

Sous la direction de
MARC CORBIÈRE et MARIE-JOSÉ DURAND

DU TROUBLE MENTAL À L'INCAPACITÉ AU TRAVAIL

Une perspective transdisciplinaire
qui vise à mieux saisir cette problématique
et à offrir des pistes d'intervention



Presses de l'Université du Québec

DU TROUBLE MENTAL
À L'INCAPACITÉ
AU TRAVAIL

Membre de
L'ASSOCIATION
NATIONALE
DES ÉDITEURS
DE LIVRES

Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450, Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone : 418 657-4399 – Télécopieur : 418 657-2096
Courriel : puq@puq.ca – Internet : www.puq.ca

Diffusion/Distribution :

Canada et autres pays : Prologue inc., 1650, boulevard Lionel-Bertrand, Boisbriand (Québec)
J7H 1N7 – Tél. : 450 434-0306 / 1 800 363-2864

France : Sodis, 128, av. du Maréchal de Lattre de Tassigny, 77403 Lagny, France – Tél. : 01 60 07 82 99

Afrique : Action pédagogique pour l'éducation et la formation, Angle des rues Jilali Taj Eddine
et El Ghadfa, Maârif 20100, Casablanca, Maroc – Tél. : 212 (0) 22-23-12-22

Belgique : Patrimoine SPRL, 168, rue du Noyer, 1030 Bruxelles, Belgique – Tél. : 02 7366847

Suisse : Servidis SA, Chemin des Chalets, 1279 Chavannes-de-Bogis, Suisse – Tél. : 022 960.95.32



La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

Sous la direction de
MARC CORBIÈRE et MARIE-JOSÉ DURAND

DU TROUBLE MENTAL
À L'INCAPACITÉ
AU TRAVAIL

Une perspective transdisciplinaire
qui vise à mieux saisir cette problématique
et à offrir des pistes d'intervention

2011



Presses de l'Université du Québec

Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec
et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre :

Du trouble mental à l'incapacité au travail : une perspective transdisciplinaire
qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-2547-4

1. Malades mentaux – Travail. 2. Malades mentaux – Réadaptation. 3. Travailleurs – Santé mentale.
4. Invalidité – Évaluation. 5. Malades mentaux, Services aux. I. Corbière, Marc, 1967- .
II. Durand, Marie-José, 1960- .

HD7255.D8 2011 331.5'94 C2011-940524-5

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise
du Fonds du livre du Canada pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible grâce à l'aide financière de la
Société de développement des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages: INTERSCRIPT

Couverture: RICHARD HODGSON

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2011 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés

© 2011 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 2^e trimestre 2011

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

Imprimé au Canada

Première préface

Jean-Robert Turcotte, M.D.

C'est avec plaisir que j'ai accepté de participer à la rédaction de la préface de ce livre parce qu'il aborde un sujet brûlant de la pratique médicale. En effet, comme tous mes collègues cliniciens qui traitent des patients en santé mentale, je ne peux que constater la montée effarante des problèmes d'invalidité reliés à la santé mentale au travail et notre difficulté à y faire face. Nous comprenons mal ces problèmes et nous sommes à la recherche d'outils qui nous aideraient à améliorer notre pratique.

Plusieurs de nos patients parmi les plus âgés se plaignent du fait que le travail est devenu pour eux une importante source d'angoisse. Parmi eux, certains souffrent manifestement d'un trouble anxieux ou dépressif qui les rend momentanément inaptes à continuer leur emploi; il faut les traiter. Pour d'autres, il n'y a pas de diagnostic clair, mais on a l'impression que le milieu de travail est devenu tellement toxique pour eux qu'ils ne pourront plus le supporter encore longtemps. Dans les deux cas, notre premier réflexe est de retirer momentanément le patient de son travail. Ce geste, d'apparence anodine, convient bien au travailleur qui, quand ça ne va pas, vient se « chercher un billet médical ».

Le bureau du médecin devient donc la porte de sortie du travailleur lorsque celui-ci n'arrive plus à fonctionner ou lorsqu'il veut éviter d'aggraver sa situation. Le travailleur reçoit le même traitement que les autres patients, un traitement généralement axé sur la maladie. La plupart du temps, on lui prescrit des antidépresseurs et, parfois, on le dirige en psychothérapie. Si le travailleur consulte rapidement et que le milieu de travail est soutenant, de façon assez surprenante, l'invalidité restera courte même en présence d'un

problème relativement grave, comme une dépression majeure. Malheureusement, il arrive souvent que le problème de santé ne soit pas détecté précocement ou que le milieu de travail soit franchement pathogène. Pour ces travailleurs, l'approche traditionnelle ne fonctionne pas et le bureau du médecin devient un endroit de refuge, une voie d'évitement où rien ne bouge. On s'engage alors dans une longue invalidité qui vient gonfler des statistiques déjà très inquiétantes.

Ce sont certainement les médecins de famille qui font le plus souvent face à ce phénomène. Il ne se passe pas une journée sans qu'on leur demande de signer un certificat d'invalidité au travail. Se sentant mal préparés, beaucoup d'entre eux tentent d'éviter comme la peste tout ce qui ressemble à un formulaire d'invalidité. Toutefois, le médecin ne peut pas toujours y échapper parce que le monde des assureurs et des employeurs exige un certificat en cas d'invalidité. Sans qu'il le veuille, sans véritables outils de travail, le médecin se voit confier l'entière responsabilité de retirer le travailleur de son emploi et, plus tard, de l'y retourner.

En soi, le fait de signer l'arrêt de travail ne pose généralement pas de problème. Il permet même au médecin de renforcer son lien de confiance avec son patient en lui transmettant le message qu'il est écouté. Par contre, le médecin sait bien qu'il devra un jour « prescrire » un retour au travail. Ce parcours entre l'arrêt et le retour au travail est malheureusement parsemé de beaucoup d'irritants qui mettent la relation médecin-patient à rude épreuve. Le médecin a l'impression qu'il n'y a que deux possibilités : protéger le travailleur en le gardant en invalidité, à l'encontre du souhait des assureurs ; ou le retourner au travail, à l'encontre du désir de son patient. Il s'agit d'une décision difficile qui aura des répercussions non seulement sur la vie professionnelle, mais aussi sur la santé mentale de son patient. Paradoxalement, même si on lui demande d'assumer cette décision, le médecin n'a pratiquement aucune formation en santé au travail.

Durant sa formation, le médecin n'aura été que sporadiquement mis en contact avec une littérature médicale qui lui a donné quelques notions sur la prévention des pathologies du travail. Ce n'est qu'une fois rendu à la résidence que, pour la première fois, il fait face à la réalité : un de ses patients lui demande un billet d'invalidité ; alors que faire ? Curieusement, on ne lui a jamais parlé de la question de l'arrêt de travail, du retour ou de la réintégration. Même s'il se tourne vers son patron, ce dernier ne pourra pas lui fournir beaucoup de conseils. En effet, les médecins n'ont pratiquement aucune connaissance en santé mentale au travail. Ils ont appris qu'il fallait traiter le trouble anxieux ou le trouble dépressif et que le reste allait de soi : le patient allait réintégrer son emploi sans autres formalités.

C'est donc très tôt dans sa pratique que le jeune médecin est rattrapé par la réalité. La « vraie vie » lui apprend vite que le système est ainsi fait qu'il va se retrouver seul avec son patient. Même s'il demande une consultation en psychiatrie, les listes d'attente sont généralement très longues et, de toute façon, les psychiatres ne sont pas plus formés en santé au travail et leurs suggestions seront axées uniquement sur la médication et la psychothérapie. Il est très rare qu'on discute d'une approche incluant l'employeur et les assureurs. Dans le meilleur des cas, un psychologue fait partie de l'équipe traitante. Encore là, la psychothérapie contient rarement des interventions cognitives comportementales intégrant le retour au travail comme outil thérapeutique. Il n'est même pas rare que le psychologue et le médecin ne se parlent pas. Tout le monde travaille très fort... chacun de son côté.

Les seuls contacts indirects que le couple patient-médecin aura avec le monde du travail seront par l'intermédiaire de l'assureur. Traditionnellement, il s'agit de deux mondes qui n'ont pas l'habitude de se parler. Les demandes répétées de certificats d'invalidité sont souvent interprétées par le patient et le médecin comme du harcèlement. Si l'invalidité se prolonge, une expertise indépendante est demandée, et c'est la goutte qui fait déborder le vase ; la relation avec l'assureur devient source de conflits ouverts. Beaucoup trop rarement, on fera appel à une équipe spécialisée en réintégration au travail. Quand on le fait, dans plusieurs cas le médecin traitant ou le psychologue traitant ne sont pas suffisamment partie prenante au processus.

