Document généré le 12 oct. 2024 05:02

Santé mentale au Québec

Stratégies de retour au travail d'employés ayant fait l'expérience d'une dépression : perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines

Return to Work Strategies of Employees who Experienced Depression: Employers and HR's Perspectives

Marc Corbière, Tania Lecomte, Jean-Philippe Lachance, Marie-France Coutu, Alessia Negrini et Sonia Laberon

Volume 42, numéro 2, automne 2017

Trouble mental et travail : accompagnement et inclusion professionnelle pérenne

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1041922ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1041922ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Corbière, M., Lecomte, T., Lachance, J.-P., Coutu, M.-F., Negrini, A. & Laberon, S. (2017). Stratégies de retour au travail d'employés ayant fait l'expérience d'une dépression : perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines. *Santé mentale au Québec*, *42*(2), 173–196. https://doi.org/10.7202/1041922ar

Résumé de l'article

La dépression majeure est l'une des premières causes d'incapacité au travail dans le monde et a de nombreuses conséquences tant sur l'employé concerné qu'auprès des acteurs du milieu de travail.

Objectif Nous visons à documenter, selon la perspective des employeurs et des cadres des ressources humaines, les stratégies que ces acteurs préconisent dans leur organisation pour faciliter le retour au travail (RaT) d'employés en absence maladie due à une dépression.

Méthode Deux cent dix-neuf employeurs et cadres de ressources humaines (n = 219) ont accepté de répondre à une entrevue semi-structurée téléphonique. La question abordée dans cet article était : « Selon vous, quelles sont les stratégies les plus efficaces pour aider un employé ayant reçu un diagnostic de dépression à retourner au travail ? » La codification du *verbatim* a été effectuée à partir d'études empiriques et de théories existantes.

Résultats Trente-quatre (34) stratégies réparties sur six grands principes ont émergé : 1) Contact avec l'employé en absence maladie (10 stratégies) ; 2) Évaluation et planification du RaT sans précipitation (6) ; 3) Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique de la santé mentale au travail (4) ; 4) Concertation des acteurs clés du RaT (4) ; 5) RaT progressif avec aménagements (4) ; 6) Suivi de la santé de l'employé et de son travail (6).

Conclusion Ces principes articulés autour de 34 stratégies du RaT vont au-delà d'un processus étapiste de nature chronologique. Articulés dans un programme de RaT, ils devront être testés afin d'évaluer leurs retombées dans les organisations, notamment sur la gestion de l'incapacité au travail.

Tous droits réservés © Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2017

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Stratégies de retour au travail d'employés ayant fait l'expérience d'une dépression : perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines

Marc Corbière[a]

Tania Lecomte[b]

Jean-Philippe Lachance[c]

Marie-France Coutu[d]

Alessia Negrini[e]

Sonia Laberon[f]

a. Professeur titulaire du Département d'éducation et pédagogie – Counseling de carrière, Université du Québec à Montréal – Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) – Titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail, Fondation de l'IUSMM.

b. Professeur titulaire du Département de psychologie, Université de Montréal – Chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM).

c. Étudiant au doctorat interdisciplinaire santé et société, Université du Québec à Montréal ; Coordonnateur de projets de recherche au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM).

d. Professeure titulaire de l'École de réadaptation, campus de Longueuil, Université de Sherbrooke ; Chercheuse du CAPRIT intégré au centre de recherche – Hôpital Charles Le Moyne.

e. Chercheuse en santé psychologique au travail à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

f. Maître de conférences en psychologie du travail et des organisations, Faculté de psychologie, Laboratoire de psychologie EA4139, Université de Bordeaux, France.

Santé mentale au Québec, 2017, XLII, nº 2, 173-196

RÉSUMÉ La dépression majeure est l'une des premières causes d'incapacité au travail dans le monde et a de nombreuses conséquences tant sur l'employé concerné qu'auprès des acteurs du milieu de travail.

Objectif Nous visons à documenter, selon la perspective des employeurs et des cadres des ressources humaines, les stratégies que ces acteurs préconisent dans leur organisation pour faciliter le retour au travail (RaT) d'employés en absence maladie due à une dépression.

Méthode Deux cent dix-neuf employeurs et cadres de ressources humaines (*n* = 219) ont accepté de répondre à une entrevue semi-structurée téléphonique. La question abordée dans cet article était : « Selon vous, quelles sont les stratégies les plus efficaces pour aider un employé ayant reçu un diagnostic de dépression à retourner au travail ? » La codification du *verbatim* a été effectuée à partir d'études empiriques et de théories existantes.

Résultats Trente-quatre (34) stratégies réparties sur six grands principes ont émergé : 1) Contact avec l'employé en absence maladie (10 stratégies) ; 2) Évaluation et planification du RaT sans précipitation (6) ; 3) Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique de la santé mentale au travail (4) ; 4) Concertation des acteurs clés du RaT (4) ; 5) RaT progressif avec aménagements (4) ; 6) Suivi de la santé de l'employé et de son travail (6).

Conclusion Ces principes articulés autour de 34 stratégies du RaT vont au-delà d'un processus étapiste de nature chronologique. Articulés dans un programme de RaT, ils devront être testés afin d'évaluer leurs retombées dans les organisations, notamment sur la gestion de l'incapacité au travail.

MOTS CLÉS dépression, retour au travail, incapacité au travail, employeurs, ressources humaines, stratégies de gestion

Return to Work Strategies of Employees who Experienced Depression: Employers and HR's Perspectives

ABSTRACT Major depression is one of the leading causes of work disability across the world. In Canada, the lifetime prevalence of depression varies from 10 to 12%. Depression impacts not only the employee who is often stigmatized and can lose his professional identity, but also has consequences on colleagues and supervisors in organizations. In the literature, four models are described from which employers and managers use in their organizations to make decisions regarding the work disability of employees on sick leave: biomedical, financial management, personnel management, and organizational development. These models can also be supported by economic, legal and ethical interests. Even though these models are essential to better understand the decision of employers and HR regarding work disability, information remains scarce regarding the concrete strategies used by these stakeholders to facilitate the return to work for employees on sick leave due to depression.

Objectives the aim of this paper is to document, considering employers' and human resources' perspectives, the best strategies to put in place to facilitate the return to work of employees on sick leave due to depression.
Method This study was part of a larger study carried out in Canada to assess factors influencing the return to work after a depression-related sick leave, taking into account the viewpoint of four types of stakeholders: employers/human resources, supervisors, unions and people diagnosed with depression. 219 employers (68.5%) and human resources directors (31.5%) from 82.6% organizations having more than 100 employees accepted to answer a telephone semi-structured interview. The question of interest in this study is: *In your opinion, what are the best strategies to help an employee who has had a depression to return to work?* Coding was influenced by empirical findings and theories related to psychosocial risk factors that the authors use in their respective disciplines as well as return to work principles/steps mentioned in the literature. The main objective was to keep all the strategies mentioned by participants, and analyzing them with major principles of return to work.
Results 24 return to work strategies spread on six principles emerged: 1) Contact with the employee during his sick leave (10 strategies); 2) Evaluate and plan the return to work without precipitating it (6); 3) Training for managers and colleagues regarding mental health in the workplace (4); 4) Concertation between key return to work stakeholders (4); 5) Progressive return to work with work accommodations (4); 6) Health and work follow-up regarding the employee (6).
Conclusion These six principles including 34 strategies are usually related to the timeframe process of the return to work, though they can be implemented sometimes in parallel. This possible overlap reinforces the idea to consider the return to work as sustainable in order to prevent potential relapses and improve the performance at work. Next steps will be to systematically implement these principles and strategies in organizations in order to evaluate their impact on return to work of employees on sick leave due to depression.

