

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES OBSTACLES ET FACILITATEURS DU RETOUR AU TRAVAIL SELON LA
PERSPECTIVE DES EMPLOYÉS EN ABSENCE MALADIE POUR TROUBLES
MENTAUX COURANTS**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
LISA TAYLOR**

JANVIER 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Charles Viau-Quesnel

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Charles Viau-Quesnel

Prénom et nom

Directeur de recherche

Julie Carpentier

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Le phénomène de l'absence maladie pour troubles mentaux courants est grandissant dans les pays industrialisés (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2024; Pinheiro *et al.*, 2017; Vézina et Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2008; Wang et Emploi et développement social Canada [EDSC], 2016). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2024), cette réalité compte pour 15% de la population active au travail en 2019. Plus près de nous, au Canada et aux États-Unis, ces absences génèrent des coûts financiers importants en perte de salaire et de productivité (Pinheiro *et al.*, 2017; OMS, 2024; Wang et EDSC, 2016). Cet essai vise à explorer de plus près ce phénomène longtemps examiné par les chercheurs sous l'angle des coûts financiers, de la gestion et des interventions favorisant le retour au travail (Anger *et al.*, 2024; Bellemarre *et al.*, 2012; Pinheiro *et al.*, 2017). Dans ce présent ouvrage, notre intérêt se tourne vers le point de vue des employés en arrêt maladie pour troubles mentaux courants afin de relever les facilitateurs et les obstacles de leur retour au travail.

Cette recension des écrits parcourt les résultats de quatorze études qualitatives sondant les employés en retour au travail. Les obstacles et facilitateurs recueillis sont rassemblés en cinq thèmes principaux mettant en lumière la contribution éventuelle de la pratique psychoéducative dans ce domaine. Les thèmes retenus rassemblent les préoccupations des employés en matière de collaboration avec l'employeur, le système de santé, les pairs et leur famille. De plus, ils révèlent l'importance des saines relations où chaque partie occupe une place dans le processus décisionnel face au retour au travail. Finalement, ils expliquent l'expérience des employés face à la stigmatisation et l'impact de celle-ci, sur leur rétablissement et leur motivation pour un retour au travail.

Puisque l'adaptation humaine est l'un des processus centraux concernant l'employé en retour au travail ainsi que les organisations confrontées à cette réalité, les informations recueillies dans cette recension se veulent, être le catalyseur d'une réflexion plus approfondie sur le rôle des psychoéducateurs dans ce contexte d'intervention. Elle vise également à mettre de l'avant ce

phénomène afin de permettre aux psychoéducateurs d'innover et diversifier leur pratique au-delà des milieux traditionnels d'intervention (Daigle *et al.*, 2021).

Liste des acronymes

AM	Absence maladie
CISSS	Centre intégré en santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux
CM	Care manager
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail
CR	Coordonnateur en réadaptation
DEI	Diversité, équité et inclusion
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e édition)
EDSC	Emploi et Développement social Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NAV	Norwegian Labor and Welfare Administration
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
PAD	Potentiel adaptatif
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PEX	Potentiel expérientiel
PSI-WPI	Problem solving intervention with Work place involvement
RC	Rehabilitation coordinator
RAT	Retour au travail
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi intensif variable
SMA	Santé mentale adulte
TMC	Troubles mentaux courants
TMS	Troubles musculosquelettiques

Table des matières

Résumé	iii
Liste des acronymes	v
Table des matières	vi
Listes des tableaux et des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Cadre conceptuel	2
Les troubles mentaux courants.....	2
Définition	2
Portrait statistique des troubles mentaux courants.....	3
Phénomène de l'absence au travail pour troubles mentaux courants.....	4
Description du phénomène	4
L'absentéisme	5
Le présentéisme	6
Les facteurs de risque	6
Retour au travail.....	7
Conceptions et processus	7
Les phases de RAT	8
Méthode.....	10
Recherche documentaire	10
L'accès aux services en santé mentale	14
L'accès aux services de soins de premières lignes en santé mentale.....	14
L'utilisation des technologies pour élargir l'accès aux services en santé mentale	16
Les alliés et collaborateurs.....	17
L'impact de l'environnement personnel et de travail dans le RAT	17
L'impact de la reconnaissance dans le RAT.....	18
Les interventions spécifiques	19
L'entrevue motivationnelle.....	19

La résolution de problème	21
L'approche dialogique	22
L'influence du genre et la conciliation travail-famille.....	24
Les croyances face au RAT selon les femmes.....	24
L'influence des conditions de travail sur le RAT chez les femmes	25
L'influence des exigences travail-famille selon le genre.....	26
L'influence des activités visant le RAT selon le genre	28
L'influence des exigences de la conciliation travail-famille lors du RAT	28
Les obstacles et facilitateurs	29
Discussion	31
Principaux constats	31
Être considéré, respecté et soutenu.....	32
Offrir un espace de discussion.....	33
Renforcer le pouvoir d'agir	33
Impliquer le milieu de travail et les équipes	35
Implications pour la pratique psychoéducative.....	36
La contribution des psychoéducateurs en intervention : améliorer l'accès aux services en santé mentale	36
La contribution des psychoéducateurs en prévention : Influencer le potentiel expérientiel..	38
La contribution des psychoéducateurs en rôle-conseil : cultiver les alliances et la collaboration	40
Limites et forces des études retenues.....	41
Conclusion.....	44
Références	46
Appendice A.....	52
Tableau 1	52
<i>Synthèse des études retenues</i>	52

Listes des tableaux et des figures

Figure 1 Diagramme de flux de la recherche documentaire

Tableau 1 Tableau synthèse des articles retenus

Remerciements

Cet essai vient clore ma démarche universitaire au cœur de mon projet de retraite. J'ai tellement apprécié de côtoyer mes collègues au cours de ces quatre dernières années, cette belle jeunesse allumée a été une véritable inspiration. Merci à vous de m'avoir incluse, conseillée et fait rire !

Il y a des moments marquants dans le parcours de maîtrise en psychoéducation et le stage en est certainement un. C'est pour cette raison que je souhaite d'abord remercier Audrey Lemaire, ma superviseure de stage pour son approche humaine et sensible. Tu as su Audrey, faire ressortir le meilleur en nous et créer le climat nécessaire pour nous faire avancer, réfléchir et surtout créer des liens. Merci à Julie Carpentier qui sans le savoir, a exercé une grande influence sur la façon dont je comprends, structure et organise mes apprentissages. La grande rigueur exigée lors du séminaire de stage est le legs que tu m'as offert. Je souhaite aussi remercier Martin Caouette qui a redonné un sens à mon rôle de gestionnaire durant le dernier droit de ma carrière en protection de la jeunesse. À mon avis, ton cours de supervision professionnelle devrait faire partie du cursus obligatoire considérant l'omniprésence du rôle-conseil chez les psychoéducateurs dans nos établissements. Merci à Robert, mon conjoint pour son soutien et sa patience malgré les obligations universitaires, les dimanches remplis de travaux et lectures. Il est mon « fan » le plus discret mais le plus important.

Et enfin, un énorme merci à Charles Viau-Quesnel, directeur de cet essai. Merci de m'avoir suivi dans un changement de sujet, un peu original et du côté des pratiques novatrices. Merci encore pour tes conseils bienveillants et surtout, pratico-pratiques. Je n'aurais pu avancer à cette vitesse sans ta guidance et des rappels fréquents concernant la qualité d'un essai : « un bon essai est un essai qui est fait ! ». Tu as su me ramener les pieds sur terre afin de demeurer efficace et productive.

En conclusion, sachez que plusieurs de mes pairs ne comprennent pas trop pourquoi j'ai entamé des études supérieures à l'aube de la retraite. Je leur réponds maintenant qu'au-delà des projets personnels, ce parcours me rappelle qu'apprendre est l'affaire d'une vie et nous garde vivants à travers à découverte de soi et de l'autre. Ainsi, je le recommande à quiconque ayant le courage de s'y investir et qui souhaite rester « vivant » dans tous les sens du mot.

Introduction

Au Canada en 2022, les troubles mentaux courants (TMC) affectent environ une personne de 15 ans et plus sur cinq (Stephenson, 2023). Une portion de cette population en âge de travailler fait également partie des individus qui œuvrent dans différents milieux de travail. L'évolution du marché du travail, l'introduction de technologies et tout récemment la pandémie de la COVID-19 ont introduit de multiples changements rapides, sollicitant les capacités adaptatives de ces mêmes employés (Vézina et ISQ, 2008). Malheureusement, certains de ces employés atteints d'un TMC ne sont plus en mesure de fonctionner et doivent s'absenter de leur travail (Pinheiro *et al.*, 2017). Parallèlement, au Québec, les employeurs aux prises avec les employés qui s'absentent pour TMC doivent s'ajuster à leurs nouvelles responsabilités en matière de santé et sécurité au travail et soutenir le retour au travail (RAT) (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail [CNESST], 2024). À la lumière de ces faits, cet essai a pour objectif d'explorer le point de vue des employés en absence maladie (AM) pour TMC en RAT afin de relever les obstacles et facilitateurs du RAT.

Afin de circonscrire les fondements de cet essai, le cadre conceptuel aborde la définition des TMC et son portrait statistique canadien, le phénomène de l'AM et les concepts du RAT. La section résultats résume un corpus de 14 articles, divisé en 5 grands thèmes explorant les facteurs qui soutiennent ou nuisent au RAT, tels que rapportés par les employés en AM pour TMC. Enfin, la conclusion vise à mettre en exergue les facilitateurs et obstacles du RAT des employés en AM pour TMC vu sous l'angle de la pratique psychoéducative et comment celle-ci peut contribuer à soutenir les milieux de travail autant que les employés concernés.

Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel qui suit servira à établir les concepts fondamentaux du présent essai, c'est-à-dire les troubles mentaux courants et leur définition; le phénomène de l'absence au travail et ses impacts et le concept du retour au travail.

Les troubles mentaux courants

Définition

Les professionnels de la psychoéducation sont régulièrement appelés à intervenir auprès de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble en santé mentale (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec [OPPQ], 2017). Dans ces cas particuliers, le psychoéducateur accompagne l'individu dans sa recherche de solutions vers un meilleur équilibre et une santé mentale positive, c'est-à-dire de vivre une plus grande stabilité émotionnelle ainsi qu'une meilleure satisfaction face à leur vie (Julien *et al.*, 2021). Pour intervenir efficacement sans causer de préjudices au client, cette expertise requiert donc une bonne connaissance de ce que sont les troubles mentaux (OPPQ, 2017). La santé publique du gouvernement du Canada décrit la maladie mentale en termes de :

« Capacité réduite d'une personne de fonctionner efficacement pendant une longue période de temps en raison : de niveaux de détresse considérables, de perturbations de la façon de penser, de l'humeur ou du comportement, d'un sentiment d'isolement, de solitude et de tristesse, du sentiment d'être déconnecté des gens et des activités ».

(Gouvernement du Canada, 2017)

Dans le cadre cet essai, seuls les TMC seront abordés. Tel qu'énuméré par Axén *et al.* (2020) les TMC incluent la dépression, l'anxiété, les troubles de l'adaptation et les maladies causées par le stress tel que l'épuisement professionnel. En 2012 au Québec, les TMC comptent pour environ 65% des diagnostics en santé mentale (Bellemare *et al.*, 2017; Lebrun-Paré *et al.*, 2023; Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2021). Ces troubles constituent une

des causes les plus importantes d'absence au travail, de capacité réduite au travail ainsi que de mort prématurée (Axén *et al.*, 2020). Ils sont caractérisés par des symptômes limitant l'individu dans son fonctionnement quotidien dans les sphères de vie professionnelle (ou scolaire), familiale et sociale (Rugulies *et al.*, 2020). Une personne atteinte peut ressentir une grande fatigue physique et psychologique, des difficultés de concentrations et de la labilité émotionnelle. Les capacités de coping sont également réduites et le sommeil est perturbé (Alsén *et al.*, 2022). De plus, cet état diminue la disponibilité et la capacité d'un individu à accomplir les tâches quotidiennes au travail. Il en est d'autant plus vrai lorsqu'on comprend que l'évolution des milieux de travail amène un fardeau psychologique accru aux travailleurs. En effet, avec l'industrialisation et la montée des technologies, les emplois où la force physique était requise jadis, se sont automatisées pour devenir plus exigeantes psychologiquement (Vézina et ISQ, 2008).

Bien que les troubles mentaux aient des effets transitoires, certains troubles mentaux sévères tels que la schizophrénie et les troubles bipolaires sont généralement exclus des TMC considérant l'intensité des symptômes résiduels après le traitement, la chronicité des symptômes et les atteintes fonctionnelles durables qu'ils ont chez l'individu (Hedlund *et al.*, 2021, Holmlund *et al.*, 2024). À titre d'exemple, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.; [DSM-5]; American Psychiatric Association, 2015) décrit entre autres la présence et la persistance des symptômes désorganisant de la pensée et d'apathie générale manifestée par diminution de l'expression émotionnelle dans les troubles psychotiques. En regard des troubles bipolaires, la chronicité d'épisodes dépressifs et maniaques au cours de la vie amène une instabilité de l'humeur affectant le fonctionnement social et professionnel (American Psychiatric Association, 2015).

Portrait statistique des troubles mentaux courants

Comme décrit par Stephenson (2023) dans son rapport intitulé *Troubles mentaux et l'accès aux soins de santé mentale*, les personnes atteignant les critères d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété ont augmenté de façon significative au Canada depuis 2012. En effet, les diagnostics

de dépression majeure passent de 4,7% en 2012 à 7,6% en 2022 et les diagnostics de trouble de l'anxiété suivent cette même tendance, en passant du simple au double avec des pourcentages de 2,6% en 2012 à 5,2% en 2022 (Stephenson, 2023). Il n'est donc pas surprenant que cette augmentation significative des TMC génère une préoccupation chez nos gouvernements fédéraux et provinciaux en matière de santé publique (Lebrun-Paré *et al.*, 2023; Stephenson, 2023).

En 2022, 18,3% de la population canadienne répondait aux critères diagnostics d'un trouble mental courant. De ce pourcentage, seulement 48,8% des personnes avaient parlé à un professionnel de la santé c'est-à-dire à un médecin de famille (32,4%); un psychiatre (12,7%); un psychologue (11,7%); un psychothérapeute, conseiller ou travailleur social (21%); une infirmière (5,2%) (Stephenson, 2023). Des 48,8% qui ont parlé de leurs difficultés, 30,5% expriment être partiellement ou entièrement insatisfaits des services reçus en matière de médicament, d'information et de counseling. L'accès à la médication semble être le besoin le plus satisfait avec un faible taux d'insatisfaction partielle ou complète de 7%. À l'inverse le taux combiné de gens partiellement ou entièrement insatisfaits des services de counseling se chiffre à 30,5% (Stephenson, 2023). On peut donc penser que le taux faible d'insatisfaction face à l'accès à la médication est associé au régime d'assurance maladie universelle en vigueur au Canada permettant aux gens d'avoir accès un médecin de famille ou en urgence (Lapalme *et al.*, 2018). La réalité de ces statistiques démontre également qu'un peu plus de 50% des personnes répondant aux critères diagnostics des TMC n'ont pas parlé à un professionnel. Sans traitement ces individus risquent d'aggraver, de chroniciser leur trouble mental et ainsi potentiellement créer d'autres troubles mentaux concomitants ou une symptomatologie physique (Bellemare *et al.*, 2017).