Dans ce contexte, on peut comprendre que le médecin se replie sur sa relation avec son patient et que l'intervention demeure unidimensionnelle, centrée uniquement sur le traitement de la pathologie. Pourtant, durant ma longue expérience de travail avec les médecins de famille, j'ai régulièrement constaté qu'ils sont avides de connaissances et de formation dans ce domaine. Le monde médical est en attente de quelque chose qui va briser le cercle vicieux dans lequel il se sent enfermé.

À la lecture de cet ouvrage, j'ai donc été particulièrement heureux de constater que les auteurs nous donnaient enfin une lueur d'espoir et des possibilités qui aideront le médecin à comprendre la complexité du problème et possiblement à modifier sa pratique. L'idée de rassembler dans un même ouvrage des connaissances provenant de plusieurs disciplines nous force à penser en termes systémiques. Les auteurs nous montrent bien que le problème est multifactoriel, ils nous disent clairement qu'il faudra changer notre façon d'aborder la santé mentale au travail si on veut maîtriser la vague. La santé au travail est une affaire d'équipe. Les médecins trouveront dans cet ouvrage des moyens de modifier leur approche et d'améliorer la qualité et le plaisir de s'impliquer dans la santé au travail.

Les premiers chapitres décrivent très bien pourquoi la santé mentale au travail est en voie de devenir un important problème de santé publique. Les chapitres suivants nous brossent un excellent tableau des déterminants, autres que le diagnostic psychiatrique en soi, qui jouent sur l'invalidité et qui retardent souvent le retour à l'emploi. Le médecin comprendra mieux pourquoi son réflexe de suggérer un retour progressif au travail est loin d'être un gage de succès. L'importance d'un milieu de travail soutenant et d'un supérieur immédiat sensible aux difficultés de son travailleur nous est très bien décrite. Dans le chapitre sur la prévention dans les milieux de travail, le médecin trouvera des éléments qui valident son instinct de vouloir protéger son patient du milieu de travail.

Les auteurs nous montrent bien que, même si depuis quelques années nous connaissons mieux les compétences et les bons ingrédients nécessaires à un retour thérapeutique au travail, l'organisation actuelle du système de santé ne nous permet pas de bien arrimer toutes ces connaissances.

Je crois que ce livre nous arrive à un moment particulièrement opportun. En effet, présentement, au Québec, il y a tout un mouvement de réorganisation de la santé mentale. L'accent est mis sur les soins partagés, sur les liens essentiels entre la première ligne et la deuxième ligne. Les équipes de santé mentale des CSSS sont en train d'améliorer la porte d'entrée en santé mentale, de se doter de professionnels pivots/liaison, de psychiatres répondants, etc. Je pense que les idées de ce livre s'inscrivent parfaitement dans cette réorganisation. Comme nous savons que la population des patients souffrant de troubles mentaux comprend une proportion importante de travailleurs et comme nous savons que le travail est un outil thérapeutique très important, il sera très pertinent que les connaissances issues des chercheurs en santé au travail soient véhiculées dans les équipes de santé mentale qui travaillent en première ligne. J'entends souvent la déception des psychiatres devant les résultats décevants des antidépresseurs. À cet égard, au risque d'être un peu téméraire, je suggère que la psychiatrie de deuxième ligne devrait s'inspirer des connaissances transmises par les chercheurs en santé au travail.

Pour boucler la boucle, l'engagement des employeurs sera nécessaire. Si l'idée générale d'une approche concertée est véhiculée et adoptée par les cliniciens qui travaillent auprès des équipes de première ligne, elle deviendra un incitatif important et un moteur qui obligeront les milieux de travail à tenir compte de l'importance d'être en relation étroite avec les intervenants.

La lecture de ce livre m'a également convaincu qu'il est de plus en plus important de repenser l'enseignement à nos étudiants en médecine et de repenser la formation continue que nous donnons à nos médecins cliniciens. Je souhaite que la convergence de ces éléments, c'est-à-dire la réorganisation de la santé mentale couplée à la réorganisation de l'enseignement universitaire de la santé mentale, favorise la diffusion de cet ouvrage. Il devrait être un outil indispensable à tous les étudiants en médecine et à tous les médecins qui s'intéressent à la santé mentale au travail.

Deuxième préface

Claude Charbonneau

Directeur général

Accès-Cible SMT

Fondation travail et santé mentale

Signer la préface du livre *Du trouble mental à l'incapacité au travail: une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*, c'est pour moi à la fois un grand plaisir et un grand honneur qui me permet de renouveler des collaborations avec des chercheurs de première importance tant au Québec que dans le monde entier, lesquels s'intéressent de près à la problématique de la santé mentale en lien avec le travail.

Vétérant de la réintégration au travail de personnes en situation de rupture d'emploi, j'ai parcouru avec un immense intérêt ce recueil de textes extrêmement denses en données et en connaissances inédites qui prend en compte une multitude de thématiques allant de la prévalence et de l'impact social et financier des troubles mentaux à la psychodynamique du travail et au contexte législatif et réglementaire des droits du travail. Cet ouvrage traite aussi des processus d'exclusion et de stigmatisation ainsi que des outils, des stratégies et des concepts d'intervention dédiés tant aux personnes en lien d'emploi qu'à celles qui n'ont plus de lien avec le marché du travail. Ces synthèses de recherches, enfin, renouvellent quelques perspectives à propos de la reconceptualisation des diagnostics, du repérage des facteurs de résilience, des ingrédients essentiels à l'alliance thérapeutique ou l'alliance de travail, ainsi que des initiatives porteuses d'actions préventives. Cette publication extrêmement riche, profonde et généreuse en analyses, en idées audacieuses, en concepts novateurs et en outils concrets et transférables au quotidien de l'intervention sur le terrain offre au praticien que je suis une essentielle bouffée d'oxygène et de ressourcement.

Le contact avec l'ensemble de ces travaux m'a aussi offert l'occasion de prendre du recul et de faire un constat. Sur une période d'à peine quelques décennies, le concept et la représentation de la problématique de la santé mentale a fortement évolué dans notre imaginaire collectif québécois. Ce phénomène qui apparaissait à la périphérie de nos réseaux il y a quelques années, qui semblait être l'apanage des marginaux que nous tentions d'ignorer, est aujourd'hui bien installé au centre de nos préoccupations quasi quotidiennes.

Les états de situation parfois alarmants produits par la recherche sur la santé mentale en lien avec le travail ont été régulièrement mis à l'avant-plan de l'actualité par les médias : l'augmentation de la détresse psychologique et du syndrome d'épuisement professionnel, la montée de la dépression et la hausse du suicide, l'épidémie d'épuisement professionnel, la multiplication des problèmes psychologiques dans les différents milieux de travail et les différents métiers et professions, etc. La découverte de ces réalités étudiées par la recherche et diffusées sur la place publique nous a fait prendre conscience collectivement du fait que tout le monde peut être touché par ce type de trouble : du simple manutentionnaire au chef d'équipe, au gestionnaire, au professionnel, au cadre supérieur et au dirigeant d'entreprise.

L'analyse de cette problématique, qui fut mise en relation avec le travail qui occupe le tiers de la vie de la grande majorité de la population, l'a en quelque sorte démocratisée et invitée à s'installer lentement, mais sûrement, au cœur de nos préoccupations professionnelles. Ainsi, la personne qui nous semblait marginale et que nous tenions à distance il n'y a pas si longtemps nous est progressivement apparue comme une de nos collègues, évoluant dans notre propre milieu de travail. Cette personne souffrante, en détresse et auparavant loin de notre horizon nous a soudainement interpellés ; nous nous en sommes préoccupés. Sont alors apparus dans nos milieux l'ex-infirmière souffrant d'un trouble de la personnalité limite, l'ex-technicien devenu dépressif, l'ex-comptable schizophrène et l'ex-directeur de chantier bipolaire.

Cette problématique s'introduisant dans notre sphère professionnelle a reconstruit nos perceptions et notre représentation de la santé mentale. La sensibilité et la vigilance générées par cette nouvelle perspective des troubles mentaux se sont aussi étendues à nos réseaux de proximité, où les membres de notre famille, nos amis et nos proches ont été considérés comme aussi à risque d'être aux prises avec la détresse psychologique et ultimement le mal de vivre du trouble mental.

La recherche en santé mentale en lien avec le travail a contribué de façon marquante et décisive à créer de nouveaux paradigmes et à reconstruire l'ensemble de notre champ de perception et de compréhension de ces phénomènes. Ces travaux menés dans ce champ de recherche particulier nous ont aussi, par ailleurs, heureusement insufflé de l'espoir en démontrant que la réadaptation, la réintégration, le retour au travail, le rétablissement et le maintien en emploi sont des objectifs réalistes à la portée de la très grande majorité des personnes qui ont été happées par les troubles mentaux, dans la mesure où elles ont accès à des services structurés, performants et inspirés par les données, les conclusions et les constats que génère la recherche en ce domaine.