KEYWORDS depression, return to work, work disability, employer, human resources, management strategies

Introduction

L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques[1] précise qu'entre 30 % et 50 % des incapacités et des maladies de longue durée de la population active sont imputables à un trouble mental. La dépression majeure est l'une des premières causes d'incapacité au travail dans le monde[2,3], plus prépondérante dans les pays occidentaux[4]. Au Canada, la prévalence annuelle de la dépression majeure varie

de 4 % à 5,5 %[3, 5], alors que sur une vie entière, elle oscille entre 10 % et 12 %[3,6]. Malgré une nette amélioration des interventions et traitements pour enrayer la dépression[5], la stabilité de la prévalence (annuelle ou à vie) dans plusieurs pays[7,8] est expliquée, entre autres, par une augmentation des facteurs de risques psychosociaux et le vieillissement de la population[7].

La dépression majeure peut se manifester au travail par des symptômes tels que la fatigue, l'irritabilité, la difficulté à se concentrer et prendre des décisions, la difficulté à se souvenir des consignes à suivre, une perte d'intérêt dans les tâches à réaliser et objectifs à atteindre, et au final, une productivité au travail significativement amoindrie[9,10]. Au-delà des coûts monétaires, d'importantes conséquences peuvent survenir comme la perte d'identité professionnelle, et ce, notamment dans le cas d'une absence prolongée du travail. L'individu incarne du même coup, et à son insu, l'objet du stigmate social. Les absences dues à un trouble mental peuvent aussi avoir un impact sur les collègues qui doivent parfois absorber le travail de l'employé absent. Au Québec comme ailleurs, nombreux sont les gestionnaires qui se questionnent sur la gestion de l'absence de l'employé et son éventuel retour dans l'équipe de travail[11].

Kristman et coll.[12] identifient dans leur revue de littérature quatre modèles sur lesquels s'appuient les employeurs et gestionnaires pour prendre des décisions concernant la gestion des absences du travail et de l'incapacité au travail. Il s'agit des modèles : 1) biomédical ; 2) de gestion financière ; 3) de gestion du personnel ; et 4) de développement organisationnel. Notons que ces modèles ne sont pas mutuellement exclusifs et peuvent se chevaucher selon la perspective des employeurs et cadres des ressources humaines. Toutefois, l'adoption d'un ou plusieurs de ces modèles générera des cibles d'intervention particulières en milieu de travail[13]. Dans les prochaines lignes, nous présenterons succinctement ces modèles dans l'optique de faire émerger les préoccupations et les limites qui y sont sous-jacentes.

Le premier modèle renvoie à des stratégies de gestion des soins médicaux, centrées sur la personne concernée, en l'occurrence l'employé. Ce dernier est traité en clinique, en dehors du milieu de travail, et l'employé entretient essentiellement une relation avec son professionnel de la santé. L'employé ne recevra que peu de soutien du milieu de travail, puisque le rétablissement est avant tout la responsabilité de l'individu et des professionnels de la santé qui en prennent soin. Ce modèle biomédical est principalement pertinent pour la phase aiguë

de la maladie. Il consiste en quatre grandes étapes dans le parcours absence maladie – retour au travail[14] : 1) examen du patient ; 2) inférence de la pathologie et diagnostic médical ; 3) prescription d'une thérapie/du traitement dans une visée de rémission ou de réadaptation ; et 4) guérison de la pathologie et recouvrement des capacités fonctionnelles et professionnelles. On comprend alors que ce modèle présente plusieurs limites, dont le risque de porter le blâme sur l'employé s'il a éventuellement des difficultés à reprendre son activité professionnelle alors qu'il est considéré comme « apte au travail ».

Quant au modèle fondé sur la gestion financière, en lien aussi avec la philosophie adoptée par les compagnies d'assurance, il est basé sur la prudence et le moindre risque, notamment lorsqu'il s'agit de prendre des décisions qui engendrent des coûts monétaires pour l'organisation[12]. Les stratégies mises en avant sont celles qui engendrent les moindres coûts avec le souci d'éviter toute responsabilité chez les gestionnaires des organisations. Par exemple, elles peuvent s'illustrer par l'absence d'utilisation de services/interventions organisationnelles pour aider éventuellement le RaT de l'employé, car perçues comme trop coûteuses. Ce deuxième modèle a quelques similarités avec le modèle biomédical, car il s'oriente essentiellement sur l'individu en faisant fi de l'éventualité des diverses causes de l'incapacité au travail, telles que les risques psychosociaux du milieu de travail.

Issu des ressources humaines, le modèle de la gestion du personnel, quant à lui, présente une posture différente, car l'organisation vise une responsabilité fiduciaire qui cherche à prendre soin des préoccupations des employés de façon équitable et le plus rapidement possible, et ce, tout en s'appuyant sur les meilleures pratiques existantes[12]. Ce type de modèle peut s'illustrer par des formations destinées aux gestionnaires, telles qu'apprendre à bien communiquer avec les parties impliquées dans le RaT[12]. Ce dernier modèle est aussi en lien avec les fondements du paradigme de l'incapacité au travail de Loisel et coll.[15], dans lequel les interactions et la concertation des acteurs du RaT vont avoir une influence primordiale sur le processus du RaT de l'employé et le prolongement ou non de son incapacité au travail. Le paradigme de l'incapacité au travail apporte en ce sens une composante essentielle, mettant l'accent sur le rôle et les actions des acteurs ; acteurs provenant de divers systèmes comme celui de l'organisation, des assurances, de la santé et du système personnel et social de l'employé concerné.

Enfin, le modèle du développement organisationnel relatif à la psychologie du travail et des organisations a pour objectif de créer une

culture dans l'environnement de travail, en vue d'atteindre une meilleure satisfaction au travail, productivité et compétitivité chez l'employé[12]. Dans le contexte de l'incapacité au travail, l'objectif est de résoudre les difficultés lors du RaT comme la mise en place d'aménagements de travail et le développement du leadership des gestionnaires. La cible de ce modèle devient beaucoup plus centrée sur les besoins de l'employé, tout en se référant aux ressources disponibles de l'environnement de travail. Ce modèle fait d'ailleurs écho au modèle théorique intitulé *job demands-resources* de Demerouti et coll.[16] qui stipule que pour prévenir les problèmes de santé et assurer un plus grand engagement de l'employé dans son travail, il est important de comprendre l'articulation entre les ressources organisationnelles mises à la disposition de l'employé et les exigences organisationnelles qui lui incombent de satisfaire[17].

Pour compléter la typologie de Kristman et coll.[12], les orientations des employeurs et des ressources humaines concernant la gestion de l'incapacité au travail sont teintées par des approches plus macroscopiques, de nature purement économique comme nous l'avons vu plus haut, mais aussi légale ou éthique, voire les trois simultanément[18]. Pour l'approche dite légale, ce sont les règles, les normes et lois qui vont influencer l'employeur à intervenir sur l'incapacité au travail[19]. Quant à l'approche dite éthique, elle s'attarde à des activités volontaires basées sur les principes moraux et éthiques de la société. Par exemple, la plupart des acteurs s'entendent sur les étapes de RaT, la santé et la sécurité au travail[18]. En ce sens, les acteurs de l'organisation et ceux provenant d'autres systèmes pourraient suivre les grands principes du RaT, en débutant par le respect d'une période de récupération lors de l'absence maladie et se terminant par le suivi du RaT de l'employé, en passant par une évaluation de l'employé et la mise en place d'un plan d'aménagement de travail ; étapes qui ont été recensées dans la littérature comme essentielles pour le RaT de personnes en absence – maladie due à un trouble mental ou un trouble musculosquelettique[20]. Selon un ordre chronologique du RaT, les six étapes sont comme suit : 1) Arrêt de travail et récupération ; 2) Premier contact avec l'employé en absence maladie ; 3) Évaluation du travailleur et de son travail ; 4) Développement du plan de RaT avec aménagements ; 5) Reprise du travail ; et 6) Soutien lors du RaT[20].

