

FACTEURS SAILLANTS DU RETOUR AU TRAVAIL

À LA SUITE D'UN TROUBLE MENTAL COURANT COMME LA DÉPRESSION – RECENSION DES ÉCRITS

Marc Corbière,
Ph. D., c.o., professeur titulaire
en counseling de carrière
au Département d'éducation
et pédagogie de l'UQAM,
chercheur au Centre de
recherche de l'Institut
universitaire en santé mentale
de Montréal, titulaire de la
Chaire de recherche en santé
mentale et travail

Dans les pays industrialisés, les troubles mentaux courants (TMC) tels que la dépression représentent, selon le secteur d'activité, de 30 % à 50 % des absences maladie (Nigatu et al., 2016). Parmi les taux de prévalence des divers TMC, la dépression constitue un des plus élevés (Ervasti et al., 2017). Au Canada, la prévalence annuelle de la dépression varie de 4 % à 6 %, alors que sur une vie, elle oscille entre 10 % et 12 % (Patten, 2006 ; Patten et al., 2015 ; Patten et Juby, 2008). Ces pourcentages correspondent sensiblement à ceux observés à travers le monde, soit 6 % et 15 % selon le type de prévalence (Endo et al., 2015). À l'échelle mondiale, les troubles dépressifs touchent environ 300 millions de personnes (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020), dont près d'un demi-million de travailleurs canadiens de 25 à 64 ans. En 2005, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoyait que la dépression deviendrait en 2020 l'une des trois principales causes de l'incapacité au travail, un pronostic aujourd'hui confirmé. Par surcroît, on anticipe désormais que la dépression deviendra d'ici 2030 la première cause de maladie dans le monde (Bellón et al., 2019).

Selon le Forum économique mondial (Dewa et al., 2018) et la revue de l'impact économique de la maladie mentale menée par Doran et Kinchin (2019), les coûts directs et indirects relatifs à la maladie mentale grimperont de 3 000 à 6 000 milliards de dollars d'ici les 30 prochaines années. La gestion et le suivi de la dépression chez les travailleurs représentent une problématique importante du domaine de la santé au travail, en ce que la dépression demeure un facteur majeur de réduction des prestations de travail, d'absences maladie, de coûts de remplacement du personnel et de frais d'assurance sociale et médicale liés à l'invalidité à court et à long terme (Endo et al., 2015), et ce, sans compter tous les effets délétères de la maladie sur la personne (p. ex., isolement, addictions). En outre, les salariés en absence maladie en raison d'un TMC ne sont pas toujours remplacés à leur poste de travail, et par conséquent, les collègues doivent assumer leurs tâches et leur charge de travail (Evans-Lacko et Knapp, 2016; James, 2015). Par effet domino, les collègues de travail peuvent ainsi à leur tour développer un TMC.

Les TMC comme la dépression sont si répandus dans les milieux de travail qu'ils constituent un problème de santé publique majeur (Gili et al., 2015; Joyce et al., 2016). Il n'est donc pas surprenant que de nombreux décideurs politiques et employeurs soient préoccupés par cette thématique d'actualité, notamment dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. À titre illustratif, les salariés qui présentent des symptômes dépressifs, voire un premier épisode dépressif, ne fonctionnent pas à leur pleine capacité et sont donc susceptibles de s'absenter de leur milieu de travail. Au-delà d'une atteinte du fonctionnement général de l'individu, la dépression peut se manifester au travail par des symptômes tels que la fatigue, l'irritabilité envers ses collègues et une perte d'intérêt dans les tâches à réaliser et les objectifs à atteindre (de Zwart et al., 2019). Qui plus est, en raison d'une chute significative de l'estime de soi associée à la maladie, les personnes peuvent ressentir de la culpabilité et penser qu'elles ne sont plus utiles dans leur milieu de travail (OMS, 2020). Ces croyances et perceptions peuvent amener chez l'individu d'éventuels biais cognitifs tels que la surgénéralisation, la catastrophisation et les inférences arbitraires (Lecomte et Corbière, 2017). Au bout du compte, on observe une productivité au travail réduite, des absences intermittentes, voire parfois une absence prolongée du marché du travail (Endo et al., 2015; OMS, 2020).

Dewa et al. (2014) mentionnent qu'une grande proportion de personnes qui sont en absence maladie à la suite d'une dépression cheminent en général dans un processus de retour à leur poste de travail, et que la plupart d'entre elles y retourneront. Autrement dit, la maladie débouche rarement sur une incapacité de travail permanente (Ervasti et al., 2017). Le processus de retour au travail (RAT) des salariés en absence maladie due à un TMC demeure toutefois complexe et jalonné d'obstacles de nature interne et externe (Corbière, Negri et al., 2017; Corbière et al., 2018). Clark et al. (2016) soulignent les défis entourant l'évaluation des difficultés ou déficits cognitifs et leur relation avec la productivité au

travail. Les auteurs mentionnent que plusieurs facettes cognitives de l'individu aux prises avec une dépression sont affectées, dont les fonctions exécutives, souvent dépeintes par des difficultés relatives à la planification, à la transition d'une tâche à une autre, à la prise de décision, à la concentration et à l'attention (Clark et al., 2016). Nous verrons plus loin que cette évaluation des limitations fonctionnelles et cognitives demeure complexe pour les médecins de famille et autres professionnels de la santé habilités lorsqu'ils doivent notamment se prononcer sur les aptitudes de leur patient à reprendre leur activité professionnelle.

Ces limitations fonctionnelles et cognitives associées à la dépression, dorénavant bien attestées, peuvent persister après la rémission d'un épisode ou s'aggraver à la suite de plusieurs épisodes. Dans leur méta-analyse compilant 252 études publiées dans les cinq dernières décennies, Semkowska et al. (2019) notent que des difficultés cognitives significatives après la rémission d'un épisode dépressif ont été observées dans trois quarts des cibles cognitives (p. ex., mémoire de travail, fonctions exécutives). En tant qu'intervenants, ces constats nous amènent à devoir assurer un suivi auprès de la personne après sa reprise professionnelle pour ainsi prévenir d'éventuelles rechutes. À ce propos, Gili et al. (2015) précisent qu'après un premier épisode de dépression, la probabilité d'un nouvel épisode est d'environ 50 %; la proportion passe à 70 % après un deuxième épisode et à 90 % après un troisième. Ainsi, le risque de rechute d'une personne en processus de RAT est accru quelle que soit sa situation clinique, qu'elle ait eu une rémission complète de son épisode dépressif ou qu'elle présente des symptômes résiduels. Malgré ces constats, plusieurs intervenants perçoivent le RAT comme un levier intéressant pour permettre à l'individu de se mobiliser et de se rétablir si les conditions de travail sont favorables.