Phénomène de l'absence au travail pour troubles mentaux courants

Description du phénomène

Le phénomène d'absence au travail dû aux TMC est une préoccupation majeure dans la plupart des pays industrialisés. L'OMS (2024) estime qu'en 2019, 15% des adultes dans le

monde ayant un emploi souffraient d'un trouble mental. De plus, à eux seuls, la dépression et l'anxiété amputent aux employeurs l'équivalent de 12 milliards de jours de travail (OMS, 2024). Aux États-Unis, on rapporte que 60% des coûts associés à l'absence au travail sont attribuables à un diagnostic de dépression et que ce trouble amène les travailleurs à s'absenter en moyenne plus de jours que les absences causées par les maladies cardiaques, le diabète, l'hypertension et les maux de dos (Pinheiro *et al.*, 2017). Au Canada, on estime à 500 000 le nombre de travailleurs absents hebdomadairement à la suite de diagnostics de troubles mentaux (Wang et EDSC, 2016). Cet état de fait implique des coûts d'environ 51 milliards à l'économie canadienne, dont 20 milliards directement reliés à l'absence au travail (Wang et EDSC, 2016). Plus près de nous au Québec, la CNESST rapporte que le nombre de lésions professionnelles pour motifs psychologiques est multiplié par dix depuis 1990. Notamment, le nombre de réclamations acceptées par cet organisme paragouvernemental est passé de 1,5 million en 1990 à 12 millions en 2005. De leur côté, les compagnies d'assurances privées indemnisent un pourcentage élevé d'employés pour les TMC. Elles estiment que le pourcentage d'absence maladie attribuable aux TMC est passé de 18% en 1990 à un taux variant de 30% à 50% en 2000 (Vézina et ISQ, 2008).

L'absentéisme

Les impacts d'une santé mentale fragilisée au travail sont nombreux et génèrent des coûts directs chiffrables en fonction des jours d'absences et des coûts de remplacement (Pinheiro *et al.*, 2017). Généralement les employeurs définissent l'absentéisme comme étant l'habitude de s'absenter du travail sans motif valable (Dobson *et al.*, 2020). Les risques psychosociaux au travail augmentent la probabilité de l'absentéisme, plus encore lorsque les conditions de travail sont pauvres c'est-à-dire dans les emplois peu rémunérés, précaires et ayant peu ou pas d'avantages sociaux (Dobson *et al.*, 2020). D'ailleurs Joosen *et al.* (2022) font écho aux auteurs précédents dans leur étude visant à recueillir le point de vue des employés sur les causes de leur AM. Ils rapportent entre autres que les conditions de travail défavorables sont associées à une durée d'absence au long terme c'est-à-dire de plus de six mois (Joosen *et al.*, 2022).

Le présentéisme

Le présentéisme se caractérise par la présence au travail d'un employé malgré qu'il soit malade physiquement ou psychologiquement (Dobson *et al.*, 2020). Contrairement à l'absentéisme, les coûts associés au présentéisme sont plus difficilement estimables (Pinheiro *et al.*, 2017). Concrètement, le présentéisme peut provoquer chez l'employé une baisse de performance se manifestant par une détérioration de la capacité décisionnelle et de planification des tâches, par l'augmentation des délais de production et du nombre d'accidents de travail (Pinheiro *et al.*, 2017). La labilité émotionnelle caractéristique des diagnostics de TMC affecte aussi les relations interpersonnelles sous la forme de conflits plus nombreux avec les collègues, de détérioration des relations avec la clientèle et d'augmentation de mesures disciplinaires auprès du travailleur (Pinheiro *et al.*, 2017).

Les facteurs de risque

La littérature scientifique révèle que l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale sont liés à divers facteurs de risque (Vézina et ISQ, 2008). Dans leur étude de 1998, Theorell et Karasek découvrent qu'une forte demande psychologique associée une faible autonomie décisionnelle sont corrélés aux diagnostics de dépression, d'épuisement professionnel et à l'augmentation de la consommation de substances psychoactives sous forme de médicaments (Theorell et Karasek, 1998). L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes identifie comme autre facteur de risque le faible soutien social dans le milieu de travail (Johnson, 1989; Johnson *et al.*, 1989, cités dans Vézina et ISQ, 2008). Ce soutien social prend essentiellement deux formes soient : le soutien émotionnel et instrumental. Le soutien émotionnel se définit en termes de comportements bienveillants et compréhensifs de la part du supérieur immédiat ou des collègues tandis que le soutien instrumental concerne l'aide apportée ou les conditions facilitant l'accomplissement des tâches (Vézina et ISQ, 2008).

Wang *et al.*, (2016) énumèrent dans leur guide sur la *Santé psychologique en milieu de travail*, d'autres éléments pouvant nuire à la santé psychologique des employés notamment une charge de travail excessive, un travail peu satisfaisant et peu ou pas de possibilités de

développement professionnel. D'autres facteurs affectent la dimension humaine et relationnelle au travail tels que devoir fournir beaucoup d'efforts pour peu de récompense ou de reconnaissance, évoluer dans un milieu peu mobilisant et être traité injustement par son employeur (Rugulies *et al.*, 2020; Wang et EDSC, 2016). De plus, tout ce qui est de l'ordre des situations menaçant l'intégrité physique, d'abus, de discrimination et de harcèlement dans le milieu de travail aura un impact sur la santé psychologique de l'employé (Wang et EDSC, 2016).

Retour au travail

Conceptions et processus

La plupart des recherches autour du concept du RAT sont principalement axées sur les motifs et caractéristiques de l'arrêt de travail (Young *et al.*, 2005). Pour qualifier les activités de retour au travail ainsi que leur efficacité, les chercheurs utilisent des indicateurs mesurables concernant le statut du travailleur par exemple, sa présence ou absence au travail, le nombre d'heures travaillé, la durée de l'arrêt de travail jusqu'au retour à temps complet selon le contrat de travail (Hees *et al.*, 2012). Une première conceptualisation de type médical du RAT s'appuie sur le portrait clinique des individus et est guidée par l'évolution du rétablissement de ces derniers. Cette approche plutôt linéaire encadre le RAT en fonction de la présence ou l'absence de symptômes, soit un début et une fin du trouble mental. La réalité du processus du RAT s'avère être plus complexe, ne dépendant pas seulement de la vitesse du rétablissement du travailleur et ne pouvant être définie que par des indicateurs de durée (Young *et al.*, 2005).

En effet, les études révèlent que certains facteurs externes à l'employé en AM ont aussi un impact sur le RAT. Conséquemment, on ne peut considérer qu'une seule définition du RAT englobe toutes ses composantes (Hees *et al.*, 2012). L'environnement de travail tout comme le réseau de soutien social et familial de l'employé influencent le RAT (Holmlund *et al.* 2024; Joosen *et al.*, 2022; Young *et al.*, 2005). C'est pour cette raison que Young *et al.* (2005), soumettent un modèle conceptuel du RAT en termes de processus, en adoptant une approche développementale c'est-à-dire en proposant différentes phases de RAT. Cette conceptualisation

permet entre autres d'identifier les étapes qui sont associées au moment de transition inclus dans le RAT. De plus, leur modèle ne distingue pas si le motif d'absence est relié à une maladie physique ou psychologique donc s'applique à une multitude de situations. Tout d'abord, ils décrivent le RAT comme étant un processus dynamique impliquant une variété d'actions de la part de diverses parties prenantes ayant un intérêt concernant l'issue du RAT, notamment l'employeur, les professionnels de la réadaptation et l'employé lui-même (Young *et al.*, 2005). Les phases proposées dans leur modèle s'appuient sur la théorie des compétences et du développement de carrière. Cela suggère que les employés en AM passeraient par des phases semblables aux individus évoluant dans leur développement professionnel. Ces quatre phases sont : l'établissement d'une carrière, son maintien, son avancement et son arrêt soit la retraite (Young *et al.*, 2005). De plus, ils introduisent l'importance d'avoir des objectifs réalisables de RAT et qu'ils soient convenus par toutes les parties.

Les phases de RAT

La première phase décrite par Young *et al.* (2005) correspond à l'absence au travail (Off work). Durant cette phase l'employé est totalement absent du travail et pourrait être rétabli de façon partielle ou totale. Dans cette conception, le RAT est non seulement tributaire de l'état de l'employé, mais aussi du milieu de travail et des possibilités qui s'offrent à lui en termes d'opportunités d'adaptation du milieu ou de poste compatible aux capacités de ce dernier (Young *et al.*, 2005). Les principaux enjeux associés à cette phase sont le niveau d'incapacité fonctionnelle de l'employé, les comportements de recherche d'emploi alternatif et la motivation de l'employé à retourner au travail (Young *et al.*, 2005).

La seconde phase est l'entrée au travail (Re-Entry) comportant un RAT dans le milieu d'origine ou temporaire. C'est le moment où les parties déterminent « si » et « comment » les tâches d'origine peuvent être accomplies de façon satisfaisante pour tous. C'est à cette étape que les objectifs de RAT sont formulés et suivis de près (Young *et al.*, 2005). Les objectifs du RAT sont négociés et renégociés au besoin. Cette phase de réintégration au travail met en lumière si les activités professionnelles exacerbent ou non les symptômes de l'employé, si l'employeur est en

mesure d'adapter les tâches et comment le RAT de l'employé affecte le climat (Young *et al.*, 2005).

La troisième phase correspond au maintien à l'emploi (Maintenance). Ici, l'employé est en mouvement vers l'atteinte des objectifs de RAT et peut manifester son désir d'avancement ou d'augmenter la cadence (Young *et al.*, 2005). Au-delà de l'atteinte des objectifs, il est question ici d'un retour durable dans lequel l'employé performe dans ses tâches, interagit positivement avec l'environnement et s'intègre à nouveau à la culture organisationnelle. Pour l'employeur, cet enjeu est crucial pour la rétention et la fidélisation de l'employé (Young *et al.*, 2005).

Et finalement, la quatrième phase est celle de l'avancement professionnel (Advancement). L'employé a atteint ses objectifs de RAT et peut chercher à obtenir des promotions ou plus de responsabilités à même son service d'origine. Cependant, il peut également être à la recherche d'opportunités externes afin d'améliorer ses conditions de travail ou même « régresser » à la première phase d'absence au travail pour faire un retour aux études ou changer de cap professionnellement (Young *et al.*, 2005). Dans cette phase, l'employé met de l'avant son potentiel de développement professionnel. À cet égard, la recherche identifie cinq comportements clés qui caractérisent les employés qui souhaitent aller de l'avant soient : se mettre à jour face aux nouvelles technologies, méthodes ou changements; clarifier ses objectifs professionnels et le planifier conséquemment; faire des efforts pour maintenir leur position actuelle; prévoir et maintenir une formation continue et enfin, se concentrer sur l'innovation dans son domaine et la prise éventuelle de responsabilités supplémentaires, qu'elles soient administratives ou managériales (Young *et al.*, 2005).

Ce modèle développemental du RAT n'est pas exclusif aux TMC, cependant il tient compte des multiples facteurs influençant le RAT. À titre de référence, nous retenons la revue de littérature de Kristman *et al.* (2020) qui dénombre plusieurs études de ces facteurs influençant le RAT. Ces derniers auteurs résument pour chacun des modèles les facteurs qui influencent le RAT en fonction des caractéristiques de l'employé, du milieu et des systèmes impliqués dans le RAT,

ainsi que les actions à poser pour effectuer un RAT durable (Kristman *et al.*, 2020). D'ailleurs, le sens du modèle globalisant et holistique de Young *et al.* (2020) est reflété dans plusieurs études mentionnées par Kristman *et al.* (2020). Ces modèles de meilleures pratiques prônent entre autres, de tenir compte des facteurs biologiques et psychologiques, sociaux et environnementaux (Faucett, 2005; Loiselle *et al.*, 2001; Waddell, 1997; OMS, 2001; Waddell, 1997, cités dans Kristman *et al.* 2020).

Ces bases conceptuelles concernant les TMC et leur impact tant sur la présence au travail que sur le processus de RAT des employés affectés, servent d'appui à l'analyse des articles choisis. Ils permettent également de circonscrire l'apport éventuel de la pratique psychoéducative dans ce contexte. Dans le but d'apporter rigueur et crédibilité à cette démarche, la section suivante détaille la méthode utilisée pour extraire les articles obtenus concernant les obstacles et facilitateurs du RAT selon la perspective des employés en AM pour TMC.

Méthode

Recherche documentaire

Le sujet traité dans cette recension des écrits concerne généralement le domaine de la psychologie organisationnelle, des ressources humaines et de la gestion. Les recherches proviennent donc principalement de cette communauté de chercheurs. Les programmes d'intervention et les coûts associés aux absences du personnel pour des motifs de TMC sont les principaux thèmes retrouvés. Cependant, considérant les coûts humains associés à ce phénomène, des chercheurs commencent à orienter leurs travaux vers la perspective des employés en matière de soutien de retour au travail.

Afin de recueillir les articles pertinents concernant les obstacles et facilitateurs du RAT selon la perspective des employés en AM pour TMC, les bases de données ABI/Inform global, APA Psych Info, Emerald Insight, Medline full text, Proquest dissertations and theses, Sage journals, Science direct journal content, Scopus et Springer link ont été interrogées le 13 juin 2024 en utilisant les mots clés suivant en anglais exclusivement : « Employee perspective » et « return to

work » et « common mental health disorder » et « qualitative research » et « sick leave », avec ou sans la troncature « * ». Nous avons restreint notre recherche aux articles datant entre 2019 et 2024 puisque les recherches qualitatives sur ce sujet sont relativement récentes et novatrices. De plus, nous avons précisé vouloir un accès aux textes PDF et ciblé certaines disciplines telles que la psychologie, la psychiatrie, les sciences sociales ainsi que la médecine de réadaptation et organisationnelle. Nous avons exclu des recherches certaines localisations en privilégiant l'Amérique du Nord et l'Europe. Seuls les articles en français et anglais sont retenus. Les articles inclus doivent obligatoirement aborder le retour au travail (RAT) et recueillir le point de vue des employés en absence maladie pour des troubles mentaux courants (TMC).

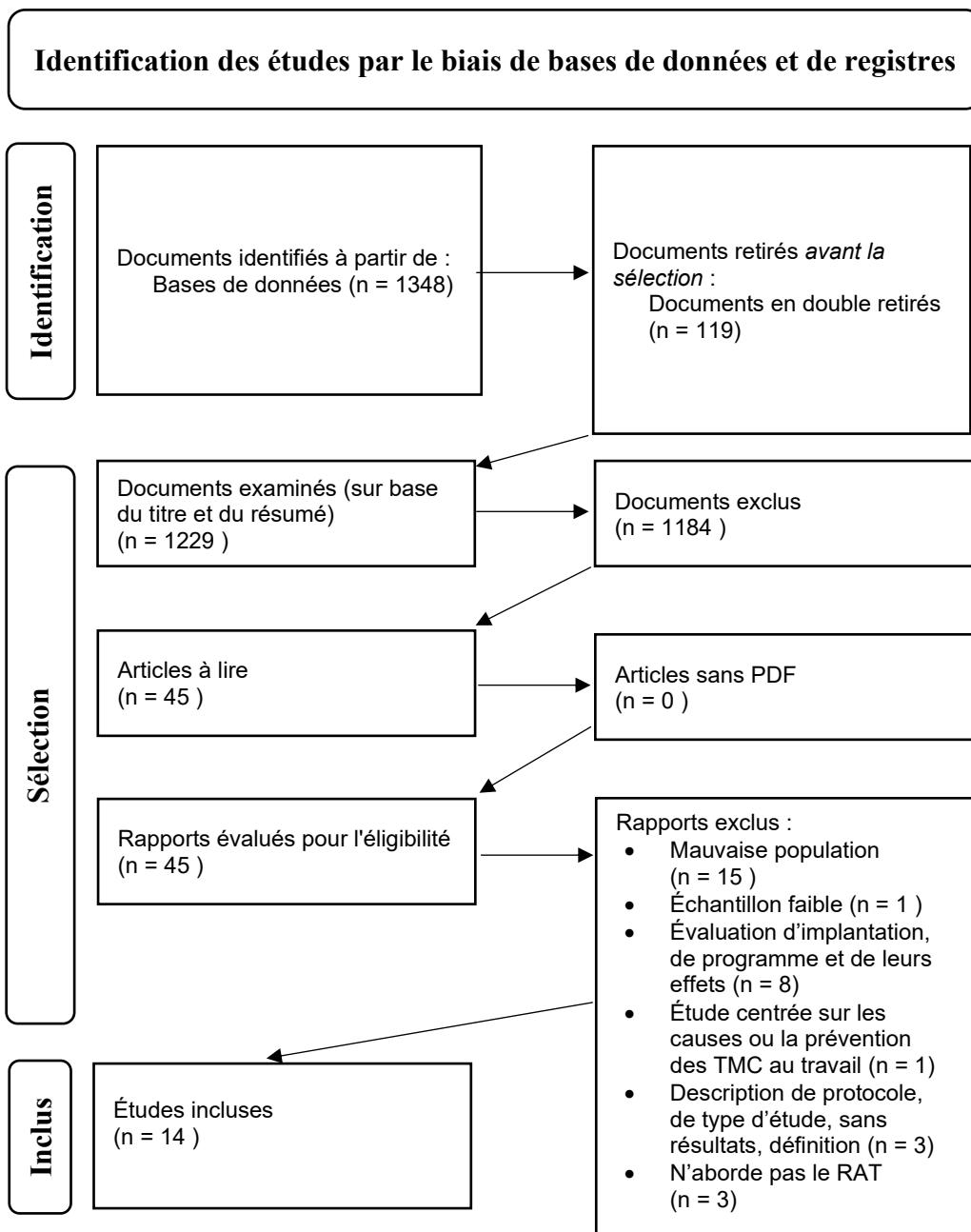
Comme démontré à la figure 1, cette première recherche génère 1348 articles. De ce nombre, 119 doublons sont retirés portant le total à 1229. La lecture du titre ou du résumé seulement amenuise le lot de 1184 études pour un total de 45 articles. Les critères d'élimination de ce large nombre d'études sont les suivants : les titres ou résumés abordent exclusivement l'intégration au milieu de travail de personnes ayant un handicap physique ou intellectuel; les phénomènes culturels et organisationnels au travail, l'intelligence artificielle, la diversité, l'égalité et l'inclusion (DEI) au travail; les conditions de travail et leurs impacts; la personnalité et les caractéristiques socio-économiques des travailleurs et leurs impacts; la performance au travail; les impacts de la pandémie sur les milieux de travail et enfin tout ce qui regarde l'influence des médias sociaux au travail.

