

Université du Québec en Outaouais

**Étude descriptive du retour au travail chez les travailleurs ayant vécu
une période d'incapacité causée par des troubles mentaux :
portrait des Forces canadiennes**

par

Nathalie Duperé

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade
Maîtrise ès science - relations industrielles et en ressources humaines

Novembre 2009

Présenté à un jury composé des personnes suivantes :

Directrice de recherche : Lucie Côté, Ph. D.

Deuxième lecteur : Éric Gosselin, Ph. D.

Lectrice externe : Louise St-Arnaud Ph. D.

©Nathalie Duperé, 2009

Les opinions exprimées dans ce texte sont celles de l'auteure et ne reflète pas nécessairement celles du Ministère de la Défense nationale ou des Forces canadiennes.

Résumé

Le présent document expose les résultats d'une recherche descriptive portant sur la problématique du retour au travail de travailleurs ayant connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale afin d'identifier quels sont les déterminants pouvant posséder un impact sur le retour au travail réussi chez les travailleurs à temps plein des Forces canadiennes. L'étude porte sur un échantillon de militaires canadiens ayant connu un congé maladie engendré par des problèmes à prépondérance psychologique au cours des années 2003 à 2007 inclusivement, soit depuis l'entrée en vigueur de leur programme de retour au travail.

Les déterminants du retour au travail recensés sont présentés selon qu'ils émanent de l'environnement individuel ou encore organisationnel. Jusqu'alors principalement exploré à prépondérance selon une méthode qualitative, l'étude de la problématique du retour au travail se démarque par son utilisation de la méthode quantitative. En fonction de la recension des écrits ainsi que des caractéristiques exclusives à la population militaire étudiée, un questionnaire de recherche bilingue est développé.

Au terme de l'administration électronique du questionnaire de recherche, la banque de données recueillies compte vingt questionnaires; trois ayant du être retranchés de la collecte initiale. Compte tenu du nombre restreint de répondants, les données sont explorées à l'aide d'analyses statistiques descriptives. Les résultats obtenus démontrent une vaste concordance avec les déterminants émanant des écrits recensés à ce jour : consultation médicale, consultation en psychothérapie, évaluation de sa propre santé, types de problèmes et récurrence, âge, genre, cause attribuée et catégorie d'emploi occupé au terme de l'environnement individuel ainsi que l'établissement d'un plan de retour au travail, clarification du rôle des intervenants, retour

progressif, amélioration des conditions de travail, mobilité professionnelle et soutien social au terme de l'environnement organisationnel.

Ceci étant dit, la présente étude apporte l'innovation inédite de mettre en relief le déterminant de la langue officielle utilisée dans le milieu de travail, lors du retrait ainsi que lors du retour, comme un facteur d'influence sur la problématique du retour au travail lorsque cette langue n'est pas celle maternelle de l'employé.

Mots-clés : Retour au travail, problèmes de santé mentale, affections psychologiques, troubles mentaux, période d'incapacité, congé maladie, Forces canadiennes, travail.

Resume

Using the descriptive statistics, the following document presents the results gathered from a sample of full time military members of the Canadian Forces who have experienced a period of incapacity stemming from mental health problems. The aim of the research is to determine which factors impact the return to work process of these workers. The study is geared towards a sample of full time military members having been on sick leave mainly for mental health (vice physical) problems between 2003 and 2007 - since the introduction of the Return to Work Program for military members.

Documented factors impacting the return to work process are first presented according to specified environment they belong to: individual or organisational. While scientific research on similar subject has been predominantly qualitative, the current research on the return to work process offers the unusual study from a quantitative perspective. Based on the scientific literature review as well as the specific characteristics of the military population studied, a tailored bilingual survey is developed.

Following the administration of the electronic research survey, the database gathered encompasses twenty people meeting the pre-requisites. Of note, three had to be deleted. Based on the small scale of responses obtained, descriptive statistics are used to analyse the data. The results show adherence to the concluding factors put forth thus far in the literature. Individual factors include: medical consultation, psychotherapy, auto-evaluation of own health, specific types of problems and their reoccurrence, age, gender, causal factor attributed to the problems experiences as well as work category. Organisational factors include: return to work plan, clarity of the role of the various personnel involved, progressive return, enhancement of work conditions, professional mobility and social support.

Above and beyond the factors found in the scientific literature, this research paper unveils that the work language, when different from the worker's maternal language, is an influential factor in the return to work process when the sick leave stemmed from mental health problems.

Key words: Return to work, mental health problems, psychological affections, period of incapacity, sick leave, Canadian Forces, work.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
RESUME (ANGLAIS).....	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	x
LISTE DES FIGURES.....	xv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xvi
DÉDICACE.....	xvii
REMERCIEMENTS.....	xviii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE.....	6
1.1 Questions de recherche	6
1.2 Pertinence sociale.....	7
1.3 Pertinence scientifique.....	8
1.4 Paradigme de la recherche.....	10
CHAPITRE 2 - CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL.....	11
2.1 Définition des concepts utilisés.....	11
2.1.1 Retour au travail	
2.1.2 Facteurs de succès	
2.1.3 Incapacité versus invalidité	
2.1.4 Période d'incapacité	
2.1.5 Troubles mentaux	
2.2 Déterminants du retour au travail.....	33
2.2.1 Déterminants émanant de l'environnement individuel	
2.2.1.1 Consultation médicale	
2.2.1.2 Consultation en psychothérapie	
2.2.1.3 Évaluation personnelle de sa propre santé	
2.2.1.4 Type de problèmes & récurrence	
2.2.1.5 Âge	
2.2.1.6 Genre	
2.2.1.7 Présence d'un conjoint	
2.2.1.8 Présence de personnes à charge	
2.2.1.9 Cause attribuée	
2.2.1.10 Catégorie d'emploi occupé	

	2.2.1.11 Niveau d'éducation	
	2.2.1.12 Expérience de travail	
	2.2.2 Déterminants émanant de l'environnement organisationnel	
	2.2.2.1 Établissement d'un plan de retour au travail	
	2.2.2.2 Clarification du rôle des intervenants	
	2.2.2.3 Retour progressif au travail	
	2.2.2.4 Aménagement partiel des conditions de travail	
	2.2.2.5 Amélioration des conditions de travail	
	2.2.2.6 Mobilité professionnelle	
	2.2.2.7 Soutien social organisationnel	
	2.2.2.7.1 Provenant du superviseur	
	2.2.2.7.2 Provenant des collègues de travail	
2.3	Synthèse des déterminants présentés.....	56
2.4	Sommaire critique des déterminants.....	66
CHAPITRE 3 -	CONTEXTE PARTICULIER ET RÉALITÉS TECHNIQUES DE L'ÉTUDE.....	70
3.1	Population à l'étude : les Forces canadiennes	70
3.2	Description du programme de retour au travail des FC.....	74
3.3	Ébauche initiale de recherche.....	77
3.4	Ramification des questions de recherche.....	79
CHAPITRE 4 -	MÉTHODOLOGIE.....	84
4.1	Devis de recherche.....	84
4.2	Description de la population.....	84
	4.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion	
	4.2.2 Recrutement des sujets	
	4.2.3 Échantillon	
4.3	Difficultés techniques de l'étude	87
	4.3.1 L'autorisation d'effectuer de la recherche auprès des sujets militaires	
	4.3.2 L'envoi des questionnaires	
	4.3.3 Offre de participer à l'étude	
4.4	Questionnaire de recherche	93
4.5	Collecte de données	95
4.6	Plan d'analyse.....	96

CHAPITRE 5 -	RÉSULTATS ET DISCUSSION PRÉLIMINAIRE.....	98
5.1	Résultats.....	98
5.1.1	Caractéristiques socio-démographiques	
5.1.1.1	Genre	
5.1.1.2	Grade	
5.1.1.3	Âge	
5.1.1.4	Auto-évaluation de la santé	
5.1.2	Caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité	
5.1.2.1	Traitement utilisé lors du congé maladie	
5.1.2.2	Consultation médicale	
5.1.2.3	Cause attribuée à la période d'incapacité	
5.1.2.4	Durée du congé maladie	
5.1.2.5	Type de problèmes et récurrence	
5.1.2.6	Soutien social du supérieur immédiat et des collègues lors du congé maladie	
5.1.2.7	Explication du facteur central à la résolution des problèmes	
5.1.3	Caractéristiques reliées au retour au travail	
5.1.3.1	Retour au travail progressif	
5.1.3.2	Clarté du rôle des intervenants	
5.1.3.3	Soutien social du supérieur immédiat et des collègues lors du retour au travail	
5.1.4	Caractéristiques spécifiques au contexte militaire	
5.1.4.1	Connaissance du programme militaire de retour au travail	
5.1.4.2	Sentiment d'être prêt au retour au travail	
5.1.4.3	Consultation volontaire du système de santé civil	
5.1.4.4	Langue	
5.2	Portrait descriptif des répondants.....	176
5.2.1	Répondant # 1	
5.2.2	Répondant # 2	
5.2.3	Répondant # 3	
5.2.4	Répondant # 4	
5.2.5	Répondant # 5	
5.2.6	Répondant # 6	
5.2.7	Répondant # 7	
5.2.8	Répondant # 8	
5.2.9	Répondant # 9	
5.2.10	Répondant # 10	
5.2.11	Répondant # 11	
5.2.12	Répondant # 12	
5.2.13	Répondant # 13	
5.2.14	Répondant # 14	

5.2.15	Répondant # 15	
5.2.16	Répondant # 16	
5.2.17	Répondant # 17	
5.2.18	Répondant # 18	
5.2.19	Répondant # 19	
5.2.20	Répondant # 20	
5.3	Synthèse des données recueillies.....	199
5.3.1	Synthèse des données relatives aux caractéristiques socio-démographiques	
5.3.2	Synthèse des données relatives au congé maladie et à l'incapacité	
5.3.3	Synthèse des données lors du retour au travail	
CHAPITRE 6 -	DISCUSSION GÉNÉRALE ET PISTES DE RÉFLEXION.....	207
6.1	Discussion générale.....	207
6.1.1	Déterminants émanant de l'environnement individuel	
6.1.1.1	Genre	
6.1.1.2	Âge	
6.1.1.3	Auto-évaluation de sa propre santé	
6.1.1.4	Traitement utilisé au cours de l'absence	
6.1.1.5	Consultation médicale	
6.1.1.6	Cause attribuée	
6.1.1.7	Type de problèmes et récurrence	
6.1.2	Déterminants émanant de l'environnement organisationnel	
6.1.2.1	Clarification du rôle des intervenants	
6.1.2.2	Programme militaire de retour au travail	
6.1.2.3	Retour progressif au travail	
6.1.2.4	Soutien social organisationnel	
6.2	Pistes de réflexion.....	219
6.2.1	Absence de pression de la part de la compagnie d'assurance	
6.2.2	Choix d'échelles et documentation scientifique	
6.2.3	Langue du questionnaire	
6.2.4	Stigmatisation des militaires causée par leurs affections psychologiques	
6.2.5	Étude ponctuelle versus longitudinale	
6.2.6	Recherche quantitative versus qualitative	
6.2.7	Population à l'étude	
6.2.8	Langue	
6.2.9	Déploiements opérationnels	
6.2.10	Prévenir les problèmes de santé mentale	

CONCLUSION.....	227
RÉFÉRENCES.....	232
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE.....	237
ANNEXES.....	246
Annexe 1 – Questionnaires de recherche (français et anglais)	
Annexe 2 – Autorisation des comités éthique : UQO et Forces canadiennes	
Annexe 3 - Article du journal la feuille d'érable	

LISTE DES TABLEAUX

1.	Extrait du tableau-synthèse des principaux résultats significatifs (volet quantitatif).....	39
2.	Synthèse des déterminants.....	57
3.	Condition d'emploi actuel.....	98
4.	Genre des répondants.....	101
5.	Grade des répondants.....	102
6.	Grade des hommes.....	103
7.	Grade des femmes.....	103
8.	Age des répondants.....	104
9.	Ages des hommes.....	106
10.	Age des femmes.....	106
11.	Age des sous-officiers.....	107
12.	Âge des officiers.....	108
13.	Auto-évaluation de la santé - répondants.....	110
14.	Auto-évaluation de la santé - hommes.....	110
15.	Auto-évaluation de la santé - femmes.....	109
16.	Auto-évaluation de la santé – sous-officiers.....	111
17.	Auto-évaluation de la santé – officiers.....	111
18.	Traitement - répondants.....	112
19.	Traitement - hommes.....	113
20.	Traitement - femmes.....	113
21.	Traitement – sous-officiers.....	113
22.	Traitement - officiers.....	114

23.	Ponctualité de la consultation médicale - répondants.....	115
24.	Ponctualité de la consultation médicale - hommes.....	115
25.	Ponctualité de la consultation médicale - femmes.....	116
26.	Ponctualité de la consultation médicale – sous-officiers.....	116
27.	Ponctualité de la consultation médicale - officiers.....	116
28.	Choix entre le système médical militaire et civil.....	117
29.	Consultation volontaire au civil.....	117
30.	Cause prédominante au congé maladie – répondants.....	119
31.	Cause prédominante au congé maladie - hommes.....	120
32.	Cause prédominante au congé maladie - femmes.....	120
33.	Cause prédominante au congé maladie – sous-officiers.....	120
34.	Cause prédominante au congé maladie – officiers.....	121
35.	Aspect du travail le plus contributeur aux problèmes psychologiques.....	122
36.	Durée de l’absence.....	124
37.	Autre(s) congé maladie - répondants.....	126
38.	Autre(s) congé maladie - hommes.....	126
39.	Autre(s) congé maladie - femmes.....	127
40.	Autre(s) congé maladie – sous-officiers.....	127
41.	Autre(s) congé maladie – officiers.....	127
42.	Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – répondants.....	130
43.	Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – hommes.....	131
44.	Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – femmes.....	131
45.	Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – sous-officiers.....	132

46.	Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – officiers.....	132
47.	Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – répondants.....	133
48.	Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – hommes.....	133
49.	Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – femmes.....	134
50.	Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – sous-officiers	135
51.	Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – officiers	135
52.	Retour au travail progressif – répondants.....	141
53.	Retour au travail progressif – hommes.....	141
54.	Retour au travail progressif – femmes.....	142
55.	Retour au travail progressif – sous-officiers.....	142
56.	Retour au travail progressif – officiers.....	142
57.	Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – répondants.....	142
58.	Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – hommes.....	143
59.	Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – femmes.....	143
60.	Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – sous-officiers.....	143
61.	Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – officiers.....	144
62.	Clarté du rôle des intervenants – répondants.....	146
63.	Clarté du rôle des intervenants – hommes.....	147
64.	Clarté du rôle des intervenants – femmes.....	147
65.	Clarté du rôle des intervenants – sous-officiers.....	148
66.	Clarté du rôle des intervenants – officiers.....	148
67.	Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – répondants.....	150
68.	Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – hommes.....	150
69.	Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – femmes.....	151