Désormais, on sait que ces rechutes ne sont pas dues exclusivement aux caractéristiques de l'individu ayant une dépression (p. ex., symptômes dépressifs, problèmes cognitifs), mais qu'elles sont également le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement, notamment la sphère professionnelle, dans laquelle certains risques psychosociaux peuvent être présents en l'occurrence (p. ex., charge de travail et exigences du milieu de travail, difficultés interpersonnelles avec le collectif de travail) [Laberon et Corbière, 2014; Lammerts et al., 2016]. Une approche fondée exclusivement sur les aspects cliniques, physiques et cognitifs de l'individu s'est d'ailleurs avérée insuffisante et rapidement obsolète pour prédire le RAT à la suite d'un TMC ou d'un trouble physique (p. ex., cancer, trouble cardiovasculaire, trouble musculosquelettique). C'est pourquoi la prise en compte de facteurs d'ordre psychologique (p. ex., sentiment d'efficacité) et psychosocial (p. ex., relation avec les acteurs de l'organisation) est devenue essentielle pour mieux expliquer le RAT. À partir de ce constat, une manière de penser et d'appréhender l'incapacité au travail a été proposée, notamment grâce au développement du modèle biopsychosocial (Engel, 1977; Waddell, 1992). Dans cette orientation théorique et empirique,

outre les facteurs de nature biologique (p. ex., symptômes cliniques), les chercheurs ont progressivement intégré dans leurs études des variables de nature psychologique et psychosociale en vue d'expliquer de façon holistique les facteurs ayant un impact sur le RAT de personnes en absence maladie (Corbière, Negrini et al., 2017). Le paradigme de l'incapacité au travail (Lederer et al., 2014; Loisel et al., 2001; Loisel et Anema, 2013) s'ancre d'ailleurs dans cette perspective théorique dont les auteurs soutiennent notamment que le RAT résulte, pour les facteurs les plus saillants, de l'interaction entre plusieurs acteurs provenant des systèmes de santé (p. ex., médecins de famille, psychologues) et de l'entreprise (p. ex., gestionnaires de proximité, ressources humaines, représentants syndicaux). En outre, au-delà de la nature de l'absence maladie (psychologique ou physique), les facteurs qui permettent d'expliquer le RAT de l'individu sont communs et d'ordre psychosocial (p. ex., charge de travail, relation avec le gestionnaire de proximité), et ce, malgré certaines spécificités biologiques inhérentes à une maladie en particulier (p. ex., symptômes, effets secondaires des médicaments).

Eu égard au nombre important de personnes en absence maladie due à la dépression, aux durées d'invalidité qui peuvent s'étendre sur plusieurs mois et aux éventuelles rechutes après le RAT, l'objectif principal du présent article est de recenser les facteurs qui sont associés à une réduction de l'absence maladie et au RAT durable de personnes aux prises avec un TMC comme la dépression. Pour ce faire, nous préconisons une recension des écrits publiés dans les cinq dernières années (2015-2020) qui s'inscrivent à la fois dans une méthode quantitative (p. ex., revues systématiques dans le domaine) et dans une méthode qualitative (p. ex., points de vue de plusieurs acteurs du RAT). Cette synthèse sera suivie d'une discussion et de recommandations pratiques afin que les professionnels de la santé, notamment les psychologues, puissent disposer de nouveaux outils et ainsi envisager un RAT durable de leur clientèle, et ce, dans les meilleures conditions possibles.

Facteurs liés au retour au travail durable à la suite d'une absence maladie

La présente section vise à faire le point sur les facteurs liés à la durée de l'absence maladie et au RAT. Pour ce faire, nous proposons une synthèse soutenue par des revues de la littérature, des méta-revues et des études qualitatives. Nous débuterons par l'étude de Gragnano et al. (2018), qui vise à dégager les facteurs communs du RAT à la suite de trois types de maladie : trouble mental courant (TMC), trouble cardiovasculaire et cancer. Nous enchaînerons avec l'étude d'Etuknwa et al. (2019), qui s'intéresse au RAT à la suite d'un TMC et d'un trouble musculosquelettique (TMS). Viendront ensuite l'étude de Nigatu et al. (2017), qui vise à évaluer les facteurs pronostics du RAT de personnes aux prises avec un TMC, et celle d'Ervasti et al. (2017), qui porte spécifiquement sur la dépression. Nous avons jugé opportun de présenter les résultats de ces revues qui traitent de divers problèmes de

[...] les facteurs qui permettent d'expliquer le RAT de l'individu sont communs et d'ordre psychosocial (p. ex., charge de travail, relation avec le gestionnaire de proximité), et ce, malgré certaines spécificités biologiques inhérentes à une maladie en particulier [...].

santé, car elles s'appuient pour la plupart sur le paradigme de l'incapacité au travail cité plus haut. Enfin, ces résultats seront étayés par une vaste étude québécoise (financée par les Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC] et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [IRSST]) qui porte sur le point de vue de quatre groupes d'acteurs des organisations relativement aux facteurs favorables ou défavorables au RAT, à savoir les personnes ayant vécu une dépression (Corbière et al., 2018), les acteurs syndicaux (Corbière et al., 2015), les employeurs ou cadres des ressources humaines (Bastien et Corbière, 2019; Corbière, Lecomte et al., 2017) et les gestionnaires de proximité (Negrini et al., 2018).

Facteurs évalués dans des études quantitatives

L'objectif de l'étude de Gragnano et al. (2018) était de déterminer les facteurs psychosociaux qui influencent le RAT après une absence maladie due à un TMC, à un trouble cardiovasculaire ou à un cancer. Les auteurs se sont concentrés sur les facteurs dits modifiables, sur lesquels il est possible d'intervenir, en écartant du même coup les autres variables (p. ex., âge). Ils ont retenu 14 revues (publiées entre 1994 et 2016) déjà réalisées sur ces trois populations et en lien avec cette thématique, ainsi que 32 études indépendantes qui n'avaient pas été incluses dans ces revues. Bien que l'on note des nuances entre les divers problèmes de santé, les résultats indiquent pour les TMC la présence de facteurs psychosociaux liés à l'environnement de travail et de facteurs de nature motivationnelle susceptibles d'affecter le processus de RAT. Les facteurs psychosociaux concernent le niveau de pression perçue par le travailleur pour qu'il retourne à son poste, les exigences ou demandes psychologiques relatives à l'emploi et enfin le soutien du collectif de travail, notamment du gestionnaire de proximité et des collègues. En ce qui concerne la sphère motivationnelle de l'individu, les auteurs relèvent les attentes en matière de RAT, le sentiment d'efficacité vis-à-vis du RAT, la perception relative à sa capacité de travailler et la motivation ou l'intention de reprendre son activité professionnelle. Pour conclure, Gragnano et al. suggèrent, dans le cadre de futures pistes de recherche, d'utiliser des outils « génériques » validés auprès de différents types de groupes de personnes présentant diverses maladies.

