intégration durable en emploi dans la mouvance du marché du travail*. Québec, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, Équipe RIPOST.
- Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., et Feeney, A. (1999). *Health and the psychosocial environment at work*. (dans M. Marmot et R.G. Wilkinson ed.). London: Oxford University Press.
- Maslach, C.; Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P. (2001). « Job Burnout ». *Annual Review of Psychology*, vol 52, p. 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.

- Moller, L., Kristensens, T.S., Hollnagel, H. (1996). « Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark ». *Journal of Epidemiology Community Health*, 40, 423-428.
- Morin, P. (1985). « Le médecin face à l'invalidité. » dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (ed.). *Traité d'anthropologie médicale*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 793-806.
- Nystuen, P. *et al.* (2001). « Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce ». *Scandinavian Journal of public health*, vol. 29, p. 175-182.
- Ranno, J.P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*. Montréal. Sun Life du Canada. Vice-présidence. Opérations vie et groupe invalidité.
- Rhéaume, J. (1992). « Santé mentale au travail : l'approche des programmes d'aide aux employés ». *Santé Mentale au Québec*, n° 2, p. 91-107.
- Saint-Arnaud, L.; Saint-Jean, M.; Rhéaume, J. (2003). « De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale ». *Santé mentale au Québec*, vol XXVIII, n° 1, p. 193-211.
- Secrétariat du Conseil du trésor. « *L'effectif de la fonction publique du Québec, 2000* », Gouvernement du Québec, ISBN 2-550-37116-X.
- Shadbolt, B. (1997). « Some correlates of self rated health for Australian women ». *American Journal of Public health*, vol. 87, no.6, p. 951-956.
- Tessier, L. et Clément, M. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie*. Québec. Gaëtan Morin éditeur, 238 p.
- Vézina, M. (1996). « La santé mentale au travail. Pour une compréhension de cet enjeu de santé publique ». *Santé Mentale au Québec*, vol. XXI, n° 2, p. 117-138.
- Vézina, M.; Bourbonnais, R. (2001). « Incapacités de travail pour des raisons de santé mentale » dans Institut de la statistique du Québec. *Portrait social du Québec : données et analyse. Édition 2001*. Québec. Éditeur officiel du Québec, p. 279-287.

ANNEXE I

LE QUESTIONNAIRE

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?

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 immédiat 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 :

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

- 1 éducation
- 2 santé et services sociaux
- 3 fonction publique
- 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
 - 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
- 1 oui ✓ Combien :
- g) Viviez-vous avec une conjointe ou un conjoint?
- 1 non
- 1 oui

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

- 1 oui
- 2 non

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 votre travail progressivement?
- 1 oui
- 2 non
- b) Lors de votre retour au travail, avez-vous changé de travail ou votre travail a-t-il été modifié, dans le sens d'une amélioration?
- 1 oui
- 2 non

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 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 assez en bonne santé pour retourner au travail
- 5 vous avez pris une préretraite
- 6 autre, préciser : _____

Q8. Avant cet arrêt de travail, vous étiez-vous déjà absenté de votre travail pendant une période de plus de 3 semaines pour ce même type de problème de santé?

- 1 non
- 2 ✓ Combien de fois?

✓ Pour chacune de ces fois, indiquez l'année et la durée de votre absence?

	Année	Nombre de semaines
1 ^{re} fois	_____	_____
2 ^e fois	_____	_____
3 ^e fois	_____	_____
“ ”	_____	_____
“ ”	_____	_____

Q9. Actuellement, diriez-vous que votre problème de santé est résolu?

1 oui

2 non

Si oui, selon vous, qu'est-ce qui a le plus contribué à la résolution de votre problème de santé?

Si non, selon vous, qu'est-ce qui empêche la résolution de votre problème de santé?

Q10. Quel est votre sexe?

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 oui
- 2 non

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

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

ANNEXE II

LES TABLEAUX

TABLEAU 1

Répartition des participants selon les caractéristiques démographiques

Variables	Participants
	N (%)
Sexe	
Féminin	385 (66,2)
Masculin	190 (32,6)
Non-réponse	7 (1,2)
Groupe d'âge	
34 ans et -	54 (9,3)
35-44 ans	258 (44,3)
45-54 ans	189 (32,5)
55 ans et +	81 (13,9)
Conjoint	
Non	195 (33,5)
Oui	383 (65,8)
Non-réponse	4 (0,7)
Enfant(s)	
Non	282 (48,5)
Oui	297 (51,0)
Non-réponse	3 (0,15)