Ces analyses, ces réflexions, ces connaissances nouvelles et ces innovations conceptuelles et pratiques que produit la recherche nous invitent à les mettre au profit du travail de réadaptation, qui consiste essentiellement à retrouver et à faire revivre cette ex-infirmière, cet ex-technicien, cet ex-comptable, cet ex-directeur de chantier, en somme ces ex-travailleurs qui, avant le trouble mental et le mal de vivre, étaient des travailleurs, des professionnels et des leaders performants, compétents et utiles.

Mon expérience sur le terrain d'une trentaine d'années à accompagner des personnes dans leur processus de réadaptation et de réintégration au travail se résume simplement à tenter de redonner une nouvelle vie à ces ex-travailleurs qui sont, au cours de leur mal de vivre, devenus des exclus. Ces ex-travailleurs et ces ex-citoyens dont l'identité s'est transformée pour se réduire à celle de « malade » et parfois à celle de leur diagnostic font face à de multiples obstacles et ils éprouvent de nombreuses difficultés à reprendre pied, à retrouver l'équilibre, la santé et le sentiment simple et réconfortant du bien-être.

Malgré un processus thérapeutique qui les a amenés, dans plusieurs cas, à retrouver une certaine paix et une certaine réconciliation émotive, il leur reste à rebâtir une identité dissociée de la maladie et à retrouver une valeur, un rôle et un statut social.

Une démarche vers l'insertion à l'activité à la fois productrice de relations et de soutien social et génératrice de la sécurité économique relative que représente le travail est aussi une stratégie d'intégration à un réseau d'où émergera un sentiment d'utilité et où l'investissement de compétences et d'énergies générera la reconnaissance essentielle à la reconstruction de l'identité de travailleur, de citoyen et de personne redevenue « normale » et aimable. L'insertion au travail et le maintien en emploi est la finalité ciblée par cette stratégie qui vise fondamentalement la rupture définitive avec la maladie, afin de rétablir la santé et le bien-être.

Les personnes qui souhaitent avoir accès au marché du travail pour se sentir fonctionnelles et responsables, pour se réaliser et pour redonner du sens à leur existence s'engagent dans une aventure à risque élevé lorsqu'elles se mettent en marche vers l'insertion. Les personnes qui tentent de se réintégrer au travail et qui essuient des échecs répétés à le faire augmenteront d'autant leurs difficultés à se reconnaître, à s'approprier un rôle et une fonction sociale utiles. Les échecs qu'elles pourraient cumuler risquent de les convaincre de leur inutilité et de leur incapacité à se rebâtir une identité de travailleur et de citoyen. Les solutions qu'offrent ces cumuls d'échecs sont généralement assez catastrophiques sur la santé mentale et parfois sur la vie, d'où l'importance de proposer une intervention offrant un certain potentiel, sinon un potentiel certain, de réussite et de succès.

Les personnes qui nous accordent leur confiance en s'investissant dans nos services et en nous invitant à les accompagner dans leurs parcours d'insertion ont droit à l'excellence. Dans cette perspective, nous devons nous engager à entretenir une vigilance et à exercer un certain regard critique sur nos offres de service, nos programmes, nos stratégies et nos contenus d'intervention pour en tirer et produire le maximum d'efficacité et de qualité.

Afin que la détermination, la ténacité, le courage et les efforts déployés soient couronnés de succès, notre intervention doit en conséquence s'articuler à partir d'une analyse des processus d'exclusion et de désaffiliation, être attentive à la dynamique du marché du travail et à l'évolution de son organisation, analyser la psychopathologie du travail et son rôle intégrateur, comprendre la problématique de la maladie mentale et du recouvrement de la santé en fonction des déterminants biopsychosociaux et environnementaux et, enfin, savoir s'inspirer des modèles de réadaptation et des stratégies innovatrices d'insertion qui ont fait leurs preuves pour les adapter à notre milieu à la lumière des besoins des personnes pour qui ces services existent.

Nos valeurs, nos principes, notre philosophie et notre cadre d'intervention doivent tirer le maximum des connaissances nouvelles que génère la recherche sur la complexe dynamique de la santé mentale en lien avec le travail, dans la perspective de délimiter leur révision, leur reconstruction et leur évolution. Les produits de recherches que nous propose ce livre s'imposent en ce sens comme des outils précieux et incontournables dans le renouvellement de nos analyses, de nos perspectives et de nos pratiques.

Intervenants témoins des victoires de ces personnes ex-exclues, redevenues productives, plus riches, en meilleure santé physique et mentale, intégrées à leur milieu et à leur communauté où elles élaborent des projets auxquels elles avaient cessé de croire tout en mettant à profit leur plein

potentiel dans l'évolution de leur vie, nous pourrions alors être satisfaits d'avoir humblement contribué au meilleur de nous-mêmes et au meilleur de nos connaissances renouvelées aux remarquables succès de ces personnes redevenues avec nous tous des citoyens, des travailleurs, des collègues, des voisins, des amis, des parents et des conjoints, «merveilleusement ordinaires».

Table des matières

PREMIÈRE PRÉFACE	VII
<i>Jean-Robert Turcotte</i>	
DEUXIÈME PRÉFACE	XIII
<i>Claude Charbonneau</i>	
INTRODUCTION	1
<i>Marc Corbière et Marie-José Durand</i>	
CHAPITRE 1	
Aspects épidémiologiques et économiques inhérents aux troubles mentaux	15
<i>Carolyn S. Dewa, David McDaid et Hélène Sultan-Taïeb</i>	
1. La prévalence des troubles mentaux dans la population active et les facteurs associés	19
1.1. Les différences selon les caractéristiques démographiques	20
1.2. Les différences selon les états physiques comorbides	20
1.3. Les différences selon l'emploi	21
1.4. Les différences selon le stress professionnel et les caractéristiques de l'emploi	21
1.5. Les différences selon la sécurité de l'emploi	23
1.6. Les différences selon les situations par rapport à l'emploi	24
2. Les coûts associés aux troubles mentaux pour le milieu de travail	24
2.1. La retraite anticipée	25
2.2. L'absentéisme professionnel	26
2.3. Le présentéisme	26
2.4. L'invalidité de longue durée	28

Conclusion	30
Références	31
CHAPITRE 2	
Lois et mesures favorisant l'intégration et le maintien en emploi des personnes souffrant d'un trouble mental	41
<i>Anne-Marie Laflamme et Jennifer Nadeau</i>	
1. Quelques remarques préliminaires au sujet du partage constitutionnel des compétences législatives	44
1.1. Le partage des compétences législatives en matière de travail	44
1.2. Le domaine d'application des chartes des droits et libertés de la personne	46
2. Le droit à l'égalité et l'obligation d'accommodement raisonnable à l'égard des personnes handicapées	47
2.1. Le droit à l'égalité en emploi	47
2.2. La notion de « handicap »	48
2.3. L'exigence professionnelle justifiée	49
2.4. L'obligation d'accommodement raisonnable	51
3. L'accès à l'emploi des personnes souffrant d'un trouble mental	54
3.1. Les programmes d'accès à l'égalité	54
3.2. Les mesures de type « volontaire » favorisant l'accès à l'emploi	59
4. Le maintien en emploi des salariés souffrant d'un trouble mental	61
4.1. La protection accordée par le régime des normes minimales du travail	61
4.2. Le régime de réparation des lésions professionnelles	63
4.3. La protection découlant de la convention collective	69
Conclusion	70
Références	71
CHAPITRE 3	
Pathologies des troubles mentaux transitoires et graves en interaction avec les caractéristiques de la personnalité	77
<i>Marc-Simon Drouin</i>	
1. L'évaluation des troubles mentaux	79
1.1. Le DSM-IV	80
1.2. Étiologie des troubles mentaux	83
1.3. L'importance de la personnalité	84
1.4. La régulation de l'expérience affective	85
1.5. Le traitement des troubles mentaux	86
2. Les grandes entités cliniques	86
2.1. Les troubles anxieux	87
2.2. Les troubles de l'humeur	92
2.3. Les troubles de l'adaptation	97
2.4. Les troubles psychotiques	98