70.	Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – sous-officiers.....	152
71.	Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – officiers.....	152
72.	Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – répondants.....	153
73.	Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – hommes.....	153
74.	Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – femmes.....	154
75.	Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – sous-officiers.....	154
76.	Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – officiers.....	155
77.	Programme de retour au travail – répondants.....	158
78.	Programme de retour au travail – hommes.....	158
79.	Programme de retour au travail – femmes.....	158
80.	Programme de retour au travail – sous-officiers.....	159
81.	Programme de retour au travail – officiers.....	159
82.	Sentiment d’être prêt au retour – répondants.....	161
83.	Sentiment d’être prêt au retour – hommes.....	161
84.	Sentiment d’être prêt au retour – femmes.....	162
85.	Sentiment d’être prêt au retour – sous-officiers.....	162
86.	Sentiment d’être prêt au retour – officiers.....	163
87.	Consultation volontaire au civil – répondants.....	165
88.	Consultation volontaire au civil – hommes.....	165
89.	Consultation volontaire au civil – femmes.....	165
90.	Consultation volontaire au civil – sous-officiers.....	165
91.	Consultation volontaire au civil – officiers.....	166
92.	Langue – répondants.....	168

93.	Langue – hommes.....	169
94.	Langue – femmes.....	171
95.	Langue – sous-officiers.....	173
96.	Langue – officiers.....	174
97.	Caractéristiques socio-démographiques.....	199
98.	Auto-évaluation de la santé.....	200
99.	Langue utilisée au travail.....	201
100.	Déploiements opérationnels.....	201
101.	Traitement utilisé.....	202
102.	Consultation médicale.....	203
103.	Cause attribuée.....	204
104.	Tableau du diagnostic.....	204
105.	Durée de l'absence.....	205
106.	Tableau de la récurrence.....	205
107.	Soutien social lors du congé maladie.....	205
108.	Retour au travail.....	206
109.	Soutien social lors du retour au travail.....	206

LISTE DES FIGURES

1.	Évolution du retour au travail.....	13
2.	Actions clés du retour au travail et résultats associés.....	15
3.	Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle.....	19

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

CARRA	Commission administrative de régimes de retraite et d'assurance
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
EMNRE	États médicaux nécessitant des restrictions à l'emploi
FC	Forces canadiennes
LEERS	Limitation d'emploi pour raisons de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRTFC	Programme de retour au travail des Forces canadiennes
RAT	Retour au travail
RT	Retour au travail
RTW	<i>Return to work</i>
TMS	Troubles musculo-squelettiques

Dédicace

À mon père que j'admire tant! Instruit à l'école de la vie, celui-ci m'a toujours étonnée par sa sagesse et ses connaissances. C'est son dicton préféré, *la pratique fait d'un être ordinaire un être supérieur*, appliqué tout au long de sa vie, qui fait de lui ce grand personnage si respecté de tous.

À ma mère, institutrice de formation, qui m'a encouragée sans relâche tout au long de mon cheminement académique. Ce sont ses ondes positives envoyées depuis Sept-Iles qui m'ont inspirée.

À mes enfants, Jason et Sara, pour que vous puissiez réaliser que les efforts mis dans les travaux académiques sont générateurs de satisfaction. Votre soif de savoir et de comprendre ainsi que vos réflexes innés de consultation de documents de référence me prouvent que mon exemple vous inspire.

À Gary, mon conjoint. Ton support inconditionnel dans mes projets d'apprentissage est mon carburant de motivation. Merci pour ta patience et ta compréhension... J'en aurai encore longtemps besoin!

À Guylaine, mon amie, confidente et collègue de maîtrise. Ton amitié ainsi que ton support inconditionnel ont fait en sorte que le présent mémoire soit finalement déposé.

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement les répondants à la présente étude. Votre participation à un tel projet de recherche est en soi un grand signe de confiance et d'ouverture.

Merci à l'adjudant-chef Gilles Guilbault, à la major Christine Pichardie ainsi qu'à la lieutenant-commander Francine Tremblay du programme de retour au travail des Forces canadiennes pour votre enthousiasme ainsi que votre soutien et coopération dans mon projet de recherche. Vous m'avez inspirée par votre dévouement à la cause du soutien des blessés psychologiques militaires canadiens.

Merci à ma chaîne de commandement immédiate : lieutenant-colonel Christina Evans et major Suzie Bouchard. Votre encouragement respectif a su me donner la volonté de continuer ce projet tellement crucial au terme de la gestion des ressources humaines et ce, malgré les nombreuses embûches organisationnelles rencontrées.

Merci aux professeurs Lucie Côté et Éric Gosselin de l'UQO; votre soutien continu a été garant de l'accomplissement de la présente étude.

Merci à Gary, Jason et Sara pour votre patience envers moi tout au long de mes années d'études supérieures. Je suis choyée d'être si bien entourée!

INTRODUCTION

Qui n'a pas déjà répondu en utilisant le titre de son poste ou encore de sa profession afin de se présenter à d'autres personnes dans le cadre de nouvelles rencontres sociales? L'activité économique que nous effectuons, mieux connue sous l'appellation de « travail », constitue en grande partie notre identité sociale. Ce constat d'identification personnelle appert dès lors ironique lorsque l'on apprend que le mot « travail » puise ses origines du mot latin *trepalium* qui signifie instrument de torture (Charbonneau, 2004 et Merlet, 2004)! Faut-il donc être masochiste pour travailler? Nous devons gagner notre vie; la fonction de travail rémunéré représente l'avenue que nous privilégions pour le faire.

Il n'empêche que la fonction de travail est à l'origine de bien des accidents et lésions physiques affectant les travailleurs ¹ et ce, depuis un bon moment. Ce qui a changé au cours des décennies, voire des siècles de travail, c'est l'attention que nous portons à la prévalence des accidents ainsi que des lésions subis par les travailleurs. À ce chapitre, l'avancée technologique de l'informatique ainsi que l'amélioration des analyses statistiques des dernières décennies a permis d'agréger d'innombrables données relatives aux accidents et lésions; on peut dès lors en esquisser le portrait et en faire l'analyse. De plus, on recueille dorénavant de façon systématique et centrale la prévalence des accidents et lésions, que ce soit au sein des entreprises, des secteurs d'activités ou encore au niveau gouvernemental national et même international.

Le Canada fait partie de la société nord-américaine; cette dernière conçoit la vie humaine comme étant ce qu'il y a de plus précieux. Ainsi, toute atteinte à la vie est donc perçue comme une menace que nous devons éradiquer, ou, à tout le moins, à laquelle nous devons répliquer. C'est dans cette optique que les détails ainsi que les statistiques relatifs aux accidents et lésions

¹ Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

causés dans le cadre de l'activité du travail sont étudiés; les conclusions de cette étude permettent de mettre en place des actions visant à faire disparaître, sinon, à tout le moins réduire, de pareilles situations. Cette volonté populaire et gouvernementale à assurer aux travailleurs contemporains la protection lorsqu'ils sont en fonction d'emploi a permis la mise en place d'organismes tels que la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) ainsi que des comités de santé et sécurité au travail.

Mais voilà que depuis quelques années nous assistons à une évolution des affections des travailleurs. Les accidents qui, auparavant, étaient majoritairement de nature physique cèdent maintenant le pas aux affections psychologiques dans notre sphère de travail du nouveau millénaire. En effet, alors que les statistiques de l'année 1991 identifient une proportion de 15% des réclamations d'assurances comme étant reliées à des troubles de santé psychologique, en 2001, Rémillard (2006) souligne que ce pourcentage dépassait dorénavant les 40%. Pour sa part, l'auteur Vinet (2004) allègue que les coûts monétaires estimés et relatifs à la santé mentale des travailleurs varient entre 13 et 14 milliards de dollars dont 8 à 10 milliards en absences. Il souligne de plus que ces coûts pourraient même atteindre jusqu'à 20 milliards de dollars par année pour le Canada, dont 4 milliards pour la seule province du Québec.

Le même écho se fait entendre de la part des compagnies d'assurance. Ces dernières estiment en effet qu'entre 30% et 50% des prestations versées en cas d'incapacité le sont pour des raisons de santé mentale; ces dernières étant recensées comme première cause d'absence prolongée du travail (Le Galès-Camus, 2006). Qui plus est, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dès 2020, la dépression majeure deviendra la deuxième cause d'invalidité, soit juste derrière les maladies cardiovasculaires (Lupien, 2006 et Charbonneau, 2004).

Les problèmes de santé mentale vécus par les travailleurs ont initialement été rapportés et documentés dans les professions étant dévouées au service à autrui; ces dernières étant

considérées plus à risque (Benoit & Côté, 2005; Côté, Edwards & Benoit, 2006). Ainsi, ce sont, par exemple, les infirmières, les médecins et les professeurs, entre autres, qui ont été rapportés comme les victimes initiales de ce type de problème dorénavant documenté. Ceci étant dit, selon les données comptabilisées et à la lumière des détails recueillis par les différents organismes gouvernementaux ainsi que des compagnies d'assurance, les problèmes de santé mentale ne sont désormais plus l'apanage exclusif des professions d'aide (Marchand, 2007 et Robitaille, 2009); ils affectent maintenant toutes les catégories de travailleurs. Rares sont donc ceux qui ne connaissent ou encore ne côtoient un travailleur ayant vécu un problème de santé mentale.

Un employé s'absentant pour des problèmes de santé mentale l'est en moyenne pour une période de 40 jours (Rémillard, 2006). Au-delà des coûts monétaires associés à une baisse de la productivité pour l'employeur et de la hausse des coûts monétaires d'indemnité pour les assureurs, l'employé paie lui aussi, mais d'une façon différente; notamment, il paie de sa confiance en soi ainsi que de son estime de soi. (Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massicotte & Pajot, 2000 et St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003).

Ce ne sont pas tous les travailleurs qui réintègrent leur poste de travail chez leur employeur suite à une absence causée par une affection psychologique. À la rigueur, certains reviennent chez leur employeur mais dans un autre poste de travail; d'autres, retournent au travail ailleurs et, finalement, certains quittent carrément le marché de l'emploi (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004).

Il demeure tout de même que, suite à leur période d'incapacité ayant été causée par un problème diagnostiqué de santé mentale, plusieurs travailleurs réussissent un retour dans leurs fonctions antérieures chez leur employeur. Pour ces derniers qui ont investi dans leurs employés et pour les assureurs qui ont déboursé des prestations d'invalidité au cours de l'absence des travailleurs aux prises avec des problèmes de santé mentale reliés à leur emploi, le retour au

travail de ces derniers est en soi une réussite car il vient justifier les frais de toutes sortes encourus par ceux-ci.

Bien que la problématique émanant du retour au travail ait engendré une effervescence certaine de la littérature scientifique contemporaine, il n'en demeure pas moins que la divergence de résultats consignés, soit celui du retour ou de non-retour du travailleur ayant vécu une incapacité causée par des problèmes de santé mentale, ainsi que des explications variées avancées et quelques fois contradictoires, fait perdurer la difficulté de compréhension du phénomène en question. Par conséquent, la motivation centrale animant notre détermination de réaliser le présent mémoire de recherche sur la problématique de retour au travail émane de notre volonté intrinsèque de participer à l'apport de compréhension du phénomène en question.

Le présent document est divisé en six chapitres; l'ordre des chapitres permet au lecteur de suivre de façon logique le déroulement de notre étude de la problématique du retour au travail des travailleurs suite à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux.

Tout d'abord, le premier chapitre effectue une mise en relief de la problématique visée par notre étude. Nous entamons cette section avec la présentation de notre question principale de recherche ainsi que des sous-questions de recherche, des pertinences respectivement sociale et scientifique, et, pour clore, notre paradigme de recherche.

Le second chapitre est un des plus volumineux de notre document. Ce dernier énonce, le cadre théorique et conceptuel de notre recherche. Au cours de notre recension de la littérature scientifique, nous avons constaté à quel point la problématique du retour au travail est contemporaine, d'autant plus lorsqu'il s'agit des troubles mentaux, versus des troubles physiques. Nous reproduisons donc, au cours de ce chapitre, l'essentiel de nos lectures car ce sont sur celles-ci, par le truchement des définitions de nos concepts ainsi que des déterminants explicités, que s'édifie notre présente recherche.

Le troisième chapitre, pour sa part, expose au lecteur notre contexte particulier d'étude, soit celui de la population des militaires réguliers des Forces canadiennes (FC) et du programme de retour au travail militaire. Par ailleurs, ce chapitre explicite au lecteur les réalités techniques découlant de notre terrain de recherche ainsi que des embûches rencontrées en cours de chemin afin de mener à terme le présent projet.

Le chapitre suivant, le quatrième, expose notre méthodologie, celle quantitative, ainsi que nos choix de recherche que nous avons préconisé afin de guider notre présent projet d'étude. Par la suite, nous discutons plus à fond de notre questionnaire de recherche, de notre collecte de données et, finalement, à l'instar des sous-sections de notre questionnaire de recherche, nous esquissons au lecteur notre plan d'analyse des ces dernières.

Le cinquième chapitre présente les analyses des résultats obtenus ainsi qu'une discussion préliminaire. Au cours de cette partie, nous passons en revue les données recueillies et mettons notre analyse de celles-ci en perspective de la littérature recensée et ce, au fur et à mesure de notre présentation. Cette dernière façon de faire, bien que non-orthodoxe pour un projet de recherche, s'est imposée d'elle-même lors de la rédaction du dit chapitre.

Finalement, une discussion générale ainsi que la présentation de nos pistes de réflexion constituent le sixième chapitre, soit le dernier du présent document. Au cours de cette partie finale de notre ouvrage, nous présentons notre réflexion personnelle suite à la réalisation de notre recherche auprès de la population militaire. Consciente des particularités de notre population et forte des connaissances scientifiques acquises en ce qui concerne notre problématique étudiée, nous terminons notre document, pour le bénéfice de l'effort de recherche scientifique collectif, avec la présentation de pistes de réflexion dans l'espoir d'enjoindre d'autres chercheurs à poursuivre sur notre lancée.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 Questions de recherche

Dans le cadre de la présente étude scientifique, notre principale question de recherche est : quel est le portrait du retour au travail réussi chez les travailleurs des Forces canadiennes ayant vécu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux?