Comme le souligne Feuerstein[21] dans son éditorial, la problématique de l'incapacité au travail ne pourra présenter des éléments de solutions que dans la mesure où l'on obtient l'engagement et le soutien

des employeurs et gestionnaires de petites et grandes entreprises, d'où l'importance de consulter ces acteurs incontournables du RaT. L'objectif de cet article est donc de documenter, selon la perspective des employeurs et des cadres des ressources humaines, les stratégies que ces acteurs perçoivent comme efficaces pour faciliter le RaT d'employés en absence maladie due à une dépression. Ces résultats seront discutés à la lumière des étapes ou principes du RaT mis en relief dans la littérature spécialisée.

Méthode

Cette étude s'inscrit dans une recherche plus large qui porte sur les acteurs du système de l'organisation ; l'objectif principal étant de documenter, selon le point de vue de quatre groupes d'acteurs – les employeurs/les cadres de ressources humaines, les supérieurs immédiats[22], les représentants syndicaux[23] et les personnes ayant vécu une dépression[24] – les facteurs du RaT d'employés en absence maladie due à une dépression. Les fondements théoriques qui sous-tendent ce projet sont à l'effet qu'il est important de considérer les attitudes, perceptions et actions des acteurs du RaT pour mieux intervenir auprès de la personne inscrite dans un processus de RaT. C'est en découpant notre évaluation par acteur du RaT que nous serons à même de mieux définir leurs perceptions et actions, pour ensuite articuler le rôle de chacun dans une concertation interacteurs, une des clés du RaT [15,25]. En ce sens, la présente étude s'intéresse plus particulièrement aux perceptions des employeurs/cadres des ressources humaines relativement aux stratégies que ces acteurs préconisent pour faciliter le RaT après une dépression. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke.

Les participants à l'étude répondaient au téléphone à une entrevue semi-structurée (45 à 60 min), dont plusieurs questions ont été tirées de l'entretien conçu par Bayle[26] et adaptées au contexte québécois. Les questions sont structurées autour de plusieurs sections telles que la rubrique sociodémographique (âge, sexe, etc.), la description de l'entreprise, les attitudes explicites et implicites liées ou non au travail et qui sont relatives à la dépression, l'intention d'embauche et de retour au travail de personnes aux prises avec une dépression. La question de l'entrevue abordée dans cet article provient de cette dernière section : « Selon vous, quelles sont les stratégies les plus efficaces pour aider un employé ayant reçu un diagnostic de dépression à retourner au

travail ? ». Le recrutement des participants a été réalisé grâce à différentes sources : les listes des plus grandes PME du Québec, le Centre patronal santé et sécurité au travail, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail – secteur affaires municipales, l'Ordre des conseillers des ressources humaines agréés, les 500 au Québec, et le Registraire des entreprises du Québec. Selon la taille de l'organisation, le coordonnateur du projet de recherche prenait contact par téléphone avec l'employeur ou les ressources humaines pour évaluer leur intérêt à participer à l'étude. Les deux seuls critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient : 1) parler le français ou l'anglais ; et 2) occuper le statut de cadre dans les ressources humaines ou être employeur.

Basée sur l'analyse descriptive interprétative[27], la codification du *verbatim* a été effectuée à partir des études empiriques et théories existantes sur lesquelles les auteurs s'appuient pour approcher cette problématique (ex. Corbière et coll.[17]) et en respectant, autant que faire se peut, les grandes étapes du RaT d'employés en absence-maladie[20,28]. Après avoir consulté le *verbatim*, les auteurs (M. C. et T. L.) ont créé un cahier de codes communs (correspondant aux thèmes, étapes ou principes du RaT) et ont réalisé cette codification avec le logiciel Excel. Lors de l'analyse du *verbatim*, les auteurs ont rapidement constaté que si on peut noter un éventuel ordre chronologique dans le classement de certaines stratégies, d'autres renvoient à des principes plutôt qu'à un ordre temporel bien établi. Eu égard à ces constats, l'équipe a adopté le terme « principe » plutôt qu'« étape » lorsqu'est venu le temps de catégoriser les stratégies. À partir de ce cahier, les codeurs (M. C., T. L., J-P. L., et S. L.) ont procédé de façon indépendante à la codification des *verbatim* de l'ensemble des propos recueillis lors de l'entrevue téléphonique. L'objectif était de conserver toutes les stratégies mentionnées par les participants en les articulant sous de grandes catégories ou principes. Pour finir, l'ensemble des coauteurs de cet article ont passé en revue le classement des stratégies en considérant les principes conçus préalablement. L'accord intercodeur a été effectué pour chaque entrevue et de façon globale, et il a été jugé très satisfaisant (seulement quelques *verbatim* n'ont pu être interprétés correctement). En cas de divergences, celles-ci ont systématiquement fait l'objet de discussion.

Au final, tel qu'indiqué dans le tableau 1, 219 cadres des ressources humaines (68,5 %) et employeurs (31,5 %) ont pris part à cette étude, dont les trois quarts sont des femmes (n = 163). La moyenne d'âge est de 41,3 ans (é. t. = 10 ans) et près de 90 % des participants possèdent un diplôme d'études universitaires (n = 195). La majorité des organi-

TABLEAU 1

Description des participants (*n* = 219)

Variable	*n* (%) ou *M* [é.t.]
Genre	
Homme	56 (25,6)
Femme	163 (74,4)
Âge	
Tous	41,3 [10,0]
20-30 ans	36 (16,4)
31- 40 ans	65 (29,7)
41-50 ans	71 (32,4)
51- 61 ans	47 (21,5)
Niveau de scolarité	
Universitaire	195 (89,0)
Autre	24 (11,0)
Secteur d'activité	
Secondaire	55 (25,1)
Tertiaire	161 (73,5)
Taille de l'organisation	
5-99	38 (17,3)
100-499	90 (41,1)
> 500	91 (41,6)
Fonction dans l'organisation	
Ressources humaines	150 (68,5)
Employeurs	69 (31,5)
Région	
Montréal	134 (61,2)
Extérieur de Montréal	85 (38,8)

Notes. *n* = nombre de répondants *M* = moyenne, é.t. = écart-type
À cause de données manquantes, le pourcentage n'arrive pas toujours à 100 %

sations au sein desquelles provenaient les participants sont situées à Montréal (*n* = 134 ; 61,2 %). Des 181 organisations employant plus de 100 employés (87,2 %), la moitié d'entre elles en compte plus de 500 (*n* = 91). Toutes les organisations œuvrent dans les secteurs tertiaire (*n* = 161 ; 73,5 %) ou secondaire (*n* = 55 ; 25,1 %).