De ces 45 articles, 31 sont aussi retranchés sur la base d'une lecture plus attentive des résumés ou de l'article, pour amener le corpus principal d'articles à analyser en profondeur à 14. Sont éliminés les articles qui ciblent la mauvaise population c'est-à-dire qu'ils concernent certains troubles exclusivement tels que le trouble musculosquelettique (TMS), ou certains troubles mentaux spécifiques généralement non inclus dans les troubles mentaux courants (TMC) par exemple la schizophrénie et le trouble bipolaire. D'autres études sont en cours et ne démontrent que des résultats partiels au mieux. De plus, d'autres études sondant le point de vue des employés, mais se centrant sur les processus d'implantation, la faisabilité, l'adhésion des

employés à un programme et la fonction d'un intervenant sont aussi éliminées. Les études examinant les causes et la prévention des absences maladie sont également éliminées.

Figure 1

Diagramme de flux de la recherche documentaire



Résultats

La prochaine section fera état des résultats recueillis dans les 14 articles retenus afin de mettre en lumière les obstacles et facilitateurs du retour au travail selon la perspective des employés en AM pour TMC. Pour ce faire, nous avons catégorisé les thèmes principaux rapportés par les employés en termes de facilitateurs et d'obstacles pour le retour au travail à la suite d'un AM pour TMC. Cette section se divise donc en cinq thèmes distincts soit : l'accès aux services en santé mentale et l'utilisation des technologies pour élargir l'accès; les alliés et collaborateurs; les interventions spécifiques; l'influence du genre et la conciliation travail-famille et enfin, les obstacles et facilitateurs.

La littérature de recherche incluse dans cet essai provient en grande partie de l'Europe centrale ou du nord où les systèmes associés à la santé et sécurité au travail permettent un accès privilégié aux données populationnelles. Parallèlement, seules deux études sont issues du Québec (Corbière *et al.*, 2023; Labourot *et al.*, 2024). Dans cet essai, les études retenues dans lesquelles les chercheurs ont sondé la perspective des employés en AM pour des TMC en vue de leur RAT utilisent des devis de type qualitatif. Les méthodes de collecte de données sont les sondages à questions ouvertes, les questionnaires, les entrevues semi-structurées et les focus groups. Les propos recueillis chez les participants sont ensuite transcrits, lus et interprétés et catégorisés par thèmes. Certains chercheurs vont jusqu'à faire valider par les participants les thèmes relevés et convenus à la suite du processus d'interprétation (Corbière *et al.*, 2023). Les méthodes d'interprétations et outils utilisés concernant l'analyse des propos peuvent différer. Dans trois études, les auteurs spécifient l'utilisation du logiciel N'Vivo ou Atlas Ti (Corbière *et al.*, 2023; Joosen *et al.*, 2022; Karlsson *et al.*, 2023) tandis que d'autres études spécifient le cadre théorique d'analyse choisi par exemple, celui de Graneheim et Lundman (Engdahl *et al.*, 2020) ou de la théorie du comportement planifié (Hedlund *et al.*, 2021).

Les échantillons varient en nombre entre 12 à 56 participants y incluant parfois des acteurs clés c'est-à-dire les gestionnaires et professionnelles de la réadaptation (n entre 10 et 28).

L'échantillon le plus faible d'employés interviewés est de 12 (Alsén *et al.*, 2022) et le plus nombreux est de 56 (Wall et Selander, 2018). La synthèse des principaux attributs et résultats des études retenues est compilée dans le tableau 1 à l'Appendice A.

L'accès aux services en santé mentale

L'accès aux services de soins de premières lignes en santé mentale

Le système canadien de soins de premières lignes est responsable d'offrir à la population les soins médicaux, psychologiques et de réadaptation. Il est de connaissance générale que l'accès à ces soins peut parfois être long au Québec. Dans son article du 10 mars 2023, Dussault rapporte que le système de santé québécois compte environ 600 000 patients orphelins (Dussault, 2023). Sans médecin de famille, ces personnes ont un accès limité aux principaux prescripteurs de l'absence maladie au travail et subséquemment aux ressources pour se rétablir (Labourot *et al.*, 2024). Nos recherches démontrent qu'une seule étude s'est intéressée à l'accès aux services en santé mentale.

Labourot *et al.* (2024) se sont intéressés au point de vue des employés en AM pour TMC dans le but de comprendre leur expérience de ce système et en quoi leur accès à celui-ci impacte leur réadaptation et ainsi leur RAT. Ils ont sondé leur niveau de satisfaction des services, le niveau de leur pertinence tout en recueillant des suggestions d'améliorations possibles (Labourot *et al.*, 2024). Au terme de leur étude, les auteurs relèvent cinq thèmes soient : l'intervention fragmentée des médecins ; l'autonomie de gérer son parcours de soin; les attitudes professionnelles des assureurs; l'ouverture et la compréhension de l'employeur et l'adéquation des besoins de l'employé avec l'accès aux services.

En effet, l'accès partiel ou irrégulier aux médecins ainsi qu'aux professionnels complémentaires nuit au RAT. De plus, la capacité limitée des médecins à collaborer ou à référer vers des services de réadaptation crée des interventions en silo, alourdisant le parcours de l'employé (Labourot *et al.*, 2024). À l'inverse, les participants ayant reçu des références en temps

opportun éprouvent un sentiment de soutien de la part de leur médecin, ouvrant la voie vers la réhabilitation. En second lieu, l'autonomie de gérer son parcours de soin est identifiée par les participants comme étant la capacité de l'individu à mobiliser ses ressources personnelles, sociales et financières. Quoique cette capacité puisse être diminuée en début d'AM, l'impression de pouvoir influencer soi-même son parcours rend la personne proactive dans la recherche de solutions qui correspondent à ses besoins.

Le troisième thème c'est-à-dire, l'attitude ainsi que le type de gestion offert par l'assureur implique plus précisément, les connaissances et l'expérience des professionnels de la réadaptation associés aux assureurs. Selon les participants, la qualité et les compétences de ces professionnels amènent des références vers des services complémentaires variables (Labourot *et al.*, 2024). En termes de gestion, le type de couverture a un impact puisqu'il détermine les conditions salariales et encadre les types de services offerts. Dans l'éventualité où les conditions salariales sont défavorables à court ou moyen terme, on peut penser qu'un retour au travail prématuré sera considéré par l'employé au détriment du rétablissement, augmentant les chances d'une régression vers un nouvel arrêt de travail ou même une démission (Labourot *et al.*, 2024).

L'ouverture et la compréhension des employeurs face à leur état psychologique apparaissent également comme un facteur important. Au cœur de ce thème, les employés soulignent que la qualité de la relation employé/employeur influence grandement le RAT. D'ailleurs, dans certains cas, des relations conflictuelles préalables à l'AM nuit au RAT. À l'inverse, le soutien de l'employeur contribue à la relation positive et la collaboration mutuelle nécessaire à l'adaptation de l'individu dans son RAT (Labourot *et al.*, 2024). Le cinquième facteur soit l'adéquation des besoins et de l'accès aux services psychosociaux et de réadaptation pour la personne en AM comporte deux volets. Le premier étant de pouvoir compter sur des professionnels diversifiés et des agents qui sont en mesure de bien distinguer leurs expertises et le second, d'être guidés vers les professionnels ayant les approches appropriées.

L'utilisation des technologies pour élargir l'accès aux services en santé mentale

Les technologies font partie de nos vies depuis plusieurs années au point où pratiquement chaque adulte possède son propre mini-ordinateur sous la forme d'un téléphone intelligent. Engdahl *et al.* (2020) ont exploré en quoi une intervention offerte virtuellement pouvait favoriser le RAT de personnes en AM pour des TMC et ainsi élargir l'accès aux services en santé mentale. À partir du modèle de soutien et d'habilitation individuelle, cette équipe développe l'application « mWorks » pour ensuite recueillir le point de vue de multiples acteurs du RAT et tout particulièrement 18 utilisateurs en AM. Cette application informatique permet aux employés de recevoir du soutien en santé mentale en temps réel tout en permettant aussi une communication avec l'employeur lorsqu'ils éprouvent des défis lors du processus de RAT. Le but de cette recherche est d'évaluer son implantation ainsi que son utilité en sondant le point de vue des participants (Engdahl *et al.*, 2020).

Pour l'ensemble des participants, les résultats obtenus à partir des entrevues et groupes de discussion sont généralement optimistes face l'implantation d'une telle application. Ils expriment en thème principal que l'application permet aux utilisateurs de prendre le contrôle de leur processus de RAT (Engdahl *et al.*, 2020). Concrètement, les utilisateurs voient d'un bon œil cette innovation et apprécient l'accessibilité immédiate à du soutien via la plateforme mWorks. De plus, puisque ceci permet une communication plus fluide et directe entre toutes les parties prenantes du RAT, les employés en processus de RAT ont l'impression de contribuer au plan de retour et surtout de prendre part aux décisions les concernant (Engdahl *et al.*, 2020). Selon les utilisateurs, la plateforme mWorks ouvre les possibilités communiquer les obstacles ou difficultés vécues durant le RAT et est qualifié de moins anxiogène que les rencontres en personnes ou au téléphone (Engdahl *et al.*, 2020). Ultimement cette avenue semble prometteuse par sa simplicité et son accessibilité. Le soutien reçu procure des expériences positives aux utilisateurs augmentant du même coup leur pouvoir d'agir et une prise de contrôle sur les conditions de leur RAT (Engdahl *et al.*, 2020).

Les alliés et collaborateurs

L'impact de l'environnement personnel et de travail dans le RAT

Parmi les recherches répertoriées, deux se démarquent en soulignant l'importance d'avoir des alliées et des collaborateurs empathiques afin de faciliter le rétablissement et le RAT. La première étude d'Alsén *et al.* (2022) questionne 12 employés en AM pour épuisement professionnel pour une période n'ayant pas excédé six mois. Ces derniers expriment le besoin d'être pris au sérieux par leur entourage afin de maintenir leur dignité et d'être reconnu au-delà des symptômes causés par leur état psychologique fragilisé (Alsén *et al.*, 2022). La considération attendue de l'environnement familial, professionnel et de travail s'actualise sous la forme d'engagement envers l'individu en crise, d'écoute et de tolérance d'un délai adéquat pour leur rétablissement (Alsén *et al.*, 2022). Ces comportements bienveillants envers la personne en AM lui procurent le sentiment d'être respectée et unique tout en lui offrant un cadre dans lequel elle peut exprimer ses émotions. Cet espace de tolérance ouvre la personne en AM à des perspectives externes et des actions essentielles au rétablissement (Alsén *et al.*, 2022).

La qualité des professionnels entourant la personne en AM tant du milieu de travail que de la santé importe dans ce processus. De bonnes connaissances des TMC ainsi que des traitements recommandés sont source de soulagement chez la personne vivant un TMC. Accessoirement, ceci diminue la pression chez l'employé de devoir « débattre » de son état mental avec les différents acteurs associés au RAT (Alsén *et al.*, 2022). Le professionnel compétent saura recommander les interventions et approches appropriées, à un rythme adapté et permettant du progrès à l'individu. De plus il saura quand initier ou prendre charge de référer l'employé à un professionnel habilité en fonction de son portrait clinique et ainsi lui éviter des soucis supplémentaires (Alsén *et al.*, 2022). Dans un deuxième temps, une fois certains symptômes résorbés, la personne en AM doit pouvoir reprendre le contrôle de son rétablissement. Pour cette raison, l'entourage qui fait confiance en la capacité de l'individu de mettre en place de nouvelles routines facilite son rétablissement et son RAT (Alsén *et al.*, 2022).

L'impact de la reconnaissance dans le RAT

De leur côté, Corbière *et al.* (2023) ont approfondi la notion de reconnaissance lors du processus de RAT. Ces chercheurs ont interviewé 20 participants ayant vécu un AM pour TMC et un RAT depuis un maximum trois mois. Leur démarche a permis de recueillir la définition personnelle des participants de la reconnaissance au travail ainsi que leur expérience de cette reconnaissance durant leur RAT (Corbière *et al.*, 2023). Les résultats de leur recherche amènent les auteurs à subdiviser les thèmes recueillis en fonction du contexte et des attentes des participants face à certains acteurs clés. Les acteurs clés les plus mentionnés sont issus des systèmes du travail, de la santé et des assurances (Corbière *et al.*, 2023).

Les premiers résultats mettent l'emphase sur la définition personnelle de la reconnaissance des participants. En général, les employés espèrent que les acteurs clés puissent reconnaître la qualité de leur travail et leurs compétences. Ils souhaitent que l'on reconnaissse leur valeur et leur contribution en tant que travailleur et membre d'une équipe. Dans la même veine, ils ont l'attente que l'on respecte leur opinion, veulent être pris au sérieux et que l'on permette des accommodements lors du RAT. Plusieurs mentionnent le besoin de ne pas se sentir comme un « numéro » et d'avoir une écoute sans jugement tout au long de leur AM et de leur RAT (Corbière *et al.*, 2023). Les auteurs relèvent plus particulièrement lors de l'absence du travail, que la reconnaissance s'exprime par le maintien d'un contact avec le supérieur immédiat et les collègues. Les employés en AM apprécient recevoir du soutien de leur part tout autant que le part du service des ressources humaines responsable de l'application des règles de leur RAT. Et ultimement ils s'attendent à ce que l'on respecte le rythme de leur rétablissement (Corbière *et al.*, 2023).

Lors de la phase du RAT, l'accueil reçu par le supérieur immédiat et les collègues a un impact positif et est ressenti comme du soutien. Comme cette étape du processus fragilise l'employé, un équilibre est souhaité entre la démonstration de confiance face à leurs capacités/compétences et une souplesse dans l'attribution de tâches et de l'intensité de leur charge de travail (Corbière *et al.*, 2023). Cette flexibilité sous-entend le respect du rythme et des

limitations de la personne affectée d'un TMC tout en déstigmatisant son état dans le milieu de travail. À l'inverse, le non-respect des mesures d'accompagnements et la stigmatisation des TMC ont un impact négatif sur la motivation et l'engagement dans le RAT, d'où l'importance pour ces employés de recevoir des rétroactions sur leur travail (Corbière *et al.*, 2023).