Notre question principale étant posée, nous nous reportons au modèle de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004); ce dernier étant présenté en détails ci-après. Le modèle en question expose l'interaction entre, d'une part, l'environnement individuel et, d'autre part, l'environnement organisationnel dans l'édification de l'évolution de la santé mentale ainsi que de la capacité de travail de chaque travailleur. Par conséquent, le portrait descriptif que nous proposons d'esquisser suite à la présente recherche utilisera les déterminants émanant à l'un ou l'autre de ces derniers environnements, soit celui individuel ou celui organisationnel que nous recenserons au sein de la littérature scientifique. Par ailleurs, dans le but de simplifier l'exposition de notre analyse de données afin de dresser notre portrait descriptif en réponse à notre question principale, nous émettons les trois sous-questions ci-dessous. Fait à souligner, le lecteur notera que ces questions réfèrent aux trois parties de notre questionnaire de recherche:

- Quel est le portrait du retour au travail en fonction des caractéristiques sociodémographiques?
- Quel est le portrait du retour au travail en fonction des caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité?
- Quel est le portrait du retour au travail en fonction des caractéristiques reliées au retour au travail?

1.2 Pertinence sociale

Selon Statistique Canada (2005), en 2005, les employés à temps plein ont perdu 9,5 jours de travail pour cause de maladie et d'incapacité par rapport à 7,3 jours en 1997. De plus, les chiffres recueillis reflètent que les femmes s'absentent dans une plus grande proportion que les hommes, soit respectivement 10,8 jours contre 8,6 jours. À la lumière de ces statistiques, on est plus à même de comprendre l'ampleur des coûts avancés par les auteurs cités en introduction.

Ce sont tous les types d'employeurs, petits ou grands, de quelque type d'industrie que ce soit, qui, à un moment donné sont privés des services d'employés malades pour diverses raisons. Auparavant conséquence essentiellement d'accidents physiques, les absences du travail des employés émanent dorénavant, en prépondérance, de problèmes relatifs à la santé mentale des travailleurs (Rémillard, 2006). Qui plus est, les employés affectés proviennent dorénavant de tous les types d'emploi possible. Il n'y a donc aucun travailleur à l'abri des effets potentiellement dévastateurs que peuvent occasionner les affections psychologiques et aucun employeur pouvant se vanter de ne pas connaître les effets pervers que l'absence du travail occasionne sur son bon fonctionnement et ce, y compris le secteur public.

Au-delà de l'importance en terme de déclin de la productivité ainsi que de coûts monétaires exorbitants relatifs à l'absence des travailleurs, notre intérêt personnel envers la présente recherche émane, tel qu'énoncé en introduction, de notre volonté engagée de participer à l'effort contemporain de recherche concernant la problématique du retour au travail. Notre intention étant d'améliorer, un tant soit peu, la compréhension des aspects ayant un impact sur le retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale diagnostiqués, c'est à dire de troubles mentaux.

1.3 Pertinence scientifique

Les articles et manuels traitant du retour au travail se multiplient dorénavant au sein de la littérature scientifique contemporaine. Ceci étant dit, c'est en grande proportion en fonction des affections physiques touchant les travailleurs que le processus de retour au travail y est traité. Entre autres, les troubles musculo-squelettiques (TMS) y occupent une large part au sein de la littérature recensée (St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003). Par ailleurs, Post, Krol & Groothoff (2005) corroborent le constat à l'effet qu'il y a peu de recherches traitant spécifiquement du retour au travail des employés aux prises avec des troubles de nature psychologique comparativement aux troubles de nature physique.

Il n'empêche que l'étude du retour au travail en fonction des affections psychologiques connaît ces dernières années un certain engouement si l'on en juge par l'augmentation du nombre d'écrits relativement à ce sujet. Par contre, il importe de souligner qu'une bonne partie de ces publications proviennent d'études visant les personnes aux prises avec de graves maladies mentales, notamment, la schizophrénie. En fonction de ce trouble mental, on parle alors d'insertion en emploi pour ces personnes plutôt que de retour au travail de travailleurs ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux.

Dans le cadre des travaux scientifiques initiaux portant spécifiquement sur le retour au travail des employés s'étant absenté du travail suite à un problème de santé mentale, ces derniers reflètent, selon McLellan, Pransky & Shaw (2001), les vues de l'administration organisationnelle en ce qui concerne les meilleures façons de faire. Selon ces derniers auteurs, il importe dès lors d'explorer le point de vue des employés eux-mêmes dans le but de comprendre plus à fond la présente problématique afin de faire le tour complet de la question.

Fait intéressant, de façon ultérieure à la dernière affirmation ci-dessus, on assiste à l'entrée en scène de nouveaux chercheurs dévoués à cette nouvelle définition ciblée de la

problématique du retour au travail chez les employés ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux. Entourée de plusieurs collaborateurs, l'auteure St-Arnaud (2001, 2003 et 2004), constitue dorénavant la figure de proue non-seulement canadienne mais aussi nord-américaine de l'étude pointue de la présente problématique. Par ailleurs, d'autres auteurs tels Nieuwenhuijsen (Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk & van Dijk, 2004 et Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijssen, 2003), Nordqvist (Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003), Nystuen (Nystuen & Hagen, 2003 et Nystuen, Hagen & Herrin, 2001) ainsi que Post (Post, Krol & Groothoff, 2005), tous aussi contemporains que St-Arnaud, offrent pour leur part une perspective européenne du processus de retour au travail en fonction de la même conception préalable, soit celle du retour au travail après une période d'incapacité générée par des problèmes de santé mentale. Nous constatons donc que le présent sujet est brûlant d'actualité.

Bien qu'aucun chercheur ne puisse prétendre à l'entière nouveauté d'un sujet de recherche (Quivy & Van Campenhoudt, 1995), la présente étude, de par sa ponctualité mais aussi sa population étudiée, comporte sans contredit un caractère novateur certain. En effet, lors de la revue exhaustive de littérature effectuée au préalable, aucune étude scientifique du retour au travail suite à une incapacité causée par des troubles mentaux chez quelque population constituée de militaires n'a été répertoriée jusqu'à maintenant.

Par ailleurs, d'autres aspects ajoutent à la pertinence scientifique de notre présente étude. Nous proposons d'utiliser les déterminants du retour au travail réussis recensés et identifiés, en fonction de la littérature consultée, comme possédant un impact sur le retour au travail, afin d'exposer un portrait descriptif de notre population à l'étude. De plus, au terme de notre recherche ainsi que de notre réflexion personnelle, nous anticipons être en mesure de proposer au

moins un aspect inédit ayant un impact sur le retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux.

Pour terminer, nous tenons à souligner que la grande majorité des recherches effectuées jusqu'à maintenant sur la problématique qui nous intéresse ici utilisent la méthodologie qualitative. A cet égard, nous estimons que la méthode qualitative a effectué un bon tour d'horizon et offre, à ce stade-ci, d'assez bonnes assises pour faire le saut vers la méthode quantitative. Par conséquent, notre choix de méthode, celle quantitative, quoique utilisée de façon descriptive, constitue une avenue jusqu'ici peu explorée par les chercheurs contemporains; cet aspect ajoute donc à la pertinence scientifique de notre présente étude.

1.4 Paradigme de la recherche

Pour les fins du présent projet de recherche, nous avons choisi d'utiliser la méthode quantitative; par conséquent, nous utilisons le questionnaire comme outil de travail. Ceci étant dit, notre étude s'inscrit donc dans le sillon du paradigme positiviste et utilise l'approche déductive pour les fins d'élaboration de notre questionnaire de recherche.

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE ET CONCEPTUEL

2.1 Définitions des concepts utilisés

2.1.1 Retour au travail

Au sein de la littérature scientifique, on dénote différentes appellations utilisées relativement au concept de retour au travail de l'employé ayant été absent de son travail suite à une période d'incapacité et ce, que cette période émane d'une affection physique ou encore psychologique. Les principales appellations recensées sont les suivantes : le retour au travail, la réintégration au travail ainsi que la réinsertion professionnelle. Bien qu'à prime abord ces appellations puissent sembler être des synonymes interchangeable, l'examen minutieux des textes scientifiques à l'origine de ces dernières révèle cependant une certaine spécificité d'utilisation mise en relief par les auteurs de ceux-ci.

Dans un premier temps, notre recension de la littérature scientifique expose l'utilisation répandue de l'appellation « retour au travail » dans le cadre de plusieurs travaux contemporains de recherche (Baril, Clarke, Friesen, Stock, Cole & The work-ready group, 2003; Bérubé & Vachon, 2005; Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & van Dijk, 2004; Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijssen, 2003; Nystuen, Hagen & Herrin, 2001; Post, Krol & Groothoof, 2005; Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003). Pour ces derniers auteurs identifiés ci-avant, le retour au travail est conçu tel une constatation d'être, ou non, présent chez son employeur après une période d'incapacité. Bien qu'acquiescé en tant que retour au travail effectif, il importe cependant de souligner que ce retour au travail puisse être partiel; dans ce dernier cas, la charge de travail ou encore le nombre d'heures est moindre qu'avant l'absence.

Le retour au travail peut, par ailleurs, être qualifié d'entier ou de complet; c'est-à-dire que la charge de travail ainsi que le nombre d'heures de travail sont dorénavant similaires à ceux préalables à l'absence.

Par contre, contrairement à l'évaluation ponctuelle introduite ci-dessus, bien qu'utilisant eux aussi l'appellation « retour au travail », les auteurs Young, Roessler, Wasiak, McPherson, Van Poppel & Anema, (2005) conçoivent pour leur part ce dernier selon un processus au lieu d'une constatation.

Dans le but d'illustrer leurs propos, ces derniers auteurs avancent le modèle suivant:

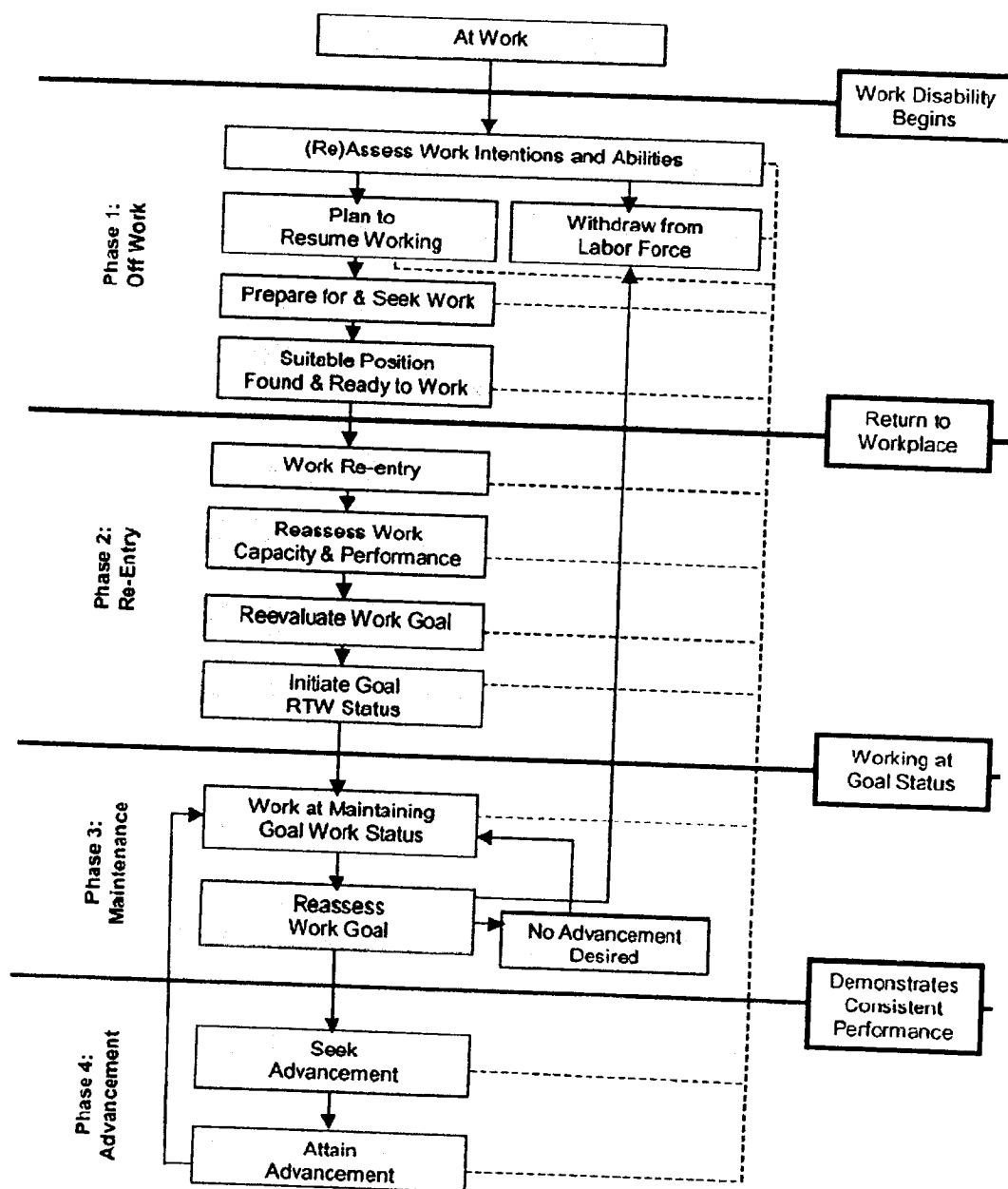


Fig. 1. The developmental nature of RTW.

Figure 1. Évolution du retour au travail

Young, Roessler, Wasiak, McPherson, Van Poppel & Anema, 2005, p. 561.

Comme on peut le constater, le diagramme illustrant le modèle en question présenté ci-avant recadre donc le concept du retour au travail de sa formulation présentée comme étant ponctuelle à une formulation dorénavant plus large. Selon leurs dires, les auteurs énoncent qu'ils se sont inspirés en grande partie du modèle de développement des carrières dans leurs efforts visant à étoffer leur propre modèle du processus de retour au travail.

“Drawing on these role performance and career models, we developed a dynamic view of RTW, in which a work-disabling condition precipitates a cycle that places the worker in an off-work phase during which at least partial physical recovery is needed before work re-entry can be attempted. Once the individual has initiated work re-entry, there is a period of adjustment and determination with regards to the worker’s ability to maintain employment and perform satisfactorily. Once work has been re-established, issues of work retention (or maintenance) and advancement arise. Reflecting this line of thought, the argument is made that RTW consists of four key phases: off-work, work re-entry, maintenance and advancement.” Young, Roessler, Wasiak, McPherson, Van Poppel & Anema, 2005, p. 560.