2.5. Les troubles de la personnalité	102
Conclusion	105
Références	105
CHAPITRE 4	
Déterminants de la réintégration en emploi et du retour au travail en santé mentale	109
<i>Louise St-Arnaud et Marc Corbière</i>	
1. Les déterminants du retour au travail en santé mentale	110
1.1. Les déterminants individuels et sociaux dans l'analyse du phénomène	110
1.2. Les facteurs organisationnels qui jouent sur l'anticipation du retour au travail	112
1.3. Le soutien des collègues et des supérieurs	114
1.4. Les enjeux du retour progressif au travail	115
1.5. De la gestion des absences aux pratiques de soutien : un passage prometteur	116
2. Les déterminants de la réintégration en emploi de personnes avec un trouble mental plus grave	118
2.1. Les déterminants significatifs de l'obtention d'un emploi sur le marché du travail ordinaire	118
2.2. Les déterminants significatifs du maintien en emploi pour les personnes avec un trouble mental grave	125
Conclusion	127
Références	128
CHAPITRE 5	
Outils de mesure pour évaluer le retour et la réintégration au travail de personnes souffrant de troubles mentaux	139
<i>Marie-France Coutu, Marc Corbière, Marie-José Durand et Marie-Élise Labrecque</i>	
1. Les outils évaluant le système personnel et de l'environnement de travail	142
1.1. Le questionnaire sur les limitations au rôle de travailleur	142
1.2. L'échelle sur l'estime de soi en tant que travailleur	144
1.3. L'inventaire des perceptions du style de supervision au travail	146
1.4. Le questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles	147
1.5. Le questionnaire sur le stress au travail	149
2. L'outil évaluant les systèmes personnel, de la santé et de l'environnement de travail	151
2.1. L'inventaire des accommodements de travail pour les personnes avec un trouble mental	151
3. Les outils évaluant les systèmes personnel et de la santé	153
3.1. Le questionnaire sur les perceptions d'appréciation	153
3.2. L'inventaire de l'alliance de travail abrégé	154
3.3. Le <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ)	157
3.4. Le questionnaire sur la représentation de la problématique de santé	158

4. L'outil évaluant l'ensemble des systèmes	162
4.1. Le questionnaire sur les comportements, attitudes et connaissances des conseillers en emploi spécialisés	162
5. Les outils en cours d'élaboration évaluant l'ensemble des systèmes	164
5.1. L'outil d'identification de la situation de handicap au travail (OISHT) . . .	164
5.2. Le questionnaire sur les Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter (ORTESES)	166
Conclusion	168
Références	170

CHAPITRE 6

Interventions pour prévenir les problèmes de santé mentale liés au travail	177
<i>Michel Vézina et Louise St-Arnaud</i>	
1. Les problèmes de santé mentale attribuables au travail	178
2. Les dimensions pathogènes de l'organisation du travail	180
2.1. Lorsque la demande psychologique s'accompagne d'une faible autonomie	180
2.2. Lorsque les efforts au travail s'accompagnent d'une faible reconnaissance	182
3. Agir sur l'organisation du travail	184
3.1. Le soutien de la haute direction et l'engagement de tous les niveaux hiérarchiques	186
3.2. La participation des employés à la discussion relative aux problèmes et à l'élaboration des solutions	186
3.3. Le repérage préalable des populations de travailleurs à risque	187
3.4. La mise en place rigoureuse des changements requis	192
3.5. L'évaluation et la prise en charge de la démarche et des changements par le milieu	193
Conclusion	194
Références	195

CHAPITRE 7

Interventions/programmes de retour au travail destinés aux travailleurs ayant un trouble mental transitoire	199
<i>Marie-José Durand et Catherine Briand</i>	
1. Les interventions émergentes	200
2. Le transfert des connaissances de la clientèle ayant des troubles musculosquelettiques à celle ayant des troubles mentaux	201
3. Le programme Retour Thérapeutique au Travail (RTT)	203
3.1. Évaluer la situation de handicap au travail	205
3.2. Augmenter la disposition à s'engager dans le retour au travail	206
3.3. Soutenir l'engagement actif (la mobilisation) dans le retour au travail . .	208
3.4. Maintenir le travailleur en emploi	209

4. L'adaptation du programme Retour Thérapeutique au Travail pour les travailleurs atteints de TMT	214
5. Vignette	217
Conclusion	220
Références	220
CHAPITRE 8	
Services de réintégration au travail et interventions ponctuelles en réadaptation pour les personnes avec un trouble mental grave	225
<i>Marc Corbière, Tania Lecomte et Nathalie Lanctôt</i>	
1. Les programmes ou services de réintégration au travail	229
1.1. Les ateliers protégés	229
1.2. Les programmes d'emploi de transition	231
1.3. L'entreprise sociale ou à économie sociale	232
1.4. Les programmes de soutien à l'emploi	237
2. Les approches connexes aux services de réintégration au travail	239
2.1. Les interventions qui visent l'amélioration de la performance au travail	239
2.2. Les interventions qui visent l'entraînement aux habiletés sociales	240
2.3. Les interventions relatives à la gestion du stress	240
2.4. Les interventions qui visent le renforcement de l'estime de soi	241
2.5. Les interventions qui ciblent les déficits cognitifs	242
2.6. Les interventions qui ciblent les cognitions et comportements dysfonctionnels	242
Conclusion	243
Références	245
CHAPITRE 9	
Compétences requises de l'intervenant qui facilite le retour ou la réintégration au travail de personnes à risque d'une incapacité prolongée	253
<i>Patrick Loisel et Marc Corbière</i>	
1. Les études sur les compétences des coordonnateurs de retour au travail pour les personnes ayant un TMS	256
1.1. La revue de la littérature scientifique	258
1.2. Les entrevues avec des chercheurs	258
1.3. La recherche structurée des compétences	259
2. Les études sur les compétences des conseillers en emploi spécialisés œuvrant auprès de personnes aux prises avec un trouble mental grave	264
3. Les compétences clés et leur acquisition	273
Références	275

CHAPITRE 10	
Alliance de travail: élément pivot de la réadaptation au travail.	279
<i>Conrad Lecomte, Réginald Savard et Vincent Guillon</i>	
1. La problématique	280
1.1. La définition de l'alliance de travail.	281
1.2. L'état des connaissances sur la contribution de l'alliance de travail à la réadaptation au travail.	283
1.3. Les éléments clés de la contribution de l'alliance aux résultats thérapeutiques.	285
2. L'établissement et le maintien de l'alliance de travail: un processus crucial.	288
3. L'établissement et le maintien de l'alliance de travail: un processus complexe et méconnu	289
4. Les moments et les situations difficiles dans la régulation de l'alliance de travail	291
4.1. L'établissement d'une alliance de travail en réadaptation au travail.	292
4.2. Le maintien de l'alliance de travail vis-à-vis des inévitables fluctuations et ruptures relationnelles	293
4.3. Le maintien de l'alliance de travail dans des moments de résistance au changement	294
5. Le processus d'intervention pour établir et restaurer l'alliance de travail à la suite d'inévitables fluctuations et ruptures relationnelles	296
5.1. Les bases d'un processus d'intervention en réadaptation au travail.	296
5.2. Le processus d'intervention en réadaptation au travail	297
Conclusion.	303
Références	306
CHAPITRE 11	
Retour et réintégration au travail de personnes avec un trouble mental: le rôle du supérieur immédiat	315
<i>Pierre Lemieux, Marc Corbière et Marie-José Durand</i>	
1. Le contexte organisationnel.	317
1.1. Les obligations de l'employeur et le retour au travail	317
1.2. Les contraintes de l'employeur vécues par le supérieur immédiat.	318
1.3. Le rôle du supérieur immédiat en lien avec le retour au travail	319
1.4. Le supérieur immédiat et l'action concertée	321
2. Les défis de la communication en milieu de travail en regard du trouble mental	323
2.1. Les contraintes inhérentes au trouble mental – divulgation et confidentialité	323
2.2. La stigmatisation en milieu de travail	325
2.3. La communication entre le supérieur immédiat et l'employé	327

3. Le devoir d’accommodement et son impact dans le milieu de travail	327
4. La perception des supérieurs immédiats quant aux facteurs influençant le retour au travail d’une personne avec un trouble mental – un regard critique	331
5. Les habiletés et les comportements souhaitables chez le supérieur immédiat	333
Références	336
 CHAPITRE 12	
Stigmatisation et discrimination liées à la santé mentale en milieu de travail.	339
<i>Heather Stuart</i>	
1. La nature de la stigmatisation et de la discrimination	341
2. Les conséquences générales de la stigmatisation	343
2.1. La marginalisation sociale	343
2.2. L’autostigmatisation	343
2.3. La stigmatisation de courtoisie	344
2.4. L’alphabétisation en matière de santé mentale et la recherche d’aide	345
3. La stigmatisation et le travail	345
4. Le chômage	347
5. Le sous-emploi	349
6. Les avantages d’une réduction de la stigmatisation et de la discrimination	350
7. Les changements culturels en milieu de travail	352
8. Les programmes de lutte contre la stigmatisation en milieu de travail	354
9. L’élaboration de meilleures pratiques	355
Conclusion	356
Références	357
 CHAPITRE 13	
Trajectoires de réintégration et de retour au travail de deux personnes avec un trouble mental	363
<i>Marc Corbière, Marie-José Durand et Luc Vigneault</i>	
Première entrevue, avec un homme qui a une schizophrénie	364
Seconde entrevue, avec une femme ayant vécu une dépression	380
 CONCLUSION	 399
 NOTICES BIOGRAPHIQUES	 401

Introduction

Marc Corbière, Ph. D.