Les interventions spécifiques

Nombreux sont les programmes d'intervention ayant pour but de soutenir et favoriser le RAT au travail des employés en AM pour TMC (Anger *et al.*, 2024). Plusieurs chercheurs se sont donc attardés à examiner leur efficacité en matière de RAT durable. Cependant, qu'en est-il de l'opinion des employés en regard de ces interventions? De la recherche documentaire effectuée, nous retenons à cet effet cinq études qui ont sondé les employés en AM pour TMC et qui abordent des interventions spécifiques inspirées de diverses approches.

L'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle telle que définie par Miller et Rollnick (Miller et Rollnick, 2019) est utilisée dans divers contextes dont l'intervention en toxicomanie (Turner *et al.*, 2014), dans certaines disciplines en santé physique pour favoriser l'adhésion au traitement (Mcfarlane, 2012) et en santé publique pour promouvoir les saines habitudes de vie (Martel *et al.*, 2009). En somme, dans toute situation où un changement est exigé, l'entrevue motivationnelle peut se révéler fort utile pour sortir l'individu de son ambivalence et le motiver à atteindre un objectif. Dans le cadre d'une étude plus large, Foldal *et al.* (2020) recrutent un échantillon de convenance de 16 participants afin de recueillir leur rétroaction après avoir expérimenté l'entrevue motivationnelle dans le cadre de l'accompagnement du RAT.

Dans cette étude norvégienne, nous apprenons que le suivi pour le RAT est effectué par des intervenants du « Norwegian Labor and Welfare Administration (NAV) » (Foldal *et al.*, 2020). Outre le suivi régulier offert par le NAV, les participants de cette étude ont pu bénéficier de deux entrevues motivationnelles supplémentaires entre la 14e et 16e semaine d'absence. Ces

rencontres ont lieu en présentiel avec l'employeur et l'intervenant du NAV. Pour faciliter la mise en train des interventions, le niveau de motivation du RAT des participants a été mesuré en amont. À la suite des entrevues semi-structurées auprès des participants, trois thèmes émergent soit la relation avec l'intervenant NAV, la normalisation de l'AM et l'ajustement des stratégies de RAT.

Les personnes en AM avaient des idées préconçues de l'accompagnement du NAV. Elles s'attendaient à rencontrer des difficultés à rejoindre leur intervenant, ainsi qu'à des interventions administratives questionnant leur droit aux bénéfices salariaux. Les sessions supplémentaires d'entretien motivationnel ont modifié cette perception. Les participants décrivent avoir expérimenté une relation de soutien satisfaisante auprès des intervenants. Ils les qualifient de compétents, fiables et aimables tout en maintenant une distance professionnelle adéquate. Il en ressort que les participants se sentaient reconnus et écoutés. La curiosité et l'attention portée à leur personne démontrent l'intérêt de l'intervenant non seulement en regard du RAT, mais aussi de leur préoccupation des impacts que l'AM avait sur le reste de leur vie (Foldal *et al.*, 2020). La relation créée lors des entretiens motivationnels a aussi permis aux participants de se déculpabiliser face à leur AM. Conscients de la surcharge de travail que leur absence impose aux collègues, les entrevues avec les intervenants du NAV ont permis aux participants de relativiser ce sentiment, normaliser leur absence durant cet épisode de leur vie et de les légitimer dans leur besoin de pause pour se rétablir. Ici, la stigmatisation et la culpabilité sont clairement identifiées par les participants comme étant des barrières du RAT (Foldal *et al.*, 2020). La création de la relation soutenante avec l'intervenant NAV permet aux participants de sortir de leur ambivalence face à un RAT en partageant avec confiance leurs doutes, leurs craintes et leur succès dans l'actualisation de leur plan de RAT. L'intervention personnalisée que procurent les entrevues motivationnelles a permis un ajustement graduel du plan (rythme et charge de travail) et l'adaptation des stratégies de RAT. (Foldal *et al.*, 2020).

La résolution de problème

Les auteurs Karlsson *et al.* (2023) ont étudié l'impact d'une intervention basée sur la résolution de problème auprès d'employés en AM pour TMC, en collaboration avec le milieu de travail. L'intervention privilégiée ici est le « Problem solving intervention with Work place involvement (PSI-WPI) » et elle est offerte dans ce contexte par les coordonnateurs du RAT, indépendants du milieu de travail. Le but de cette étude est de recueillir l'expérience vécue lors de ces interventions, ainsi que de noter les facilitateurs et barrières à la participation (Karlsson *et al.*, 2023).

Quoique chaque partie prenante de l'étude exprime que le protocole de l'intervention peut être lourd en termes de quantité de rencontres et de durée, elles s'accordent pour dire que cela procure une structure prévisible à celles-ci (Karlsson *et al.*, 2023). Tout particulièrement, les 13 employés participants interviewés ont l'impression d'avoir un échange proactif et mutuel sur les solutions possibles concernant leur RAT. Ce constat est fait par les employés n'ayant pas de conflit préexistant avec le milieu de travail. À l'inverse, la résolution de problème devient plus ardue pour les employés en conflit avec leur milieu de travail et est perçue comme un obstacle à leur participation (Karlsson *et al.*, 2023).

Le processus qui encadre l'intervention soutient l'employé en établissant un dialogue entre les différentes parties prenantes (Karlsson *et al.*, 2023), entre autres par une rencontre tripartite obligatoire. Cette dernière permet de bien comprendre le rôle et les responsabilités de chacun dans le plan de RAT. De plus, lors de cette rencontre les employés soulignent l'importance pour eux que leur supérieur immédiat reconnaisse leur situation difficile, leurs efforts dans les circonstances, et ce, sans jugement. En résumé, selon les employés en AM, le PSI-WPI est perçu comme soutenant lors des rencontres avec l'employeur et les interventions du coordonnateur de RAT les motivent et les encouragent à persévéérer pour leur rétablissement (Karlsson *et al.*, 2023).

L'approche dialogique

Cette approche privilégie les interactions et les conversations entre les personnes concernées par une situation problématique ou un défi dans le but de partager des connaissances, bonifier des compétences et d'échanger des points de vue. Cette façon d'interagir avec les employés est en complément de l'approche diagnostique où l'on mise sur l'identification du problème et sa résolution de « façon linéaire » (Lemieux et Girard, 2023). Deux études suédoises ont exploré l'expérience d'employés impliqués dans l'utilisation de l'approche dialogique lors de leur AM et de leur RAT.

Après un épisode d'AM pour TMC d'en moyenne six mois, Saxvik *et al.* (2023) ont interviewé 13 employés ayant expérimenté le « Co-Work-Care model » dans le cadre leurs suivis. Ce modèle basé sur l'approche dialogique encadre et favorise les interactions entre le médecin, le gestionnaire de soins (care manager, CM), le coordonnateur de la réadaptation (rehabilitation coordinator, RC) et le milieu de travail. Dans ce cas, le rôle du RC est de préparer les diverses parties à la rencontre afin de permettre à l'employé un espace où il pourra discuter de sa situation dans un environnement neutre et posé. Le but ultime de l'implantation de cette rencontre est de favoriser le RAT durable et d'écourter l'AM (Saxvik *et al.*, 2023).

De la synthèse des entrevues émergent cinq thèmes identifiés par les participants. Notamment, les démarches associées aux entrevues permettent aux employés de ressentir que l'on prend soin d'eux par une écoute active et sensible. De plus, la collaboration entre les acteurs est perçue comme une forme de soutien et la structure des rencontres contribue à une meilleure planification du RAT. Enfin, les participants identifient que les rencontres favorisent une compréhension commune de leur situation puisque le RC et le CM sont en communication constante avec l'employeur et le médecin. D'ailleurs, le rôle médiateur des RC et CM a permis aux participants de se dégager de certaines communications, dans des moments de fragilité psychologique. Ce rôle perçu comme « neutre » par les participants est d'autant plus crucial lorsque les employés sont en conflit avec leur employeur (Saxvik *et al.*, 2023).

Selon les participants, la structure des rencontres du « Co-Work-Care model » offre de multiples avantages. En effet, le modèle encourage les parties à se rencontrer dans l'établissement de soin de première ligne. Ceci donne à l'employé une impression d'être en terrain neutre lui procurant un sentiment de sécurité et lui ouvrant la voie à contribuer plus activement au processus de RAT. Le soutien et la relation de confiance établie préalablement avec le RC et le CM aménagent les craintes des employés. Il leur est donc plus possible d'exprimer leur besoin en matière d'accompagnement de RAT ou leurs insatisfactions envers l'employeur si c'est le cas (Saxvik *et al.*, 2023).

À l'instar de leurs collègues chercheurs, Strömbäck *et al.* (2020) s'entretiennent avec 15 personnes, dans le but de recueillir leur expérience personnelle des rencontres dialogiques de convergence. Cet échantillon de convenance est obtenu à même un programme multimodal offert dans une clinique spécialisée où les employés participent à divers groupes de traitement entre autres, de thérapie cognitive comportementale et de saines habitudes de vie. Le coordonnateur de réadaptation (CR) assigné au dossier de l'employé travaille en étroite collaboration avec les intervenants de la clinique, assure son suivi habituel et joue un rôle pivot en orchestrant les rencontres dialogiques entre l'employé et son milieu de travail. La démarche consiste en trois étapes soit une rencontre individuelle avec l'employé, une avec son supérieur immédiat et enfin une rencontre commune entre tous les acteurs concernés par le RAT (Strömbäck *et al.*, 2020).

Les résultats de leurs entrevues de groupe se déclinent en un thème principal et trois sous-thèmes. Du point de vue des participants, la démarche a permis de rétablir un sentiment de confiance s'appuyant sur une compréhension commune de leur situation. Les éléments du premier sous-thème identifié sont résumés par l'expression « entrée émotionnelle », c'est-à-dire que l'entrevue individuelle leur a procuré une occasion de prendre contact avec les émotions sous-jacentes au RAT. Ils identifient clairement les émotions de vulnérabilité, d'anxiété, de détresse émotionnelle et des craintes reliées au RAT. Cette mise en mot accompagnée avec bienveillance par le CR permet donc aux employés d'anticiper les émotions associées au RAT,

leur permettant ainsi de prévoir des solutions, des stratégies de gestions des émotions (Strömbäck *et al.*, 2020).

La compétence des CR offre également aux participants une guidance soutenante qui s'articule à travers leur capacité à coordonner les différents acteurs et leurs actions visant à équilibrer le pouvoir durant les entretiens concernant le RAT. En effet, les connaissances du CR en matière de TMC appuient l'employé et valident ses besoins dans le processus de RAT. Les interventions et le rôle de médiateur du CR lors des rencontres dialogiques garantissent un espace d'expression à tous les participants et permettent de clarifier les responsabilités de chacun en lien avec le RAT. Le troisième sous-thème abordé par les participants est l'aspect du renforcement de leur capacité de changer. La structure associée à la démarche dialogique, les plans de RAT inclus et les ententes communes prises donnent aux employés une confiance face à leur capacité d'affronter les peurs et obstacles perçus lors du RAT. De plus, ils perçoivent qu'ils ont la compréhension du milieu de travail et l'espace pour transférer les connaissances acquises lors des groupes de traitement, facilitant un RAT durable (Strömbäck *et al.*, 2020).

L'influence du genre et la conciliation travail-famille

Les croyances face au RAT selon les femmes

Contrairement aux thèmes précédents, l'influence du genre a fait l'objet de plusieurs recherches dans le contexte du RAT de personnes en AM pour TMC. Hedlund *et al.* (2021) s'attardent aux croyances des femmes en regard de leur RAT. Les résultats émanant des entrevues auprès de ces 20 femmes sont analysés selon la Théorie du comportement planifié et divisés en sous-thèmes : les croyances comportementales, normatives et de contrôle.

Les croyances comportementales sont identifiées en termes d'avantages du RAT et sont associées à la routine du RAT au travail, à la socialisation avec les collègues et au sens que le travail apporte à leur vie. Le sentiment de pouvoir à nouveau contribuer dans leur milieu de travail dans la reconnaissance de leur compétence est aussi un motivateur puissant au

rétablissement (Hedlund *et al.*, 2021). Les croyances normatives recueillies sont exprimées en termes de soutien ou non face au RAT. Les acteurs entourant les participantes pouvaient être perçus à la fois comme supportant ou non. Les incitations du milieu de travail dans le processus du RAT pouvaient être vécues sous la forme d'une pression, un message négatif face à leur absence et les coûts que cela engendre. À l'inverse d'autres femmes le perçoivent comme un vote de confiance en leurs capacités lorsque leur rythme était respecté (Hedlund *et al.*, 2021).

Selon les croyances des femmes, un milieu de travail leur permettant d'exercer un contrôle sur leurs conditions de RAT entre autres, sur l'intensité et la graduation des tâches, est identifié comme un facilitateur du RAT. Elles croient également que de prendre part aux décisions qui les concernent sont gages de succès tout comme de maintenir la communication avec leur milieu de travail. Parallèlement, les croyances associées à une conciliation travail-famille plus exigeante lors du RAT sont des freins manifestes. D'autres croyances concernant un retour dans un milieu inchangé, surchargé font surgir des craintes de ne pas être « à la hauteur ». Les symptômes des TMC tels que la fatigue physique et le manque de concentration accentuaient ces croyances et l'impression de manquer de contrôle (Hedlund *et al.*, 2021).

L'influence des conditions de travail sur le RAT chez les femmes

D'autres chercheurs ont voulu explorer quelles seraient les conditions favorisant le RAT de 56 femmes en AM pour TMC ayant reçu un sondage à questions ouvertes. De ce sondage, les chercheurs Wall et Selander (2018) identifient cinq mesures ou attitudes qui faciliteraient le processus soient : l'horaire de travail, les limites, la compréhension, la patience et la possibilité de vivre un nouveau départ (Wall et Selander, 2018). Le sentiment d'envahissement émotionnel identifié par ces femmes lors du processus de RAT amène le premier thème des horaires de travail. Les femmes souhaitent avoir une souplesse dans le choix du moment du quart et la durée de ce quart afin de pouvoir gérer les symptômes associés au TMC. Avec cette mesure, les femmes expriment avoir besoin de clarifier les limites dans leur milieu de travail en mettant l'accent sur des tâches qui n'augmenteraient pas leurs symptômes. Par exemple, certaines tâches

connexes pourraient être temporairement mises de côté pour se concentrer sur leur tâche principale (Wall et Selander, 2018).

Les participantes décrivent également avoir besoin de compréhension et de patience de la part des acteurs du RAT. Selon elles, ceci s'actualise quand l'entourage comprend que le rétablissement n'est pas spontané, qu'il prend du temps et peut s'accompagner de retour en arrière (Wall et Selander, 2018). L'écoute et la communication avec le milieu de travail facilitent l'émergence de la compréhension mutuelle et sont cruciales pour un RAT réussi. Enfin, tous les emplois n'étant pas égaux, certaines femmes expriment avoir besoin d'un espace dans le système qui leur permettrait de vivre un nouveau départ (Wall et Selander, 2018). Pour certaines, la perspective d'un RAT dans un milieu conflictuel, dysfonctionnel ou surchargé nuit à leur rétablissement et donc à leur RAT. Elles perçoivent cette opportunité de changement comme étant un moyen de reprendre le contrôle, tout en laissant derrière elles les perceptions négatives et les préjugés associés à leur arrêt de travail, qu'ils émanent d'elles ou non (Wall et Selander, 2018).

L'influence des exigences travail-famille selon le genre

Dans l'étude de Nybergh *et al.*, (2020) l'impact du genre est étudié dans le but de recueillir les similarités et différences entre les hommes et les femmes. Spécifiquement, ils souhaitent comprendre en quoi les exigences travail-famille et les ressources dont ils disposent influencent leur RAT. En lien avec les exigences familiales, les femmes identifient que bien qu'elles soient absentes du travail, leur présence à la maison augmente les attentes du milieu familial réduisant le temps qu'elles prennent pour se rétablir et se reposer. Ce phénomène peut être le résultat d'exigences de leur conjoint, enfants ou proviennent d'elle-même puisqu'elles se définissent comme étant les premières responsables du bien-être des autres et de l'organisation familiale. Les hommes vivent moins ces pressions à l'exception des hommes dont la conjointe est issue d'une immigration récente donc moins intégrée en société. Ils nomment aussi que la compréhension et l'empathie naturelle de leurs conjointes allègent leur fardeau émotif (Nybergh *et al.*, 2020).