Etuknwa et al. (2019) ont de leur côté mené une revue systématique pour évaluer l'impact des facteurs personnels et sociaux du RAT chez les personnes en absence maladie due à un TMC ou à un TMS. Le retour durable au travail a été défini comme étant une

[...] Pour ce qui est du sentiment d'efficacité – perceptions de l'individu vis-à-vis de sa capacité à réussir certains comportements (faire face à certains défis par l'utilisation de stratégies, faire des choix judicieux ou s'autoréguler) – à l'égard du RAT, plus il est élevé, plus la durée d'absence maladie sera brève.

reprise professionnelle comptant une période de travail d'au moins trois mois sans rechute ni absence. Les auteurs ont fait une analyse fine de 79 études (publiées entre 1989 et 2017). En ce qui concerne les résultats spécifiques aux TMC, ils mentionnent tout d'abord que certains facteurs comme le revenu, la durée de l'absence maladie, le type de contrat (p. ex., travailler à temps partiel) et le niveau de scolarité ne peuvent nous éclairer quant à leur impact sur le RAT, soit en raison du manque de consensus, soit en raison du nombre limité d'études disponibles. En revanche, des preuves modérées à solides (calculées selon le nombre d'études) montrent que les personnes qui sont jeunes (16-45 ans) et qui ont une attitude positive à l'égard du RAT ainsi qu'un sentiment d'efficacité élevé au cours du processus de RAT sont plus susceptibles que leurs pairs de retourner au travail de façon durable. Sur le plan des facteurs liés à l'environnement de travail, les résultats de nombreuses études révèlent que les salariés estiment que le soutien des gestionnaires de proximité et des collègues influence positivement la probabilité qu'ils reprennent le travail de façon pérenne. Les auteurs ajoutent que les effets de ces facteurs personnels et de l'environnement de travail sont susceptibles d'être corrélés. Par exemple, les employés qui présentent une attitude positive à l'égard du travail ainsi qu'un sentiment d'efficacité dans le processus de RAT peuvent être renforcés dans leurs attitudes s'ils reçoivent le soutien du collectif de travail pendant leur absence maladie et leur RAT. Bien que le renforcement des attitudes des divers acteurs puisse se produire simultanément, Etuknwa et al. concluent que la promotion d'une culture de soutien ou l'offre de soutiens naturels dans le milieu de travail restent essentielles. Ils ajoutent qu'une culture organisationnelle qui valorise le salarié lors de son RAT plutôt que de le blâmer pour son absence maladie sera de facto gagnante. Ces résultats viennent donc corroborer ceux obtenus dans l'étude de Gragnano et al. (2018), le soutien du collectif de travail constituant là encore un facteur psychosocial crucial du RAT.

Nigatu et al. (2017) ont quant à eux réalisé une revue systématique de la littérature, appuyée par une méta-analyse. L'objectif était d'évaluer les facteurs pronostics du RAT de personnes aux prises avec un TMC, et ce, à partir de 18 études publiées entre 1995 et 2016. Dans leur revue, les auteurs ont inclus des études qui

prenaient en compte soit le RAT complet, soit un retour partiel (c.-à-d. moins d'heures que celles prévues dans le contrat initial), soit les deux. Comme ils l'indiquent, le RAT est complexe et multifactoriel, ce qui les a amenés à considérer des facteurs liés à la santé (p. ex., sévérité des symptômes), au travail (p. ex., soutien du gestionnaire de proximité) et aux caractéristiques personnelles (p. ex., âge). Les résultats généraux (RAT complet et partiel) montrent que les personnes plus âgées qui consultent un médecin spécialiste (p. ex., psychiatre) sont moins susceptibles que les autres de retourner à leur poste. En revanche, les employés dont le niveau de sentiment d'efficacité relativement au RAT et à leur capacité à travailler est élevé et dont les exigences de travail ont été allégées sont plus susceptibles de retourner au travail. Les auteurs expliquent ces résultats en précisant que, comparativement aux employés qui ne consultent pas ces spécialistes, ceux qui les consultent présentent généralement des symptômes cliniques plus sévères et, du même coup, nécessitent une plus longue période de rétablissement. Pour ce qui est du sentiment d'efficacité – perceptions de l'individu vis-à-vis de sa capacité à réussir certains comportements (faire face à certains défis par l'utilisation de stratégies, faire des choix judicieux ou s'autoréguler) – à l'égard du RAT, plus il est élevé, plus la durée d'absence maladie sera brève. Les auteurs ajoutent que ce facteur joue un rôle clé dans le processus de RAT, étroitement relié aux attentes de l'employé quant à son RAT. Ces conclusions ont d'ailleurs été mises en relief par les revues de Gragnano et al. (2018) et d'Etuknwa et al. (2019), notamment à propos de l'importance de l'évaluation du sentiment d'efficacité dans le RAT. Enfin, Nigatu et al. préconisent d'alléger les exigences de travail (p. ex., charge de travail, responsabilités et nombre d'heures de travail) pour favoriser un maintien au travail pérenne. Ils proposent en ce sens que les acteurs du travail (p. ex., le gestionnaire de proximité) collaborent étroitement avec le collectif de travail (p. ex., membres de l'équipe) pour mettre en place les mesures d'aménagement requises et ainsi soutenir l'individu en potentialisant sa confiance à l'égard de la reprise de ses activités.