Résultats

À la lecture du tableau 2, nous pouvons constater que les 34 stratégies peuvent être réparties selon six grands principes. Le premier principe

TABLEAU 2

Stratégies réparties selon six grands principes du RaT

1. Contacts avec l'employé en absence maladie

1. Respecter la confidentialité et établir la confiance lors de l'absence maladie ;
2. Adopter des attitudes humaines et rassurantes ;
3. Être à l'écoute et empathique à l'égard de l'employé ;
4. Ne pas faire sentir l'employé coupable de son absence ;
5. Mettre l'accent sur l'importance de prendre le temps de se rétablir ;
6. Faciliter les aspects administratifs (ex. demande d'assurance) pour l'employé ;
7. Respecter le processus de guérison et s'informer des traitements thérapeutiques mis en place pour aider l'employé ;
8. Envoyer le message que l'on ne revient pas au travail parce que l'on ne veut plus rester à son domicile ;
9. Faire savoir à l'employé qu'il est attendu et important pour l'organisation ;
10. Lui faire une mise à jour des changements organisationnels et lui mentionner que l'on va mettre en place des accommodements, que l'on va prendre soin de lui.

2. Évaluation et planification du RaT sans précipitation

1. Suivre un plan/protocole de RaT systématique implémenté dans l'organisation ;
2. Vérifier les craintes de l'employé, diminuer son inquiétude et son angoisse, travailler sur ses appréhensions face au RaT ;
3. Connaître les besoins et attentes de l'employé au regard de son poste (y a-t-il des choses qui l'inquiètent ?), respecter son rythme ; lui demander de faire connaître ses attentes ;
4. Discuter des limitations de l'employé identifiées par le médecin ou autre professionnel de la santé, bien évaluer ses capacités ;
5. Valider le poste de l'employé en considérant ses limitations ;
6. Éviter de remettre l'employé dans les conditions de travail qui ont pu provoquer sa dépression, s'assurer que le milieu de travail est exempt des facteurs qui ont causé la dépression (risques psychosociaux).

3. Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique santé mentale au travail

1. Former et coacher le supérieur immédiat (quoi faire et ne pas faire) et le soutenir ;
2. S'assurer que le gestionnaire est motivé par le RaT de l'employé, qu'il accueillera l'employé en adoptant les bonnes attitudes (bon coach) ;
3. Sensibiliser le collectif de travail à la problématique de la santé mentale ;
4. Normaliser les troubles, ne pas créer d'étiquettes, briser les tabous, démystifier, dédramatiser la situation et éviter le jugement.

4. Concertation des acteurs clés du RaT

1. Préparer le groupe de travail pour le RAT après une longue absence, quelle que soit la problématique de santé ;
2. Demander la collaboration des collègues/ne pas délaisser les autres employés ;
3. Clarifier les rôles et responsabilités de chacun (ex. objectifs et attentes connus par tous) ;
4. Assurer une rencontre préliminaire avec le supérieur immédiat avant le RaT.

5. Retour au travail progressif avec aménagements

1. Suivre les recommandations du médecin et le consulter au besoin ;
2. S'assurer d'un retour progressif qui ne soit pas trop long (proposition de six semaines) ;
3. Considérer la liste des aménagements possibles : alléger ou adapter les tâches de travail, jumelage avec un collègue, faire des listes pour éviter l'insécurité, offrir un mentor, proposer un autre poste si RaT trop long, offrir un horaire flexible et réduit, embellir l'espace, offrir des pauses pour réduire le stress, éviter la surcharge, offrir une cadence adaptée aux besoins de l'employé, offrir une assignation temporaire, signifier à l'employé qu'il existe des services au besoin (programme d'aide aux employés) ;

4. Suivre les mesures d'aménagements établies au préalable par les principaux acteurs (ex. supérieur immédiat, employé).

6. Suivi de la santé de l'employé et de son travail

1. Avoir des rencontres régulières avec le supérieur immédiat, suivi avec les RH et le supérieur immédiat (ex. rencontre hebdomadaire le 1er mois) ;
2. L'employé doit être capable d'identifier ses limites pour ainsi éviter les rechutes ;
3. Suivre la progression de l'employé pour évaluer s'il est en mesure de revenir à temps complet ;
4. Être aux aguets des rechutes, être attentif au risque de rechutes ;
5. Assurer un suivi avec le médecin ;
6. Si l'employé rencontre des difficultés, intervenir le plus rapidement possible, ne pas le laisser seul à les gérer.

intitulé « Contact avec l'employé en absence maladie » consiste en 10 stratégies qui portent à la fois sur le respect de la confidentialité, des valeurs humaines (ex. empathie, rassurance, ne pas faire sentir coupable), et aux éléments de rétablissement tels que le respect du processus de guérison et la remise d'informations concernant les traitements disponibles. D'autres stratégies connexes (8, 9 et 10) sont reliées à la mention du milieu de travail pour communiquer à l'employé d'une part, l'importance de sa place dans l'organisation et d'autre part, les éléments qui vont lui permettre de faciliter son RaT.

Le deuxième principe « Évaluation et planification du RaT sans précipitation » est étroitement articulé aux premières stratégies évoquées par les participants au sens où il est centré sur l'individu. D'emblée, au tout début, on note l'adoption d'un protocole de RaT systématique. Les autres stratégies renvoient à l'attention des préoccupations, besoins et limitations fonctionnelles de l'employé en tenant compte du milieu de travail. Autrement dit, il y a un souci de préparer le RaT, en s'attardant aux caractéristiques de l'employé et de celles du travail pour assurer la meilleure conciliation possible « employé-milieu de travail ».

Le troisième principe « Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique santé mentale au travail » fait référence à la formation du supérieur immédiat à propos du RaT d'employés ayant vécu un trouble mental (ex. attitudes et comportements à adopter), à la normalisation des troubles mentaux en milieu de travail en suggérant la sensibilisation du collectif de travail à la problématique de la santé mentale. Les quatre stratégies mettent en exergue l'importance de ces deux acteurs, proches de l'employé dans son processus de RaT, ainsi que la prévention des effets délétères du stigmate à l'endroit des troubles mentaux.

Le quatrième principe « Concertation des acteurs clés du RaT » consiste en quatre stratégies relatives au rôle et aux responsabilités des acteurs (supérieur immédiat et collègues de travail) avec le souci d'accueillir et d'accompagner l'employé concerné. Plus précisément, ce principe renvoie au début de la mise en place d'attitudes et de comportements concrets que les acteurs pourront utiliser (ex. collaboration, motivation, rencontre préliminaire), en mettant en relief la nécessité de clarifier les rôles et responsabilités de chaque acteur impliqué dans le RaT.

Le cinquième principe « Retour au travail progressif avec aménagements » est l'implémentation de quatre stratégies opérationnelles qui vont amorcer le RaT en tant que tel. Les quatre stratégies proposées sont relatives à l'importance de suivre les recommandations du médecin, à la provision de détails concernant le RaT progressif en considérant les recommandations du médecin, à la mise en place de plusieurs types d'aménagements et de leur utilité à long terme. Les participants ont par ailleurs évoqué un ensemble de mesures d'aménagements et de soutiens naturels en milieu de travail comme la flexibilité des horaires de travail, la révision des tâches et exigences de travail.

Le sixième principe intitulé « Suivi de la santé de l'employé et de son travail » est composé de six stratégies liées aux responsabilités de l'employé, à un suivi systématique avec une attention particulière sur la performance de l'employé et la prévention de possibles rechutes. Ce denier principe vient clôturer le processus du RaT de l'employé pour qu'il soit pérenne, avec un ensemble de mesures précises bien emboîtées l'une dans l'autre (ex. rencontre, suivi, intervention au besoin).