Le second thème abordé est relatif aux exigences et ressources reliées au travail. Ici, tant les hommes et les femmes expriment avoir besoin que le milieu de travail réduise leurs exigences lors du RAT tout particulièrement les travailleurs de la santé et services sociaux. Ils craignent être en contact avec de fortes émotions qui nuiraient à leur capacité d'intervenir adéquatement auprès de leur clientèle vulnérable. Les femmes se questionnent davantage sur leur capacité à effectuer ce travail à long terme. En effet, selon les auteurs, cette résignation apparente émerge du fait que les femmes expriment se sentir en partie responsable pour leurs difficultés au travail pendant que les hommes remettent en question les conditions de travail. D'ailleurs, certains hommes optent pour des changements de milieu de travail. Les autres tentent d'influencer leur milieu en apportant des solutions. Cependant lorsqu'aucun changement n'est effectué, ces employés masculins se résignent, deviennent aigris et frustrés face à l'employeur, les mettant à nouveau à risque d'AM pour TMC (Nybergh *et al.*, 2020).

La perte de balises claires en rapport au travail est principalement identifiée par les hommes. Les hommes précisent que des règles implicites associées au genre masculin du type « qu'il faut travailler fort » et « être un bon pourvoyeur » ont contribué à brouiller les limites entre la vie privée et le travail. Lors de leur RAT, plusieurs d'entre eux ont nommé leur besoin de clarifier les attentes face au travail attendu et ont consciemment fait des gestes pour limiter l'intrusion du milieu de travail dans leur vie privée tels que se « débrancher » les soirées et les fins de semaine (Nybergh *et al.*, 2020). Le soutien de leurs supérieurs immédiats et de leurs collègues est un besoin commun chez les deux sexes. Dans l'absence de ce soutien, les employés vivent plus de stress mettant en péril un RAT durable. De plus, les hommes comme les femmes ont une tendance à s'imposer des exigences professionnelles qui les ont menés vers l'AM. Ces mêmes pensées peuvent nuire au RAT si les employés ne modifient pas consciemment certains messages intérieurs (Nybergh *et al.*, 2020).

Somme toute, Nybergh *et al.* (2020) concluent que les résultats obtenus peuvent démontrer que les hommes ont un meilleur équilibre entre le travail, la famille et les activités personnels. Parallèlement, ils soulignent que les discours recueillis sont cohérents avec les

statistiques suédoises qui démontrent que malgré l'évolution des familles et de la répartition des tâches et rôles dans les familles modernes, les femmes semblent toujours avoir une plus grande part des responsabilités domestiques (Statistics Sweden, 2018).

L'influence des activités visant le RAT selon le genre

Une étude subséquente de Nybergh *et al.*, (2021) explore cette fois-ci l'expérience des différences selon le genre, mais en relation avec les interventions et les activités en vue du RAT. Pour faire écho à Corbière *et al.* (2023) cette étude met en lumière que les deux sexes souhaitent être accueillis avec respect et reconnaissance lors du processus de RAT. Les hommes et les femmes font également consensus en nommant l'importance de l'utilisation d'outils concrets, des adaptations du rythme, des activités et des tâches dans le milieu de travail et de la continuité des interventions. Finalement, ils nomment que les démarches administratives associées à l'AM auraient avantages à être clarifiées et dénombrées dans une « checklist » pour éviter que ces dernières deviennent une source de stress supplémentaire. Ici, les femmes se distinguent des hommes en nommant préférer des activités de réadaptation accessibles de leur domicile. Les hommes souhaitent davantage être réimpliqués dans le milieu de travail (Nybergh *et al.*, 2021).

L'influence des exigences de la conciliation travail-famille lors du RAT

Holmlund *et al.* (2024) étudient plus spécifiquement l'aspect de la conciliation travail-famille et son impact sur le RAT. Trois thèmes émergent des entrevues faites auprès des employés et de leurs supérieurs immédiats. Les participants en AM nomment l'impact des symptômes associés aux TMC, comment ceux-ci deviennent un frein à leur fonctionnement quotidien et leur RAT. Cet état de fait amène un écart entre les exigences du RAT et ce que l'employé est en mesure de gérer dans les deux sphères de vie. Sans l'utilisation de stratégies cognitives, d'outils concrets et d'aménagement du milieu de travail, le RAT devient plus difficile (Holmlund *et al.* 2024).

Le besoin de soutien dans le milieu de vie familial et social semble crucial au rétablissement selon les participants. Ce soutien normalise le besoin de repos et permet à

l'employé d'être dans l'action face à son rétablissement. Parallèlement, le soutien émotionnel et instrumental des pairs au travail procure un sentiment d'inclusion à l'employé, le rassurant face à sa réintégration à l'équipe (Holmlund *et al.* 2024). Enfin, le leadership bienveillant exercé par le milieu de travail et les supérieurs immédiats est aussi essentiel au succès du RAT. Ceci s'actualise selon eux lorsque le milieu de travail tient en compte les aléas de la vie familiale et des symptômes des TMC tout en y réagissant en temps opportun. Ceci réduit par le fait même les exigences psychologiques associées au RAT. Les solutions « uniques » et « pour tous » sont donc des obstacles évidents du RAT durable (Holmlund *et al.*, 2024).

Les obstacles et facilitateurs

La prochaine étude provient des Pays-Bas où Joosen et son équipe (2022) ont abordé directement le thème des obstacles et facilitateurs du RAT dans leur étude longitudinale. Les 34 participants étaient questionnés sur leur perception des causes de leur AM et ce qu'ils identifiaient comme étant des obstacles ou facilitateurs du RAT. Ces résultats étaient ensuite comparés en les juxtaposant aux différentes durées d'AM soit de court (moins de trois mois), moyen (3 à 6 mois) ou long termes (plus de 6 mois).

Les principales causes perçues concernant l'environnement de travail sont la pression objective et subjective de performer, la qualité de la gestion, de la supervision et des relations de travail. Les participants sont aussi en mesure de nommer que leur absence est aussi le résultat de leurs propres difficultés entre autres en adoptant des stratégies de coping inefficaces et des comportements nuisibles tels que la difficulté à mettre des limites en fonction de ses valeurs. De plus, les attentes parfois irréalistes envers eux-mêmes ou leur milieu de travail contribuent à miner leur confiance, leur estime de soi (Joosen *et al.*, 2022).

Aux causes précédemment nommées, les participants ajoutent à titre d'obstacle le manque de motivation face au RAT, sous-tendu par un sentiment d'insécurité et des craintes d'être reçus négativement dans leur milieu de travail (Joosen *et al.*, 2022). À l'inverse, les RAT sont facilités par les bonnes relations avec leur gestionnaire et les pairs avec qui le contact est maintenu durant

l'AM. Ceci ouvre la porte à la mise en place d'un soutien empathique permettant à l'employé de mieux accepter sa situation et de se sentir en sécurité dans son milieu de travail. Ils expliquent que cette base leur permet de prendre du recul et d'être ouverts à la guidance offerte par les acteurs clés du RAT (Joosen *et al.*, 2022). Parallèlement, le manque de soutien et les tensions vécues dans leur vie privée constituent un frein au RAT (Joosen *et al.*, 2022).

Lorsque les résultats sont comparés en fonction de la durée des AM, les chercheurs trouvent trois différences notables principalement entre les groupes d'AM court et long termes, libellant les thèmes ainsi : les conditions de travail-favorables ou non, l'attitude proactive ou non face au rétablissement et avoir l'opportunité d'exercer un travail qui fait sens. Le groupe ayant vécu un AM de court terme parlait de leurs conditions favorables caractérisées par les bonnes relations entre eux, leur employeur et leurs collègues. Ils sont en mesure d'identifier eux-mêmes qu'ils avaient ignoré des signes avant-coureurs et sont de leurs propres aveux, perfectionnistes ou « workaholics ». Ils démontrent également des attitudes proactives face à leur rétablissement en organisant leur quotidien et en allant vers les services. Et enfin, ils rapportent aimer leur environnement de travail et leurs tâches contribuant à la motivation du RAT. Le groupe absent au long terme attribue leurs difficultés aux mauvaises relations avec l'employeur et au manque de soutien amenant une démotivation manifeste pour le RAT. Contrairement au groupe d'AM court terme, ce groupe est réactif plutôt que proactif face à leur rétablissement et semble avoir besoin de guidance professionnelle supplémentaire pour entamer des démarches. Ils identifient aussi que leur travail a perdu son sens au fil des années. Des changements ou ajouts de tâches non significatifs pour eux semblent avoir diminué l'espace qu'ils avaient pour les tâches et les rôles qui les animaient au départ, créant ainsi de nombreuses insatisfactions au travail (Joosen *et al.*, 2022).

Discussion

Le présent essai vise à faire l'état des connaissances au sujet des obstacles et facilitateurs du retour au travail selon la perspective des employés en AM pour des TMC. Bien que le retour au travail semble être un sujet distant à la pratique psychoéducative, il concerne entre autres deux notions centrales de ce champ d'intervention soient : le déséquilibre et l'adaptation humaine. De cette recherche de littérature apparaissent plusieurs constats qui viennent appuyer la pratique de la psychoéducation et le rôle stratégique que les psychoéducateurs peuvent exercer dans les établissements qui les emploient. Les cinq principaux thèmes émergeant des 14 articles retenus pavent le chemin vers différentes contributions possibles pour la pratique psychoéducative contemporaine.

Principaux constats

Relativement peu de recherches s'attardent au point de vue des employés vivant un AM pour TMC alors que d'autres variables telles que le coût financier de l'absentéisme sont prépondérantes (Lassagne *et al.*, 2012; Pinheiro *et al.*, 2017). Pourtant, l'absence d'employés pour TMC est prévalente dans les pays industrialisés et constitue un des principaux motifs d'absence (Corbière *et al.*, 2023; Engdahl *et al.*, 2020; Hedlund *et al.*, 2021; Joosen *et al.*, 2022; Labourot *et al.*, 2024; Nybergh *et al.*, 2020). En effet, les chercheurs ont peu considéré l'apport des employés eux-mêmes dans l'actualisation des processus dans le but d'effectuer un RAT durable. En quelque sorte comment peut-on travailler en amont pour qu'employeurs et employés soient gagnants? Au Québec, avec l'entrée en vigueur de la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité au travail, les employeurs se voient attribuer des responsabilités grandissantes face aux risques psychosociaux présents dans leurs milieux et doivent agir pour les prévenir (CNESST, 2024). Les psychoéducateurs, de plus en plus présents dans des rôles clés tels que la gestion et le rôle-conseil, sont donc bien positionnés pour influencer les processus, les structures et le climat des milieux de travail. Pour toutes ces raisons, le choix de notre sujet visait à mettre en lumière les aspects humains du RAT afin de découvrir en quoi le psychoéducateur peut contribuer à l'adaptation des milieux de travail et la réadaptation des employés en AM pour TMC.

Être considéré, respecté et soutenu

Un thème récurrent nommé par les employés se résume à être considérés, respectés et soutenus (Alsén *et al.*, 2022; Corbière *et al.*, 2023 ; Holmlund *et al.*, 2021; Wall et Selander, 2018). Telles que relevées par les études, les barrières du RAT proviennent de différentes sources. Entre autres, les employés en AM pour TMC identifient que certaines pensées ou émotions nuisent au RAT. Concrètement, ils expriment vivre de l’insécurité face au RAT, ressentent de la pression ou craignent de récolter des réactions négatives de leur employeur ou collègue (Corbière *et al.*, 2023; Hedlund *et al.*, 2021; Joosen *et al.*, 2022). Affaiblis par les symptômes physiques et psychologiques des TMC, les employés ne rencontrent aucune difficulté à se culpabiliser de leur état (Corbière *et al.*, 2023; Hedlund *et al.*, 2021). Ils se sentent atteints dans leur dignité et sont ébranlés face à leurs compétences (Alsén *et al.*, 2022; Hedlund *et al.*, 2021). Parallèlement, le milieu du travail et le système de soin peuvent également créer des barrières au RAT en offrant des suivis irréguliers, mal ajustés aux besoins et en ne tenant pas compte des enjeux associés aux TMC ou aux autres sphères de vie de l’employé (Alsén *et al.*, 2022; Hedlund *et al.*, 2021; Holmlund *et al.*, 2024; Labourot *et al.*, 2024; Nybergh *et al.*, 2020).

En général, le RAT durable est associé aux attitudes d’empathie, de compréhension et bienveillance de la part des employeurs et du système de soin (Alsén *et al.*, 2022; Corbière *et al.*, 2023; Wall et Selander, 2018). Les attitudes professionnelles appréciées des employés sont soutenues par les schèmes relationnels apparentés à la psychoéducation. En effet, les employés sont à la recherche d’intervenants, d’employeurs capables de faire preuve de confiance, considération, de disponibilité, d’empathie, de congruence et de sécurité (Alsén *et al.*, 2022; Corbière *et al.*, 2023; Foldal *et al.*, 2020; Labourot *et al.*, 2024; Leblanc dans Maïano, 2020; Nybergh *et al.*, 2021). La sensibilité et l’écoute actualisées dans la relation donnent à l’employé l’impression d’être pris au sérieux et démontrent qu’une analyse qui n’est pas exclusivement centrée sur le diagnostic, mais aussi sur l’expérience vécue, favorise le rétablissement (Alsén *et al.*, 2022; Foldal *et al.*, 2020; Hedlund *et al.*, 2021; Saxvik *et al.*, 2022). Les attitudes professionnelles des acteurs clés entourant l’employé en AM pour TMC sont donc centrales et facilitent le RAT.

Offrir un espace de discussion

Encore ici, nos constats nous ramènent à des éléments de la pratique psychoéducative entre autres, la structure d'ensemble et les opérations professionnelles. Au regard de la structure d'ensemble, nous retenons la pertinence des interventions spécifiques amenant prévisibilité et constance pour l'employé en AM. En effet dans ce contexte, chacune des composantes qui sont réfléchies et mises en action par les intervenants, soutient le RAT.

En effet, la structure fournie par le cadre des différentes interventions proposées par les chercheurs est généralement appréciée et vécue comme un espace neutre où les employés peuvent exprimer leurs états émotionnels, leurs opinions et idées face au RAT (Karlsson *et al.*, 2023; Saxvik *et al.*, 2022). Qu'il s'agisse de rencontres de résolution de problème, du co-Work-care model ou d'une plateforme virtuelle, ces rencontres facilitatrices du RAT sont des espaces où les employés se sentent validés dans leurs préoccupations et qui permettent des ajustements des modalités du RAT en temps réel (Engdahl *et al.*, 2022 ; Karlsson *et al.*, 2023; Saxvik *et al.*, 2022; Strömbäck *et al.*, 2020). De plus, le soutien expérimenté sécurise l'employé en AM ou en RAT par la prévisibilité du processus et du contenu des rencontres (Foldal *et al.* 2020, Karlsson *et al.*, 2023; Saxvik *et al.*, 2022; Strömbäck *et al.*, 2020). Cet état de fait vient surligner qu'une intervention planifiée, soutenue par une structure et des contenus validés, est un facteur qui augmente la confiance de l'employé dans son processus de RAT.

Renforcer le pouvoir d'agir

L'état de détresse psychologique provoqué par les TMC vient considérablement ébranler la confiance des individus atteints. Pourtant, un autre thème courant des études relevées met l'accent sur la capacité des employés en AM de prendre responsabilité de leur rétablissement et de leur processus de RAT (Engdahl *et al.*, 2022; Hedlund *et al.*, 2021; Holmlund *et al.*, 2024; Karlsson *et al.*, 2023; Labourot *et al.*, 2024; Strömbäck *et al.*, 2020). De fait, pour plusieurs il est important d'avoir la possibilité de contribuer aux solutions envisagées pour leur RAT et de prendre en charge les conditions dans lesquelles ils retourneront (Karlsson *et al.*, 2023).