Pour finir, Ervasti et al. (2017) ont conduit une étude systématique soutenue par une méta-analyse pour mettre en évidence les facteurs du RAT chez les employés aux prises avec une dépression. Ils ont retenu 22 études (publiées entre 2003 et 2016) ; au total, les auteurs de ces études ont évalué l'influence sur le RAT d'une cinquantaine de facteurs. Ces facteurs ont été classés en six grandes catégories : sociodémographiques (p. ex., âge, sexe), organisation (p. ex., taille, secteur, type de contrat), comportements de santé (p. ex., tabagisme), cliniques (p. ex., comorbidité, sévérité des symptômes), psychosociaux (p. ex., exigences du travail, soutien des acteurs de l'organisation) et traits de personnalité (p. ex., optimisme). Les résultats de la méta-analyse (11 études sur les 22) d'Ervasti et al. montrent que les facteurs comme l'âge, la comorbidité (somatique et psychiatrique) et la sévérité des symptômes dépressifs sont associés à un taux de

RAT significativement inférieur. En revanche, l'individu consciencieux a plus de chances de retourner au travail que celui qui ne possède pas ce trait de personnalité. De rares études incluses dans la revue d'Ervasti et al. font état de facteurs psychosociaux, tels une forte pression au travail et un manque de soutien social. Les auteurs stipulent que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour démontrer le rôle de ces facteurs dans le RAT et bien saisir les mécanismes en jeu dans le processus de RAT à la suite d'une dépression, car elles sont peu nombreuses dans la littérature spécialisée. Comparativement aux revues précédentes (Etuknwa et al., 2019; Gragnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017), celle d'Ervasti et al. (2017) fait ressortir davantage les éléments cliniques liés à la dépression. Comme ces derniers le précisent, seules quelques études éparses s'intéressent aux variables de nature psychosociale. Il semblerait donc que les chercheurs qui entreprennent des études sur la dépression en particulier se concentrent davantage sur les variables cliniques (p. ex., symptômes, comorbidité) que sur des variables de nature psychosociale. C'est d'ailleurs pourquoi Ervasti et al. préconisent de futures pistes de recherche de nature à la fois quantitative et qualitative pour prendre connaissance du rôle des facteurs du milieu de travail dans le processus de RAT à la suite d'une dépression. Ces éléments seront abordés dans la prochaine section.

Facteurs évalués dans des études qualitatives ou mixtes

Dans l'étude qualitative de Corbière et al. (2018) réalisée auprès d'une vingtaine de personnes qui ont effectué un RAT à la suite d'une dépression, trois thèmes principaux sont ressortis : 1) la décision du moment du RAT ; 2) la mise en place d'un retour progressif et d'aménagements de travail ; 3) les attitudes et les comportements du gestionnaire de proximité et des collègues. Selon les résultats de cette étude, lorsqu'un professionnel de la santé et le salarié en absence maladie ne s'entendent pas sur la date de RAT, la durée de maintien est plus courte que lorsqu'il y a consensus. Les auteurs soulignent l'importance de la prise de décision partagée, notamment pour un RAT pérenne. La communication des informations, des préférences et des valeurs entre l'intervenant et son patient facilite l'établissement d'objectifs et de plans d'action communs. Pour le deuxième thème, un retour progressif où l'on n'envisage que la gestion du temps et non la réorganisation des tâches à effectuer n'est pas suffisant pour assurer un RAT dans les meilleures conditions. En effet, lorsque les employés retournent à leur poste, ils sont beaucoup plus sensibles au stress qu'ils ne l'étaient, notamment en raison d'éventuels symptômes résiduels, d'une vulnérabilité à la suite de l'épisode dépressif et de la crainte de ne pas pouvoir répondre aux exigences du travail. La mise en place de mesures d'aménagement du travail peut donc faciliter le RAT. Autrement dit, un RAT progressif où l'on prend en compte les horaires de travail ainsi que le volume et la nature des tâches sera sans conteste thérapeutique pour l'individu. Toujours selon les personnes interrogées dans le cadre de l'étude, les attitudes et les comporte-

ments du collectif de travail (troisième thème) comptent pour beaucoup dans le succès d'un RAT. Ainsi, le gestionnaire de proximité et les collègues qui manifestent soutien et solidarité favorisent un RAT pérenne. À l'opposé, le RAT peut être entravé lorsque les collègues affichent des attitudes dénigrantes à l'égard de l'employé lors de son retour, par exemple lorsqu'ils le considèrent comme faible, incompetent ou incapable de remplir les tâches qui lui incombent. À l'instar des résultats des revues présentées ci-dessus (Etuknwa et al., 2019; Gragnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017), les rôles de soutien du gestionnaire de proximité et des collègues s'avèrent pertinents pour un RAT durable.

En outre, à partir de trois groupes de discussion regroupant des membres de trois grandes centrales syndicales du Québec, il est ressorti plusieurs thèmes qui peuvent faciliter ou gêner le RAT d'employés ayant vécu une dépression : 1) la culture organisationnelle à l'endroit des personnes aux prises avec une dépression ; 2) le soutien et le suivi des personnes concernées par la maladie ; 3) les préjugés et le malaise entourant la dépression en milieu de travail ; 4) le manque de ressources des acteurs du RAT (Corbière et al., 2015). Pour ce premier thème, les représentants syndicaux considèrent qu'une culture organisationnelle d'ouverture vis-à-vis du RAT d'employés à la suite d'une dépression demeure favorable, et que cette culture devrait être soutenue par des procédures organisationnelles claires et transparentes concernant le RAT. Les acteurs syndicaux ajoutent que les dirigeants de ces organisations sont en général formés et sensibilisés à cette problématique, ce qui engendre du même coup une collaboration plus souple avec les autres acteurs du RAT (p. ex., professionnels de la santé). Le deuxième thème a trait aux attitudes et aux actions concrètes de la part des gestionnaires, des collègues, des syndicats et du médecin de famille. Il s'agit, par exemple, de maintenir le contact pendant l'absence maladie et d'assurer l'accueil lors du RAT en réévaluant les attentes de performance ou de productivité tout en éliminant ou en réduisant les risques psychosociaux du milieu de travail. Le troisième thème reste un défi, car les préjugés et le malaise face à la dépression sont présents chez la plupart des acteurs du RAT. Les représentants syndicaux s'appuient sur leurs constats pour dénoncer l'aspect tabou de ce type d'absence maladie, un tabou qui ne fait que nourrir les préjugés et accentuer le malaise ressenti par les collègues. En effet, la transmission d'informations lacunaires à propos de la raison de l'absence maladie engendre des interprétations, des rumeurs et des préjugés. Cela dit, la divulgation à outrance par une personne qui revient au travail est également ressortie comme un élément qui nuit au processus de RAT. La décision et la manière de divulguer ou non son état de santé en milieu de travail sont donc déterminantes lors du RAT. En ce sens, avant de prendre la décision de divulguer son état de santé, il demeure important de s'interroger : tout d'abord, pourquoi divulguer (p. ex., besoin d'aménagement de travail) ? Ensuite, quoi (p. ex., le diagnostic psychiatrique ou les limitations fonctionnelles),

comment (p. ex., stratégie de communication sélective des informations personnelles), quand (p. ex., avant l'absence maladie ou lors du retour au travail), à qui (p. ex., au gestionnaire qui pourra mettre en place des aménagements) et où (p. ex., dans un lieu qui permet de préserver les informations confidentielles) divulguer? On comprend alors que les éléments de réponse à toutes ces questions ne renvoient pas uniquement à des facteurs de nature personnelle (p. ex., besoin d'authenticité) ou interpersonnelle (p. ex., relation de confiance avec le collectif de travail) et à des facteurs de l'environnement de travail (p. ex., milieu sensibilisé à la problématique de la santé mentale). (Pour une revue en français sur ce thème, voir Corbière, Villotti, Toth et al., 2014.)