Discussion

Les 34 stratégies qui ont émergé de cette étude répartie sur six grands principes ne sont pas sans rappeler les périodes clés du RAT dégagées par d'autres études ou revues de littérature s'intéressant au RaT d'employés avec un trouble mental ou d'autres problèmes de santé : le contact avec l'employé lors de son congé maladie ; l'évaluation de l'employé et de son travail ; le développement d'un plan d'aménagement ; la reprise du travail ; et le suivi du RaT[29]. Cette étude apporte toutefois des précisions quant à cette transition « absence maladie/RaT/suivi d'employés aux prises avec une dépression », en documentant les stratégies reconnues comme efficaces par les leaders d'organisations. Ces 34 stratégies regroupées en six grands principes seront discutées

dans les prochains paragraphes à la lumière des recommandations de la littérature liée au RaT d'employés avec un problème de santé, notamment ceux avec un trouble mental.

Le principe intitulé **Contact avec l'employé en absence maladie**, regroupant une dizaine de stratégies émises par les participants de l'étude, est le premier d'un ensemble d'actions et d'attitudes humaines préliminaires, articulées entre elles et qui, éventuellement, vont colorer la suite du processus du RaT. Les résultats de cette étude indiquent que les employeurs et cadres des ressources humaines considèrent qu'il est essentiel de prendre contact avec l'employé pendant son congé maladie avec toutefois plusieurs précautions à prendre (ex. confidentialité, confiance, rassurance). En revanche, les participants n'ont pas mentionné quand et par qui devait être établie cette prise de contact avec l'employé. Il faut savoir qu'un contact précoce par un acteur de l'organisation (ex. employeur) ne détermine pas nécessairement un RaT plus rapide ou plus efficace pour l'employé[30]. St-Arnaud et Pelletier[28] suggèrent de laisser du temps à l'employé pour récupérer, particulièrement lorsqu'il est aux prises avec un trouble mental. Un manque d'accès aux services offerts en santé mentale dans l'organisation (ex. programme d'aide aux employés) ou à l'extérieur, constitue un facteur gênant le RaT d'employés ayant un trouble mental[23,31]. Les soins de santé (ex. psychothérapie, psychiatrie) et les moyens mis en branle par l'organisation pour en assurer l'accès font d'ailleurs partie des recommandations des trois guides des meilleures pratiques[32] et corroborent les stratégies évoquées par les participants. Il importe également de prendre en compte la phase de l'absence ; au tout début de son absence, l'employé pourrait préférer des contacts avec le professionnel de la santé plutôt qu'avec son milieu de travail[33,34] ou encore avec un coordonnateur de retour au travail[29]. D'autres études ont aussi montré qu'un échange régulier pendant l'absence est perçu comme aidant, dans la mesure où la relation de travail entre l'acteur de l'organisation (en général le supérieur immédiat) et l'employé a été harmonieuse[35-37]. La décision d'entrer en contact avec l'employé en congé de maladie dû à un trouble mental devrait selon Tjulin et coll.[30] prendre en compte la nature des relations sociales et de l'état d'esprit de chacun, plutôt qu'une obligation imposée par un guide de procédures de RaT trop structuré. En somme, si cette prise de contact n'est pas la clé *sine qua non* du succès du RaT, elle semble un élément essentiel pour permettre à l'individu de ne pas se sentir isolé ou exclu du milieu de travail, lui

permettant ainsi malgré son absence maladie de conserver le lien d'appartenance avec son milieu de travail[23].

Six stratégies regroupées dans le deuxième principe Évaluation et planification du **RaT sans précipitation** permettent de mettre en relief le souci des employeurs et cadres des ressources humaines relativement aux caractéristiques de l'employé (appréhensions, attentes, limitations fonctionnelles) et aux exigences du milieu de travail, auxquelles il devra répondre lors de son RaT. Ce principe est étroitement lié aux modèles de la gestion du personnel et du développement organisationnel auxquels peuvent souscrire l'employeur ou les ressources humaines dans le cadre de leur organisation[12]. Considérant que plusieurs études font ressortir que la durée de l'absence affecte négativement la motivation de l'employé à RaT[38,39], il convient de bien planifier cette étape. Outre la motivation de l'individu à reprendre son travail, il est nécessaire d'évaluer sa capacité de travail, ses limitations fonctionnelles, ses attentes vis-à-vis du RaT et son sentiment d'efficacité pour surmonter certains obstacles perçus au RaT[40] et ainsi assurer la meilleure adéquation « individu-environnement de travail ». En effet, à ce stade-ci, il est important d'évaluer les limitations fonctionnelles de l'employé en ayant à l'esprit le poste de l'employé, ce qui représente un défi pour les professionnels de la santé qui n'ont pas accès à la réalité du milieu de travail (ex. psychiatre, médecin généraliste), alors qu'une analyse de poste s'impose pour mettre en place les aménagements nécessaires. Sur le plan organisationnel, il sera plus qu'important d'éviter de « remettre » l'employé dans des conditions de travail qui ont provoqué son problème de santé, comme les facteurs de risques psychosociaux[41-44], tous nuisibles au RaT[45-47]. L'ORTESES (*Return-to-work Obstacles and Self-Efficacy Scale* – ROSES – en anglais[40]), un questionnaire déclinant 10 grandes dimensions conceptuelles (ex. perte de motivation à travailler, exigences du poste de travail, appréhensions d'une rechute), peut s'avérer un outil intéressant pour les intervenants afin d'évaluer les éléments qui font obstacle au RaT de l'employé, en travaillant sur son sentiment d'efficacité en vue de les surmonter, tout en misant sur une implémentation judicieuse d'accommodements en milieu de travail.

Les stratégies relatives à **Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique santé mentale au travail** relèvent d'un principe charnière du RaT car les acteurs de l'organisation, les collègues et le supérieur immédiat, peuvent avoir un impact significatif sur le RaT d'un employé qui réintègre son poste après une absence maladie[30]. Ce principe est intimement lié à une approche éthique en

milieu organisationnel[17]. La stigmatisation à l'égard de l'employé ayant vécu une dépression a des effets délétères (ex. pas d'avancement dans la carrière, faible maintien en emploi, autostigmatisation)[48]. Martin[49] précise que l'expérience personnelle du supérieur immédiat compte pour beaucoup ; ce dernier aura tendance à moins stigmatiser l'employé ayant une dépression s'il a lui-même vécu un épisode dépressif ou encore s'il côtoie un proche ayant vécu cette expérience. De plus, le fait d'avoir un fort locus de contrôle interne pousse le gestionnaire à projeter sur l'employé son biais d'internalisation des actions, en interprétant sa condition de santé comme une conséquence d'un manque d'effort ou d'une volonté de se rétablir[50]. Dans le but de réduire les attitudes stigmatisantes à l'égard de l'employé affecté par une dépression, un psychologue du travail ou un conseiller d'orientation pourrait former les acteurs du milieu de travail, en particulier les gestionnaires et les collègues[32,51-53]. Martin et Fisher[51] soulignent toutefois que le changement d'attitudes est insuffisant pour prétendre à une meilleure gestion du RaT d'un employé ayant vécu une dépression. Les compétences de communication du gestionnaire et celles relatives à la mise en place d'accommodements requièrent d'être renforcées ou développées[54,55].