Plusieurs éléments viennent augmenter le pouvoir d'agir selon les employés en AM. D'abord, de recevoir des informations pertinentes sur les processus entourant l'AM et la réintégration au travail. Les premières semaines d'absence au travail, souvent plus symptomatiques, requièrent que l'employé puisse naviguer les démarches administratives ou cliniques avec le moins d'obstacles possible. Ici la contribution des milieux de travail et des intervenants est importante et attendue (Engdahl *et al.*, 2022; Foldal *et al.*, 2020; Nybergh *et al.*, 2021). D'ailleurs, les employés en AM qui possèdent des connaissances préalables du fonctionnement du système de santé ou de services sociaux, se débrouillent mieux à ce niveau (Labourot *et al.*, 2024). De plus, le thème des limites face au travail émerge tant chez les femmes que les hommes interviewés dans les études. Ils expriment que de garder une distance saine face au travail facilite la reconstruction et le maintien d'un équilibre travail-famille (Alsén *et al.*, 2022; Joosen *et al.*, 2022; Nybergh *et al.*, 2021; Wall et Selander, 2018). Cette capacité de prise de décision face à son propre investissement au travail permet le ralentissement nécessaire pour la mise en place de stratégies de coping apprises durant l'AM (Holmlund *et al.*, 2024, Karlsson *et al.*, 2023; Strömbäck *et al.*, 2020).

Encore ici, nous voyons un parallèle à faire avec la psychoéducation. Appuyé par le processus des opérations professionnelles et le schème relationnel de la confiance, le psychoéducateur soutient l'analyse des éléments influençant l'individu dans son milieu à travers le bilan de ses forces, de ses défis adaptatifs et de l'évaluation du potentiel expérientiel. Ce processus d'intervention favorise la pleine participation de l'individu vers une prise pouvoir sur son quotidien, ses émotions et sa destinée (Daigle *et al.*, 2020; OPPQ, 2017). Essentiellement, les employés souhaitent que les acteurs clés aient une vision positive d'eux et une reconnaissance non seulement des motifs de leur absence, mais bien leurs compétences (Corbière *et al.*, 2023, Hedlund *et al.*, 2021).

Impliquer le milieu de travail et les équipes

Pratiquement toutes les études insistent sur le fait que les systèmes entourant la personne en AM pour TMC doivent collaborer. Labourot *et al.* (2024) rapportent les perceptions des employés aux prises avec les démarches associées à l'AM: l'intervention en silo ou fragmentée nuit au RAT. Cet état de fait peut rendre l'accès difficile aux services ou mal adapté aux besoins de rétablissement de l'individu (Labourot *et al.*, 2024). D'ailleurs, les interventions citées dans cet essai, basées sur le modèle collaboratif, privilégient cette connexion au milieu de travail et entre les acteurs clés en mandatant un professionnel pivot (Engdahl *et al.*, 2020, Karlsson *et al.*, 2023; Saxvik *et al.*, 2022).

L'importance de créer de bonnes relations au travail par le maintien des liens avec les pairs et le supérieur immédiat est un message récurrent et est associée au sentiment d'être soutenu et accueilli malgré son absence au travail (Corbière *et al.*, 2023; Foldal *et al.*, 2020; Holmlund *et al.*, 2024, Joosen *et al.*, 2022). Les employés expriment vouloir maintenir un dialogue avec l'employeur tout comme il est essentiel d'avoir le soutien de son milieu familial et social pour favoriser le rétablissement (Hedlund *et al.*, 2021; Holmlund *et al.*, 2024; Joosen *et al.*, 2022). En somme, les employés rappellent l'importance de la circularité de l'information et de la communication dans le contexte de systèmes qui doivent travailler ensemble vers un but commun : le RAT durable.

Dans le contexte de la pratique psychoéducative, ce constat rappelle l'importance de s'appuyer sur des modèles d'intervention biopsychosociaux en santé mentale adulte (OPPQ, 2017). En effet, ces modèles prônent l'interdisciplinarité et la collaboration interprofessionnelle en proposant des stratégies pour favoriser la communication entre les systèmes, qu'ils soient des éléments d'une famille, d'un groupe et d'une organisation (Leblanc 2020; OPPQ, 2017).

Implications pour la pratique psychoéducative

La contribution des psychoéducateurs en intervention : améliorer l'accès aux services en santé mentale

L'accès aux services en santé mentale est influencé par de multiples facteurs environnementaux et personnels. Ainsi, il est de connaissance générale qu'un facteur environnemental présent au Québec est lié aux enjeux du réseau public de soin de santé et services sociaux (Lapalme *et al.*, 2018). Entre autres, la Presse et le Devoir ont commenté les listes d'attente volumineuses des CISSS et CIUSSS retardant l'accès à des traitements adaptés en temps opportun (Cousineau, 2021; Pilon-Larose, 2022). Par ailleurs, certains facteurs peuvent appartenir aux individus eux-mêmes. Déjà en 2013, Perreault *et al.*, rapportent que l'un des trois principaux obstacles au traitement de troubles anxieux est le sentiment de honte éprouvé chez l'individu diagnostiqué (Perreault *et al.*, 2013). On découvre également dans cette étude que le principal obstacle invoqué est la distance géographique des points de services, suivi de près du fait que l'individu n'ait pu obtenir un rendez-vous rapidement ou n'a pas pu joindre un professionnel au téléphone. Quoiqu'il en soit, le problème d'accès aux services en santé mentale est complexe et doit être abordé selon une approche écologique en tenant compte des différents éléments composant les services : les politiques gouvernementales, la structure des services et leur localisation, l'environnement immédiat de l'individu ainsi que l'individu lui-même.

Pour améliorer l'accès aux services en santé mentale, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) publie son *Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026* (MSSS, 2022) ouvrant la voie à des offres de services multidisciplinaires, en fonction de l'intensité et de la sévérité de la détresse psychologique de l'individu. Cette nouvelle conception de services hiérarchisés par étapes devrait permettre une offre de service sur un continuum débutant par les autosoins allant jusqu'aux soins surspécialisés (Bellemarre *et al.*, 2020; MSSS, 2022). En principe, toutes les personnes éprouvant des problèmes de santé mentale devraient recevoir le bon service au bon moment (MSSS, 2022). Cependant, les statistiques évoquées précédemment nous rappellent que plus de 50% des gens ayant des symptômes

répondant aux critères de la dépression ou d'un trouble anxieux n'ont pas consulté de professionnels (Lapalme *et al.*, 2018). De plus, Dignard et collaborateurs rapportent que plusieurs employés ne divulguent jamais leurs difficultés à leur employeur (Dignard *et al.*, 2022).

La cadre de référence du psychoéducateur en santé mentale adulte (SMA), publié par l'OPPQ (2017), vient circonscrire le rôle de ces professionnels dans ce champ de pratique. Dans cette publication, l'OPPQ rapporte que plus de la moitié des psychoéducateurs en SMA œuvrent dans les Centres intégrés en santé en services sociaux (CISSS) dont 43% de ce nombre travaillent dans des équipes de suivi intensif variable (SIV) ou dans le milieu (SIM) (OPPQ, 2017). Seuls 26% des psychoéducateurs recensés en CISSS travaillent en première ligne soit les services plus communément requis par les employés en AM pour TMC (OPPQ, 2017). De tous les milieux de travail répertoriés, on y voit rarement les organismes tels que la CNESST, ou les programmes d'aide aux employés. Ces lieux de pratique sont émergents et sont le fruit d'initiatives personnelles, souvent associés à la pratique privée. Mais y a-t-il lieu de bonifier la contribution de psychoéducateurs dans tels milieux? La réponse est très certainement oui.

Selon nous, les psychoéducateurs peuvent jouer un rôle dans l'accompagnement d'employés en détresse dans leur milieu de travail avant, pendant et après leur absence maladie. À cet effet, l'OPPQ énumère diverses tâches qui correspondent aux différentes étapes vécues par les employés en AM pour TMC. Nous sommes d'avis que de façon préventive, le psychoéducateur peut élaborer des programmes d'éducation et d'acquisitions d'habiletés utiles au maintien d'un équilibre travail-famille ou procéder à l'évaluation de l'environnement de travail de façon périodique (OPPQ, 2017). De plus considérant les responsabilités accrues des employeurs dans l'évaluation des risques psychosociaux de leur milieu (CNESST, 2024), le psychoéducateur pourrait mettre à contribution son expertise en évaluation pour soutenir ces nouvelles démarches.

Comme décrit dans nos constats, la relation positive avec le milieu de travail ou un intervenant bienveillant favorise le rétablissement et le RAT (Corbière *et al.*, 2022; Saxvik *et al.*,

2022; Wall et Selander, 2018). Durant l'AM de l'employé, le psychoéducateur peut se joindre aux professionnels tels que les psychologues et travailleurs sociaux dans le but d'accompagner les individus vers un rétablissement. Les approches cognitives comportementales, motivationnelles et collaboratives prônées en santé mentale adulte seront bonifiées des attitudes professionnelles du psychoéducateur qui vise à créer une alliance et susciter la participation de l'individu afin de favoriser son adaptation lors de son RAT (Leblanc, 2020; OPPQ, 2017).

La contribution des psychoéducateurs en prévention : Influencer le potentiel expérientiel

Un des éléments essentiels de l'évaluation psychoéducative est l'observation et l'analyse du potentiel expérientiel c'est-à-dire l'« ensemble de conditions de réponse aux besoins fondamentaux du sujet », en y incluant les interactions que le sujet y vit (Limoges, 2020. p. 63). Du point de vue de l'employé en AM pour TMC, le potentiel expérientiel est associé à son milieu de travail, familial et social. Dans cette section, nous nous attarderons plutôt au milieu de travail en identifiant les différentes façons d'influencer les conditions qui ont impact sur l'employé en AM afin de favoriser son adaptation lors du RAT.

Comme rapporté précédemment, les employés ayant reçu un diagnostic de TMC ressentent de la honte, de la culpabilité et craignent d'être perçus négativement (Corbière *et al.*, 2023; Foldal *et al.*, 2020; Hedlund *et al.*, 2021; Joosen *et al.*, 2022; Strömbäck *et al.*, 2022). Les biais et préjugés possibles dans toutes relations humaines sont présents aussi au travail. Plusieurs recherches dénotaient l'importance pour les participants que le supérieur immédiat ou toutes autres parties intéressées par le RAT aient des connaissances suffisantes sur les TMC afin d'éviter qu'ils soient jugés pour leur condition (Alsén, *et al.*, 2022; Foldal *et al.*, 2020; Holmlund *et al.*, 2024; Strömbäck *et al.*, 2020). Du côté de la pratique psychoéducative, Leblanc (2020) met en garde les professionnels en rapportant que les préjugés négatifs envers un client affectent les attitudes professionnelles et peuvent aller jusqu'à provoquer un désengagement d'un processus, d'une intervention et éventuellement de la relation d'aide. Fort heureusement, le psychoéducateur peut déployer son expertise de différentes façons pour contrer la stigmatisation en milieu de travail. Par exemple, il peut participer à l'élaboration et la dispensation de formations sur le sujet

des TMC ou voir à l'implantation de politiques et procédures facilitant le dialogue et la prévention au sujet de la santé mentale au travail (OPPQ, 2017). De façon conceptuelle, on peut dire qu'il intervient pour soutenir l'adéquation entre les éléments de la structure d'ensemble du milieu de travail et les besoins des employés ayant un TMC (Puskas, 2009).

Dans le cadre d'une pratique plus contemporaine, ici, le psychoéducateur applique les opérations professionnelles, non pas dans un vécu partagé au sens strict du mot, mais dans l'accompagnement des acteurs du milieu de travail ayant un accès au client (Daigle *et al.*, 2020; Daigle *et al.*, 2021). Étant donné sa formation, il propose une structure simple et conviviale aux organisations pour la mise en place de l'observation, de la planification, de l'organisation et l'animation de contenus qui favorisent les apprentissages de l'employé et de l'organisation dans le processus de RAT (Daigle *et al.*, 2020). Plus particulièrement, la rigueur apportée par l'opération professionnelle de l'évaluation post-intervention amène une valeur ajoutée pour l'organisation dans le processus d'évaluation de programmes et de projets novateurs tout en faisant la promotion de l'amélioration continue. De plus, avec l'utilisation des résultats de ses évaluations post-intervention, le psychoéducateur espère provoquer les prises de conscience nécessaires au changement du climat de travail ou même d'une culture organisationnelle.

Dans les faits, les approches et les attitudes professionnelles associées à la pratique psychoéducative sont en cohérence avec ce que Fernagu (2022) appelle un environnement "capacitant". Jusqu'à maintenant associé aux disciplines des ressources humaines et de l'emploi, un environnement "capacitant" contribue à développer le pouvoir d'agir par une analyse des interactions de l'individu et de son environnement, nous rappelant ainsi l'évaluation du Potentiel adaptatif (PAD) et de potentiel expérientiel (PEX) en psychoéducation (Douville *et al.*, 2020; Fernagu, 2022). Ce nouveau concept invite les psychoéducateurs à incarner non seulement les valeurs des organisations dites « apprenantes », mais aussi de s'assurer que les apprentissages fassent la promotion d'une prise de pouvoir saine et équilibrée, tant du côté des employeurs que des employés.

La contribution des psychoéducateurs en rôle-conseil : cultiver les alliances et la collaboration

Auparavant réservé aux milieux scolaires, le rôle-conseil fait maintenant partie des fonctions attendues d'un psychoéducateur dès son entrée sur le marché du travail (Caouette, 2016; Daigle *et al.*, 2021). Afin de standardiser les compétences et habiletés requises dans ce rôle, ce créneau de pratique devait être mieux défini. De fait, Caouette (2016) décrit entre autres que dans ce contexte, le psychoéducateur n'est plus nécessairement en vécu partagé auprès de la cible ultime de l'intervention, mais plutôt avec l'ensemble des professionnels entourant celle-ci (Caouette, 2016). Dans cet essai, de façon récurrente, les employés en AM parlent de l'importance de vivre des relations de travail saines et d'évoluer à l'intérieur d'une culture organisationnelle soutenante (Alsén *et al.*, 2022; Corbière *et al.*, 2023; Foldal *et al.*, 2020; Hedlund *et al.*, 2021; Saxvik *et al.*, 2022). De leur côté Labourot *et al.*, (2024) ont noté l'impact négatif des services fragmentés et en silo auprès des employés en AM. Nous croyons que le rôle-conseil souvent attribué aux psychoéducateurs peut influencer l'environnement de travail dans lequel ces employés évoluent pour améliorer la synergie entre ces divers acteurs. Dans les faits, les organisations confrontées au phénomène d'AM vivent un déséquilibre au même titre que les employés malades. Elles ont donc tout avantage à faire preuve d'ouverture en étant à l'écoute du point de vue des employés et de profiter de l'expertise des psychoéducateurs en matière d'adaptation et de gestion du changement.

Dans le but de cultiver les alliances entre les services concernés par l'employé en AM et ainsi susciter la collaboration, le psychoéducateur portera attention aux besoins de l'organisation, aux facteurs environnementaux internes et externes et enfin, à l'expérience subjective des acteurs clés afin de les rallier autour du but commun d'un RAT durable (Lussier-Desrochers *et al.*, 2016). Ne perdant pas de vue sa cible ultime soit l'adaptation de l'employé en AM, le psychoéducateur interviendra selon les trois fonctions du rôle-conseil c'est-à-dire la fonction pédagogique, de soutien et normative, agissant à titre d'agent de changement auprès des acteurs clés (Caouette, 2016). Concrètement, en jouant un rôle pivot dans la gestion de projet, d'implantation de programmes ou de soutien aux gestionnaires, le psychoéducateur multiplie les occasions d'influencer les structures et philosophies organisationnelles (Lussier-Desrochers *et al.*, 2016).

Les compétences et habiletés nécessaires pour naviguer les enjeux systémiques d'une organisation, introduit ici l'importante notion de la posture du psychoéducateur en rôle-conseil. En effet, Caouette (2017) rappelle l'importance pour le psychoéducateur d'adopter une posture réflexive (Caouette, 2017). On peut penser qu'en sollicitant la réflexion sur les pratiques professionnelles et de gestion, on ne peut qu'améliorer les conditions de travail pour les employés concernés par le RAT. En somme, le psychoéducateur en rôle-conseil accompagne les acteurs clés et les employés à ouvrir le dialogue vers une compréhension mutuelle des impacts et des changements nécessaires à l'adaptation en vue d'un RAT.