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

TABLEAU 2
Répartition des participants selon les caractéristiques de l'emploi

Variables	Participants
	N (%)
Statut d'emploi	
Permanent	541 (93,0)
Non permanent	37 (6,4)
Non-réponse	4 (0,7)
Nombre d'années d'expérience de travail	
4 et -	91 (15,6)
5-9	129 (22,2)
10-14	75 (12,9)
15-19	121 (20,8)
20-24	100 (17,2)
25 et +	62 (10,7)
Non-réponse	4 (0,7)
Types d'emploi	
Ouvriers	40 (6,9)
Employés de bureau	259 (44,5)
Techniciens	150 (25,8)
Professionnels	94 (16,2)
Cadres	39 (6,7)

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

TABLEAU 3
Répartition des participants selon les caractéristiques
des absences au travail

Variables	Participants
	N (%)
Épisode(s) antérieur(s)	
Non	363 (62,4)
Oui	215 (36,9)
Non-réponse	4 (0,7)
Nombre d'épisodes antérieurs	
1	117 (20,1)
2	52 (8,9)
3	21 (3,6)
4 et plus	16 (2,7)
Retour au travail	
Non	170 (29,2)
Oui	412 (70,8)
Durée de l'absence chez les personnes de retour :	
Courte (3 mois et -)	167 (28,7)
Moyenne (3-12 mois)	177 (30,4)
Longue (12 mois et +)	37 (6,4)
Non-réponse	31 (5,3)

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

TABLEAU 4
Répartition des participants selon l'état de santé perçue et la vie sociale

Variables	Participants
	N (%)
Prise de médicaments	
Non	67 (11,5)
Oui	513 (88,1)
Non-réponse	1 (0,3)
Résolution du problème de santé	
Non	304 (52,2)
Oui	256 (44,0)
Santé générale	
Excellente et très bonne	237 (40,7)
Bonne et moyenne	287 (49,3)
Mauvaise	58 (10,0)
Résolution des problèmes de santé	
Non	304 (52,2)
Oui	256 (44,0)
Entourage à qui on peut se confier	
Non	111 (19,1)
Oui	461 (79,2)
Vie sociale	
Très satisfaisante	104 (17,9)
Plutôt satisfaisante	304 (52,2)
Plutôt insatisfaisante	118 (20,3)
Très insatisfaisante	48 (8,2)
Non-réponse	8 (1,4)

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

TABLEAU 5
Répartition des participants selon la cause de l'arrêt de travail
et les facteurs liés au travail

Variables	Participants
	N (%)
Cause de l'arrêt	
Personnelle	49 (8,4)
Travail	196 (33,7)
Personnelle et travail	332 (57,0)
Non-réponse	5 (0,9)
Facteurs liés au travail	
Surcharge au travail	326 (56,0)
Non-reconnaissance des efforts au travail	280 (48,1)
Conflit avec supérieur	212 (36,4)
Évaluation négative	135 (23,2)
Conflit avec collègue	126 (21,6)
Absence d'autonomie	123 (21,1)
Inquiétude face à la perte d'emploi	100 (17,2)
Autres facteurs	236 (40,5)

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

TABLEAU 6
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon les caractéristiques démographiques⁴

Variables	Retour	Non-retour	Total	X ²	p
	au travail	au travail			
	N (%)	N (%)	N (%)		
Sexe				5,60	,018**
Féminin	284 (73,8)	101 (26,2)	385 (100)		
Masculin	122 (64,2)	68 (35,8)	190 (100)		
Groupe d'âge				60,04	,000***
34 ans et -	42 (77,8)	12 (22,2)	54 (100)		
35-44 ans	212 (82,2)	46 (17,8)	258 (100)		
45-54 ans	127 (67,2)	62 (32,8)	189 (100)		
55 ans et +	31 (38,3)	50 (61,7)	81 (100)		
Conjoint				2,01	,156
Non	131 (67,2)	64 (32,8)	195 (100)		
Oui	279 (72,8)	104 (27,2)	383 (100)		
Enfant(s)				23,00	,000***
Non	174 (61,7)	108 (38,3)	282 (100)		
Oui	237 (79,8)	60 (20,2)	297 (100)		

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

⁴ Rappelons ici que la valeur du X² est égale à zéro si aucune différence n'existe entre les fréquences observées dans un tableau et les fréquences dites théoriques (ou « attendues »). Par contre, la valeur du X² est d'autant plus élevée que ces différences sont plus grandes. La valeur p correspond au seuil de signification déterminé à partir de la table standardisée de distribution du X².