Les stratégies du principe **Concertation des acteurs clés du RaT** mettent l'accent sur l'importance de clarifier les rôles de chacun des acteurs du RaT et de planifier un ensemble de rencontres préliminaires avant le RaT. Plusieurs études qualitatives ont montré que lors des premiers jours du RaT, le soutien émotionnel des collègues (ex. encouragements, démonstration d'un intérêt à prendre soin de l'employé) est d'une haute importance aux yeux de l'employé qui réintègre son poste[24,56]. Le fait d'être soutenu par ses collègues et son supérieur immédiat n'est pas bénéfique uniquement lors du RaT ; il est aussi un facteur de protection de l'absentéisme et du présentéisme tout au long de la carrière[57]. Selon les représentants syndicaux, l'accueil de l'employé qui réintègre son poste est considéré comme un facteur déterminant dans le succès ou l'échec du RaT[23]. Même si les participants de l'étude ne précisent pas quels sont les acteurs principaux impliqués dans le RaT, la coordination des interventions entre les acteurs – employé, médecin, psychiatre, supérieur immédiat, représentant syndical, agent d'assurance – est reconnue comme un élément essentiel d'une politique de gestion de l'invalidité[15,32,58]. Selon les trois guides de pratiques exemplaires, cette coordination devrait idéalement être assurée par un coordonnateur de retour au travail, qui facilite la communication entre l'employé, le supérieur immédiat et les autres acteurs du RaT[32].

D'ailleurs, son intervention est associée à une durée d'incapacité plus courte et une diminution des coûts de l'absentéisme[59]. Dans la même veine, Shippee et coll.[60] précisent que lorsqu'un intervenant coordonne les interventions des différents professionnels de la santé, en assurant un suivi régulier et personnalisé avec l'employé en congé maladie, les résultats sont probants (symptomatologie et fonctionnement au travail), lorsque comparés à des soins standards. Cette collaboration interdépendante des acteurs du RaT est essentielle pour anticiper les prochaines étapes, notamment l'accueil de l'employé dans son milieu de travail.

À propos des stratégies du principe **Retour au travail progressif avec aménagements**, il est crucial de rappeler que si les recommandations du médecin en termes d'aménagement de travail ne sont pas prises en compte, le RaT se déclinera en plusieurs écueils[23]. Une revue de la littérature souligne que le retour progressif et la modification des activités de travail facilitent le RaT, c'est d'ailleurs une mesure coût-bénéfice reconnue comme efficace[61]. Autrement dit, un retour progressif aurait avantage à prendre en compte non seulement une modification de l'horaire de travail (ex. diminution des heures de travail par semaine pendant plusieurs semaines), mais aussi la révision/modification des tâches à réaliser en fonction des capacités, sans quoi le retour progressif ne serait pas thérapeutique en soi, au contraire il serait nuisible sans la considération mutuelle de ces deux composantes (horaire et tâches) au regard des capacités ou limitations fonctionnelles de l'individu. Des attentes trop élevées du collectif de travail à l'endroit de l'employé qui réintègre son poste, en termes de niveau de performance à atteindre, constituent un facteur gênant du RaT[23]. Bien que la législation portant sur les accommodements de travail soit souvent moins claire pour les personnes aux prises avec un trouble mental que pour les troubles de nature physique[62], les trois guides des meilleures pratiques retenus dans la revue de littérature de Dewa et coll.[32] recommandent la mise en place d'accommodements de travail lors du RaT (voir aussi Laflamme[63]). Parmi les mesures d'accommodement pour aider les personnes avec un trouble mental à se maintenir en emploi, celles qui ressortent significatives sont : l'introduction graduelle des tâches de travail ou le jumelage avec un collègue pour les réaliser ; l'ajustement des horaires de travail et le soutien reçu par le supérieur immédiat[64]. Ces mêmes accommodements sont d'ailleurs mentionnés par les participants de notre étude (tableau 2). On comprend que l'implémentation d'accommodements sous-tend une approche

participative où chaque acteur, notamment l'employeur, le supérieur immédiat et l'employé, doit être considéré dans un environnement de travail qui a sa propre culture, son histoire et son approche politico-économique. Autrement dit, la mise en place de mesures d'accommodements ne peut être effectuée dans un « vide social »[65].

Les stratégies du principe **Suivi de la santé de l'employé et de son travail** émises par les participants visent à mettre en place les moyens nécessaires pour permettre à l'employé de se maintenir en emploi, en santé. Selon plusieurs auteurs, une bonne communication entre le supérieur immédiat et l'employé permet de bien identifier les limitations de l'employé relativement aux tâches qu'il occupait avant son absence et ainsi assurer la meilleure adéquation possible « employé – milieu de travail »[32,50,66]. Ladderud[50] souligne également la pertinence de mettre en place des rencontres régulières entre ces deux acteurs, car elles offrent l'opportunité d'évaluer l'implémentation des accommodements à plus long terme. De plus, comme mentionné par les participants, établir une bonne communication avec le médecin soignant de l'employé s'avère essentiel[67,68]. Ces éléments de communication sont cruciaux entre les divers acteurs clés – supérieur immédiat, employé, médecin – car l'on sait de plus que les rechutes chez les personnes qui ont fait l'expérience d'un premier épisode dépressif ont 50 % de risque d'en faire un second[69].

Cette étude comporte des forces et limites qu'il est important de souligner. Tout d'abord, si l'on compare les principes du RaT proposés dans cet article avec ceux dérivés de la revue de littérature de Durand et coll.[20], on constate que quatre d'entre eux sont concordants : Contacts avec l'employé en absence maladie ; Évaluation et planification du RaT sans précipitation ; Retour au travail progressif avec aménagements ; et Suivi de l'employé et de son travail. Ces principes s'arriment d'ailleurs à la séquence des étapes clés du RaT : Absence – Préparation du Retour – RaT – suivi. L'un des aspects novateurs de la présente étude est relatif à l'émergence de deux nouveaux principes, la « Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique santé mentale et travail » et la « Concertation des acteurs-clé du RaT ». Ceux-ci peuvent être mis en œuvre de façon parallèle aux quatre autres principes, sans nécessairement suivre un ordre chronologique précis. Dans cette veine, même si la « prise de contact avec l'employé en absence maladie » ou encore « le suivi de la santé de l'employé et de son travail » sont des principes qui prennent respectivement place au début et à la fin du processus de la gestion du retour au travail, les

deux nouveaux principes cités ci-dessus peuvent quant à eux être mis en œuvre à tout moment et de façon continue au sein de l'organisation. Il est à noter que parmi les principes incontournables et démontrant une évidence pour faciliter le RaT d'employés qui se sont absentés pour un TMC ou un trouble musculosquelettique, la revue de littérature de Cullen et coll.[25] met en exergue la concertation des acteurs clés du RaT. Un deuxième élément novateur est que cette étude offre des stratégies « concrètes » qui proviennent directement de l'expérience des gestionnaires. Toutefois, le fait qu'un gestionnaire préconise la mise en place d'une stratégie n'implique pas nécessairement que celui-ci l'ait mise en application dans son entreprise de façon systématique. À ce titre, n'oublions pas que la question qui leur avait été posée lors de l'entrevue ne présumait pas d'une mise en place effective : « Selon vous, quelles sont les stratégies les plus efficaces pour aider un employé ayant reçu un diagnostic de dépression à retourner au travail ? » De plus, même si un gestionnaire avait mis en place une stratégie qu'il préconise, nous ne pourrions conclure à son efficacité sur le RaT car il s'agit de sa propre perception, et non d'une relation mesurée dans le cadre d'une étude rigoureuse et longitudinale. Enfin, il est raisonnable de penser que certaines stratégies soient plus efficaces que d'autres. D'où l'intérêt de les évaluer à la suite de l'implémentation d'un programme de RaT dans l'organisation. Dans le cadre d'études futures, il serait intéressant de considérer l'ensemble de ces principes et stratégies afin d'appréhender ceux et celles qui sont les plus efficaces pour faciliter le RaT de personnes aux prises avec un TMC, et ce, dans des organisations de tailles différentes, sachant qu'une grande majorité des répondants à l'étude appartenait à des entreprises de plus de 100 employés.