Marie-José Durand, Ph. D.

Au cours des deux dernières décennies, le monde du travail s'est transformé considérablement avec l'intensification du travail, l'adaptation des employés aux nouvelles technologies toujours en évolution et la tertiarisation du travail, sans compter l'instabilité économique à travers le monde (Brun, 2009). Ces changements organisationnels, économiques et techniques ont des répercussions sans équivoque sur la santé mentale des employés, et ce, quel que soit leur niveau hiérarchique au sein d'une organisation. Les conséquences de ces divers changements sur le milieu de travail représentent un fardeau tant sur le plan humain que financier car, comme l'indique l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ un quart de la population mondiale sera à un moment de sa vie touché directement par les problèmes de santé mentale (p. ex., détresse psychologique) ou les troubles mentaux (p. ex., dépression) (Harnois et Gabriel, 2000). Dans la plupart des pays industrialisés, les entreprises et leurs employés doivent de plus en plus faire face à cette problématique, laquelle entraîne un niveau d'absentéisme élevé. Plusieurs études montrent que le taux d'absentéisme dû à des troubles mentaux s'élève à plus de 30% (souvent proche de 50%) des absences au travail toutes confondues (OCDE, 2009). Pour ceux qui présentent une plus grande sévérité symptomatologique, la réintégration au travail s'avère d'autant plus difficile. Des difficultés qui se traduisent par 40% des personnes qui ne retournent pas sur le marché du travail ordinaire, et ce, malgré l'accès à des interventions reconnues comme des pratiques fondées sur les données probantes et leur utilisation (Corbière *et al.*, 2010). Qui plus est, pour les personnes qui réintègrent le marché du travail ou qui retournent au travail, conserver un emploi demeure un autre défi.

Pour donner quelques chiffres additionnels, nous comptons, seulement aux États-Unis, entre 40 et 50 milliards de dollars dépensés chaque année pour la dépression, dont 200 millions de journées de travail perdues (Gabriel et Liimatainen, 2000). En Grande-Bretagne, environ 80 millions de journées de travail sont perdues chaque année en raison de problèmes de santé mentale ou de troubles mentaux et, au Canada, il en coûte plus de 14 milliards de dollars en perte de productivité industrielle (Dewa, Lin, Corbière et Shain, 2010; Gabriel et Liimatainen, 2000). Selon un rapport de l'OMS, dans moins d'une décennie, soit en 2020, la dépression deviendra une des premières causes de l'absentéisme au travail (Harnois et Gabriel, 2000). Sur le plan humain, les conséquences ne sont pas moindres. La non-participation au marché du travail a des répercussions significatives sur la santé de la personne, surtout si cette dernière présente un trouble mental. Parmi les retombées, on note par exemple l'isolement social, la perte de l'identité socioprofessionnelle et d'une structure spatio-temporelle, la perte d'un pouvoir de consommation et d'actualisation de soi, l'exacerbation des symptômes cliniques et la pauvreté. Eu égard à l'ensemble de ces changements sociétaux et organisationnels ainsi qu'à leurs retombées, le domaine d'intérêt *santé mentale et travail* a pris un essor considérable dans la dernière décennie en vue d'aider une large proportion de la population aux prises avec un trouble mental en milieu de travail ou en processus de réintégration au marché du travail.

Avant même de préciser l'objectif de cet ouvrage collectif, il nous apparaît essentiel non seulement de prendre connaissance de la terminologie utilisée en santé mentale et travail, telle que les *problèmes de santé mentale*, les *troubles mentaux transitoires et graves*, le *retour au travail* et la *réintégration au travail*, mais aussi d'étayer notre démarche à partir d'une assise théorique qui nous permettra d'évaluer les tenants et les aboutissants de la problématique « du trouble mental à la participation au travail ». La lecture ne pourra en être que plus claire et plus précise. Dans cette orientation, nous avons donc proposé aux auteurs d'utiliser dans leur chapitre, autant que faire se peut, quelques vocables communs. Il est à préciser que ces vocables sont déjà employés dans les écrits scientifiques et les documents gouvernementaux qui traitent de cette problématique d'intérêt. Cependant, force est de constater que ces vocables ne sont pas toujours utilisés dans la même acception, créant ainsi certaines ambiguïtés dans les écrits ou, du moins, suscitant des interrogations. Parmi ces vocables, nous avons voulu dans un premier temps rappeler la distinction entre les *problèmes de santé mentale*, le *trouble mental commun ou transitoire* et le *trouble mental grave ou plus sévère*, et ce, même si ces termes ne sont pas mutuellement exclusifs. Selon le gouvernement du Canada (2006), les problèmes de santé mentale désignent tout écart par rapport à l'état de bien-être. Les problèmes de santé mentale peuvent

causer de la souffrance chez les individus et leur famille et ont un impact négatif sur le rendement au travail de ceux-ci, mais ils ne mènent pas nécessairement au développement d'une maladie mentale (OMS, 2005). Autrement dit, la personne qui a vécu ou vit des problèmes de santé mentale peut se sentir stressée, anxieuse ou déprimée, mais cet état symptomatique n'est pas assez marqué cliniquement pour renvoyer à un trouble mental (p. ex., troubles anxieux, de la personnalité, de l'humeur, etc.). Les problèmes de santé mentale ne désignent donc pas une maladie mentale ou un trouble mental diagnostiqué par un médecin ou un psychiatre. Le vocable *problèmes de santé mentale* est souvent emprunté au quotidien car il semble moins stigmatisant pour celui qui le porte. D'ailleurs, pour complexifier l'usage de ce dernier terme, dans certaines écoles de pensée ou institutions gouvernementales, le terme *problèmes de santé mentale* est lui-même remplacé par les termes *problèmes de santé psychologique* ou *troubles de santé mentale*. Dans cet ouvrage, nous préconiserons l'usage originel du vocable, soit trouble ou maladie mentale pour éviter, d'une part, toute confusion possible et, d'autre part, pour référer à un modèle biopsychosocial où chaque dimension (biologique, psychologique et sociale) peut avoir un impact sur l'apparition de la maladie.

Dans le contexte du travail, il faut préciser que les vocables *trouble mental commun/transitoire* ou *trouble mental grave/sévère* ont aussi été utilisés pour bien démarquer la symptomatologie et le fonctionnement de la personne à l'égard du travail. Le terme *trouble mental commun ou transitoire* (en anglais *common mental disorders*) est utilisé pour des personnes qui présentent un trouble mental (en général, les troubles anxieux, la dépression et le trouble de l'adaptation) en processus de retour à leur poste de travail (ou qui ont conservé un lien d'emploi) d'avant la déclaration de la maladie. Ces troubles, comme l'adjectif l'indique, sont les plus communs dans la population active. Leur prévalence est évidente lorsqu'on les compare par exemple à la schizophrénie, qui touche environ 1% de la population. Les personnes qui présentent ce type de trouble le développent généralement lorsqu'elles sont déjà employées dans une organisation. En général la durée de leur absence en raison de la maladie est bien circonscrite dans le temps. Là encore, cependant, la durée d'absence peut dépendre de nombreux facteurs tels que la sévérité des symptômes associés à la maladie et d'autres variables dites psychosociales inhérentes au milieu de travail. On voit clairement ici la difficulté de bien distinguer les troubles communs des plus graves en fonction de l'activité professionnelle. Prenons l'exemple de deux employés qui ont une dépression majeure : le premier pourra retourner à son travail au bout de quelques mois, alors que l'autre pourra éprouver de plus grandes difficultés à y retourner, soit pour des raisons relatives à la sévérité des

symptômes, soit encore à cause d'éléments de nature organisationnelle ou psychosociale, toutes n'étant pas mutuellement exclusives ou sans lien entre elles.

Par ailleurs, le Ministry of Health and Long-Term Care (1999), comme d'autres institutions (p. ex., National Institute of Mental Health) l'ont suggéré, définit le trouble mental grave selon trois indicateurs tangibles : 1) l'incapacité qui réfère aux difficultés qui interfèrent ou limitent la personne dans son fonctionnement dans un ou plusieurs domaines d'activités de la vie ; 2) la durée anticipée qui réfère à la nature du problème décelé soit à travers des faits, soit à travers l'expérience subjective suggérant une persistance des problèmes de santé dans le temps (p. ex., fréquence et intensité de l'utilisation des services en psychiatrie) ; et 3) les diagnostics prédominants dont la schizophrénie, les troubles schizoaffectifs, les troubles bipolaires et la dépression majeure. D'autres diagnostics sont aussi inclus, comme les troubles de la personnalité sévères et les diagnostics concomitants (diagnostic psychiatrique avec abus de substances), pour renvoyer au vocable *trouble mental grave*. Nous comprenons alors que, pour emprunter le vocable *trouble mental grave*, il est important de considérer non seulement le diagnostic psychiatrique et la sévérité des symptômes, mais aussi le fonctionnement de la personne dans son environnement social. Les causes de l'incapacité due à un trouble mental grave, notamment en contexte de travail, seront plus explicites un peu plus loin dans le texte. Le terme *trouble mental grave* (en anglais *severe mental disorder*) est utilisé dans le cadre d'études qui s'intéressent aux personnes en rupture d'emploi et en processus de réintégration au travail, reflétant ainsi leurs difficultés de fonctionnement socioprofessionnel.