À ce sujet, Bastien et Corbière (2019) soulignent que les mesures d'aménagement les plus populaires sont l'aménagement de l'horaire de travail (96 %), l'aménagement des tâches (48 %) et les aménagements liés au changement de poste et de l'environnement de travail (37 %).

Enfin, le quatrième thème renvoie au fait que les syndicats n'ont pas les effectifs et la formation nécessaires pour soutenir l'ensemble de leurs membres ayant une dépression, surtout dans un contexte de travail où les TMC ne cessent d'augmenter. Pour les collègues de travail, l'absence de remplacement du membre de l'équipe et la surcharge de travail que cela entraîne créent des tensions, voire un épuisement des membres de l'équipe qui restent en poste. Toujours selon le point de vue des syndicats, les employés n'ont pas toujours accès, dans des délais raisonnables, à un psychiatre ou à un professionnel de la santé spécialisé. Cette situation peut avoir pour effet de prolonger la durée de l'absence maladie ou encore faire en sorte que le suivi médical ne soit pas adéquat¹.

Traisons maintenant de l'étude qualitative de Corbière, Lecomte et al. (2017), qui a été réalisée par sondage téléphonique auprès de 219 employeurs/cadres des ressources humaines du Québec. L'objectif de l'étude était de recenser les stratégies que ces personnes perçoivent comme efficaces pour faciliter le RAT d'employés en absence maladie due à une dépression. Une trentaine de stratégies réparties selon six grands principes sont ressorties. Le premier principe, intitulé « Contact avec l'employé en absence maladie », porte sur le respect de la confidentialité et des valeurs humaines (p. ex., faire preuve d'empathie, rassurer, ne pas faire sentir coupable), ainsi que sur les éléments de rétablissement tels que le respect du processus de guérison et la remise d'informations concernant les traitements disponibles. Selon les participants à l'étude, il est essentiel d'entrer en contact avec l'employé pendant son congé maladie, en veillant toutefois à prendre plusieurs précautions (p. ex., assurer la confidentialité,

ne pas induire une pression pour le RAT). Le deuxième principe, « Évaluation et planification du RAT sans précipitation », s'articule étroitement aux premières stratégies évoquées par les participants. En l'occurrence, il est question de mettre en relief la préoccupation de l'employeur à propos des caractéristiques de l'employé (p. ex., limitations fonctionnelles) et des exigences du milieu de travail, auxquelles l'employé devra répondre lors de son RAT. Le troisième principe, « Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique de la santé mentale au travail [notamment à la dépression] », fait référence à la formation du gestionnaire de proximité à propos du RAT d'employés ayant vécu une dépression (p. ex., attitudes et comportements à adopter), à la normalisation des TMC en milieu de travail et au fait qu'il faut éviter tout comportement stigmatisant. Le quatrième principe, « Concertation des acteurs clés du RAT », consiste à mettre en évidence le besoin de clarifier le rôle et les responsabilités des acteurs (p. ex., gestionnaire de proximité et collègues de travail) dans le processus de RAT, ainsi qu'à se soucier de bien accueillir et bien accompagner l'employé concerné. Le cinquième principe, « RAT progressif avec aménagements », est l'implantation de stratégies concrètes faisant écho au besoin de respecter les recommandations du médecin de famille. À ce sujet, Bastien et Corbière (2019) soulignent que les mesures d'aménagement les plus populaires sont l'aménagement de l'horaire de travail (96 %), l'aménagement des tâches (48 %) et les aménagements liés au changement de poste et de l'environnement de travail (37 %). Comme le précisent les auteurs, ces pratiques sont louables, mais elles ignorent l'aspect relationnel, notamment la relation avec le gestionnaire de proximité et les collègues; or, ces composantes sont mises en exergue dans plusieurs écrits (Corbière et al., 2018; Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018). Le sixième et dernier principe, intitulé « Suivi de la santé de l'employé et de son travail », est composé de stratégies qui ciblent un suivi systématique de l'employé sur sa productivité au travail et sa santé, pour ainsi prévenir de possibles rechutes.

Enfin, les résultats de l'étude mixte de Negrini et al. (2018) montrent qu'une fois considérées plusieurs catégories de facteurs permettant de prédire le RAT, soit ceux liés à l'employé (p. ex., âge, sexe), au gestionnaire de proximité (p. ex., ancienneté dans l'organisation), à l'organisation (p. ex., taille, secteur d'activité) et au processus d'absence et de RAT (p. ex., contacts entre le gestionnaire et l'employé durant l'absence, divulgation du diagnostic), il n'y a en fait qu'un seul facteur réellement significatif : le gestionnaire de proximité qui a une intention élevée de prendre des mesures en vue de faciliter le RAT du membre de son équipe augmente les chances de RAT de 47 %. À l'inverse, le gestionnaire de proximité qui met de la pression pour un RAT augmente les risques que l'absence maladie se prolonge (cette variable ressort seulement en analyse univariée, sans considération simultanée des autres variables). Les mesures d'aménagement les plus fréquemment implantées en milieu de travail étaient des actions impliquant directement le gestionnaire de proximité, comme

prendre le temps d'accueillir et d'orienter l'employé lors de son RAT et lui offrir une rétroaction et de la reconnaissance quant au travail effectué. La quasi-totalité des gestionnaires de proximité ont estimé que les contacts pendant l'absence maladie contribuaient à faciliter le RAT du membre de leur équipe. On comprend alors la pertinence de former les gestionnaires sur les modes de communication, les capacités d'écoute et la mise en place d'aménagements de travail.

En somme, il ressort de cette consultation des écrits scientifiques dans le domaine plusieurs facteurs pertinents que les psychologues, quelle que soit leur école de pensée – cognitive-comportementale,

humaniste, psychodynamique ou systémique –, pourraient considérer lors de la préparation au RAT de leurs clients à la suite d'un TMC comme la dépression. Ces facteurs sont colligés dans le tableau 1. Ils sont regroupés en grandes dimensions qui renvoient au milieu de travail (notamment le poste et le collectif de travail), aux caractéristiques individuelles de l'employé en absence maladie, aux composantes du processus de RAT et aux acteurs qui gravitent autour de cette problématique. Il s'avère judicieux d'avoir cette vue d'ensemble des facteurs du RAT lorsqu'on intervient auprès de personnes en absence maladie due à TMC comme la dépression.