En conclusion, l'objectif de cette étude était de documenter la perspective des employeurs et des cadres des ressources humaines relativement aux stratégies qu'ils jugent efficaces pour aider leurs employés à retourner à leur poste de travail à la suite d'une absence maladie due à une dépression. Il en ressort six grands principes qui ne sont pas sans rappeler ceux déjà observés dans la littérature, avec toutefois l'ajout de moyens concrets, au nombre de 34 stratégies. Bien que ces principes semblent pour la plupart chronologiques dans le processus de RaT de l'employé, il est important de mentionner qu'ils peuvent être réalisés parfois en parallèle ou encore en continu. D'où le choix du terme « principe » du RaT plutôt que celui d'« étape ». Les pistes de recherche futures proposées visent à tester de manière systématique, dans des milieux organisationnels dont les effectifs sont de

tailles différentes, un programme de RaT intégrant l'ensemble de ces principes et stratégies d'intervention.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié du financement des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) : Projet #201386

RÉFÉRENCES

1 OCDE. (2015). *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*. Paris, France : auteur.

2 Wiens, K., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Duffy, A., Pringsheim, T. M., Sajobi, T. T. et Patten, S. B. (2016). Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population ? Assessing trends from 2000 to 2014. *Journal of Affective Disorders*.

3 Patten, S. B. et Juby, H. (2008). Profil de la dépression clinique au Canada.

4 Kessler, R. C. (2012). The Costs of Depression. *The Psychiatric Clinics of North America, 35*(1), 1-14. doi: 10.1016/j.psc.2011.11.005

5 Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Fiest, K. M., Bulloch, A. G. et Wang, J. (2015). The prevalence of major depression is not changing. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(1), 31-34.

6 Patten, S. B. (2006). A major depression prognosis calculator based on episode duration. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 2*(1), 1.

7 Jorm, A. F., Patten, S. B., Brugha, T. S. et Mojtabai, R. (2016). Scaling-up of treatment of depression and anxiety. *Lancet, 3*, 415-424.

8 Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Bulloch, A. G., Wiens, K. et Wang, J. (2016). Why is major depression prevalence not changing ? *Journal of affective disorders, 190*, 93-97.

9 Kessler, R., White, L. A., Birnbaum, H., Qiu, Y., Kidolezi, Y., Mallett, D. et Swindle, R. (2008). Comparative and interactive effects of depression relative to other health problems on work performance in the workforce of a large employer. *J Occup Environ Med, 50*(7), 809-816. doi: 10.1097/JOM.0b013e318169ccba

10 Truax, P. et McDonald, T. (2002). Depression in the workplace. In J. Thomas et M. Hersen (Eds.), *Handbook of Mental Health in the Workplace* (pp. 123-154). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

11 Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Nastasia, I. et Bernier, M. (2016). Practices of Return-to-Work Coordinators Working in Large Organizations. *Journal of Occupational Rehabilitation*. doi:10.1007/s10926-016-9640-7

12 Kristman, V. L., Shaw, W. S., Boot, C. R., Delclos, G. L., Sullivan, M. J. et Ehrhart, M. G. (2016). Researching complex and multi-level workplace factors affecting disability and prolonged sickness absence. *Journal of Occupational Rehabilitation, 26*(4), 399-416.

[13] Main, C. J. et Shaw, W. S. (2016). Employer policies and practices to manage and prevent disability : conclusion to the special issue. *Journal of Occupational Rehabilitation, 26*(4), 490-498.

[14] Waddell, G. (2006). Preventing incapacity in people with musculoskeletal disorders. *British Medical Bulletin, 77-78*(1), 55-69. doi: 10.1093/bmb/ldl008

[15] Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability Prevention : New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disease Management and Health Outcomes, 9*(7), 351-360. doi: 10.2165/00115677-200109070-00001

[16] Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology, 86*(3), 499.

[17] Corbière, M., Negrini, A. et Dewa, C. S. (2013). Mental Health Problems and Mental Disorders : Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning. In P. Loisel et J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability* (pp. 267-288) : New York, NY : Springer.

[18] Seing, I., MacEachen, E., Ekberg, K. et Stahl, C. (2015). Return to work or job transition ? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. *Disabil Rehabil, 37*(19), 1760-1769. doi: 10.3109/09638288.2014.978509

[19] Laflamme, A.-M. (soumis). Troubles mentaux et accommodement raisonnable au travail : les potentialités du droit québécois.

[20] Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinharz, D. et Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work (Reading, Mass.), 48*(4), 579-589. doi: 10.3233/wor-141914

[21] Feuerstein, M. (2016). Introduction : Engaging Employers to Prevent Disability. *J Occup Rehabil, 26* (4), 393. doi: 10.1007/s10926-016-9681-y

[22] Negrini, A., Corbière, M., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Berbiche, D. et Lecomte, T. (sous-presse). How Can Supervisors Contribute to the Successful Return to Work of Employees Diagnosed with Depression ? *Journal of Occupational Rehabilitation*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28660364

[23] Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M. F., Negrini, A., Sauve, G. et Lecomte, T. (2015). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation, 25*(2), 335-347. doi: 10.1007/s10926-014-9542-5

[24] Corbière, M., Samson, E., Negrini, A., St-Arnaud, L., Durand, M. J., Coutu, M. F., . . . Lecomte, T. (2016). Factors perceived by employees regarding their sick leave due to depression. *Disability and rehabilitation, 38*(6), 511-519. doi: 10.3109/09638288.2015.1046564

[25] Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., … Amick, B. C. (2017). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions : An Update of

the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x

[26] Bayle, N. (2000). *Entre le penser et le faire : la production des comportements d'inclusion des travailleurs handicapés par les employeurs.* (PhD.), Université Toulouse-Jean Jaurès, France.

[27] Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : Description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. In M. Corbière et N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 5-28) : Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec (PUQ).

[28] St-Arnaud, L. et Pelletier, M. (2013). Guide soutenir le retour au travail et favoriser le maintien en emploi – Faciliter le retour au travail d'un employé à la suite d'une absence liée à un problème de santé psychologique *Guides et outils techniques et de sensibilisation*. Montréal, Canada : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

[29] St-Arnaud, L., Briand, C., Corbière, M., Durand, M.-J., Bourbonnais, R., St-Jean, M.,… Kedl, E. (2011). Conception, implantation et évaluation d'un programme intégré des pratiques de soutien au retour au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème de santé mentale (pp. R-706). Montréal, Canada : Institut de recherche en santé et sécurité au travail du Québec (IRSST).

[30] Tjulin, A., MacEachen, E., Stiwne, E. E. et Ekberg, K. (2011). The social interaction of return to work explored from co-workers experiences. *Disabil Rehabil, 33*(21-22), 1979-1989. doi: 10.3109/09638288.2011.553708

[31] de Vries, G., Hees, H. L., Koeter, M. W. J., Lagerveld, S. E. et Schene, A. H. (2014). Perceived Impeding Factors for Return-to-Work after Long-Term Sickness Absence Due to Major Depressive Disorder : A Concept Mapping Approach. *PLoS ONE, 9*(1), e85038. doi: 10.1371/journal.pone.0085038

[32] Dewa, C. S., Trojanowski, L., Joosen, M. C. et Bonato, S. (2016). Employer Best Practice Guidelines for the Return to Work of Workers on Mental Disorder – Related Disability Leave A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(3), 176-185. doi: 10.1177/0706743716632515

[33] 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. doi: 10.1007/s10926-005-8034-z

[34] Young, A. E., Wasiak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R. et van Poppel, M. N. (2005). Return-to-work outcomes following work disability : stakeholder motivations, interests and concerns. *J Occup Rehabil, 15*(4), 543-556. doi: 10.1007/s10926-005-8033-0

[35] Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S. et Cole, D. (2003). Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders : a qualitative study in three Canadian provinces. *Soc Sci Med, 57*(11), 2101-2114.