Pour conclure à propos de la terminologie, il nous apparaît important de donner une brève définition des termes *présentéisme*, *retour au travail* et *réintégration au travail* ainsi que *maintien en emploi*. Des auteurs mentionneront que, conformément à sa définition, le *présentéisme* fait partie des difficultés à maintenir une vie active au travail. Il est défini par le fait qu'une personne est présente au travail sans que son esprit soit disponible et soit prêt à s'engager dans les tâches associées à son emploi. Le *présentéisme* se manifeste par une réduction de la productivité au travail (Coutu *et al.*, 2011). Pour ce qui est du *retour au travail*, il s'agit du retour de la personne dans une structure professionnelle assurant son autonomie maximale. Le retour se fait après une absence plus ou moins longue du marché du travail quand un lien d'emploi avec une organisation spécifique a été conservé. Il touchera plus souvent des personnes avec un trouble mental commun/transitoire. Quant à la *réintégration au travail*, il s'agit du retour de la personne dans une structure professionnelle assurant son autonomie maximale. La réintégration au travail se fait après une absence plus ou moins longue du marché du

travail *sans* qu'un lien d'emploi avec une organisation spécifique ait été conservé. Il touchera plus souvent les personnes avec un trouble mental grave. Enfin, le *maintien en emploi*, c'est l'action de conserver un emploi dans une organisation ou de rester actif sur le marché du travail après une réintégration/un retour au travail (soit dans le même lieu de travail, soit dans un milieu de travail différent) (Corbière et Goulet, 2011). À la figure 1, on peut observer la juxtaposition des vocables de la situation de santé aux vocables de la situation de travail. Cette juxtaposition permet de refléter leur probable cooccurrence. Par exemple, il est plus probable qu'une personne qui présente un trouble mental transitoire soit absente de son poste de travail; ou, encore, une personne avec un trouble mental grave peut courir un plus grand risque de perdre son emploi.

Figure 1
Terminologie en santé mentale en fonction de la situation de travail



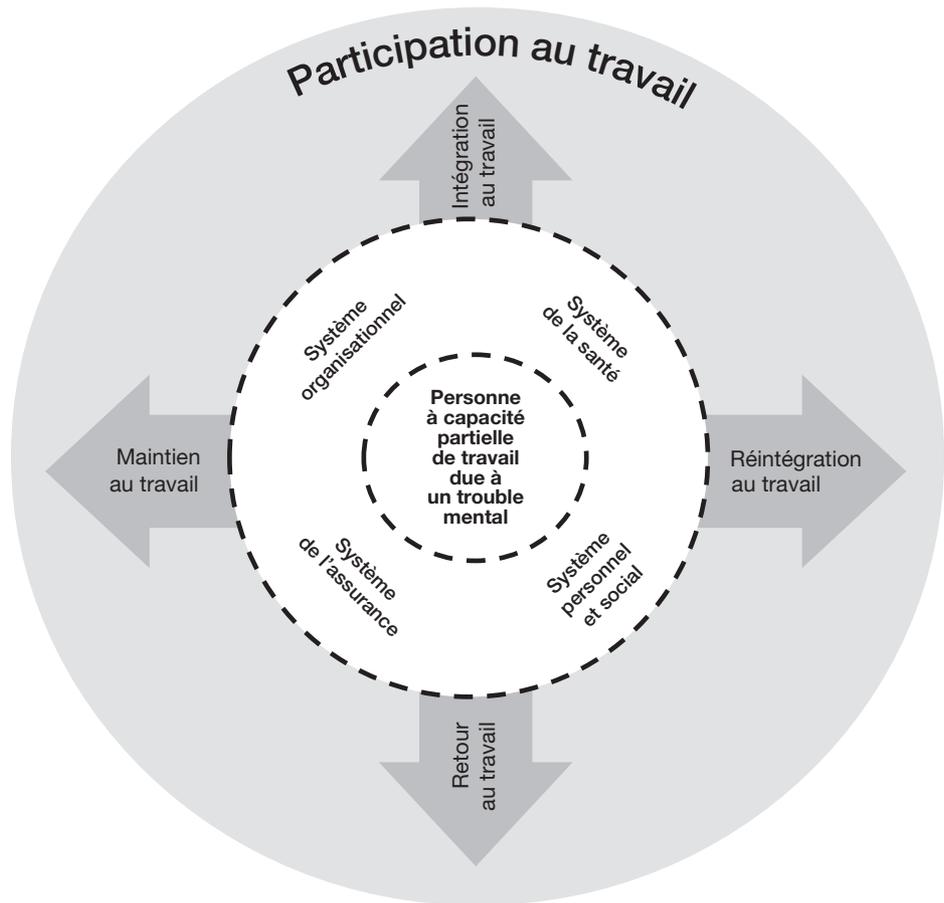
Pour ce qui est du cadre théorique, la recherche dans le domaine de l'incapacité au travail a connu un essor important au cours des 25 dernières années. Dans les années 1980, les modèles de prise en charge mettaient l'accent sur la réduction ou la disparition de la déficience, c'est-à-dire la lésion ayant déclenché l'incapacité (Nachemson, 1999). Or, il a été démontré que ce type d'intervention est peu efficace pour aider les personnes à retourner au travail (Spitzer, Leblanc et Dupuis, 1987). Par la suite, plusieurs études ont démontré que les facteurs qui gênaient le travailleur à retourner à son emploi étaient peu associés à la maladie, mais plutôt aux incapacités qui en découlaient (Loisel *et al.*, 2001). À la lumière de ces divers constats, le *paradigme d'incapacité au travail* a été élaboré. Selon ce paradigme, pour comprendre l'incapacité au travail, il est nécessaire de prendre en compte non

seulement les caractéristiques du travailleur, mais aussi celles de son environnement, lequel est composé de trois systèmes sociaux, soit le système de soins de santé, l'environnement de travail et le système de compensation financière (qui varie selon le contexte légal et social) (Loisel *et al.*, 2001). Ainsi, l'intervention pour faciliter une reprise du travail ne repose plus strictement sur la réduction de la déficience, mais plutôt sur la réduction de l'incapacité. De nombreuses études reconnaissent maintenant que la plupart des facteurs qui entravent le retour au travail ou la réintégration au travail sont peu associés à la maladie originale, mais surtout reliés à des facteurs environnementaux et psychosociaux (Loisel *et al.*, 2001; Waddell, Burton et Main, 2003). Cette transformation majeure de la compréhension des causes de l'incapacité au travail a permis de passer d'un modèle conceptuel dit « médical », mettant l'accent sur le traitement de la maladie, à un modèle de type biopsychosocial, où il importe surtout de considérer la complexité de l'être humain et de son environnement (Durand et Loisel, 2001).

En ce sens, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE, 2009, 2010), nous invite dans des documents récents à réfléchir sur les notions d'incapacité ou encore de handicap psychique et de handicap psychologique, car ces derniers sclérosent les personnes concernées ou du moins nuisent à leur mobilisation au regard du travail. Les nombreux pays de l'OCDE suggèrent de s'attaquer à la faible participation au marché du travail des personnes ayant un trouble mental. Cette réflexion à l'égard de l'utilisation de ces termes et de leur impact sur l'activité professionnelle des personnes aux prises avec une « incapacité » ou un « handicap » n'est pas sans rappeler le lien étroit avec la crise économique qui a lieu à travers le monde. Dans une perspective économique mais aussi des bienfaits de l'activité du travail, l'OCDE propose de revisiter la législation antidiscriminatoire à l'endroit des personnes concernées, les pratiques de suivi des maladies et les prestations d'invalidité, et ainsi de *transformer le handicap ou l'incapacité en capacité*. D'ailleurs, l'OCDE adoptera le terme *personnes à capacité réduite/partielle de travail* au détriment du terme *personne avec une incapacité ou avec une invalidité, un handicap*. En effet, à l'heure actuelle, de nombreuses politiques et procédures ont tendance à demeurer axées sur ce que les personnes ne peuvent pas faire plutôt que sur leur capacité de travail (OCDE, 2010). D'où le titre de notre ouvrage collectif : *Du trouble mental à l'incapacité au travail*.