Tableau 1

Facteurs du retour au travail à la suite d'un TMC comme la dépression

1. Milieu et poste de travail

1.1 Culture organisationnelle à l'endroit des personnes aux prises avec une dépression (Corbière et al., 2015)

1.2 Exigences ou demandes psychologiques relatives à l'emploi (Gagnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017)

2. Milieu de travail et collectif de travail

2.1 Soutien du collectif de travail, notamment du gestionnaire de proximité et des collègues (Corbière et al., 2015, 2018; Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018)

2.2 Préjugés et malaise entourant la dépression en milieu de travail (Corbière et al., 2015)

2.3 Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique de la santé mentale au travail (Corbière, Lecomte et al., 2017)

3. Caractéristiques individuelles

3.1 Âge (Ervasti et al., 2017; Etuknwa et al., 2019; Nigatu et al., 2017)

3.2 Comorbidité somatique et psychiatrique (Ervasti et al., 2017)

3.3 Sévérité des symptômes dépressifs (Ervasti et al., 2017)

3.4 Trait de personnalité consciencieux (Ervasti et al., 2017)

3.5 Attitudes et attentes positives à l'égard du RAT (Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018)

3.6 Perception relative à sa capacité de travailler (Gagnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017)

3.7 Motivation ou intention de reprendre son activité professionnelle (Gagnano et al., 2018)

3.8 Niveau de pression perçue par le travailleur pour qu'il retourne à son poste (Gagnano et al., 2018)

3.9 Sentiment d'efficacité vis-à-vis du RAT (Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017)

4. Composantes du processus de retour au travail

4.1 Contact avec l'employé en absence maladie (Corbière, Lecomte et al., 2017)

4.2 Prise de décision partagée entre l'intervenant et son patient pour le RAT (Corbière et al., 2018)

4.3 Évaluation et planification du RAT sans précipitation (Corbière, Lecomte et al., 2017)

4.4 Intention du gestionnaire de prendre des mesures en vue de faciliter le RAT du membre en absence maladie (Negrini et al., 2018)

4.5 RAT progressif avec aménagements (Corbière, Lecomte et al., 2017; Corbière et al., 2018)

4.6 Accueil et orientation de l'employé lors de son RAT (Corbière, Lecomte et al., 2017)

4.7 Rétroaction et reconnaissance offertes par le gestionnaire à l'employé en RAT (Negrini et al., 2018)

4.8 Suivi de la santé de l'employé et de son travail (Corbière, Lecomte et al., 2017)

5. Acteurs du retour au travail

5.1 Concertation des acteurs clés du RAT (Corbière, Lecomte et al., 2017)

5.2 Manque de ressources des acteurs du RAT (Corbière et al., 2015)

Discussion et recommandations pratiques

Dans le cadre de la présente discussion, nous proposons d'offrir aux psychologues quelques outils et leviers pour soutenir leurs interventions, en abordant les facteurs du RAT qui ont été le plus souvent nommés par les auteurs. En l'occurrence, il s'agit des facteurs tels que le sentiment d'efficacité de l'individu face au retour au travail, avec prise en considération de ses appréhensions dans cette transition, les aménagements de travail en lien avec les exigences du poste et les symptômes résiduels de l'employé en reprise professionnelle. Par la suite, nous mettrons en exergue l'importance d'une concertation des acteurs du RAT quant aux actions qu'ils devraient poser et aux attitudes qu'ils devraient adopter. Nous concluons en précisant comment, pour être efficace, l'intervention clinique devrait être combinée au milieu de travail.

Comme nous avons pu l'observer dans la revue sur les facteurs du RAT à la suite d'un TMC comme la dépression, de nombreux acteurs ont un rôle à jouer, mais peu sont au fait des attitudes et des comportements qu'ils devraient adopter.

En premier lieu, comme nous avons pu le constater dans les études de nature qualitative et quantitative, le sentiment d'efficacité face au RAT représente un facteur clé dans le processus de RAT. Une évaluation systématique et rigoureuse de ce facteur est donc de mise. Dans cette veine, un outil intitulé ORTESES (Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter) [Corbière, Negrini et al., 2017] a été développé et validé auprès de personnes ayant un TMC. Il s'agit d'un questionnaire comportant 46 énoncés répartis en 10 dimensions : appréhensions d'une rechute (1), difficultés cognitives (2), difficultés liées aux médicaments (3), exigences du poste de travail (4), sentiment d'injustice organisationnelle (5), relations difficiles avec le gestionnaire de proximité (6), avec les collègues (7) et avec la compagnie d'assurance (8), perte de motivation à retourner au travail (9) et conciliation famille-travail (10). La force de cet outil est qu'il permet de cibler dans un premier temps les obstacles ou appréhensions perçus par le client, pour ensuite évaluer son sentiment d'efficacité pour les surmonter. À titre indicatif, les auteurs préconisent de s'attarder tout particulièrement aux difficultés cognitives et aux exigences du poste de travail perçues par le client ; ce sont ces deux dimensions qui représentent la plus grande probabilité de gêner le RAT, notamment si la personne perçoit qu'elle a un faible sentiment d'efficacité pour les surmonter. Loin d'être un outil expert, l'ORTESES offre au psychologue la possibilité de discuter avec son client de ses perceptions ; ensemble, ils peuvent décider quelles stratégies adopter. Dans la mesure où les difficultés

cognitives ressortent comme d'importants obstacles, le psychologue peut éventuellement faire, s'il a la formation requise, une évaluation plus fine des cibles cognitives atteintes ou encore aiguiller son client vers un professionnel de la santé d'une clinique de réadaptation au travail ayant cette expertise.