[36] Eakin, J. M., MacEachen, E. et Clarke, J. (2003). "Playing it smart" with return to work : small workplace experience under Ontario's policy of self-reliance and early return. *Policy and Practice in Health and Safety, 1*(2), 19-41. doi: 10.1080/14774003.2003.11667635

[37] MacEachen, E., Clarke, J., Franche, R. L. et Irvin, E. (2006). Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 32*(4), 257-269.

[38] Hees, H. L., Koeter, M. W. et Schene, A. H. (2012). Predictors of long-term return to work and symptom remission in sick-listed patients with major depression. *J Clin Psychiatry, 73*(8), e1048-1055. doi: 10.4088/JCP.12m07699

[39] Ramano, E., Buys, T. et de Beer, M. (2016). Formulating a return-to-work decision for employees with major depressive disorders : occupational therapists' experiences. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 8*(2). doi: 10.4102/phcfm.v8i2.954

[40] Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., . . . Lachance, J.-P. (2017). Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. *Journal of occupational rehabilitation*. 27, 329-341. doi: 10.1007/s10926-016-9661-2

[41] Olsen, I. B., Øverland, S., Reme, S. E. et Løvvik, C. (2015). Exploring Work-Related Causal Attributions of Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation, 25*(3), 493-505. doi: 10.1007/s10926-014-9556-z

[42] van Oostrom, S. H., Driessen, M. T., de Vet, H. C., Franche, R. L., Schonstein, E., Loisel, P., . . . Anema, J. R. (2009). Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev*(2), Cd006955. doi: 10.1002/14651858.CD006955.pub2

[43] Zawieja, P. et Guarnieri, F. (2014). *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris, France : Seuil.

[44] Wang, Y.-P. et Gorenstein, C. (2015). Gender differences and disabilities of perceived depression in the workplace. *Journal of Affective Disorders, 176*, 48-55. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.058

[45] Silva-Junior, J. S. et Fischer, F. M. (2014). Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. *PLoS One, 9*(12), e115885. doi: 10.1371/journal.pone.0115885

[46] Netterstrøm, B., Eller, N. H., Borritz, M. et Bakke, B. (2015). Prognostic Factors of Returning to Work after Sick Leave due to Work-Related Common Mental Disorders : A One-and Three-Year Follow-Up Study. *BioMed Research International*.

[47] Vemer, P., Bouwmans-Frijters, C., Zijlstra-Vlasveld, M., van der Feltz-Cornelis, C. et van Hakkaart-van Roijen, L. (2013). Let's get back to work : Survival analysis on the return-to-work after depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment (Print), 9*, 1637-1645. doi: 10.2147/ndt.s49883

[48] Schultz, I. Z., Milner, R. A., Hanson, D. B. et Winter, A. (2011). Employer attitudes towards accommodations in mental health disability *Work Accom-*

modation and Retention in Mental Health (pp. 325-340). New York, NY : Springer.

[49] Martin, A. (2010). Individual and contextual correlates of managers' attitudes toward depressed employees. *Human Resource Management, 49*(4), 647-668. doi: 10.1002/hrm.20370

[50] Ladderud, S. (2015). Depression and Anxiety Accommodations in the Workplace : Recommendations for Employers. *Psychology Independent Study. Paper 1.*

[51] Martin, A. et Fisher, C. D. (2014). Understanding and Improving Managers' Responses to Employee Depression. *Industrial and Organizational Psychology, 7*(2), 270-274. doi: 10.1111/iops.12147

[52] Bovopoulos, N., Jorm, A. F., Bond, K. S., LaMontagne, A. D., Reavley, N. J., Kelly, C. M.,… Martin, A. (2016). Providing mental health first aid in the workplace : a Delphi consensus study. *BMC psychology, 4*(1), 41.

[53] Corrigall, E. A. et Cirka, C. (2014). A case of ability and disability : What managers must know about the ADA. *Organization Management Journal, 11*(1), 31-39.

[54] Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J., De Boer, A., Blonk, R. et Van Dijk, F. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine, 61*(10), 817-823.

[55] Martin, A., Woods, M. et Dawkins, S. (2015). Managing employees with mental health issues : Identification of conceptual and procedural knowledge for development within management education curricula. *Academy of Management Learning & Education, 14*(1), 50-68.

[56] Lysaght, R. M. et Larmour-Trode, S. (2008). An exploration of social support as a factor in the return-to-work process. *Work, 30*(3), 255-266.

[57] Plaisier, I., de Graaf, R., de Bruijn, J., Smit, J., van Dyck, R., Beekman, A. et Penninx, B. (2012). Depressive and anxiety disorders on-the-job : the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research, 200*(2-3), 382-388. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.016

[58] Peer, J. E. et Tenhula. (2016). Return to Work in Depression and Anxiety. In I. Z. Schultz et R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work* (Vol. 1, pp. 633-652) : New York, NY : Springer.

[59] Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. et Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions : a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil, 15*(4), 607-631. doi: 10.1007/s10926-005-8038-8

[60] Shippee, N. D., Shah, N. D., Angstman, K. B., DeJesus, R. S., Wilkinson, J. M., Bruce, S. M. et Williams, M. D. (2013). Impact of collaborative care for depression on clinical, functional, and work outcomes : a practice-based evaluation. *J Ambul Care Manage, 36*(1), 13-23. doi: 10.1097/JAC.0b013e318276dc10

[61] Krause, N., Dasinger, L. K. et Neuhauser, F. (1998). Modified work and return to work : a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation, 8*(2), 113-139.

[62] Rotenberg, M., Zafar, N., Akhtar, N. et Rudnick, A. (2016). Addressing Workplace Accommodations for People with Mental Illness. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 3*(2), 117-118. doi: 10.1007/s40737-016-0058-5

[63] Laflamme, A. M. Troubles mentaux et accommodement raisonnable au travail : les potentialités du droit québécois.

[64] Corbière, M., Villotti, P., Lecomte, T., Bond, G. R., Lesage, A. et Goldner, E. M. (2014). Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatric rehabilitation journal, 37*(2), 90-98. doi: 10.1037/prj0000033

[65] Williams-Whitt, K., Bultmann, U., Amick, B., 3 rd, Munir, F., Tveito, T. H. et Anema, J. R. (2016). Workplace Interventions to Prevent Disability from Both the Scientific and Practice Perspectives : A Comparison of Scientific Literature, Grey Literature and Stakeholder Observations. *J Occup Rehabil, 26*(4), 417-433. doi: 10.1007/s10926-016-9664-z

[66] Houlihan, J. P. et Reynolds, M. D. (2001). Assessment of employees with mental health disabilities for workplace accommodations : Case reports. *Professional Psychology : Research and Practice, 32*(4).

[67] Cornelius, L. R., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W. et Brouwer, S. (2011). Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders : A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation, 21*(2), 259-274. doi: 10.1007/s10926-010-9261-5

[68] Franche, R.-L. et Krause, N. (2002). Readiness for return to work following injury or illness : conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *Journal of Occupational Rehabilitation, 12*(4), 233-256.

[69] Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P. et McMillan, D. (2015). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings : A systematic review. [Review]. *Preventive Medicine, 76*(21), 3.