Qui plus est, une grille complète d’actions ainsi que des résultats attendus suite à ceux-ci et ce, dans le but d’être en mesure d’évaluer au fur et à mesure le cheminement de la personne tout au long de son processus de retour au travail, est avancée par les auteurs. Il appert important de consulter de manière concourante cette dernière grille; cela permet ainsi une compréhension globale et entière du modèle en question. Pour le bénéfice du lecteur, nous reproduisons ci-après cette grille à la page suivante.

	Key RTW Actions	Associated Outcomes
Phase 1 Off Work	<ul style="list-style-type: none"> • Determine abilities • Determine work intentions • Determine employment goal • Formulate plan for achieving goal • Perform behaviors required to achieve goal • Identify suitable work option • Determine readiness for work re-entry • Secure suitable position 	<ul style="list-style-type: none"> - Able vs. unable to work - Intend to resume working vs. not - Goal formulated (inc. hours, duties, remuneration, productivity & advancement opportunities) - Plan formulated - Behaviors performed - Suitable option identified - Assessed as ready for work re-entry - Suitable position secured
Phase 2 Re-entry	<ul style="list-style-type: none"> • Return to workplace • Determine job suitability • If job unsuitable, determine if this can be changed • If unsuitable job can be changed, determine a plan for doing so • If unsuitable job cannot be changed, seek alternative • Reassess work abilities • Determine if work abilities can be improved • Reassess employment goal • If goal not appropriate, reformulate goal • Determine progress towards achieving goal • Determine when goal status has been initiated 	<ul style="list-style-type: none"> - Achieved vs. not - Job suitable (i.e., good use of skills, safe, acceptable remunerations) vs. not - Job has potential to be suitable vs. not - Formulate plan for change vs. not - Alternative identified - Abilities reassessed - Potential for improvement vs. not - Appropriate vs. not - Goal reformulated (inc. hours, duties, remuneration, productivity & advancement opportunities vs. not) - Progressing satisfactorily vs. not - Goal status achieved vs. not
Phase 3 Maintenance	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrate consistent performance • Reassess employment goal 	<ul style="list-style-type: none"> - Goal status maintained vs. not - Advancement desired vs. advancement not desired vs. decide to withdraw from the labor force
Phase 4 Advancement	<ul style="list-style-type: none"> • Maintain employment gains • Formulate plan for advancement • Perform activities required to advance • Find suitable advancement opportunity • Achieve advancement 	<ul style="list-style-type: none"> - Goal status maintained vs. not - Plan formulated vs. not - Performing advancement seeking vs. not - Suitable opportunity identified vs. not - Advancement achieved vs. not

Fig. 2. Key RTW actions and associated outcomes.

Figure 2. Actions clés du retour au travail et résultats associés

Young, Roessler, Wasiak, McPherson, Van Poppel & Anema, 2005, p. 564.

Le présent modèle étant rédigé dans la langue anglaise, nous tenons à attirer l'attention du lecteur en ce qui a trait à la formulation ainsi qu'à l'utilisation, au sein de ce modèle, de deux appellations distinctes mais demeurant très rapprochées : *return to work* ainsi que *return to workplace*. Nous traduirons respectivement de façon libre ces dernières expressions par « retour au travail » ainsi que « retour en milieu de travail ». En fonction du contenu du présent texte de référence, le retour au travail constitue un processus au cours duquel le travailleur chemine dans le temps à travers différentes étapes pré-définies lorsque ce dernier s'absente de son poste de travail pour cause d'incapacité. Par ailleurs, le retour en milieu de travail s'évalue de façon ponctuelle, à savoir, si l'employé est revenu au travail dans son milieu de travail ou non; cette constatation étant explicitée dans la liste d'actions et de résultats relatifs aux éléments clés du retour au travail, soit dans la phase 2.

Par conséquent, bien que la formulation diffère, « retour au travail » versus « retour en milieu de travail », le présent modèle révèle tout de même une évaluation ponctuelle devant être effectuée à un certain moment donné; nous obtenons donc, par extension, un rapprochement certain avec la première signification présentée en début de section, soit la constatation ponctuelle de retour ou de non retour en emploi et ce, bien qu'à l'intérieur d'un processus plus large.

L'apport du présent article scientifique à la connaissance du domaine de la réhabilitation occupationnelle se doit d'être souligné. En effet, les nombreux auteurs ayant participé à l'élaboration de ce document proviennent de champs d'expertise divers et, également, de pays différents. Ainsi, on sent une volonté commune d'intégrer les multiples facettes de la problématique de retour au travail au sein d'un modèle unique et complet.

Par contre, cette même volonté ayant mené à la présentation d'un modèle unique entraîne justement un champ d'application large et donc diversifié au présent concept de retour au travail.

Ainsi donc, les affections autant physiques que psychologiques n'y sont point départies. De plus, bien que contemporain, car publié au mois de décembre 2005, on ne retrouve aucune mention des travaux de l'auteure canadienne St-Arnaud, ou encore de ses collaborateurs, en ce qui concerne leurs travaux récents sur la réinsertion professionnelle suite à des problèmes de santé mentale.

C'est par ailleurs dans les publications dirigées par cette dernière auteure, St-Arnaud, que nous avons repéré une variante de l'appellation de retour au travail au sein de la littérature; il s'agit de l'appellation « réintégration au travail » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003). Cette dernière était énoncée comme deuxième appellation au début de la présente section. Dans ces publications mentionnées ci-avant, l'appellation en question y est utilisée tel un synonyme de retour en milieu de travail à l'intérieur du processus de retour au travail. Par conséquent, compte tenu de son utilisation, c'est à dire selon un sens similaire d'évaluation ponctuelle, nous nous en tenons, ici, simplement à la mentionner de façon distincte.

Finalement, nous avons mis en lumière l'utilisation d'une troisième appellation; cette dernière, au sein de la littérature scientifique, est nommée « réinsertion professionnelle ». De façon similaire au premier modèle présenté ci-avant, le concept de « réinsertion professionnelle » fait lui aussi référence à un processus; il est par ailleurs présenté, dans le modèle de St-Arnaud, en opposition au processus de « désinsertion professionnelle » émergeant et évoluant au préalable chez le travailleur connaissant des problèmes de santé mentale. Nous invitons le lecteur à consulter le modèle St-Arnaud reproduit ci-après le prochain paragraphe.

Dans le développement du concept selon l'appellation de « réinsertion professionnelle » initialement avancé par St-Arnaud (2001), celui-ci a trait à l'absence du travail suite à une incapacité causée spécifiquement par des affections psychologiques chez le travailleur. La spécificité retenue du retour au travail de l'employé, soit en fonction des affections

psychologiques versus celle des affections physiques, diffère par conséquent de l'approche large et globale où ces affections ne sont point différenciées dans la littérature scientifique.

Dans le but de bien comprendre le processus de réinsertion professionnelle présenté par St-Arnaud, nous reproduisons ce dernier ci-après. Cependant, nous tenons à souligner que, compte tenu de la piètre qualité du format électronique disponible du modèle initial (St-Arnaud, 2001) ainsi que du fait que ce dernier a connu des ajustements mineurs depuis, notamment et spécifiquement en ce qui a trait aux sous-catégories rattachées à celle intitulée « les événements qui ont précédé l'arrêt de travail », nous avons choisi de reproduire le modèle en question, intitulé « modèle dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle » dans sa version de 2004 (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004) plutôt que de 2001.

Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle

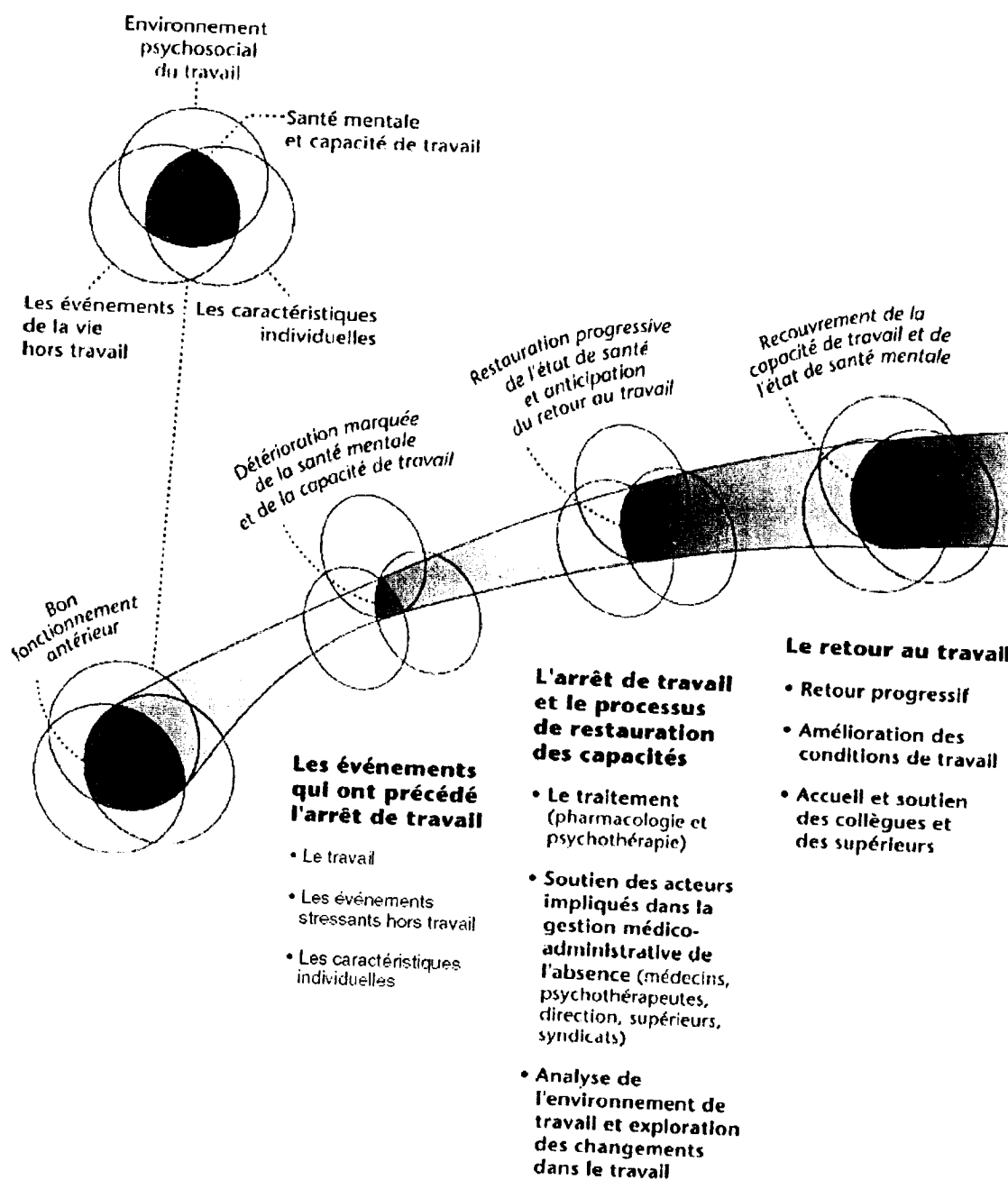


Figure 3. Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle

St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 6.

Selon les caractéristiques de ce modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle,

« ...le processus de réinsertion professionnelle est analysé comme un phénomène dynamique construit dans le temps au cours d'une interaction entre les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail » (St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003, 194).

Le modèle aborde l'étude du travailleur en tant que personne, soit une entité globale et entière, et non pas selon qu'elle est scindée en deux soit : la personne au travail et la personne hors travail. Qui plus est, le modèle s'attarde de façon centrale à la santé mentale ainsi qu'à la capacité de travail du travailleur. C'est donc véritablement la contraction et la décontraction de la santé mentale ainsi que de la capacité de travail de l'employé aux prises avec des problèmes de santé mentale que le modèle anticipe expliquer par le truchement de trois aspects relatifs à l'évolution du cheminement du travailleur. Les trois aspects reflétés par le modèle sont : l'environnement psychosocial du travail, les événements de la vie hors travail ainsi que les caractéristiques personnelles.

Compte tenu de la globalité mais aussi des spécificités incluses dans le modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle présentées, la méthodologie des études découlant de ce dernier modèle reflète en prépondérance celle qualitative (St-Arnaud 2001, St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004). Bien qu'utilisée dans une moindre mesure, la méthode quantitative permet une analyse détaillée et différenciée sous forme de pourcentages des résultats de recherche initiaux (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004). Il appert par contre que ce soit l'analyse du discours qui demeure privilégiée

dans le cadre des travaux identifiés ci-dessus; ce choix étant par ailleurs conséquent à la volonté de mettre en relief le travailleur en tant que personne unique et spécifique.

2.1.2 Facteurs de succès

Compte tenu que le présent document traite de retour au travail en ce qui a trait à des travailleurs s'étant absentes de leur emploi au cours d'une période d'incapacité conséquente à des troubles mentaux, à prime abord, on pourrait s'attendre à ce que le simple retour au travail ponctuel de ceux-ci constitue en soi le facteur central de la réussite de ce retour. Cette conception simpliste du succès de l'employé en arrêt de travail, avant d'être retenue, doit s'appliquer à notre choix d'environnement de travail étudié tout en trouvant assises au sein des écrits scientifiques consultés.

En fonction de la littérature recensée, il ressort des textes consultés qu'une mise en garde doit être émise préalablement à notre effort de discernement des facteurs de succès du retour au travail. En effet, à la lumière des modèles présentés ci-avant, le concept de retour au travail, bien que quelques fois nommé de façons différentes selon les auteurs, est conçu tel un processus; en contrepartie, ce processus de retour au travail est consécutif à un autre, soit celui ayant entraîné le processus de retrait du travailleur victime de problèmes de santé mentale diagnostiqués. Dans le cadre de ce dernier, il appert, selon les auteurs, que l'employé s'absentant du travail le fasse non seulement en fonction de sa santé comme telle mais aussi en fonction des facteurs prévalant dans le cadre de son emploi. La citation suivante résume par ailleurs cette mise en relief importante:

“Sickness absence is not solely determined by ill health, but is also influenced by factors such as work environment and social support. Consequently, regaining health does not necessarily result in return to work. In employees who are absent due to mental health problems, this notion is substantiated by the finding that symptom reduction is not always

followed by work recovery.” (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk & Van Dijk, 2004, p. 817)

Par ailleurs, le contraire est aussi vrai selon St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume (2003) qui énoncent que :

« ..., le retour au travail ne signe pas le recouvrement complet de la santé, mais serait plutôt une étape d'un processus continu où la santé se mesure à l'aune des capacités de travail. Si pour certains le retour au travail semble avoir été une issue favorable, pour d'autres, il est resté marqué par un sentiment de vulnérabilité menacé par le risque d'une rechute.» (St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003, p. 200)

« Il semble y avoir une distinction importante entre d'une part, l'état de santé et d'autre part, la capacité de travail. Bien que ces deux dimensions soient étroitement liées, elles ne sont pas pour autant synonymes. On peut avoir recouvré la santé et être capable de retourner au travail sans nécessairement être en mesure de réaliser le volume de travail antérieur. La capacité de travail ne se récupère que petit à petit. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004, p. 14)

Aguerri de la connaissance de la conception du retour au travail en tant que processus évoluant dans le temps, on comprend dès lors que l'étude contemporaine de ce dernier privilégie une méthode qualitative et tente ainsi de cerner différents aspects améliorant ou encore entravant ce retour et ce, beaucoup plus que d'avancer des facteurs de réussite précis d'emblée (St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003).