Nous tirons avantage au sein de cet ouvrage collectif de certains de ces travaux, notamment de ceux associés à la notion de capacité que nous illustrons à la figure 2. La personne avec une capacité partielle de travail due à un trouble mental plus ou moins sévère, lequel est apparu en raison de causes qui peuvent être multiples, biologiques, psychologiques et sociales,

Figure 2
Cadre théorique de la participation au travail



mais aussi psychosociales (p. ex., environnement de travail), est au centre de nos préoccupations. Cette personne, lorsqu'en processus d'interaction avec le marché du travail (intégration au travail, réintégration au travail, retour au travail et maintien au travail), est partie prenante à un contexte sociétal qui prend la forme de quatre grands systèmes énoncés plus haut : assurance, organisationnel et santé, arrimés à son système personnel et social. Les acteurs clés principaux de ces systèmes peuvent être la famille et les amis (système personnel et social), l'employeur, le supérieur immédiat, les collègues de travail, les représentants syndicaux (système organisationnel), le médecin ou le psychiatre ainsi que les membres de l'équipe traitante (système de la santé), le représentant de la compagnie d'assurance (système

de l'assurance) et, enfin, l'intervenant qui facilite le retour ou la réintégration au travail et qui peut provenir de l'un des trois systèmes (assurance, organisationnel, santé) ou y appartenir, selon le contexte socio-économique, politique et culturel dans lequel il se trouve. La dynamique et les liens de ces systèmes, rendus possibles grâce aux acteurs qui interagissent entre eux et avec la personne concernée, vont faciliter ou encore gêner une participation active au travail de la personne à capacité partielle de travail due à un trouble mental (figure 2). Si aucune participation au marché du travail n'est envisagée, alors nous parlerons d'une situation d'exclusion socioprofessionnelle pour une personne avec un trouble mental à capacité partielle de travail. Autrement dit, le modèle proposé à la figure 2 illustre comment la participation au marché du travail de la personne à capacité partielle de travail due à un trouble mental résulte de son interaction avec les autres systèmes de son environnement tout en tenant compte de sa position socio-professionnelle (maintien, réintégration, etc.).

À ce jour, nous ne connaissons pas d'ouvrages en français ou en anglais qui abordent cette problématique dans sa globalité. La plupart des ouvrages publiés s'intéressent exclusivement aux thèmes reliés au trouble mental grave (p. ex., schizophrénie, trouble bipolaire), au trouble mental dit commun/transitoire (p. ex., troubles anxieux) ou encore à l'incapacité au travail. Qui plus est, ces derniers ouvrages ciblent une seule et unique approche; soit la psychologie du travail, soit l'épidémiologie, voire encore une orientation exclusivement médicale. C'est pourquoi, dans le cadre de cet ouvrage collectif, nous souhaitons aborder, pour la première fois, les thèmes du retour au travail des personnes qui présentent un trouble mental ayant conservé ou rompu leur lien d'emploi avec le marché du travail ordinaire. Dans l'optique de décloisonner les troubles mentaux dits graves de ceux qui sont plus transitoires, nous avons proposé, autant que faire se peut, de rédiger les chapitres du livre en partenariat, c'est-à-dire à deux à trois auteurs par chapitre, lesquels présentent l'une des expertises susmentionnées. Lorsque la littérature est dense pour un volet particulier de notre problématique de prédilection, plusieurs chapitres s'y consacrent, notamment pour les services de prévention des problèmes de santé mentale et les services de retour et de réintégration au travail de personnes avec un trouble mental (chapitres 6 à 8).

L'un des objectifs principaux de ce livre est de tirer profit de l'expérience et des connaissances de divers acteurs clés œuvrant dans ce domaine: professeurs, chercheurs et cliniciens de différentes disciplines (psychologie du travail, psychologie de la santé, counseling, psychiatrie, économie de la santé, ergothérapie, épidémiologie, santé communautaire, médecine sociale et préventive, sciences juridiques). Ainsi, nous souhaitons établir des liens

entre les disciplines et les deux populations ciblées pour intégrer de façon astucieuse et créative l'ensemble des avancées dans ce domaine. Cet ouvrage collectif a par conséquent comme but ultime et défi de créer des ponts théoriques et empiriques sur cette problématique pour sensibiliser les chercheurs et professionnels de la santé (p. ex., psychologues, psychiatres, médecins du travail, ergothérapeutes, conseillers, psychiatres) aux points de convergence et aux aspects uniques des populations cibles lors d'un processus de réintégration au travail/retour au travail.

Pour ce faire, les auteurs du premier chapitre abordent les changements dans les environnements de travail et leurs effets sur la santé mentale des travailleurs. Ce chapitre met la table sur les causes des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux, en précisant la prévalence de ces derniers selon certaines caractéristiques démographiques et selon le milieu de travail. Par la suite, les auteurs présentent les coûts associés aux troubles mentaux pour le milieu de travail.

Au chapitre 2, après une brève introduction à la structure et la dynamique législative au Canada concernant la problématique qui nous intéresse, les auteures font état des lois relatives au maintien en emploi et à l'intégration des personnes qui présentent un trouble mental, notamment celles qui préconisent l'obligation d'accommodement ou les mesures dites positives pour faciliter l'intégration au travail (p. ex., contrat d'intégration au travail).

Le chapitre 3 aborde les troubles mentaux graves et transitoires en vue de mieux les décrire et ainsi de mieux les comprendre. La présentation de ces troubles tiendra compte de la classification proposée par le DSM-IV. De plus, en faisant une analogie au système de défense physique, l'auteur présente un système psycho-immuno-métabolique pour mieux saisir comment la personne évolue dans son environnement, et ce, en considérant à la fois les facteurs de risque et de résilience personnels et les facteurs de l'environnement.

Dans le cadre du chapitre 4, les auteurs exposent les facteurs déterminants du retour et de la réintégration au travail de personnes avec un trouble mental commun et grave, respectivement. À la suite de ce portrait, les auteurs dégagent les facteurs qui émergent des deux situations de travail en mettant l'accent sur l'environnement psychosocial du travail comme une dimension incontournable d'une meilleure intégration socioprofessionnelle, quelle que soit la sévérité du trouble mental.

Pour ce qui est du chapitre 5, les auteurs exposent plusieurs outils de mesure pour mieux évaluer la personne dans son processus de retour ou de réintégration au travail. D'emblée, les outils de mesure sont classés en tenant

compte des divers systèmes d'activités (assurance, légal, organisationnel, personnel et social) qui sont en jeu dans le processus de reprise du travail. Certains outils évaluent un seul système alors que d'autres en considèrent plusieurs.

Au chapitre 6, les auteurs mettent en exergue le repérage d'indices psychosociaux pour mener à bien une action préventive contre les problèmes de santé mentale dans une organisation, et ce, grâce à un groupe de soutien à l'intervention. Inclus dans une grille, ces indices ont été conçus essentiellement à partir de deux modèles explicatifs de l'occurrence des manifestations psychologiques, physiologiques et comportementales, c'est-à-dire le modèle de « demande-autonomie » de Karasek et celui du « déséquilibre : effort/reconnaissance » de Siegrist.

Dans le chapitre 7, les auteures présentent les ingrédients d'un programme de retour thérapeutique au travail (RTT) pour les personnes qui se sont absentes de leur poste de travail à cause d'un trouble mental transitoire. Le programme a été conçu à partir des expériences et connaissances acquises auprès de personnes avec un trouble musculosquelettique en arrêt de travail. Il reste à présent à établir quels sont les ingrédients actifs du programme RTT auprès de ce groupe de personnes.

En ce qui concerne le chapitre 8, les auteurs décrivent une gamme de services de réintégration au travail pour les personnes aux prises avec un trouble mental grave, en rupture du marché du travail, tout en leur attribuant une approche dite traditionnelle « former et placer » (p. ex., atelier protégé) ou une approche proactive « placer et alors former » (p. ex., programme de soutien à l'emploi). Quel que soit le programme de réintégration au travail ciblé, on mentionne l'importance de considérer des interventions additionnelles reconnues pour soutenir la personne dans son processus de rétablissement (p. ex., la thérapie cognitive-comportementale).

Les auteurs du chapitre 9 font ressortir les compétences requises chez l'intervenant qui coordonne le retour au travail de personnes à risque d'être exclues du marché du travail. Ils considèrent deux contextes, celui du coordonnateur de retour au travail qui aide des personnes ayant un trouble musculosquelettique et celui du conseiller en emploi spécialisé qui œuvre auprès de personnes avec un trouble mental en processus de réintégration au travail. De cette comparaison, des compétences communes à ces deux intervenants émergent, notamment celles relatives aux habiletés de relations interpersonnelles et de communication. En conclusion, les auteurs mettent l'accent sur le besoin d'assurer une formation professionnelle chez ces deux intervenants.