En fonction de l'évaluation des limitations cognitives ou fonctionnelles et des autres éléments liés au milieu de travail (p. ex., exigences du milieu de travail, conciliation famille-travail), des mesures d'aménagement du travail pourraient être envisagées. À cet effet, le WANSS (Work Accommodation and Natural Support Scale) [Corbière, Villotti, Lecomte et al., 2014] a été développé et validé pour évaluer les aménagements de travail et les soutiens naturels requis pour assurer un RAT durable chez les personnes ayant un TMC. Cet outil est composé d'une cinquantaine d'aménagements répartis en six dimensions : soutien des professionnels de la santé en milieu de travail (p. ex., PAE), présence du coordonnateur de retour au travail en milieu de travail, soutien du gestionnaire de proximité et des collègues, besoin de formation, ergonomie et flexibilité des horaires de travail. Les deux grandes dimensions qui s'avèrent essentielles pour le maintien en emploi et la prévention des rechutes sont celles relatives au soutien du collectif de travail et à la flexibilité des horaires de travail (Corbière, Villotti, Lecomte et al., 2014 ; Negrini et al., 2018), des résultats qui font d'ailleurs écho aux revues présentées plus haut, notamment celles de Gragnano et al. (2018) et d'Etuknwa et al. (2019). Les mesures d'aménagement peuvent être la conséquence de l'obligation légale de l'employeur de fournir des accommodements ou encore relever d'ajustements mineurs ou de soutiens naturels qui ne renvoient pas nécessairement à l'aspect strictement légal. Sur le plan personnel, les aménagements de travail permettent à la personne de reprendre progressivement le travail, d'offrir un meilleur rendement et d'avoir un meilleur sentiment d'efficacité pour atteindre les cibles professionnelles. Sur le plan organisationnel, l'employeur peut retenir un employé qualifié, augmenter sa productivité au fur et à mesure et éliminer les coûts de formation. On comprend alors que l'implantation des aménagements en milieu de travail est la résultante d'une étroite collaboration entre plusieurs acteurs du RAT (pour une revue en français sur ce thème, voir Laflamme, 2017).

Comme nous avons pu l'observer dans la revue sur les facteurs du RAT à la suite d'un TMC comme la dépression, de nombreux acteurs ont un rôle à jouer, mais peu sont au fait des attitudes et des comportements qu'ils devraient adopter. Dans un examen de la portée (*scoping review*)², Corbière et al. (2020) ont fait ressortir que 11 acteurs clés provenant des systèmes de l'entreprise (p. ex., gestionnaire de proximité), de la santé (p. ex., médecin de famille) et des assurances (p. ex., agent d'assurance) sont sollicités pour intervenir, et ce, à différentes phases du RAT, soit au début de l'absence maladie (phase 1), lors de la période de rétablissement et de préparation au retour (phase 2) et enfin, lors de la reprise en tant que telle (phase 3) [voir aussi les composantes

Mettre l'accent sur des composantes relatives au travail pourrait également offrir aux psychologues un contexte approprié dans lequel certaines techniques et compétences fines de la TCC ou d'autres approches en psychologie pourraient être appliquées.

colligées dans le tableau 1]. À titre d'illustration, lors de la phase 1, le psychologue pourrait, en s'appuyant sur des outils validés concernant les symptômes dépressifs et les déficits cognitifs, entreprendre une évaluation des symptômes et des limitations cognitives décrits verbalement par le patient. Pour la phase 2, le psychologue pourrait évaluer systématiquement les stressors présents dans le milieu de travail de son client (p. ex., charge de travail, conflits avec un membre de l'équipe) pour tenter de faire mettre en place les aménagements requis ou déployer les stratégies qui s'imposent. Enfin, lors de la phase 3, le psychologue pourrait collaborer avec le médecin de famille, le gestionnaire et le syndicat, s'il y a lieu, pour s'assurer de la mise en place d'aménagements de travail qui ont été priorisés selon les besoins de l'individu et selon la faisabilité d'implantation dans le milieu de travail.

Lors du RAT et, préférablement, avant le retour en tant que tel, il est préconisé par de nombreux auteurs de combiner des composantes du milieu de travail aux interventions cliniques (Arends et al., 2014; Brenninkmeijer et al., 2019; Lerner et al., 2012; Nieuwenhuisen et al., 2008; van Oostrom et al., 2010; Wan Mohd Yunus et al., 2018). Mettre l'accent sur des composantes relatives au travail pourrait également offrir aux psychologues un contexte approprié dans lequel certaines techniques et compétences fines de la TCC ou d'autres approches en psychologie pourraient être appliquées. En guise d'exemple, mentionnons une intervention basée sur la TCC de groupe qui vise la prévention de rechutes d'employés en processus de RAT à la suite d'une dépression (Lecomte et Corbière, 2017). Cette intervention de groupe, composée de huit séances, intègre les notions vues précédemment : surmonter les obstacles liés à mon retour au travail, négocier des aménagements de travail et faire face à la stigmatisation, composer avec les remarques qui me sont faites au travail, mettre en place mes meilleures stratégies pour faciliter mon retour au travail durable et en santé, etc. Cette approche groupale prometteuse et économique permet de normaliser les TMC, en l'occurrence la dépression, sans compter l'application en milieu de travail d'outils et de stratégies vus en intervention.

Pour conclure, la thématique des salariés en absence maladie due à une dépression ou à un autre TMC qui cheminent vers un RAT préoccupe les employeurs et la société en général (Corbière et al., 2020; Evans-Lacko et Knapp, 2016). Force est de constater que le fardeau qui en découle sur les plans économique, social et humain ne cesse d'augmenter depuis les 15 dernières années (Bellón et al., 2019). Le processus de RAT est complexe et ne dépend pas seulement de l'efficacité des interventions, mais aussi de l'évaluation des nombreux facteurs qui interagissent entre eux et qui vont au-delà de l'état de santé de l'individu (Cancelliere et al., 2016; Etuknwa et al., 2019). En ce sens, plusieurs acteurs (employeurs, gestionnaires de proximité, collègues, syndicats, professionnels de la santé, agents d'assurance, etc.) agissent dans le processus de RAT, et leurs actions devraient être orchestrées pour permettre un RAT dans les meilleures conditions possibles; un RAT que l'on souhaite durable et favorable au rétablissement (Corbière et al., 2020).

L'objectif de notre article était de faire le point sur les facteurs clés du RAT à la suite d'un TMC comme la dépression; dans cette transition en particulier, il apparaît que plusieurs facteurs sont semblables à ceux observés lors de l'apparition des TMC en milieu de travail (p. ex., soutien du collectif de travail, exigences du milieu de travail, sentiment d'efficacité; pour une revue sur ce thème, voir Harvey et al., 2017). Il semble à présent opportun de créer un modèle intégrateur des facteurs inhérents aux différents niveaux d'interventions préventives, soit la prévention primaire (c.-à-d. sensibiliser les employés dans les milieux de travail), la prévention secondaire (c.-à-d. cibler des groupes d'employés à risque) et la prévention tertiaire (c.-à-d. accompagner les personnes dans leur rétablissement et leur reprise professionnelle). Autrement dit, en sensibilisant les milieux de travail sur les facteurs du RAT et des éventuelles rechutes, nous croyons qu'il est possible d'instaurer une culture organisationnelle qui aura un impact sur les trois niveaux d'interventions préventives. Dès lors, les chercheurs, les intervenants et les décideurs politiques pourront appréhender la problématique *santé mentale au travail* sur un continuum, en bénéficiant d'une marge de manœuvre accrue.