C'est au cours des plus récents travaux de recherche collectifs (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004 ; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004) que les facteurs de succès commencent à émerger de façon plus concrète. Dorénavant au fait des propos recueillis chez les sujets ayant réinséré le travail après avoir connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale, et, forts de leurs connaissances, les auteurs en question introduisent dès lors une méthodologie de recherche quantitative combinée à celle qualitative jusqu'alors exclusive dans les travaux canadiens antérieurs (St-Arnaud, 2001; St-

Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003); ainsi, ces auteurs présentent deux facteurs de succès inhérents à la réinsertion professionnelle : le retour effectif au travail, et, le second facteur, la résolution du problème de santé mentale lorsque l'employé est de retour au travail (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004).

Pour sa part, le modèle de Young, Roessler, Wasiak, McPherson, Van Poppel & Anema (2005) présenté précédemment, bien que non spécifiquement élaboré exclusivement en fonction d'une population aux prises avec des problèmes de santé mentale, apporte certaines nuances aux facteurs de succès auxquels l'étude du processus de retour au travail devrait s'attarder. Le principal facteur consistant au retour en emploi de l'individu ayant connu une période d'incapacité. Ceci étant dit, l'évaluation ponctuelle de retour en emploi fait partie, selon leur modèle, de la deuxième phase. Ils spécifient par ailleurs que *“during this phase the worker recommences work at either his or her pre-injury workplace or at some alternative worksite...”* (Young, Roessler, Wasiak, McPherson, Van Poppel & Anema, 2005, p. 560).

Cette mise en relief relative au retour **en** emploi, versus le retour **à** l'emploi antérieur, est par ailleurs proposée par d'autres chercheurs se spécialisant dans les TMS. Ces auteurs énoncent en effet que *“our prime interest was in the RTW process for workers with MSD (TMS en français), i.e. rehabilitation, duration of absence, modified work and the actual return to the job or to any competitive employment.”* (Baril, Clarke, Friesen, Stock, Cole & The work-ready group, 2003, p. 2101).

Par contre, certains autres auteurs, pour leur part, conçoivent l'évaluation ponctuelle du facteur de succès relatif au retour au travail de l'employé en fonction du fait que la personne soit de retour chez le **même** employeur et non pas de façon élargie au marché du travail, identifié ci-dessus comme étant un retour **en** emploi (Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massicotte & Pajot, 2000 ; Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003).

Finalement, que le retour au travail s'effectue soit chez le même employeur ou encore chez un autre, le retour au travail de l'employé s'étant absenté, mesuré tel une constatation ponctuelle, est dans un premier temps documenté selon que la personne ait réintégré son emploi à temps partiel ou encore à temps plein. La formule partielle faisant ici référence à un nombre d'heures de travail ou encore à une charge de travail diminuée. Pour sa part, la formule qualifiée de temps complet fait référence à un nombre similaire d'heures ainsi qu'à une charge de travail similaire aux conditions de travail préalables à l'absence (Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijssen, 2003).

“Time to full return to work was defined as the number of days between the first day of sickness absence and the first day of full return to work. Full return to work was operationalised as working the same number of hours as prior to sickness absence. Partial return to work was the secondary outcome measure of this study. Partial return to work was operationalised as first return to work, regardless of the number of hours per week.” (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk et Van Dijk, 2004, 818.)

Qui plus est, cette distinction entre partiel et complet du retour au travail fait par ailleurs partie des préoccupations présentes chez d'autres chercheurs explorant cette problématique qu'est le retour au travail (Van der Klink, Blonk, Schene & Van Dijk, 2003). Il appert par conséquent que le facteur de succès rattaché au retour au travail, qu'il soit partiel ou encore complet, se traduise par un nombre de jours d'absence le plus minime possible.

2.1.3 Incapacité versus invalidité

Au cours de notre recension des écrits dans le cadre de notre présent projet de recherche, nous avons noté que la vaste majorité des différents auteurs utilisent les deux termes identifiés en rubrique de façon interchangeable. Puisque le présent constat d'utilisation a entraîné chez nous

un questionnement en ce qui a trait à la définition spécifique de ces derniers, il importe dès lors de les départir dans le but d'utiliser correctement ceux-ci dans le présent texte.

L'outil de base de la langue française, le dictionnaire Larousse, nous expose la définition des termes ci-haut identifiés : en ce qui concerne l'incapacité, on énonce que c'est l' « état de quelqu'un qui est incapable de faire quelque chose. Incapacité de travail : état d'une personne qu'un accident ou une maladie empêche de travailler. » (Merlet, 2004, p. 572) Pour sa part, l'invalidité se définit comme l'« état d'une personne invalide » (Merlet, 2004, p. 593); par ailleurs, le terme « invalide » « Se dit d'une personne qui n'est pas en état d'avoir une vie professionnelle normale; infirme. Militaire que ses blessures ont rendu incapable de servir » (Merlet, 2004, p. 593).

Outre l'information initiale obtenue par le truchement du dictionnaire, la documentation directement ciblée en fonction de notre intérêt de recherche nous permet de départir encore plus à fond les termes dont il est ici question. Les travaux de Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté, Côté & St-Michel (1998, p. 105) définissent l'incapacité comme suit : « une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude. » Cette dernière perspective trouve écho à l'Organisation mondiale de la santé, qui, citée par Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massicotte & Pajot (2000), énonce que l'incapacité « correspond à toute réduction de la capacité d'accomplir une activité en référence à des normes générales du fonctionnement humain. » Pour terminer, « L'invalidité ferait plus référence aux limitations fonctionnelles permanentes. » (Baril, Berthelette, Ross, Gourde, Massicotte & Pajot, 2000, p. 2).

Nous concluons donc, compte tenu de l'information présentée ci-avant, que le terme « incapacité » est celui le plus approprié pour notre présente recherche.

2.1.4 Période d'incapacité

Les travaux de recherche scientifique concernant le retour au travail suite à une période d'incapacité chez les travailleurs aux prises avec des problèmes relevant de la santé mentale connaissent dorénavant une popularité croissante, mais tout de même très contemporaine. Dans le cadre des recherches recensées, les caractéristiques ayant trait à la période d'incapacité, ou de congé maladie, subie par le travailleur, plus précisément la durée de celle-ci, constitue un concept.

La littérature consultée s'attardant aux affections spécifiquement et exclusivement psychologiques à l'origine des problèmes de santé mentale demeure, à ce jour, restreinte. En fonction de ce constat, nous avons par conséquent choisi d'inclure ici certaines études s'étant penchées sur des affections physiques ou encore mixtes, soient psychologiques et physiques. Ce faisant, une telle inclusion nous permet un tour d'horizon plus complet pour les fins de la définition du concept qu'est la période d'incapacité dans le cadre de notre propre projet de recherche.

Donc, bien que les détails que nous présentons ci-dessous reflètent certaines affections énoncées de façon restrictive, ces dernières ne servent qu'à titre de comparaison pour les fins d'énonciation des caractéristiques recensées du concept de période d'incapacité. Au cours de la prochaine section, nous présenterons d'autres détails relativement aux affections spécifiquement psychologiques. C'est dans le souci de conserver une cohérence du propos des auteurs que nous avons choisi de joindre le laps de temps spécifié par les différents auteurs aux affections énoncées par ceux-ci. Nous avons par ailleurs choisi de présenter les études scientifiques pertinentes à notre présent projet de recherche de façon chronologique dans l'anticipation que cette méthode puisse, potentiellement, exposer une certaine gradation au sein de l'évolution des intérêts de

recherche contemporains dans le domaine du retour au travail consécutif à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux.

Tout d'abord, Nystuen & Hagen (2003) choisissent de sélectionner leurs sujets lorsque ces derniers sont en congé maladie depuis plus de sept semaines et ce, à cause de problèmes psychologiques non-sévères ou encore de problèmes de douleur musculo-squelettique. Dans le cadre de cette étude, pour les fins de la sélection, il importe de souligner que ce sont les bureaux de coordination des soins norvégiens qui identifient les personnes potentielles à être des sujets d'étude. L'utilisation de ces bureaux de coordination des soins s'avère une solution logique compte tenu que les travailleurs de ce pays sont répertoriés de façon centrale et systématique par ces derniers lorsqu'ils sont absents du travail au-delà de trois jours.

Les auteurs suédois Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson (2003) désignent pour leur part une population de sujets qu'ils répartissent en fonction des caractéristiques de la durée de l'absence des travailleurs: un premier groupe est composé de travailleurs qui se sont absentés pour moins de 15 jours et un deuxième groupe est composé de travailleurs qui se sont absentés pour 60 jours ou plus. Ainsi donc, sont exclus de l'étude les travailleurs absents pour une période s'échelonnant entre 15 et 59 jours. Qui plus est, les deux groupes de sujets ciblés le sont en fonction de la durée de leur incapacité respective; celle-ci étant consécutive à des douleurs au dos. Les auteurs en question expliquent cette répartition de leur population en fonction de leur volonté de mettre en lumière certaines spécificités qu'ils soupçonnent lorsque la durée de l'absence varie de façon notable.

Dans le cadre de leur travail de recherche, les auteurs canadiens St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004) identifient d'emblée les employés de la fonction publique québécoise comme population cible. Les sujets retenus doivent avoir connu une période d'incapacité, nommée ici « invalidité », de plus de trois semaines; qui plus est, le congé maladie

en question doit avoir été certifié par un diagnostic médical relatif à un problème de santé mentale. Par ailleurs, puisque l'étude à laquelle nous faisons référence ici reflète deux parties distinctes, une de nature qualitative et l'autre de nature quantitative, il importe de souligner que chacune des parties en question diffère en ce qui a trait aux moyens utilisés afin de rejoindre les sujets en question.

En ce qui concerne la partie quantitative de l'étude, l'envoi des questionnaires a été effectué au cours de la période 1998-2001 par l'entremise de la Commission administrative de régimes de retraite et d'assurance (CARRA) afin d'assurer aux travailleurs visés la confidentialité de leurs informations respectives. Pour ce qui est de la partie qualitative, les sujets ont plutôt été recrutés à l'aide de dépliants d'information concernant la recherche en question. Ces dépliants étaient distribués dans divers bureaux, cliniques et centres d'aide aux employés. Il est à noter que la période d'absence devait cependant avoir eu lieu au cours de la même période, soit au cours des années 1998 à 2001 inclusivement.

Pour terminer, les auteurs néerlandais Post, Krol & Groothoff (2005) identifient que les sujets retenus doivent avoir connu un congé maladie d'au maximum 12 semaines et ce, pour toutes affections confondues. L'identification ainsi que l'envoi des questionnaires aux travailleurs rencontrant les critères identifiés sont effectués par l'entremise de trois bureaux régional de services de santé gouvernementaux.

À la lumière des variations de caractéristiques concernant la période d'incapacité présentées ci-dessus, il appert que le choix arrêté de celles-ci émanent de certaines réalités existantes. Ainsi, la nécessité d'assurer la confidentialité aux sujets prenant part à toute étude scientifique fait en sorte que les chercheurs ont recours à une tierce personne ou organisme dans le but de rejoindre leur population de sujets potentiels. Ceci étant dit, au risque de devoir redéfinir leurs critères initiaux relatifs au concept de la période d'invalidité, les chercheurs

doivent par conséquent les choisir en fonction de l'information consignée de façon systématique par cette tierce partie. A cet effet, nous en déduisons qu'il est primordial d'initier les démarches de coordination et de collaboration auprès des organismes pouvant potentiellement être de précieux collaborateurs à ce niveau et ce, tôt dans l'ébauche de tout projet de recherche.

2.1.5 Troubles mentaux

Qui dit problème de santé mentale, peut, potentiellement, faire référence à une multitude de diagnostics médicaux d'ordre psychologique. En effet, une brève consultation du manuel de référence dans le domaine psychiatrique (American Psychiatric Association, 2003), le DSM-IV, suffit pour convaincre le néophyte de la panoplie des maladies et troubles mentaux répertoriés, de leurs causes et de leur intensité. Ainsi, compte tenu des nombreux types de troubles mentaux potentiels pouvant affecter les travailleurs et entraîner un congé maladie, il importe de circonscrire ceux-ci. Une fois de plus, nous nous tournons vers la littérature scientifique recensée dans le dessein d'effectuer des choix éclairés, car, certains écrits contemporains du domaine du retour au travail traitent, que ce soit par le truchement d'étude qualitative ou quantitative, de retour au travail en fonction des troubles mentaux spécifiques. Ce sont donc ces écrits scientifiques que nous laisserons guider notre réflexion.

D'abord et avant tout, il y a lieu de départir les synonymes apparents étant englobés dans le présent concept des troubles mentaux. En effet, il appert que l'

« on substitue souvent librement les expressions « problèmes de santé mentale », « maladie mentale » et « troubles mentaux » l'un à l'autre. Ce ne sont toutefois pas des termes équivalents. Alors que « problème de santé mentale » désigne tout écart par rapport à l'état normal de bien-être mental ou psychologique, les termes « maladies » et « trouble » renvoient à des affections reconnues cliniquement, et elles donnent à entendre qu'il y a soit détresse significative, soit dysfonctionnement, ou un risque tangible de résultats néfastes ou indésirables. » (Gouvernement du Canada, 2006, p. 2)

Par ailleurs, comme le DSM-VI (American Psychiatric Association, 2003) emploie l'appellation de « trouble » afin de nommer la majorité des diagnostics de nature psychique; nous choisissons donc, en toute connaissance de cause d'utiliser celle de « troubles mentaux » dans le cadre du présent document. Qui plus est, comme nous le verrons plus loin, la population visée par notre projet de recherche l'est en fonction du fait qu'elle a reçu un diagnostic médical en fonction de ses problèmes de santé mentale. Il est donc juste d'utiliser l'appellation de "trouble mental" ici.