Limites et forces des études retenues

Il importe de mentionner que les articles retenus dans cet essai sont tous de type qualitatif. Ceci implique d'abord que les données recueillies reflètent les points de vue subjectifs des participants et qu'elles ne peuvent représenter l'entièreté d'une population en AM pour TMC en processus de RAT. De ce fait, les faibles échantillons recrutés dans les études retenues sont susceptibles aux différents biais associés à la recherche qualitative et seront teintés des caractéristiques du sujet abordé ou des participants. Dans ce cas-ci on peut penser que le refus ou l'acceptation de participer ait un lien avec l'état mental et la peur de la stigmatisation des individus. En soi ceci constitue un biais possible en excluant une certaine partie de la population à l'étude. Plus spécialement les individus qui présentent des problèmes plus sévères, par exemple des individus qui souffriraient de troubles dépressifs risquent de ne pas être mobilisables pour participer à ce type d'étude. De plus les méthodes de recrutement par choix raisonné ou par réseaux impliquent que les résultats obtenus par les chercheurs seront limités aux individus ayant les mêmes caractéristiques. En revanche, ce type de devis permet de recueillir des données en lien avec l'expérience humaine d'une profondeur qu'on ne peut obtenir avec des devis quantitatifs. Selon Fortin et Gagnon (2010), les processus associés aux recherches qualitatives sont sensiblement les mêmes étapes que pour les recherches quantitatives (Fortin et Gagnon, 2010). Ces auteurs recommandent d'ailleurs d'utiliser les critères suggérés par Lincoln et Guba pour évaluer la rigueur d'une recherche qualitative c'est-à-dire la crédibilité, la fiabilité, la

transférabilité et la confirmabilité des résultats obtenus (Fortin et Gagnon, 2010).

Conséquemment, nous explorerons ces mêmes critères concernant les études retenues.

Au regard de la crédibilité, pour certaines études l'interdisciplinarité des chercheurs amène une variété intéressante au niveau de l'interprétation des données recueillies amenant une meilleure triangulation des résultats (Alsén *et al.*, 2022 ; Engdahl *et al.*, 2020; Fortin et Gagnon, 2010; Labourot *et al.*, 2024; Strömbäck *et al.*, 2020). Cependant l'utilisation d'une méthode de collectes de données unique telle qu'une seule entrevue semi-dirigée ou un sondage à questions ouvertes, peut réduire la possibilité de recouper certaines informations ou d'en confirmer l'interprétation par les chercheurs. D'ailleurs seuls Corbière *et al.*, (2022) ont fait une démarche de validation des résultats auprès des participants.

En ce qui concerne le critère de la fiabilité, toutes les études relèvent moult verbatim des employés en AM. Les processus d'analyse décrits rapportent que les contenus sont lus et débattus par plusieurs chercheurs dans chacune des études jusqu'à obtention d'un consensus sur les thèmes qui émergent. Ceci augmente la probabilité qu'un autre chercheur impliqué dans un scénario semblable arrive aux mêmes conclusions (Fortin et Gagnon, 2010).

La transférabilité des résultats obtenus sera affectée entre autres par l'exactitude avec laquelle on rapporte le phénomène à l'étude (Fortin et Gagnon, 2010). Quoique les études dans cet essai abordent toutes le retour au travail, nous remarquons que les chercheurs n'utilisent pas tous les mêmes critères de sélection conduisant à une diversité de situations chez les participants et constituant une limite à noter. Par exemple, l'échantillon total des études retenues inclut des participants à diverses étapes de leur AM ou du RAT. De plus, la disproportion du ratio de femmes (226) en rapport aux hommes (76) dans l'échantillon total affecte également la transférabilité des études se centrant entre autres, sur le point de vue majoritaire des femmes. De ce fait, on peut penser que certains milieux de travail traditionnellement féminins comme le réseau de la santé et des services sociaux soient sur représentés. Les milieux traditionnellement masculins où les conditions de retour au travail peuvent différer risquent d'être moins

documentés. Parallèlement, une force observée pour ce critère serait l'atteinte de la saturation des données et la cohésion des résultats obtenus. Nous avons pu regrouper les thèmes qui ont émergé et qui font sens avec la littérature associée aux TMC. Ce constat peut permettre entre autres aux parties prenantes du RAT de s'appuyer sur les connaissances des TMC pour l'aménagement des conditions de travail et des structures d'accompagnement.

Les résultats des études provenant majoritairement de l'Europe du Nord viennent appuyer en quelque sorte la confirmabilité des résultats dans le cadre de pays industrialisés où les travailleurs ont des droits et des recours en cas de maladie. D'un certain point de vue la prépondérance d'études provenant d'Europe du Nord pourrait constituer une limite cependant, la similitude des résultats obtenus par les chercheurs de part et d'autre de l'océan, ont démontré une cohérence dans le discours des participants. En effet, les résultats établissent que peu importe d'où provenaient les employés, les obstacles et facilitateurs du RAT sont influencés par divers acteurs, structures et cultures dans les milieux de travail. À l'inverse, ces résultats ne pourraient être applicables en fonction des structures sociales, des lois du travail ou d'enjeux culturels d'importance qui pourraient influencer le RAT.

En guise de recommandations, nous croyons que l'association de données quantitatives à ces données qualitatives serait intéressante afin de corrélérer possiblement les meilleures pratiques proposées avec un RAT durable. Ainsi, les études qualitatives prennent une « photo » dans le temps de l'opinion et de l'état d'esprit d'un individu en lien avec un sujet. Ceci ne garantit en aucun cas que cette opinion reste statique et surtout que l'employé se soit réadapté à son milieu de travail. Malgré la richesse des résultats recueillis, il faut en quelque sorte s'assurer subséquemment de l'application des interventions et stratégies gagnantes rapportées par les chercheurs et de l'évaluation des effets de ces dernières auprès employés afin qu'ils soient réellement maintenus au travail de façon durable.

Conclusion

En abordant les obstacles et facilitateurs du RAT selon la perspective des employés en AM pour TMC, cet essai cherche à pousser un peu plus loin la réflexion sur les pratiques innovantes en psychoéducation, dans les organisations touchées par ce phénomène. Les constats de nos lectures nous ramènent invariablement à ces fils conducteurs concernant les employés en AM pour TMC : le besoin d'évoluer à l'intérieur de cultures organisationnelles soutenantes, sensibles et ouvertes au dialogue; les pressions internes et externes vécues par les employés durant l'AM et le RAT; le besoin d'avoir un espace neutre où s'exprimer et reprendre un pouvoir d'action sur sa vie personnelle et professionnelle (Alsén *et al.*, 2022; Corbière *et al.*, 2023; Engdahl *et al.*, 2020; Foldal *et al.*, 2020; Hedlund *et al.*, 2021; Holmlund *et al.*, 2024; Joosen *et al.*, 2022; Karlsson *et al.*, 2023; Labourot *et al.*, 2024; Nybergh *et al.* 2020; Nybergh *et al.*, 2021; Saxvik *et al.*, 2022; Strömbäck *et al.*, 2022). Très certainement, l'expertise du psychoéducateur peut contribuer à répondre à ces besoins, en s'alliant aux forces déjà présentes sur le terrain.

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, « précise que la clientèle du psychoéducateur devient toute personne, clientèle ou organisation confrontée à des difficultés d'adaptation » (Daigle *et al.*, 2021. p. 190). Bien que le Code des professions reconnaisse l'expertise du psychoéducateur dans le champ de l'adaptation, on persiste à prescrire des traitements psychologiques aux employés en AM pour TMC. N'est-il pas paradoxal que les psychoéducateurs n'y soient pas associés?

Les milieux de travail devenus plus exigeants et en perpétuel changement sont en proie à des processus d'adaptation constants (Vézina et ISQ, 2008; Caouette, 2016). Lussier-Desrochers *et al.*, l'abordent d'ailleurs sous l'angle de l'adaptation d'une organisation mise face à un changement ou une innovation. De plus, les impacts financiers, organisationnels et humains de l'AM pour TMC relatés dans cet essai sont suffisamment préoccupants pour prioriser des actions et budgets dans diverses politiques et plans stratégiques (MSSS, 2021; MSSS, 2022; Vézina et

ISQ, 2008 et Wang et EDSC, 2016). Pourtant, on comprend que les milieux de pratique des psychoéducateurs en SMA sont peu diversifiés et demeurent minoritaires en services de première ligne au Québec (OPPQ, 2017). Selon nous, l'importance accordée à ce phénomène est le coup d'envoi vers une diversification de la pratique afin d'évoluer en fonction des besoins populationnels et des milieux de travail.

Pour toutes ces raisons, nous croyons que le moment est opportun de développer la pratique psychoéducative non seulement auprès des individus, mais des organismes et directions en soutien au RAT. En saisissant l'opportunité créée par les nouvelles responsabilités en matière de santé et sécurité au travail, imposées aux employeurs, le psychoéducateur pourra élargir son champ de pratique en santé mentale adulte tout comme du côté du rôle-conseil et ainsi contribuer au rétablissement et le RAT des employés en AM pour TMC.

Références

- Alsén, S., Ali, L., Ekman, I. et Fors, A. (2022). Having allies-Experiences of support in people with stress-related exhaustion: A qualitative study. *PloS One*, 17(11), e0277264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277264>
- American Psychiatric Association et American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.
- Anger, W. K., Dimoff, J. K. et Alley, L. (2024). Addressing Health Care Workers' Mental Health: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions and Current Resources. *American Journal of Public Health*, 114, 213–226. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307556>
- Axén, I., Björk Brämberg, E., Vaez, M., Lundin, A. et Bergström, G. (2020). Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93(7), 823–838. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01535-4>
- Bellemare, S., Morin, S., Bleau, P. et Québec (Province). (2020). *Document d'information à l'intention des établissements : programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4220891>
- Caouette, M. (2016). *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil : conception et pratiques*. Bélineau éditeur.
- Caouette, M. (2020). L'exercice du rôle-conseil par le psychoéducateur. Dans Maano, C., Coutu, S., Aimé, A. et Lafontaisie, V (Dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (1^e éd., p. 189-204). Presses de l'Université du Québec.
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). (2024). *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail en résumé*. Repéré le 10 octobre 2024 à : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/lois-reglements/modernisation-sst#datesfixees>
- Corbière, M., Charette-Dussault, É. et Larivière, N. (2023). Recognition During the Return-to-Work Process in Workers with Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 33(3), 486–505. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10087-y>
- Cousineau, Marie-Ève. (2021). *Un an plus tard, la liste d'attente en santé mentale ne diminue pas*. Le Devoir. Repéré le 14 août 2024 à <https://www.ledevoir.com/societe/641217/sante-mentale-un-an-plus-tard-la-liste-d-attente-en-sante-mentale-ne-diminue-pas>

- Daigle, S., Renou, M. et Bolduc, S. (2020). Les opérations professionnelles en psychoéducation. Dans Maano, C., Coutu, S., Aimé, A. et Lafontaisie, V. (Dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (1e éd., p. 81-102). Presses de l'Université du Québec.
- Daigle, S., Renou, M. et Bolduc, S. (2021). De la pratique traditionnelle à la pratique contemporaine de la psychoéducation. *Revue de Psychoéducation*, 50(2), 183–203.
<https://doi.org/10.7202/1084008ar>
- Dignard, C., Larivière, M. Larivière, C. et Schoenenberger, S. (2022). Spécificité du contexte canadien sur les questions de santé psychologique au travail : arrêt maladie, retour en poste et stress financier. Dans Piermattéo, A., Cléty, H., Schoenenberger, S., Demarey, C. et Blairy Savard, I. *Qualité de vie et santé au travail : théorie et pratiques*. Presses universitaires du Septentrion.
- Dobson, M., Schnall, P., Rosskam, E. et Landsbergis, P. (2020). Work-Related Burden of Absenteeism, Presenteeism, and Disability: Epidemiologic and Economic Perspective. Dans B Itmann, U. et Siegrist, J. *Handbook of disability, work and health* (p. 252-268). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-24334-0>
- Douville, L. et Bergeron, G. (2020). L'évaluation psychoéducative. Dans Maano, C., Coutu, S., Aimé, A. et Lafontaisie, V. (Dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (1e éd., p. 143-164). Presses de l'Université du Québec
- Dussault, L. (2023). *Québec atteint sa cible plus vite que prévu*. La Presse. Repéré le 14 août 2024 à :
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-03-10/liste-d-attente-pour-les-patients-orphelins/quebec-atteint-sa-cible-plus-vite-que-prevu.php>
- Engdahl, P., Svedberg, P., Lexén, A. et Bejerholm, U. (2020). Role of a Digital Return-To-Work Solution for Individuals With Common Mental Disorders: Qualitative Study of the Perspectives of Three Stakeholder Groups. *JMIR Formative Research*, 4(9), e15625.
<https://doi.org/10.2196/15625>
- Fernagu, S. (2022). L'approche par les capacités dans le champ du travail et de la formation : vers une définition des environnements capacitants ? *Travail et Apprentissages*, 23(1), 40.
<https://doi.org/10.3917/ta.023.0040>
- Foldal, V.S., Standal, M.I., Aasdahl, L., Hagen, R., Bagøien, G., Fors, E.A., Johnsen, R. et Solbjør, M. (2020). Sick-listed workers' experiences with motivational interviewing in the return-to-work process: a qualitative interview study. *BMC Public Health*, 20(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8382-9>
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (2e éd.). Chenelière éducation.

Hedlund, Å., Boman, E., Kristofferzon, M.-L. et Nilsson, A. (2021). Beliefs About Return to Work Among Women During/After Long-Term Sick Leave for Common Mental Disorders: A Qualitative Study Based on the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(3), 604–612. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09946-3>

Hees, H. L., Nieuwenhuijsen, K., Koeter, M. W. J., Bültmann, U. et Schene, A. H. (2012). Towards a new definition of return-to-work outcomes in common mental disorders from a multi-stakeholder perspective. *PLoS One*, 7(6), e39947. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039947>

Holmlund, L., Ljungberg, H. T., Bültmann, U. et Brämberg, E. B. (2024). Navigating work and life- a qualitative exploration of managers' and employees' views of return-to-work after sick leave due to common mental disorders. *BMC Public Health*, 24(1), 372. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17765-x>

Julien, D., Bordeleau, M. et Institut de la statistique du Québec. (2021). *La santé mentale positive : étude du concept et de sa mesure*. Institut de la statistique du Québec.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4386654>

Joosen, M. C. W., Lugtenberg, M., Arends, I., van Gestel, H. J. A. W. M., Schaapveld, B., Terluin, B., van Weeghel, J., van der Klink, J. J. L. et Brouwers, E. P. M. (2022). Barriers and Facilitators for Return to Work from the Perspective of Workers with Common Mental Disorders with Short, Medium and Long-Term Sickness Absence: A Longitudinal Qualitative Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(2), 272–283. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-10004-9>

Karlsson, I., Kwak, L., Axén, I., Bergström, G., Bültmann, U., Holmgren, K. et Björk Brämberg, E. (2023). Experiences of participating in a problem-solving intervention with workplace involvement in Swedish primary health care: a qualitative study from rehabilitation coordinator's, employee's, and manager's perspectives. *BMC Public Health*, 23(1), 940.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15899-y>

Kristman, V. L., Boot, C. R. L., Sanderson, K., Sinden, K. E. et Williams-Whitt, K. (2020). Implementing Best Practice Models of Return to Work. Dans B Bültmann, U. et Siegrist, J. *Handbook of disability, work and health* (p. 590-610) Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24334-0>

Labourot, J., Pinette, É., Giguère, N., Menear, M., Cameron, C., Marois, E. et Vachon, B. (2024). Factors affecting patients' journey with primary healthcare services during mental health-related sick leave. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 27(2), e14036. <https://doi.org/10.1111/hex.14036>

Lapalme, M., Moreault, B., Fansi, A., Jehanno, C., Desmarais, S. et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). (2018). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Institut national de santé et de services sociaux.
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3261196>