Dans le chapitre 10, les auteurs nous amènent à considérer un élément essentiel à la relation entre l'intervenant et son client, l'alliance thérapeutique, aussi nommée l'alliance de travail. Cette composante relationnelle établie initialement dans un contexte thérapeutique s'avère cruciale dans le cadre d'une relation d'aide qui vise le retour ou la réintégration au travail. Les auteurs insistent pour préciser que la mise en place d'objectifs communs à atteindre et d'une entente sur les tâches à réaliser pour atteindre ces objectifs, le tout soutenu par un lien émotionnel entre les deux acteurs clés, permet d'atteindre des résultats positifs et significatifs.

Le rôle du supérieur immédiat comme acteur pivot du retour et de la réintégration au travail d'une personne avec un trouble mental est mis de l'avant dans le chapitre 11. Sa position parfois délicate dans l'organisation, c'est-à-dire entre l'employeur, son équipe et son employé avec un trouble mental, ainsi que le respect des conventions collectives peuvent créer un inconfort chez le supérieur immédiat lorsqu'il s'agit de la reprise du travail. Les notions telles que la divulgation du trouble mental et la confidentialité des informations en milieu de travail sont abordées pour illustrer les défis auxquels le supérieur immédiat fait face pour faciliter le retour ou la réintégration au travail d'une personne avec un trouble mental.

Dans le chapitre 12, l'auteure relate les tenants et les aboutissants de la stigmatisation et de la discrimination à l'endroit des personnes qui présentent un trouble mental. Après un bref historique de ces dernières notions, l'auteure aborde plusieurs éléments découlant de la stigmatisation à l'égard du trouble mental, comme l'autostigmatisation et la marginalisation sociale. D'ailleurs, ce chapitre propose un modèle qui permet de comprendre le cercle vicieux de la stigmatisation. L'auteure déplore le fait qu'il n'existe pas d'interventions en milieu de travail qui permettent de combattre la stigmatisation ou, du moins, qu'il n'existe pas d'évaluation systématique de ces interventions si elles sont déjà implantées.

Dans le dernier chapitre de ce livre, deux personnes interviewées par les directeurs de cet ouvrage collectif nous permettent de décrire leurs expériences quant à leur trouble mental en lien avec le milieu de travail. Une personne atteinte de schizophrénie nous informe de son processus d'intégration et de réintégration au travail alors qu'une autre personne partage son expérience inhérente à la dépression et à son retour au travail. Le canevas de l'entrevue a été conçu pour expliciter sur le plan expérientiel et concret les thèmes qui ont pu être abordés dans cet ouvrage, tels que la stigmatisation, les déterminants de la reprise du travail, les services reçus et le rôle du supérieur immédiat, et ce, en considérant les deux situations de travail, en lien ou en rupture avec le marché du travail.

Le mot de la fin permettra de synthétiser les messages clés des 13 chapitres et de nous amener vers les orientations futures dans le domaine du trouble mental et du travail.

Bonne lecture!

RÉFÉRENCES

- BRUN, J. P. (2009). *Et le travail, ça va?* Québec, Canada: Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval.
- CORBIÈRE, M. et GOULET, C. (2011). *Troubles mentaux et travail: intégration des données probantes dans sa pratique*. Longueuil, Canada: Formation continue à l'Université de Sherbrooke.
- CORBIÈRE, M., LANCTÔT, N., LECOMTE, T., LATIMER, E., GOERING, P., KIRSH, B., GOLDNER, E. M., REINHARZ, D., MENEAR, M., MIZEVICH, J. et KAMAGIANNIS, T. (2010). A pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders. *Community Mental Health Journal*, 46(1), 44-55.
- COUTU, M. F., NASTASIA, I., DURAND, M. J., CORBIÈRE, M., LOISEL, P., LEMIEUX, P., LABRECQUE, M. E. et PETTIGREW, S. (2011). *Une approche systématique d'identification des déterminants de l'incapacité liés au travail et à la santé psychologique dans un secteur ciblé* (No. R-679). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail du Québec.
- DEWA, C. S., LIN, E., CORBIÈRE, M. et SHAIN, M. (2010). Examining the mental health of the working population: organizations, individuals, and haystacks. Dans J. Cairney et D. L. Streiner (dir.), *Mental Disorder in Canada: An Epidemiological Perspective* (p. 414-430). Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- DURAND, M. J. et LOISEL, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTES)*, 3(2), www.unites.uqam.ca/pistes/v3n2/articles/v3n2a5.htm.
- GABRIEL, P. et LIIMATAINEN, M. R. (2000). *Mental Health in the Workplace*. Genève, Suisse: Organisation internationale du travail.
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa, Canada: Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, Gouvernement du Canada.
- HARNOIS, G. et GABRIEL, P. (2000). *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé et Organisation internationale du travail.
- LOISEL, P., DURAND, M. J., BERTHELETTE, D., VÉZINA, N., BARIL, R., GAGNON, D., LARIVIÈRE, C. et TREMBLAY, C. (2001). Disability prevention: The new paradigm of management of occupational back pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351-360.
- MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE (1999). *Make It Happen. Operational Framework for the Delivery of Mental Health Services and Supports*. Toronto, Canada: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care.

- NACHEMSON, A. (1999). Back pain: Delimiting the problem in the next millennium. *International Journal of Law Psychiatry*, 22(5-6), 473-490.
- OCDE (2009). *Maladie, invalidité et travail: garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique. Document de base*. Stockholm, Suède: Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
- OCDE (2010). *Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles. Canada: des possibilités de collaboration*. Paris, France: Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
- OMS (2005). *Mental Health Policies and Programmes in the Workplace*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé (OMS).
- SPITZER, W., LEBLANC, F. et DUPUIS, M. (1987). Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*, 12(Suppl), S1-S59.
- WADDELL, G., BURTON, A. K. et MAIN, C. J. (2003). *Screening to Identify People at Risk of Long-Term Incapacity for Work*. Londres, Royaume-Uni: Royal Society of Medicine Press.

C

ET OUVRAGE COLLECTIF, DIRIGÉ PAR DEUX PROFESSEURS-CHERCHEURS engagés dans le domaine de la réadaptation au travail, propose de passer en revue les éléments essentiels à une bonne compréhension du retour et de la réintégration au travail de personnes aux prises avec un trouble mental. Au sein de notre société moderne, notamment dans les organisations, les troubles mentaux constituent désormais une problématique qui préoccupe les acteurs concernés par le retour et la réintégration au travail, tels que l'employeur, le supérieur immédiat, le représentant syndical, le représentant du système d'assurance, le professionnel de la santé et l'intervenant qui facilite le retour au travail, sans oublier les personnes significatives de l'environnement immédiat de l'individu souffrant d'un trouble mental.

Tous ces acteurs clés, mais aussi les chercheurs, les planificateurs et les décideurs des instances gouvernementales qui souhaitent mieux saisir cette problématique et tenter d'y faire face adéquatement trouveront dans cet ouvrage des pistes à explorer selon leurs besoins respectifs. Les outils et les interventions abordés dans cet ouvrage, dont on a reconnu l'efficacité, sont sans conteste des leviers qui permettront de faire progresser cette problématique en plein essor. Aussi, doté d'une approche transdisciplinaire, il pourra offrir aux étudiants de diverses formations un portrait holistique de ce domaine de recherche sur la santé: vivre ou avoir vécu un trouble mental tout en participant de façon active au marché du travail ordinaire. Cet ouvrage a donc l'ambition d'aller au-delà de l'incapacité au travail chez une personne souffrant d'un trouble mental.



MARC CORBIÈRE est professeur agrégé à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke. Il est chercheur-boursier du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) au CAPRIT du Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine. Il assure le transfert des connaissances dans la collectivité en offrant de la formation continue aux intervenants qui œuvrent dans le domaine de la santé mentale et du travail.



MARIE-JOSÉ DURAND est directrice du CAPRIT (Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail), professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire de recherche en réadaptation au travail de Bombardier/Pratt & Whitney. Elle s'intéresse depuis de nombreuses années au développement et à la validation d'instruments de mesure et de programmes de réadaptation pour des personnes atteintes d'incapacités au travail d'origines diverses.

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE

- Catherine BRIAND
- Marc CORBIÈRE
- Marie-France COUTU
- Carolyn S. DEWA
- Marc-Simon DROUIN
- Marie-José DURAND
- Vincent GUILLON
- Marie-Élise LABRECQUE
- Anne-Marie LAFLAMME
- Nathalie LANCTÔT
- Conrad LECOMTE
- Tania LECOMTE
- Pierre LEMIEUX
- Patrick LOISEL
- David McDAID
- Jennifer NADEAU
- Réginald SAVARD
- Louise ST-ARNAUD
- Heather STUART
- Hélène SULTAN-TAÏEB
- Michel VÉZINA
- Luc VIGNEAULT

www.puq.ca

ISBN 978-2-7605-2547-4