Ceci étant dit, dans le cadre de l'exposition des conclusions d'étude énoncées ci-après, nous tenons à respecter les propos des chercheurs; par conséquent, le lecteur y retrouvera tout de même l'appellation de « problèmes de santé mentale » lorsque cette dernière est celle utilisée par les auteurs des textes scientifiques auxquels nous référons.

St-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume (2003) énoncent que l'inclusion des sujets à leur étude s'effectue selon que ces derniers ont vu leur congé maladie certifié par une autorité médicale attestant que celui-ci fait suite à un problème de santé mentale. À prime abord, les auteurs ne spécifient pas d'affection psychologique en particulier. Les auteurs s'en remettent plutôt à la forme générale de ces affections, à savoir qu'elles sont de nature psychologique versus physique, selon l'opinion externe, émanant du médecin traitant.

Bien que la circonscription des affections psychologiques affligeant les travailleurs retenues dans l'étude ci-dessus demeure initialement floue, l'analyse détaillée présentée du profil de la population des sujets ayant participé à l'étude en question s'avère on ne peut plus intéressante et formatrice pour notre propre réflexion. Ainsi, les auteurs en question nous révèlent des conclusions pertinentes, entre autres, que parmi les sujets visés par leur étude « ..., la grande majorité des personnes rejointes par cette étude concerne des individus dont le profil de la maladie se définit plus du côté des troubles transitoires impliquant une perturbation avec

l'environnement de travail et les événements de la vie hors travail» (St-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume, 2003, p. 206). De plus, « ...la majorité d'entre eux en étaient à une première absence au travail en raison d'un problème de santé mentale survenant après plusieurs années de bon fonctionnement au travail » (St-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume, 2003, p. 202).

Le critère central énonçant que la sanction d'une autorité médicale doit attester que le congé maladie émane d'un problème de santé mentale est par la suite repris ultérieurement dans le cadre d'une autre étude canadienne à laquelle deux des auteurs ci-dessus participent (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004 ; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004). Il est intéressant de souligner que les conclusions de cette nouvelle étude réitèrent, une fois de plus, que la majorité des sujets en étaient à leur premier épisode d'absence du travail causé par des problèmes de santé mentale et ce, après plusieurs années de bon fonctionnement au travail (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004).

Pour leur part, les auteurs Nystuen & Hagen (2003), sont plus catégoriques en ce qui concerne le critère d'inclusion de problèmes d'ordre psychologique des sujets visés. Ces derniers stipulent en effet que *“the main criteria for inclusion are all diagnoses indicating psychological distress or burnout, and different conditions of muscle skeletal pain. Employees with very serious psychological diagnoses were excluded because many of them would probably need treatment by mental health specialists”* (Nystuen & Hagen, 2003, p. 2).

D'autres, tels Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijssen (2003) vont même jusqu'à spécifier un diagnostic en particulier comme critère d'inclusion et ce, en plus de diagnostics d'exclusion ainsi que des détails relatifs au recours ponctuel aux soins de santé de la part de l'employé.

“The present study is a retrospective cohort study of patient files with a one year follow up period. The cohort was defined as the first 100 patients on sick leave because of adjustment disorders who visited their occupational physician in the years 1999 and 2000. Other

inclusion criteria were: first time visit to an occupational physician since the onset of the sickness absence; 100% absent from work; no major psychiatric disorder such as depressive disorder; and no prominent somatic disorder.” (Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijssen, 2003, p. i22)

Poursuivant leurs recherches, deux des auteurs cités ci-avant s’entourent de nouveaux collègues et modifient les critères des problèmes de santé mentale sur lesquels le recrutement des sujets s’effectuera pour leur prochain projet de recherche; ainsi,

“Eligible employees had to be on sick leave due to mental health problems for less than six weeks. Mental health problems were defined as psychological symptoms that were reported by the employee. Employees with psychological symptoms which were caused by a somatic disorder were excluded from the study.” (Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk, & Van Dijk, 2004, p. 818).

Comme on peut le constater, l’identification des troubles de santé mentale en tant que critère d’inclusion ou d’exclusion des sujets à une étude requiert que le chercheur effectue des choix émanant d’une réflexion approfondie. À cet égard, la recension de la littérature scientifique identifie un nombre restreint d’études pouvant permettre d’étoffer notre présente argumentation relative à notre décision d’arrêter notre choix d’une façon ou d’une autre.

L’avantage des critères de sélection mis en relief au sein des études scientifiques identifiées ci-avant est sans contredit le fait qu’ils émanent d’études contemporaines et que celles-ci ciblent spécifiquement le retour au travail chez la population des travailleurs ayant connu une période d’incapacité causée par des troubles mentaux. Qui plus est, ces travailleurs en question étaient antérieurement en emploi et étaient, au cours de cette période, fonctionnels. C’est donc dire que ces études s’inscrivent directement en lien avec notre propre intérêt de recherche.

Par ailleurs, l’utilisation d’une tierce partie, à savoir l’autorité médicale traitant le travailleur, afin d’identifier et de rejoindre les sujets répondants aux critères identifiés des diagnostics recherchés relevant de la santé mentale permet deux choses : d’assurer la

confidentialité aux sujets ainsi que la confirmation formelle de diagnostic. En effet, étant non-visibles à l'œil nu, les troubles mentaux ne peuvent être identifiés de façon formelle que par les autorités médicales.

2.2 Déterminants du retour au travail

Dans le cadre de notre quête d'identification des déterminants du retour au travail, les travaux de l'auteure St-Arnaud (St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004) nous permettent d'exposer différentes provenances en ce qui concerne ces déterminants.

En effet, le modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle, présenté préalablement, identifie trois aspects qui, lorsque combinés, engendrent le degré de capacité de travail ainsi que le niveau de santé mentale du travailleur. Ces trois aspects sont respectivement : l'environnement psychosocial du travail, les caractéristiques individuelles ainsi que les événements de la vie hors travail.

Bien que nous ne niions point l'importance du dernier aspect, celui des événements de la vie hors travail, puisque, dans le cadre du présent travail, notre intérêt de recherche se concentre au niveau du travailleur et de son milieu de travail, nous scindons en deux les aspects présentés ci-dessus. Conséquemment, les déterminants du retour au travail réussi sont identifiés ci-après comme émanant soit de l'environnement individuel, ou, de l'environnement organisationnel. Ce faisant, les événements de la vie hors travail sont dorénavant amalgamés à l'environnement individuel puisqu'ils reflètent la réalité particulière de chaque travailleur.

Fort de notre recension de littérature, nous sommes donc à même d'énoncer, en fonction des résultats des recherches dont nous avons pris connaissance, une variété de déterminants

relatifs au retour au travail réussi et ce, en fonction de leur provenance respective : émanant de l'environnement individuel ou de l'environnement organisationnel

2.2.1 Déterminants émanant de l'environnement individuel

2.2.1.1 Consultation médicale

Les affections psychologiques entraînant une incapacité de travailler, au même titre que celles physiques, requièrent du travailleur affecté par celles-ci qu'il consulte un médecin.

«L'arrêt de travail et le repos constituent généralement le premier pas du processus de rétablissement. En pratique, chez toutes les personnes rencontrées, le traitement pharmacologique, généralement des antidépresseurs, a été la première réponse de traitement qu'elles ont reçue de leur médecin.» (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 89)

Cette pharmacologie fait partie de l'étape relative à l'arrêt de travail et du processus de restauration des capacités au sein du modèle des auteurs ci-dessus.

Dans le cadre de leur étude, St-Arnaud, St-Jean, Damasse & Darsigny (2004) soulignent par ailleurs que c'est l'aspect de la ponctualité de la consultation médicale, dont il est ici question, qui possède un lien direct avec le retrait du milieu du travail des travailleurs aux prises avec des troubles mentaux. À cet effet, ils soulignent qu'« ... il est intéressant de constater que des employés ont souvent résisté à l'idée d'être retirés du travail de peur d'être mal perçus par les autres. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004, p. 13) Malheureusement, plus le travailleur atteint attend, plus son rétablissement s'en retrouve perturbé de façon négative.

Par contre, le contraire est aussi vrai : les travailleurs qui consultent rapidement, qui sont retirés promptement de leur environnement de travail et à qui l'on prescrit des médicaments (et qui les utilisent !) soulignent l'apport positif à leur mieux être. Qui plus est,

« les personnes qui étaient suivies par un médecin traitant depuis plusieurs années se sont senties plus rassurées... il se dégage de ces propos tout le poids de l'incertitude dans le rapport au médecin et au processus de décision en matière de retour au travail. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 78.)

On conclue donc que, lorsque les travailleurs sont affligés d'affections psychologiques, plus la consultation médicale s'effectue rapidement, entraînant ainsi une prescription rapide de retrait du travail ainsi que, la plupart du temps, un traitement pharmacologique, plus les chances du travailleur de retourner rapidement au travail sont bonnes (Côté, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006).

2.2.1.2 Consultation en psychothérapie

La prescription d'un arrêt de travail par le médecin traitant s'accompagne, plus souvent qu'autrement, par la recommandation d'entamer une psychothérapie (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004). Il importe de souligner que la consultation en psychothérapie constitue un déterminant distinct de celle médicale car elle vise une intervention à un autre niveau que celui pharmacologique ou encore de simple repos prescrit. Par contre, il demeure que la psychothérapie fait elle aussi, à l'instar du traitement pharmacologique, partie, selon le modèle de St-Arnaud (2001, 2003, 2004), de l'étape nommée « arrêt de travail et processus de restauration des capacités ».

La psychothérapie permet à la personne en congé maladie d'effectuer un bilan personnel ainsi qu'un recadrage des ses priorités personnelles réelles rattachées à son rôle de travailleur. La consultation en psychothérapie, compte tenu de la rapidité ainsi que de l'authenticité de la démarche, permet au travailleur de retrouver son équilibre personnel et permet donc une

meilleure probabilité de retour au travail réussi après l'expérience d'une incapacité causée par des troubles mentaux (Côté, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006).

Ceci étant dit,

« ..., rares sont les employés qui ont eu un suivi concerté avec leur thérapeute et leur médecin traitant. Dans la majorité des cas, ces praticiens agissent de façon indépendante, et la décision en matière de retour au travail repose essentiellement sur le jugement du médecin traitant et non sur celui des autres professionnels. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 78.)

2.2.1.3 Évaluation personnelle de sa propre santé

L'étude de Post, Krol & Groothoff (2006), traite de la perception de sa propre santé par l'individu lui-même; cette recherche identifie un certain lien entre l'évaluation personnelle en question et le retour au travail de travailleurs en congé maladie de longue durée. Ainsi, selon l'étude en question, les travailleurs aux prises avec des problèmes de santé mentale reviendraient plus au travail selon qu'ils évaluent leur santé comme étant « bonne ».

Une autre étude (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004) reprend ce déterminant qu'est la perception de l'état de santé mais sous une autre forme soit, *a posteriori* au lieu d'*a priori*. On demande aux sujets, par le truchement d'un questionnaire, d'évaluer leur santé en général et ce, en se comparant avec des personnes de leur âge. Par la suite, les auteurs mettent en relief les résultats obtenus à cette question. On y apprend que les répondants percevant leur état de santé comme « excellente » et « très bonne » constituent 40,7% de la population à l'étude et que, de ceux-ci, 78,9% sont de retour au travail. En contraste, ceux ayant identifié leur santé comme étant « mauvaise » constituent 10% de la population des répondants et, de ce nombre, seulement 36,2% des travailleurs étaient de retour au travail. Ainsi, les auteurs, dans leur rapport synthèse de la présente étude, concluent « ...que ce n'est que lorsque la

personne commence à se sentir mieux que l'idée d'un retour au travail commence à prendre une dimension positive. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond 2004)

La citation ci-haut souligne par ailleurs la notion que le travailleur, au-delà d'une évaluation positive de sa propre santé, doit, dans une certaine mesure, se sentir prêt à son retour au travail. Ainsi, « les personnes qui ont eu à revenir au travail alors qu'elles ne se sentaient pas prêtes à le faire, ont, dans certains cas, fait une rechute après seulement quelques semaines. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 93) Qui plus est, Lavoie (2006) souligne que lorsque le travailleur ne s'y sent pas prêt mais est forcé de revenir et qu'il retombe en congé maladie, l'absence est alors beaucoup plus longue et entraîne, par ailleurs, des peurs réelles face à l'éventuel retour compte tenu de l'expérience antérieure.

2.2.1.4 Type de problèmes & récurrence

Il est intéressant de constater que certains auteurs avancent que c'est le type de problèmes vécus qui fait en sorte d'entraîner un retour au travail en fonction d'une période de temps plus ou moins longue. En effet, selon les résultats de leur recherche, Post, Krol & Groothoff (2006) concluent, qu'en comparaison entre les trois groupes étudiés, soit les personnes en congé maladie de long terme pour problèmes musculo-squelettiques, pour d'autres problèmes physiques ou encore pour problèmes psychologiques, ce sont les derniers qui obtiennent le plus bas taux de retour au travail.

Bien que le type de problèmes vécus par l'employé constitue l'avancée première des auteurs ci-dessus, ces derniers qualifient par ailleurs leurs propos en fonction de la récurrence des problèmes en question. Ainsi, ils soulignent qu'advenant un ou des congé(s) maladie antérieur(s), c'est à dire au cours des 12 mois précédents, pour les mêmes raisons que le congé maladie contemporain, le taux de retour au travail pour ces travailleurs est dès lors diminué

sensiblement en comparaison du groupe n'ayant pas connu d'autre congé maladie au cours de la même période. Qui plus est, un congé maladie antérieur, émanant cependant de problèmes différents que celui contemporain, reflète un taux de retour au travail meilleur que si les problèmes à l'origine du congé maladie étaient les mêmes (Post, Krol & Groothoff, 2006).

Les conclusions relatives à un congé maladie faisant suite à un arrêt antérieur pour des raisons similaires énoncées ci-avant, sont par ailleurs corroborées par d'autres études (Lavoie, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004). Fait à noter, en fonction de notre intérêt de recherche, nous tenons à souligner que ces dernières études en question portent, spécifiquement et exclusivement, sur les problèmes de santé mentale. Elles excluent par conséquent tout commentaire concernant les problèmes de nature physique.

2.2.1.5 Âge

L'âge constitue un déterminant du retour au travail. En effet, à la lumière de leur recherche, Nystuen, Hagen & Herrin (2001) concluent que plus la personne avance en âge, plus son retour au travail prend du temps. Qui plus est, la proportion du nombre d'individus retournant au travail après un période d'incapacité causée spécifiquement par des problèmes de santé mentale diminue sensiblement au fur et à mesure qu'avance l'âge de ceux-ci. Cette seconde conclusion, Pluta & Accordino (2006) l'expliquent en bonne partie en fonction de la perception des travailleurs plus âgés; ces derniers conçoivent qu'ils sont en droit de recevoir des prestations de la part de leurs assureurs car ils ont cotisé depuis plus longtemps que leurs cadets aux assurances et bénéfices sociaux rattachés à leur emploi. Les travailleurs plus âgés utilisent par ailleurs les diverses prestations auxquelles ils sont éligibles, notamment celles relatives aux incapacités et invalidités, afin de prendre une retraite anticipée.