Notes

1. À propos des défis que peuvent vivre les médecins lors du retour au travail de patients aux prises avec un trouble mental courant, nous invitons les lecteurs à consulter l'article de Boileau-Falardeau et al. (sous presse).
2. Pour en savoir plus sur ce type de recension des écrits, les lecteurs sont invités à consulter le chapitre de Mazaniello-Chézol et Corbière (2020).

Chapitre 08

- Arends, I., van der Klink, J. J. L., van Rhenen, W., de Boer, M. R. et Bultmann, U. (2014). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: Results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(1), 21-29. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101412>
- Bastien, M.-F. et Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: What work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423-432. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9801-y>
- Bellón, J. Á., Conejo-Cerón, S., Cortés-Abela, C., Pena-Andreu, J. M., García-Rodríguez, A. et Moreno-Peral, P. (2019). Effectiveness of psychological and educational interventions for the prevention of depression in the workplace: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(4), 324-332. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3791>
- Boileau-Falardeau, F., Turcotte, J.-R., Lafleur, P.-A. et Corbière, M. (accepté). Retour au travail des personnes aux prises avec un trouble mental courant : les dilemmes des médecins traitants. *Santé mentale au Québec*.
- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Schaufeli, W. B. et Wijngaards-de Meij, L. D. N. V. (2019). Predicting the effectiveness of work-focused CBT for common mental disorders: The influence of baseline self-efficacy, depression and anxiety. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 31-41. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9760-3>
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C. et Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24, 32. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
- Clark, M., DiBenedetti, D. et Perez, V. (2016). Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 16(4), 455-463. <https://doi.org/10.1080/14737167.2016.1195688>
- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M.-F., Samson, E., Sauvé, G. et Lecomte, T. (2018). Employee perceptions about factors influencing their return to work after a sick-leave due to depression. *The Journal of Rehabilitation*, 84(3), 3-13.
- Corbière, M., Lecomte, T., Lachance, J.-P., Coutu, M.-F., Negrini, A. et Labeon, 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.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S. et Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., Loisel, P. et 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(3), 329-341. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>
- Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M., Negrini, A., Sauvé, 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. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9542-5>
- 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. <https://doi.org/10.1037/prj0000033>
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodement. Deux notions pour comprendre le maintien en emploi de personnes aux prises avec un trouble mental grave/Disclosure of a mental disorder in the workplace and work accommodations: Two factors associated with job tenure of people with severe mental disorders. *L'Encéphale*, 40(suppl. 2), S91-S102.
- de Zwart, P. L., Jeronimus, B. F. et de Jonge, P. (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 544-562. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000227>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S. et Hees, H. (2014). Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 14(1), 205. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-205>
- Dewa, C. S., Loong, D., Trojanowski, L. et Bonato, S. (2018). The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: A systematic literature review. *Journal of Mental Health*, 27(2), 174-183. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322180>
- Doran, C. M. et Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 43(1), 43-48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>
- Endo, M., Muto, T., Haruyama, Y., Yuhara, M., Sairenchi, T. et Kato, R. (2015). Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: A two-year cohort study among Japanese employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(1), 75-83. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0939-4>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Ervasti, J., Joensuu, M., Pentti, J., Oksanen, T., Ahola, K., Vahtera, J., Kivimäki, M. et Virtanen, M. (2017). Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.024>
- Etuknwaa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Evans-Lacko, S. et Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525-1537. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1278-4>
- 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. *Preventive Medicine*, 76, S16-S21. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.035>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H. et Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- James, K. G. (2015). Returning to work after experiencing mental health problems. *Mental Health Practice*, 18, 36-38.
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. et Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683-697. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
- Labeon, S. et Corbière, M. (2014). Retour au travail. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (p. 652-655). Seuil.
- Laflamme, A.-M. (2017). Troubles mentaux et accommodations raisonnables au travail : les potentialités du droit québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 39-56.
- Lammerts, L., Schaafsma, F. G., Eikelenboom, M., Vermeulen, S. J., van Mechelen, W., Anema, J. R. et Penninx, B. W. J. H. (2016). Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 70-79. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9588-z>
- Lecomte, T. et Corbière, M. (2017). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour prévenir les rechutes chez les employés en processus de retour au travail à la suite d'une dépression : protocole et faisabilité. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 87-103.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M. et Champagne, F. (2014). Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9459-4>
- Lerner, D., Adler, D., Hermann, R. C., Chang, H., Ludman, E. J., Greenhill, A., Perch, K., McPeck, W. C. et Rogers, W. H. (2012). Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(2), 128-135. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31824409d8>
- Loisel, P. et Anema, J. (2013). *Handbook of work disability—Prevention and management* (1^{re} éd.). Springer.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C. (2001). Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Mazaniello-Chézol, M. et Corbière, M. (sous presse). L'examen de la portée (scoping review/study). Synthèse des rôles et actions des acteurs impliqués dans le retour au travail des employés en absence maladie due à un trouble mental courant. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Gragnano, A. et Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9715-0>
- Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeier-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Verbeek, J. H. A. M. et Van Der Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub2>
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Gillis, K., Rao, S. et Wang, J. L. (2017). Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: A meta-analysis of cohort studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(10), 1205-1215. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1402-0>
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K. et Wang, J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46(16), 3263-3274. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002269>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *Dépression*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Patten, S. B. (2006). A major depression prognosis calculator based on episode duration. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 2(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-13>
- Patten, S. B. et Juby, H. (2008). *Profil de la dépression clinique au Canada*. Université de Calgary.
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Fiest, K. M., Bulloch, A. G. M. et Wang, J. (2015). The prevalence of major depression is not changing. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 60(1), 31-34.
- Semkowska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., Knittle, H., Ahern, E. et Gload, T. (2019). Cognitive function following a major depressive episode: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 851-861. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30291-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30291-3)
- van Oostrom, S. H., van Mechelen, W., Terluin, B., de Vet, H. C. W., Knol, D. L. et Anema, J. R. (2010). A workplace intervention for sick-listed employees with distress: Results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(9), 596-602. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.050849>
- Waddell, G. (1992). Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 6(3), 523-557. [https://doi.org/10.1016/S0950-3579\(05\)80126-8](https://doi.org/10.1016/S0950-3579(05)80126-8)
- Wan Mohd Yunus, W. M. A., Musiat, P. et Brown, J. S. L. (2018). Systematic review of universal and targeted workplace interventions for depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(1), 66-75. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104532>