TABLEAU 7
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon les caractéristiques de l'emploi

Variables	Retour au travail	Non-retour au travail	Total N (%)	X ²	p
	N (%)	N (%)			
Statut d'emploi				14,47	,000***
Permanent	393 (72,6)	148 (27,4)	541 (100)		
Non permanent	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (100)		
Nombre d'années d'expérience de travail				20,15	,001***
4 et moins	69 (75,8)	22 (24,2)	91 (100)		
5-9	94 (72,9)	35 (27,1)	129 (100)		
10-14	52 (69,3)	23 (30,7)	75 (100)		
15-19	99 (81,8)	22 (18,2)	121 (100)		
20-24	59 (59,0)	41 (41,0)	100 (100)		
25 et plus	36 (58,1)	26 (41,9)	62 (100)		
Types d'emploi				12,71	,005**
Ouvriers	27 (67,5)	13 (32,5)	40 (100)		
Employés de bureau	191 (73,7)	68 (26,3)	159 (100)		
Techniciens	106 (70,7)	44 (29,3)	150 (100)		
Professionnels	70 (74,5)	24 (25,5)	94 (100)		
Cadres	18 (46,2)	21 (53,8)	39 (100)		

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

TABLEAU 8
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon les caractéristiques des absences au travail

Variables	Retour	Non-retour	Total	X ²	p
	au travail	au travail			
	N (%)	N (%)	N (%)		
Épisode(s) antérieur(s)				24,45	,000***
Non	283 (78,0)	80 (22,0)	363 (100)		
Oui	126 (58,6)	89 (41,4)	215 (100)		
Nombre d'épisodes antérieurs				1,22	,749
1	72 (61,5)	45 (38,5)	69 (100)		
2	30 (57,7)	22 (42,3)	27 (100)		
3	11 (52,4)	10 (47,6)	11 (100)		
4 et plus	13 (52,0)	12 (48,0)	13 (100)		

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

TABLEAU 9
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon l'état de santé perçu et la vie sociale

Variables	Retour au travail	Non-retour au travail	Total N (%)	X ²	p
	N (%)	N (%)			
Résolution du problème				41,54	,000***
Non	181 (59,5)	123 (40,5)	304 (100)		
Oui	216 (84,4)	40 (15,6)	256 (100)		
Santé générale				41,10	,000***
Excellente et très bonne	187 (78,9)	50 (21,1)	237 (100)		
Bonne et moyenne	204 (71,1)	83 (28,9)	287 (100)		
Mauvaise	21 (36,2)	37 (63,8)	58 (100)		
Entourage à qui on peut se confier				1,24	,265
Non	74 (66,7)	37 (33,3)	111 (100)		
Oui	332 (72,0)	129 (28,0)	461 (100)		
Vie sociale				29,50	,000***
Très satisfaisante	81 (77,9)	23 (22,1)	104 (100)		
Plutôt satisfaisante	233 (76,6)	71 (23,4)	304 (100)		
Plutôt insatisfaisante	70 (59,3)	48 (40,7)	118 (100)		
Très insatisfaisante	22 (45,8)	26 (54,2)	48 (100)		

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

TABEAU 10
Issue du processus de réinsertion professionnelle
selon la cause de l'arrêt et les facteurs reliés au travail

Variables	Retour au travail	Non-retour au travail	Total N (%)	X ²	p
	N (%)	N (%)			
Cause de l'arrêt				4,91	,086
Personnelle	40 (9,8)	9 (5,4)	49 (8,5)		
Travail	130 (31,8)	66 (39,3)	196 (33,9)		
Personnelle et travail	239 (58,4)	93 (55,4)	332 (57,5)		
Total :	409 (100)	168 (100)	577 (100)		
Facteurs reliés au travail					
Surcharge au travail	226 (69,3)	100 (30,7)	326 (100)	,77	,380
Inquiétude face à la perte d'emploi	61 (61,0)	39 (39,0)	100 (100)	5,60	,018**
Absence d'autonomie	80 (65,0)	43 (35,0)	123 (100)	2,49	,114
Non-reconnaissance des efforts au travail	184 (65,7)	96 (34,3)	280 (100)	6,72	,010**
Conflit avec supérieur	134 (63,2)	78 (36,8)	212 (100)	9,27	,002**
Conflit avec collègue	89 (70,6)	37 (29,4)	126 (100)	,00	,965
Évaluation négative	79 (58,5)	56 (41,5)	135 (100)	12,80	,000***
Autres facteurs	150 (63,6)	86 (36,4)	236 (100)	10,04	,002**