Pour leur part, les auteurs Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijssen (2003) pondèrent leurs propos relativement au retour au travail des personnes âgées de 50 ans et plus en soulignant que le retour initial de celles-ci est semblable aux autres groupes d'âges étudiés; ce qui diffère au niveau temporel pour les personnes de plus de 50 ans, c'est plutôt le type de retour au travail. En effet, ces dernières personnes prennent plus de temps à revenir à un horaire complet en comparaison des autres groupes.

Finalement, les auteurs St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004) exposent encore plus de détails à leurs propos relatifs au retour au travail : ils identifient les groupes d'âge répertoriés, leur proportion de représentation respective de la population étudiée en plus du pourcentage de retour au travail.

Tableau 1. Extrait du tableau-synthèse des principaux résultats significatifs (volet quantitatif) (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 43)

GROUPE D'ÂGE	PROPORTION DES SUJETS ÉTUDIÉS	RETOUR AU TRAVAIL
34 ans et moins	9%	77,8%
35-44 ans	44%	82,2%
45-54 ans	33%	67,2%
55 ans et plus	14%	38,3%

Fait à souligner, les résultats présentés ci-dessus émanent d'une population oeuvrant au sein de la fonction publique québécoise où l'entrée en fonction se fait autour de la mi-vingtaine et où la possibilité de la retraite est possible selon une combinaison pré-établie du nombre d'années

de service ainsi que d'âge. Ainsi, la possibilité d'accéder à un fonds de pension se concrétise relativement tôt en carrière.

2.2.1.6 Genre

Selon notre recension de littérature, le genre de l'individu constitue un des déterminants ayant un impact sur la durée de l'absence du travail des travailleurs aux prises avec des problèmes de santé mentale et de troubles mentaux.

Au terme de la durée de l'absence comme telle, l'étude de Hensing, Brage, Nygard, Sandanger & Tellness (2000) s'attarde spécifiquement à l'exploration de l'absence causée par une affection psychologique en fonction du genre des personnes. Nous apprenons dès lors que, bien que les femmes possèdent une incidence de près du double de celui des hommes en terme de congé maladie pour de telles affections, ce sont leurs confrères masculins qui demeurent en congé maladie le plus longtemps.

Cette différence documentée scientifiquement en ce qui concerne le laps de temps relatif à l'absentéisme faisant suite à des affections psychiatriques chez les deux sexes identifie dorénavant une piste concernant un potentiel déterminant pour notre présent projet de recherche. Ceci étant dit, notre quête de compréhension vis-à-vis le constat ci-dessus nous mène vers les travaux de Mackenzie, Gekoski & Knox (2006). Selon ces auteurs, le fait que les femmes connaissent une période d'incapacité plus courte que les hommes lorsqu'elles sont atteintes d'affections psychologiques émanerait du fait que, à prime abord, elles démontrent des intentions plus favorables que leurs confrères masculins à la consultation des professionnels de la santé mentale. En effet, "*in the current study, men were less open than women with respect to acknowledging mental health problems and the possibility of seeking professional help*" (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006, p. 580). Ce recours plus hâtif de la part des femmes,

comparativement à celui des hommes, à la consultation médicale ou psychologique trouve d'ailleurs écho chez l'étude de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond (2004).

Ainsi, la consultation médicale comme telle constitue une étape dans la recherche personnelle de résolution des problèmes de santé mentale vécus par le travailleur incapable de travailler. Qui plus est, au-delà des informations pertinentes à notre compréhension énoncées ci-dessus soient, nous déplaçons encore plus loin notre attention en ce qui concerne le retour au travail des employés; nous la portons dorénavant sur la différenciation basée sur le genre.

St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004) nous renseignent sur le retour au travail réparti selon le sexe à l'aide d'un tableau synthèse illustrant les résultats significatifs obtenus dans le cadre de leur présente recherche. L'extraction des données du tableau en question nous permet de faire ressortir que les femmes représentent 66,2% des sujets ayant participé à l'étude effectuée et que celles-ci sont revenues au travail dans une proportion de 73,8%. Pour leur part, en ce qui concerne les hommes, ces derniers représentent 33,8% des sujets en question et ont réintégré le travail dans une proportion de 64,2%. Qui plus est, les auteurs réitèrent que « ..., les femmes ont recours plus hâtivement à une consultation (médicale ou psychologique) que les hommes, ce qui favoriserait un rétablissement plus rapide de celles-ci » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004, p. 9). Par ailleurs, ils ajoutent qu'« en outre, cette distinction selon le sexe irait dans le sens de l'hypothèse selon laquelle les hommes sont plus susceptibles de quitter leur emploi en prenant une retraite anticipée » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004, p. 9).

2.2.1.7 Présence d'un conjoint

L'étude de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004) explore de façon quantitative l'impact de la présence d'un conjoint sur le retour au travail des travailleurs ayant été

en congé maladie suite à des problèmes de santé mentale. Au terme de leurs conclusions, ils allèguent que le présent déterminant ne possède pas d'impact significatif.

Par ailleurs, l'étude de Pluta & Accordino (2006) stipule que, selon leurs résultats quantitatifs, la situation de famille des travailleurs n'est statistiquement pas significatif.

2.2.1.8 Présence de personnes à charge

En ce qui concerne le déterminant relatif à la présence de personnes à charge, deux études explorent celui-ci : St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004) et Pluta & Accordino (2006). Par contre, il importe de souligner que ces dernières étudient le présent déterminant de façon respectivement distincte. La première étude (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004), s'attarde au fait que, lors de son congé maladie, le travailleur vivait avec un ou des enfants de moins de 18 ans. Selon la présente définition du déterminant, la présence d'enfants de moins de 18 ans possède une signification statistique sur le retour au travail : 61,7% des travailleurs sans enfants de moins de 18 ans étaient de retour au travail alors que ce pourcentage grimpe à 79,8% chez ceux ayant vécu avec des enfants de moins de 18 ans lors de leur absence pour incapacité (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 154).

Pour sa part, la seconde étude identifiée ci-haut (Pluta & Accordino, 2006) explore plutôt le nombre d'enfants du travailleur en fonction de la rapidité de ce dernier à retourner au travail suite à un congé maladie; au terme de leurs analyses, les auteurs concluent qu'il n'existe aucun lien statistique significatif.

2.2.1.9 Cause attribuée

Dans le cadre de leur recherche, St-Arnaud, St-Jean, Damasse & Darsigny (2004), à l'instar de Durand, Vachon & Berthelette (2003), s'accordent pour souligner l'importance de

mettre en valeur de la perception individuelle des causes à l'origine des problèmes de santé mentale et ce, dans le but de mieux nuancer les conclusions de recherche relatives au retour au travail. Ainsi, au-delà du diagnostic posé par leur médecin traitant, les travailleurs aux prises avec des troubles mentaux ayant entraîné une incapacité à l'origine de leur arrêt de travail ont une opinion personnelle arrêtée en ce qui concerne la principale cause de leurs troubles; deux sphères distinctes sont identifiées comme étant causales : la sphère du travail et la sphère personnelle. Qui plus est, une troisième option s'ajoute : celle de la combinaison des deux sphères à la fois.

Initialement documenté de façon qualitative, les travaux de recherche contemporains dirigés par St-Arnaud (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004) font ressortir, de façon quantitative cette fois, une prépondérance de la responsabilité attribuée à la sphère de travail. En effet, selon les résultats obtenus lorsque offert trois choix de réponse (le travail, la vie personnelle ou encore la combinaison des deux à la fois), la combinaison des deux sphères (travail et vie personnelle) obtient la majorité de la responsabilité attribuée aux problèmes de santé mentale connus. La réponse reflétant exclusivement la sphère du travail comme étant la cause attribuée obtient, pour sa part, le second rang. Finalement, la vie personnelle, exclusivement, recueille la moindre proportion en ce qui concerne la cause attribuée par les répondants. C'est donc dire que la sphère du travail, lorsque opposée à la sphère de la vie personnelle, est identifiée de façon prépondérante comme étant responsable de leurs problèmes de santé mentale.

Fait d'autant plus intéressant, compte tenu de l'opinion des répondants en ce qui a trait à la cause principale attribuée de leurs problèmes de santé mentale ayant entraîné leur période d'incapacité et donc de congé maladie, les auteurs soulignent une divergence de résultats quant au retour au travail de ces derniers. Ainsi,

« ... , les personnes qui disent s'être absentes essentiellement en raison de situations liées à leur vie personnelle sont plus nombreuses à revenir au travail, alors que nous assistons à la situation inverse pour les personnes qui se sont retirées en raison de leur travail et qui n'ont pas réintégré le travail. On peut se demander s'il n'est pas plus difficile pour ces personnes de revenir au travail lorsque le retour s'effectue dans un contexte de travail ayant contribué à la maladie et au retrait du travail.» (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny et Lafond, 2004, p. 9)

2.2.1.10 Catégorie d'emploi occupé

Au terme de la catégorie d'emploi occupé, soit, les employés cadres ou professionnels ou encore les employés non-professionnels (commis et préposés), Côté, Edwards & Benoit (2005) explorent de façon qualitative le présent déterminant d'attribution de la cause des problèmes de santé mentale. Les auteurs sont à mêmes d'effectuer une distinction dans l'attribution prédominante de la responsabilité de leurs problèmes de santé mentale : les employés appartenant à la catégorie des cadres ou professionnels identifient la sphère de travail comme principale responsable de leurs problèmes et les employés appartenant à la catégorie non-professionnelle, soit les commis et préposés, identifient plutôt, quant à eux, une combinaison de la sphère personnelle et de la sphère du travail.

Bien que St-Arnaud, St-Jean, Damasse & Darsigny (2004) ne mettent pas en relief de façon identique la catégorie d'emploi occupé et l'attribution de responsabilité tel que présenté ci-dessus, les résultats significatifs émanant de la partie quantitative de leur recherche indiquent par contre clairement que les employés cadres retournent au travail dans une moindre mesure (46,2%) que les autres types d'employés (ouvriers 67,5%, employés de bureau 73,7%, techniciens 70,7%, professionnels 74,5%).

En ce qui concerne les employés catégorisés « professionnels », il semble par contre que les critères d'identification de ceux-ci ne concordent pas entre les deux études puisque le taux de

retour demeure élevé, et ce, même si la première étude identifie que ces derniers attribuent la responsabilité de leurs problèmes de santé mentale à leur sphère de travail.

2.2.1.11 Niveau d'éducation

Bien que le présent déterminant soit clairement avancé par Pluta & Accordino (2006), les auteurs concluent qu'il n'y a pas de lien entre le niveau d'éducation atteint par le travailleur en congé maladie causé par des problèmes de santé mentale et la rapidité du retour au travail.

2.2.1.12 Expérience de travail

En ce qui a trait au déterminant de l'expérience de travail, l'étude de Pluta & Accordino (2006) effectue une différenciation entre le nombre d'années d'expérience chez l'employeur et le nombre d'années d'expérience dans le métier ou la profession. Selon ces auteurs, l'expérience au service de l'employeur n'est pas significative en ce qui concerne la vitesse du retour au travail, par contre, l'expérience de travail dans le métier le serait.

La seule autre étude quantitative ayant intégré une question ayant trait à l'expérience de travail répertoriée est celle de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004). Par contre, contrairement à la première, aucune distinction, telle que la précédente, n'y est introduite. Il demeure cependant intéressant de constater que les principaux résultats significatifs obtenus reflètent les travailleurs qui possèdent 10 ans et plus d'expérience, soit 61,6% de la population totale à l'étude, comme retournant au travail à 81,8% s'ils ont entre 15 et 19 ans d'expérience et, à 59%, s'ils ont 20 ans et plus d'expérience. À la lumière de ces derniers résultats, il nous semble que l'on assiste potentiellement plus à l'impact du facteur « âge » du travailleur que de son expérience de travail comme tel.

2.2.2 Déterminants émanant de l'environnement organisationnel

La partie qui suit présente les déterminants que nous classons dans la seconde catégorie, soit celle de l'environnement organisationnel.

2.2.2.1 Établissement d'un plan de retour au travail

La préparation du retour au travail est une étape cruciale dans le cheminement des travailleurs ayant été en congé maladie (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004). L'établissement d'un plan de retour au travail consiste, d'abord et avant tout, à définir ainsi qu'instaurer, au sein de l'organisation visée, un programme de retour au travail visant les employés de l'organisation (Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003). Lorsque ce dernier programme est défini, il importe d'en assurer rapidement la diffusion aux travailleurs visés par celui-ci afin qu'ils soient au fait des mesures applicables ainsi que du fonctionnement de ce programme.

Lorsque les grandes lignes du programme de retour au travail sont établies et diffusées, on peut dès lors entamer l'établissement du plan individualisé de retour au travail de l'employé en congé maladie suite à des troubles mentaux. Cette individualisation adaptée de façon singulière au travailleur reflète l'essence du premier modèle présenté, soit celui de Young, Roessler, Wasiak, McPherson, van Poppel & Anema (2005). En effet, ce dernier, s'inspirant de l'analogie du développement des carrières afin d'élaborer leur modèle de retour au travail, souligne l'importance d'individualiser le retour au travail du travailleur en considérant la condition physique et mentale ainsi que les restrictions applicables au travailleur retournant au travail et ce, dans le but d'optimiser ses chances de succès de retour. Par ailleurs, les travaux récents de St-

Arnaud (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004) soulignent que le plan individualisé de retour au travail peut entraîner des démarches plus élaborées pour certains travailleurs.

2.2.2.2 Clarification du rôle des intervenants

La clarification du rôle joué par les différents intervenants impliqués dans le programme de retour au travail est un aspect important contribuant à la compréhension du programme même. Benoit et Côté (2005) soulignent l'importance de la clarification ainsi que de la diffusion des rôles en ce qui a trait au programme de retour au travail; elles réitèrent d'ailleurs celles-ci dans le cadre de leurs recommandations organisationnelles relatives à la prévention secondaire.

Par ailleurs, au terme de ses conclusions d'étude, Lavoie (2006) souligne l'importance de la communication relativement aux rôles joués par les différents intervenants impliqués dans le retour au travail. Ainsi, cette dernière auteure souligne que, à maintes reprises, ses sujets ont allégué ne pas avoir reçu d'explications en ce qui concerne le rôle des différents intervenants; par conséquent, toute nouvelle requête administrative relative à leur absence leur apparaissait telle une véritable épée de Damoclès.