- Lassagne, M., Perriard, J., Rozan, A., & Trontin, C. (2012). L'évaluation économique du stress au travail. *ditions Quæ*. <http://site.ebrary.com/id/10678201>
- Leblanc, L. (2020). Les attitudes professionnelles en psychoéducation. Dans Maano, C., Coutu, S., Aimé, A. et Lafontaisie, V. (Dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (1^e éd., p. 105-124). Presses de l'Université du Québec.
- Lebrun-Paré, F., Mantoura, P., Roberge, M.-C. et Institut national de santé publique du Québec. (2023). *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec : synthèse de connaissances*. Institut national de santé publique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4710003>
- Lemieux, N., Comeau-Vallée, M. et Girard, N. (2023). Le développement organisationnel dialogique : un levier pour l'apprentissage organisationnel. Carrefour RH. Repéré le 21 août 2024 à : <https://carrefourrh.org/ressources/revue-rh/volume-26-no-4/developpement-organisationnel-dialogique>
- Limoges, J.F. (2020). Le modèle psychoéducatif. Dans Maano, C., Coutu, S., Aimé, A. et Lafontaisie, V. (Dir.), *L'ABC de la psychoéducation* (1^e éd., p. 57-74). Presses de l'Université du Québec.
- Lussier-Desrochers, D. et Godin-Tremblay, V. (2016). Le rôle-conseil en soutien à l'adaptation organisationnelle issue d'un changement ou d'une innovation. Dans Caouette, M. (Dir.), *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil : conception et pratiques* (1^e éd. p. 47-2). Béliveau éditeur.
- Martel, D., Leaune, V., Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Québec), Direction de santé publique et Gibson Library Connections, Inc. (2009). *L'amélioration des pratiques cliniques préventives à l'égard des habitudes de vie : recension des écrits*. Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1972270>
- Mcfarlane, L.-A. (2012). Technique d'entrevue motivationnelle: Des stratégies pratiques pour les orthophonistes et les audiologues. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36(1), 8–16.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2019). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* (2^e éd.). Inter éditions.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2021). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services – Guide de pratique clinique*. (2021). Santé et Services sociaux Québec. <https://canadacommons.ca/kbart/artifacts/1979415/troubles-mentaux-frequents/2731181>

Ministère de la santé et des services sociaux (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif : plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026.*

<https://canadacommons.ca/kbart/artifacts/3173517/sunir-pour-un-mieux-etre-collectif/3971947>

Nybergh, L., Bergström, G. et Hellman, T. (2020). Do work- and home-related demands and resources differ between women and men during return-to-work? A focus group study among employees with common mental disorders. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10045-4>

Nybergh, L., Bergström, G., Jensen, I., Hellman, T. et Roma, P. (2021). Experiences of interventions and rehabilitation activities in connection with return-to-work from a gender perspective. A focus group study among employees on sick leave for common mental disorders. *Plos One*, 16(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253049>

Organisation mondiale de la santé. (2024) *La santé mentale au travail*. Repéré le 16 septembre 2024 à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2017). *Le psychoéducateur en santé mentale adulte. Cadre de référence*. Montréal.

Perreault, M., Lafortune, D., Laverdure, A., Chartier-Otis, M., Bélanger, C., Marchand, A., Bouchard, S. et Milton, D. (2013). Obstacles de l'accès au traitement rapportés par des personnes aux prises avec un trouble anxieux. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 300–305. <https://doi.org/10.1177/070674371305800508>

Pilon-Larose, Hugo. (2022). *Québec ne parvient toujours pas à réduire sa liste d'attente*. La Presse. Repéré le 14 août 2024 à <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-01-25/sante-mentale/quebec-ne-parvient-toujours-pas-a-reduire-sa-liste-d-attente.php>

Pinheiro, M., Ivandic et Razzouk, D. (2017). The economic impact of mental disorders and mental health problems in the workplace. Dans Razzouk, D. (Dir.), *Mental health economics: The costs and benefits of psychiatric care* (p. 415-430). Éditions Springer.

Puskas, D. et Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. (2009). Capteurs de rêves : rencontre d'accompagnement clinique psychoéducative. Béliveau.

Rugulies, R., Aust, B. et Madsen, I.E.H. (2020). Occupational determinants of affective disorders. Dans B Ittmann, U. et Siegrist, J. (Dir.), *Handbook of disability, work and health*. (p. 208-231) Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24334-0>

Saxvik, A., Törnbom, K., Petersson, E.-L., Hange, D., Nejati, S., Björkelund, C., Svenningsson, I. et Mockridge, J. (2022). Experiences of patients with common mental disorders concerning team-based primary care and a person-centered dialogue meeting: An intervention to promote return to work. *Plos One*, 17(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271180>

Statistics Sweden. (2018). *Women and men in Sweden 2018: Facts and figures. Stockholm Hela publikationen*. Repéré le 11 septembre 2024 à <https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/living-conditions/gender-statistics/gender-statistics/pong/publications/women-and-men-in-sweden2.-facts-and-figures-2018>

Stephenson, E. et Statistique Canada. (2023). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale*. Statistique Canada. <http://central.bac-lac.gc.ca/.redirect?app=damspub&id=1dcc70a9-757a-4ed2-84cd-d69bc7705efd>

Strömbäck, M., Fjellman-Wiklund, A., Keisu, S., Sturesson, M., Eskilsson, T. et Perzynski, A. T. (2020). Restoring confidence in return to work: A qualitative study of the experiences of persons with exhaustion disorder after a dialogue-based workplace intervention. *PLoS ONE*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234897>

Theorell, T., & Karasek, R. A. (1998). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research: Correction to Theorell and Karasek (1996). *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 367. <https://doi.org/10.1037/h0090330>

Turner, S. D., Spithoff, S. et Kahan, M. (2014). Approche en soins primaires pour les problèmes de consommation de cannabis. *Canadian Family Physician*, 60(9), e423–e432.

Vézina, M. et Institut de la statistique du Québec. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois : enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Institut de la statistique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1563346>

Wall, E. et Selander, J. (2018). Return to Work After Long-Term Sick Leave: Stories of Employed Women With Common Mental Disorders. *International Journal of Disability Management*, 13. <https://doi.org/10.1017/idm.2018.6>

Wang, S. Z. et Emploi et Développement social Canada. (2016). *Santé psychologique en milieu de travail*. Emploi et développement social Canada/Employment and Social Development Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2017/17-16/publications.gc.ca/collections/collection_2017/edsc-esdc/Em8-24-2016-fra.pdf

Young, A. E., Roessler, R. T., Wasiak, R., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. M. et Anema, J. R. (2005). A Developmental Conceptualization of Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 557–568. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8034-z>

Appendice A

Tableau 1

Synthèse des études retenues

Objectif de l'étude	Méthodes et échantillons	Principaux résultats
<i>Alsén et al., 2022</i>		
Exploration de l'expérience des employés en absence pour épuisement professionnel sous l'angle du soutien de personnes alliées dans l'environnement personnel et professionnel.	<p>Entrevue semi-structurée, théorie de l'interprétation de Ricoeur</p> <p>12 participants dont</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 hommes • 7 femmes • Recrutement par réseaux 	<p>Thème principal : avoir des alliés soutenant le maintien de la dignité personnelle durant la maladie.</p> <p>Sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sentir compris et considéré • Recevoir la guidance appropriée
<i>Corbière et al., 2022</i>		
Documenter le sens de la reconnaissance lors du RAT et le phénomène de la reconnaissance durant le RAT selon le point de vue de l'employé.	<p>Entrevue semi-structurée, verbatims codés dans N'Vivo.</p> <p>20 participants dont</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 hommes • 16 femmes • Recrutement par réseaux 	<p>Un thème principal : Description des gestes démontrant la présence ou l'absence de reconnaissance en fonction de 4 systèmes en soutien au RAT :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système employeur • Système de santé • Système d'assurance • Système social

Objectif de l'étude	Méthodes et échantillons	Principaux résultats
<i>Engdahl et al., 2020</i>		
<p>Examiner les perspectives des parties prenantes dont les employés en AM pour TMC, en lien avec le rôle et l'utilité d'une intervention virtuelle pour faciliter le RAT (mWorks).</p>	<p>Entrevue semi-structurée et focus group : cadre théorique de Graneheim et Lundman</p> <p>18 utilisateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11 hommes • 7 femmes • Recrutement par réseau <p>28 professionnels et gestionnaires</p>	<p>Quatre thèmes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le pouvoir d'agir de l'utilisateur • Aborder les défis d'implantation • Créer une expérience positive pour l'utilisateur • Inclure des contenus pertinents pour le RAT
<i>Foldal et al., 2020</i>		
<p>Explorer l'expérience des employés accompagnés par un processus d'entrevue motivationnelle lors du RAT.</p>	<p>Entrevue semi-structurée : phénoménologie descriptive</p> <p>16 participants dont</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 hommes • 13 femmes • Recrutement par choix raisonné 	<p>Trois thèmes principaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La relation avec l'intervenant • Normaliser l'arrêt maladie • L'ajustement des stratégies de RAT
<i>Hedlund et al., 2021</i>		
<p>Décrire les croyances des femmes face au RAT après une AM de longue durée selon la</p>	<p>Entrevue semi-structurée</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 femmes 	<p>Trois catégories de croyances en fonction de la TPB :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les croyances comportementales, dont les avantages et désavantages du RAT

Objectif de l'étude	Méthodes et échantillons	Principaux résultats
théorie du comportement planifié (Theory of planned behaviour, TPB).	<ul style="list-style-type: none"> Recrutement par réseaux 	<ul style="list-style-type: none"> Les croyances normatives, dont ceux qui soutiennent ou non leur RAT Les croyances de contrôle, dont les facilitateurs et obstacles du RAT
Holmlund <i>et al.</i> , 2024		
Comprendre les facilitateurs et obstacles du RAT à la suite d'une absence pour TMC, sous l'angle de la conciliation travail-famille.	<p>Entrevue semi-structurée : méthode de Braun et Clark</p> <p>17 participants</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 hommes 9 femmes Recrutement par choix raisonné <p>10 gestionnaires</p>	<p>Trois thèmes principaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se débrouiller : gérer les activités quotidiennes Appartenance : expérimenter le soutien et les relations sociales au travail et à la maison Support organisationnel : mise en place d'un environnement de travail soutenant
Joosen <i>et al.</i> , 2022		
Comprendre ce que les employés définissent comme étant les causes de leur AM, les obstacles et facilitateurs du RAT. Documenter les différences perceptuelles et comportementales entre les personnes en AM au court (0-3 mois), moyen (3-6 mois) et long termes (+ de 6 mois).	<p>Entrevue semi-structurée : verbatims codés dans AtlasTi V.7.5.16</p> <p>34 participants dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> 8 hommes 26 femmes Recrutement par réseaux 	<p>Causes perçues:</p> <p>Un thème principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> La forte pression et les changements non souhaités au travail, dont 26 sous-thèmes <p>Obstacles perçus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manque d'ajustement au travail de base Mauvaise gestion ou politique de RAT Relation difficile avec gestionnaires ou collègues <p>Facilitateurs perçus:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ajustement structurel au travail Gestion adéquate Relation soutenante avec gestionnaire ou collègues Stratégies efficaces au travail

Objectif de l'étude	Méthodes et échantillons	Principaux résultats
		<p>Différences entre le court et long termes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conditions de travail favorables ou non • Comportements de rétablissement proactifs vs réactifs • Le sens accordé au travail
<i>Karlsson et al., 2023</i>		
Explorer l'expérience des employés lors de leur participation à une intervention de résolution de problème en collaboration avec l'employeur. Identifier les obstacles et facilitateurs à la participation de l'intervention.	<p>Entrevue semi-structurée : verbatims codés analysés dans N'Vivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13 femmes • Recrutement par choix raisonné <p>8 coordonnateurs de la réadaptation 8 gestionnaires</p>	<p>Un thème commun à tous les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des participants nomment que la structure de l'intervention soutient le dialogue entre les parties <p>Deux thèmes selon les employés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perception positive de l'intervention, elle offre une occasion de se prendre en charge et s'impliquer dans la recherche de solutions vers un RAT • Processus exigeant émotionnellement <p>Obstacles perçus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps exigé par l'intervention • Conflits émergeant en lien avec les normes de RAT et les besoins des employés
<i>Labourot et al., 2024</i>		
Comprendre le parcours d'un employé en absence maladie pour TMC et les facteurs qui influencent leur accès à des soins de santé de première ligne.	<p>Questionnaire en ligne et entrevue semi-structurée</p> <p>14 participants dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 hommes • 11 femmes • Recrutement par choix raisonné 	<p>Cinq facteurs influencent le parcours vers le RAT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions fragmentées des médecins de famille • Autonomie de la personne pour gérer son parcours • Attitude des professionnels fournis par l'assureur • L'ouverture et la compréhension de l'employeur • Adéquation des besoins de l'employé et de l'accès aux services psychosociaux et de réadaptation

Objectif de l'étude	Méthodes et échantillons	Principaux résultats
<i>Nybergh et al., 2020</i>		
<p>Explorer comment les exigences de la conciliation travail-famille et les ressources influencent le RAT. Les auteurs examineront également s'ils remarquent des similarités ou différences entre les hommes et les femmes à cet égard.</p>	<p>Focus group et entrevue semi-structurée. 28 participants dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 hommes • 13 femmes • Recrutement par choix raisonné 	<p>Quatre thèmes émergent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les exigences à la maison et les ressources • Les exigences du travail et les ressources • Les exigences personnelles internes et les ressources • Les exigences et ressources liées aux parties prenantes
<i>Nybergh et al., 2021</i>		
<p>Explorer l'expérience des femmes en lien avec des d'activités ou interventions lors du RAT. Comparer s'il existe une différence entre les hommes et les femmes à cet effet.</p>	<p>Focus group et entrevue semi-structurée en complément 28 participants dont:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 hommes • 13 femmes • Recrutement par choix raisonné 	<p>Le thème commun des participants : Être abordé avec respect et reconnaissance Deux sous-thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les caractéristiques des activités et interventions de réadaptation (clarté des démarches, les outils de réduction du stress, « timing » et suivi des activités, adaptations individuelles, les interventions organisationnelles) • Les caractéristiques des parties prenantes lors du RAT (la considération des employés, la compétence des intervenants, la connaissance des TMC pour légitimer leur condition) <p>Les différences selon le genre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hommes souhaitent des activités associées au milieu de travail tandis que les femmes souhaitent des activités à domicile

Objectif de l'étude	Méthodes et échantillons	Principaux résultats
<i>Saxvik et al., 2022</i>		
Explorer l'expérience des employés en AM pour TMC de faire partie d'un modèle d'intervention collaboratif, ayant comme modérateur un coordonnateur de soin lors du RAT	Entrevue semi-structurée au téléphone 13 participants dont : <ul style="list-style-type: none"> • 2 hommes • 11 femmes • Recrutement par choix raisonné 	Cinq thèmes concernant les effets du modèle collaboratif: <ul style="list-style-type: none"> • Avoir l'impression que l'on prend soin d'eux • La collaboration avec l'équipe est perçue positivement • Avoir un professionnel qui écoute activement et avec sensibilité • La rencontre collaborative est perçue structurante et aidant la planification du RAT • La rencontre est soutenante et augmente la compréhension mutuelle
<i>Strömbäck et al., 2020</i>		
Explorer l'expérience des employés en lien avec leur participation à une intervention axée sur le dialogue en vue du RAT.	Focus group 15 participants dont: <ul style="list-style-type: none"> • 2 hommes • 13 femmes • Recrutement par choix raisonné 	Le thème principal : Rétablir la confiance sur la base d'une entente commune S'opérationnalise en trois phases : <ul style="list-style-type: none"> • L'entrée émotionnelle • La guidance soutenante • Soutenir le pouvoir d'agir face au changement
<i>Wall et Selander, 2018</i>		
Investiguer le point de vue des femmes en AM pour TMC en regard de leur perception de ce qui les aiderait pour le retour au travail.	Sondages <ul style="list-style-type: none"> • 56 femmes • Recrutement par choix raisonné 	Les trois trames narratives recueillies donnent 5 thèmes : <ul style="list-style-type: none"> • Les horaires de travail • Les limites • La compréhension • La patience • Recommencer à zéro