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

TABLEAU 11
**Résolution ou non du problème de santé mentale
selon les caractéristiques des absences au travail**

Variables	Retour au travail	Non-retour au travail	Total N (%)	X ²	p
	N (%)	N (%)			
Épisode(s) antérieur(s)				12,85	,000***
Non	166 (60,4)	109 (39,6)	275 (100)		
Oui	49 (40,8)	71 (59,2)	120 (100)		
Nombre d'épisodes antérieurs				16,41	,001***
1	38 (55,1)	31 (44,9)	69 (100)		
2	7 (25,9)	20 (74,1)	27 (100)		
3	0 (0,0)	11 (100)	11 (100)		
4 et plus	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (100)		
Durée de l'absence chez les personnes de retour :				1,59	,452
Courte (3 mois et -)	86 (53,4)	75 (46,6)	161 (100)		
Moyenne (3-12 mois)	98 (57,0)	74 (43,0)	172 (100)		
Longue (12 mois et +)	16 (45,7)	19 (54,3)	35 (100)		

Note: le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

TABLEAU 12
Résolution ou non des problèmes de santé
selon l'état de santé perçu et la vie sociale

Variables	Retour au travail	Non-retour au travail	Total N (%)	X ²	p
	N (%)	N (%)			
Prise de médicaments				2,27	,132
Non	31 (64,6)	17 (35,4)	48 (100)		
Oui	184 (53,0)	163 (47,0)	347 (100)		
Santé générale				62,83	,000***
Excellente et très bonne	132 (74,6)	45 (25,4)	177 (100)		
Bonne et moyenne	83 (41,7)	116 (58,3)	199 (100)		
Mauvaise	1 (4,8)	20 (95,2)	21 (100)		
Entourage à qui on peut se confier				7,57	,006**
Non	29 (39,7)	44 (60,3)	73 (100)		
Oui	184 (57,5)	136 (42,5)	461 (100)		
Vie sociale				67,30	,000***
Très satisfaisante	58 (78,4)	16 (21,6)	74 (100)		
Plutôt satisfaisante	138 (60,5)	90 (39,5)	228 (100)		
Plutôt insatisfaisante	17 (24,6)	52 (75,4)	69 (100)		
Très insatisfaisante	1 (4,5)	21 (95,5)	22 (100)		

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

TABLEAU 13
Résolution ou non des problèmes de santé
selon la cause de l'arrêt de travail et les facteurs liés au travail

Variables	Retour au travail	Non-retour au travail	Total N (%)	X ²	p
	N (%)	N (%)			
Cause de l'arrêt				5,14	,077
Personnelle	27 (12,6)	11 (6,1)	38 (9,6)		
Travail	69 (32,2)	57 (31,7)	126 (31,9)		
Personnelle et travail	118 (55,1)	112 (62,2)	230 (58,3)		
Total :	214 (100)	180 (100)	394 (100)		
Facteurs liés au travail					
Surcharge au travail	102 (47,7)	112 (52,3)	214 (100)	8,51	,004**
Inquiétude face à la perte d'emploi	28 (45,9)	33 (54,1)	61 (100)	2,10	,147
Absence d'autonomie	42 (54,5)	35 (45,5)	77 (100)	,98	,001***
Non-reconnaissance des efforts au travail	86 (48,9)	90 (51,1)	176 (100)	3,92	,048*
Conflit avec supérieur	65 (50,4)	64 (49,6)	129 (100)	1,25	,264
Conflit avec collègue	37 (42,0)	51 (58,0)	88 (100)	6,97	,008**
Évaluation négative	42 (54,5)	35 (45,5)	77 (100)	,001	,98
Autres facteurs	71 (49,3)	73 (50,7)	144 (100)	2,37	,124

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes.

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

TABLEAU 14
Résolution ou non du problème de santé mentale
selon les conditions de la réinsertion professionnelle

Variables	Retour au travail	Non-retour au travail	Total N (%)	X ²	p
	N (%)	N (%)			
Retour progressif				1,19	2,76
Non	85 (50,9)	82 (49,1)	167 (100)		
Oui	127 (56,4)	98 (43,6)	225 (100)		
Changements apportés au travail				11,17	,001***
Non	81 (45,3)	98 (54,7)	179 (100)		
Oui	130 (62,2)	79 (37,8)	209 (100)		

Note : le N total peut varier en raison de données manquantes

* p ≤ .05, ** p ≤ .01, *** p ≤ .001

ANNEXE III

LE RECRUTEMENT

SUIS-JE LA PERSONNE RECHERCHÉE?

Nous recherchons des personnes ayant les caractéristiques suivantes :

- Vous êtes un employé ou une employée de la fonction publique du Québec;
- Vous êtes présentement absent ou absente du travail en raison d'un problème de santé tel que surmenage, anxiété, dépression, « burnout » ou tout autre problème de stress ou de tension psychologique;
- Vous avez consulté un médecin à ce sujet;
- Vous seriez disponible pour une entrevue individuelle entièrement anonyme et confidentielle.

Équipe de recherche :

LOUISE SAINT-ARNAUD, chercheure à l'équipe RIPOST, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières et équipe de santé au travail, Direction de la santé publique de Québec.

MICHELINE SAINT-JEAN, professeure agrégée à l'école de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

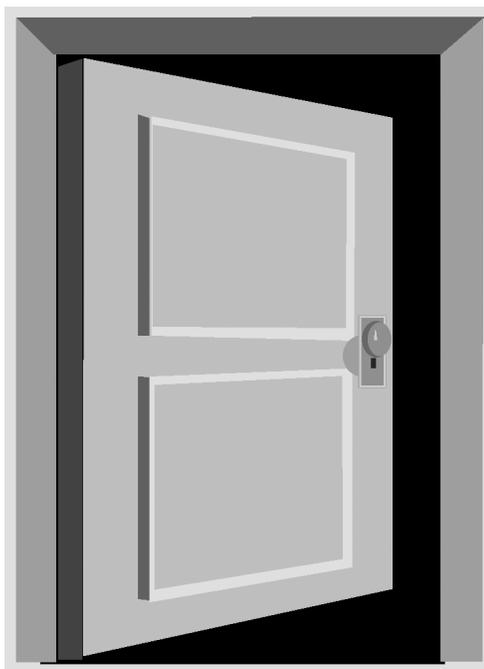
JEAN DARSIGNY, professionnel de recherche à l'équipe RIPOST, CLSC Haute-Ville-Des-Rivières.

Si vous avez des questions concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez joindre Jean Darsigny au CLSC Haute-Ville-Des-Rivières :

Téléphone : (418) 641-2572 poste 249

Courriel : jean.darsigny@ssss.gouv.qc.ca

ON RECHERCHE



ABSENT ou ABSENTE DU TRAVAIL POUR RAISON DE SANTÉ...

NON :

OUI :

LISEZ CE QUI SUIT

QUI SOMMES-NOUS?

Le CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières intègre à sa mission de soins et de services, sa mission universitaire avec le développement d'un Partenariat pour la Recherche sur l'Intégration Sociale et la Marginalisation (PRISM). Dans le cadre de sa programmation, l'équipe de Recherche sur les Impacts Psychologiques Organisationnels et Sociaux du Travail (RIPOST) mène depuis plusieurs années des recherches en collaboration avec différents milieux de travail concernés par cette problématique.

Au cours des dernières décennies, la société, et plus particulièrement, les milieux de travail, ont connu de profondes transformations qui ne sont pas sans laisser de traces sur les hommes, les femmes et les familles. La recherche peut permettre de mieux comprendre l'impact de ces changements sur les personnes et leur environnement pour ainsi améliorer la façon d'intervenir, comprendre les processus de changement et aussi donner une voix aux acteurs concernés.

Site Web de l'équipe de recherche RIPOST: www.ccbvdr.qc.ca

QUELLE EST NOTRE RECHERCHE?

Dans le cadre de nos activités de recherche, nous menons actuellement une étude sur le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelles à la suite d'un problème de santé. Le but de cette étude est de mieux comprendre l'expérience des personnes qui ont dû, à un moment ou à un autre de leur vie, se retirer de leur activité professionnelle en raison d'un problème de santé. Dans la poursuite de nos travaux, nous sommes à la recherche d'employés de la fonction publique québécoise qui sont présentement absents du travail en raison d'un problème de santé tel que surmenage, anxiété, dépression, burnout ou tout autre problème de stress ou de tension psychologique et qui accepteraient de partager avec nous leur expérience au cours d'une entrevue individuelle.

Nous sollicitons votre participation pour une entrevue individuelle d'une durée d'environ une heure. Nous vous assurons que cette rencontre ainsi que vos commentaires resteront confidentiels. En aucun moment, votre nom ou celui de votre milieu de travail ne sera divulgué. L'entrevue peut être réalisée au CLSC ou encore à votre domicile, selon votre choix.