2.2.2.3 Retour progressif au travail

Bien que de l'étude de Durand & Loisel (2001) porte essentiellement sur les TMS, il demeure pertinent et intéressant d'en prendre connaissance. Lors du retour au travail d'un employé ayant été en congé maladie pendant un certain temps, cette étude démontre que les améliorations apportées aux conditions de travail constituent, dans le cadre du processus de réhabilitation des travailleurs atteints d'affections physiques musculo-squelettiques, un aspect tout aussi important que le traitement médical administré. Qui plus est, les auteurs concluent que

la responsabilité, auparavant essentiellement et exclusivement médicale, de rétablir un travailleur victime d'une incapacité afin qu'il re-devienne fonctionnel, n'est dorénavant plus l'apanage exclusif du milieu médical. Elle doit dorénavant être partagée avec l'organisation du travail. Par conséquent, l'entreprise à laquelle appartient le travailleur doit prendre part, et ce, de façon active, au cheminement du rétablissement dont l'objectif ultime est le retour au travail de la personne concernée. Ainsi, chez les employés ayant vécu une période d'incapacité consécutive à des affections physiques, la solution ultime la plus efficace à la problématique du retour au travail réside dans la collaboration, la coopération ainsi que la coordination de l'intervention provenant du milieu médical et du milieu de travail. C'est en effet cette action concertée qui demeure le meilleur gage de réussite à ce chapitre car elle entraîne la réduction du temps nécessaire au retour au travail de l'employé.

Bien que la présentation concrète relative à l'importance de combiner les interventions médicales à celles relevant de l'organisation du travail énoncée ci-dessus émane de l'étude d'affections de nature physique, il n'en demeure pas moins que cette recommandation est reprise par d'autres auteurs traitant, pour leur part, du retour au travail suite à un congé maladie chez les travailleurs atteints d'affections, cette fois, de nature psychologique. Les changements relatifs à l'organisation du travail recensés possédant le plus d'impact quant au retour au travail des travailleurs ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux reflètent, entre autre, le présent déterminant, soit celui du retour progressif.

En effet, le retour progressif au travail « ... représente l'option privilégiée par toutes les personnes interrogées car (elle) permet d'amortir l'impact du retour au travail sur leur santé. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004, p. 15) Par ailleurs, au terme de leurs recommandations organisationnelles, les auteurs Benoit et Côté (2005) concluent à la

nécessité de permettre le retour progressif au travail ainsi que d'en adapter la durée aux besoins individuels du travailleur.

Par contre, bien que l'on énonce l'importance primordiale du présent déterminant, certains auteurs soulignent que celle-ci est fragilisée lorsque le contexte demeure comme tel inchangé :

« malgré sa pertinence, il ressort, d'une part, que l'objectif de réadaptation des capacités de l'employé à son milieu de travail est rapidement confronté à l'objectif de rendement attendu de l'environnement de travail. Il semble ici que les supérieurs et les collègues soient eux aussi, aux prises avec la difficile conciliation entre les objectifs de réadaptation et ceux qui sont imposés par les exigences de rendement. D'autre part, le retour progressif ne semble prendre tout son sens et n'avoir d'effets bénéfiques sur le processus de rétablissement et de réadaptation que lorsqu'il s'intègre à la notion de progression dans le temps et dans la tâche. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004, p. 15)

L'effet bénéfique de l'adaptation de la charge de travail permettant ainsi le retour progressif au travail du travailleur aux prises avec des affections de nature psychologique est par ailleurs documenté au sein d'une autre étude scientifique. Cette dernière stipule que *"the findings in this case are in accordance with results of other studies showing that employees who are offered modified tasks return twice as often as those who are not."* (Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003, p. 17) Les auteurs vont même jusqu'à souligner que ces changements apportés au sein de l'organisation du travail seraient, dans le cas de la diminution de la longueur de l'absence du travail, et à l'instar de Durand et Loisel (2001), encore plus importants que les caractéristiques individuelles et de personnalité du travailleur.

2.2.2.4 Aménagement partiel des conditions de travail

L'aménagement partiel des conditions de travail ressort de la partie qualitative de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004); ils le traitent dans le cadre de la section intitulée « stratégies de maintien en emploi : les effets négatifs d'un contexte de travail ».

« *L'aménagement partiel des conditions de travail* de l'employé ayant repris le même emploi qu'avant l'arrêt maladie. Le plus souvent, cet aménagement se traduit par un allègement, souvent temporaire, du temps de travail et, plus rarement, par des modifications apportées au contenu de ses activités de travail. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny 2004, p. 124)

Selon les dires des auteurs en question, l'aménagement partiel des conditions de travail s'avère être une solution à court terme s'inscrivant, la plupart du temps, au retour progressif au travail et ce, lorsque le travailleur revient dans le même poste de travail qu'avant son départ en congé maladie. Par contre, il importe de souligner la diminution d'impact positif du présent déterminant causé par la notion de productivité inhérente à la fonction du travail rémunéré. En d'autres mots, malgré l'importance documentée de l'adaptation des conditions de travail à la capacité de travail de l'employé effectuant un retour au travail, la productivité de l'entreprise impose un stress à produire sur le travailleur. Cette situation influant, que ce soit dans le cadre d'un retour progressif ou encore de la diminution des heures et /ou de la charge de travail. Ainsi, l'expression « prend ton temps mais fait vite » caricature bien la dissonance souvent vécue par le travailleur de retour au sein de l'organisation entre, d'une part, les conditions de travail modifiées et, d'autre part, l'attitude des supérieurs et des collègues de travail étant aux prises avec « la difficile conciliation entre les objectifs de réadaptation et ceux imposée par les exigences de rendement. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 108)

2.2.2.5 Amélioration des conditions de travail

Bien que le présent déterminant puisse sembler être similaire au précédent, nous tenons à le différencier de ce dernier car celui-ci se distingue en ce qui a trait à la temporalité. En effet, l'amélioration des conditions de travail, contrairement au déterminant précédent de l'aménagement partiel des conditions de travail, constitue une solution à plus long terme. Qui plus est, les auteurs (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny, 2004 ; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond , 2004) traitent de l'amélioration des conditions de travail comme étant un élément distinct de l'étape du retour au travail. A cet effet, nous référons le lecteur au modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion des auteurs en question présentée au début du document.

Au-delà de l'adaptation individualisée des tâches permettant un retour progressif au travail de l'employé, les travaux contemporains de recherche dirigés par St-Arnaud (St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004) insistent sur l'importance d'étudier les facteurs ayant entraîné le congé maladie du travailleur; ce n'est qu'une fois que ces facteurs de désinsertion sont pris en compte que l'on peut dès lors cibler et corriger les conditions de travail identifiées comme « toxiques ». Ainsi, «..., préparer le retour, réaménager les conditions de travail (le souligné est le nôtre) qui ont contribué à la désinsertion, bénéficier du soutien des collègues et de la direction sont des facteurs qui marquent les conditions d'un passage d'une vulnérabilité menacée à une vulnérabilité assurée.» (St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003, p. 206)

Lorsque l'organisation apporte des changements aux conditions de travail ayant été identifiés par les travailleurs, de retour de congé maladie, comme étant à l'origine de leurs

problèmes de santé mentale, l'étude reflète qu'une proportion de 62,2% des employés retournés au travail allèguent que leurs problèmes de santé sont dorénavant résolus (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004). Par ailleurs, l'étude de Nieuwenhuijsen, Verbeek Siemerink & Tummers-Nijssen (2003) vient corroborer ce lien statistique existant entre les changements apportés aux conditions de travail et l'amélioration relative au retour au travail. Bien que restreint en ce qui concerne l'espace physique de rédaction, dans le cadre de leur rapport synthèse émanant de leur récente étude, St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond (2004) soulignent, de façon explicite et claire, que l'amélioration des conditions de travail constitue une piste intéressante relativement à la présente problématique.

Dans le cas contraire, c'est à dire lorsqu'il est impossible de modifier les conditions de travail, celles identifiées par les travailleurs eux-mêmes comme étant responsables de leurs problèmes de santé et ayant conduit à un arrêt de travail, plusieurs employés en viennent à changer de poste afin de se soustraire à ces conditions restées inchangées.

2.2.2.6 Mobilité professionnelle

Lorsque l'on parle de mobilité professionnelle, nous sous-entendons que le travailleur ne reprend pas le même emploi que celui qu'il avait avant son congé maladie. Essentiellement, cette mobilité se traduit par la mutation de poste, le prêt ou encore la réaffectation à un autre service. La mobilité professionnelle émane soit d'une démarche entreprise par l'employé, ou, encore, d'une suggestion provenant de l'employeur.

L'importance du présent déterminant est illustrée par les conclusions d'étude de chercheurs canadiens; selon celles-ci,

« ..., la plupart des personnes rencontrées ont changé d'emploi, projettent de le faire, ou encore gardent en tête cette possibilité comme une carte à leur jeu, comme l'espoir d'un ailleurs meilleur. Nous savons que la mobilité professionnelle, lorsqu'elle n'est pas

imposée (le souligné est le nôtre), est un facteur de protection de la santé mentale au travail. Les personnes qui sont dans une situation de travail difficile et qui peuvent changer d'emploi sont plus sujettes à prévenir une situation de détresse que celles qui sont obligées de rester dans un milieu qui ne leur convient pas. » (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, & Darsigny, 2004, p. 127)

La mobilité professionnelle est d'autant plus utilisée lorsque l'employeur offre ce type d'opportunité à ses travailleurs.

2.2.2.7 Soutien social organisationnel

Nous reproduisons ci-après la définition du soutien social proposée par Procidano et al. (1983) telle que citée par Bruchon-Schweitzer (2002). Nous soulignons par ailleurs au lecteur que cette dernière est celle du soutien social perçu. La définition du soutien social perçu va donc comme suit : « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333)

Mackenzie, Gekoski, & Knox (2006) soulignent, qu'advenant des problèmes de santé mentale, leurs répondants identifient qu'ils se tourneraient vers les membres de leur famille ainsi que leurs amis afin d'obtenir du soutien social. Par ailleurs, les travailleurs ayant vécu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale soulignent l'apport important du soutien social reçu pendant leur arrêt de travail quant au dénouement de ce dernier ainsi que lors de leur retour (Côté, Edwards & Benoit, 2005; Lavoie, 2006).

Ceci étant dit, il appert que le soutien social émanant du milieu de travail, versus celui provenant des membres de la famille et des amis, représente le cœur du présent déterminant puisque le milieu de travail est celui-là même que doivent réintégrer les travailleurs suite à leur congé maladie. Ainsi, à la lumière des propos recueillis lors de ses entrevues de recherche,

Lavoie (2006) souligne le caractère négatif, voire même destructeur, chez l'employé en congé maladie lorsque ce dernier n'a pas bénéficié de contact empreint de soutien social de la part de ses collègues de travail au cours de son absence.

Le soutien social émanant de la sphère du travail s'édifie en grande partie en fonction de la crédibilité établie de la personne, préalablement à son absence, auprès de ses collègues.

Malheureusement, puisque la personne n'était pas, antérieurement à la période de congé maladie, à son meilleur, la qualité ainsi que la ponctualité du soutien social provenant du milieu du travail de l'employé s'en retrouve le plus souvent affecté de façon négative (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004).

Bien que certains documents fassent abstraction de toute distinction, pour notre part, compte tenu du rôle important et distinct de deux groupes distincts, nous scindons le soutien social organisationnel en deux selon sa provenance : du superviseur et des collègues de travail.

2.2.2.7.1 Provenant du superviseur

Le soutien social provenant du superviseur immédiat est primordial dans le cadre de la présente problématique du retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux. À ce chapitre, le superviseur possède un rôle de leadership de premier plan et ce, aussi bien au cours de l'absence en congé maladie que lors du retour lui-même. C'est l'implication active et empreinte d'empathie de la part du superviseur qui constitue ici un déterminant clé. En effet, la qualité et l'authenticité du soutien social provenant du superviseur donne en grande partie le ton à celui qui est octroyé par les collègues de travail à l'absent au cours de son congé maladie ainsi que lors de son retour (Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003). Par ailleurs, les études canadiennes (St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse,

Darsigny & Lafond, 2004) soulignent de façon distincte de celui des collègues l'importance du soutien social émanant du superviseur. Au cours de son arrêt de travail, l'employé demeure en contact, ne serait-ce que pour des raisons administratives, avec son superviseur immédiat. Lavoie (2006) corrobore que la qualité du soutien social octroyé par ce dernier possède un impact sur le retour au travail réussi.

Ceci étant dit, malgré la mise en valeur précédente relative à l'importance du soutien social émanant du superviseur, nous devons admettre avoir recensé un article scientifique attestant de l'effet contraire du soutien social provenant du superviseur en ce qui a trait au retour au travail. En effet, l'étude de Post, Krol & Groothoff (2005), contrairement à des attentes initiales en ligne avec celles identifiées ci-dessus, concluent, en fonction de leurs résultats d'étude, que c'est le **peu** de soutien social de la part du superviseur qui entraîne un taux d retour au travail plus élevé chez les travailleurs en période d'incapacité depuis un bon moment.

Initialement surpris d'un tel résultat, après mûre réflexion, les auteurs en question expliquent, d'un commun accord, ce résultat hors du commun à la lumière de la piètre situation économique sévissant dans le pays au moment d'effectuer leur étude. Ainsi, selon eux, la bien mauvaise situation économique aurait opéré une altération dans l'interprétation du manque de support social du superviseur chez les travailleurs absents. En effet, ces derniers auraient perçu le manque de soutien social tel une indication réelle de précarité de leur emploi; par conséquent, ils seraient donc revenus au travail et ce, rapidement, dans l'espoir de conserver leur emploi.

2.2.2.7.2 Provenant des collègues de travail

Les collègues de travail de l'employé constituent l'environnement social immédiat de l'individu au travail. Bien qu'ils ne soient pas nécessairement en contact direct ou encore étroit avec le travailleur absent durant son congé maladie, il n'empêche que ce sont les collègues qui

génèrent l'atmosphère de travail lorsque ce confrère revient. Les collègues possèdent donc un rôle important et distinct de celui du superviseur au sein du soutien social organisationnel dans l'étape du retour au travail (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004).

Nous avons souligné plus haut que le soutien social s'édifie dans une grande mesure en fonction de la crédibilité perçue par les collègues de travail avant l'absence du travailleur et que cette crédibilité s'en retrouve plus souvent qu'autrement entachée négativement puisque le travailleur, à ce stade antérieur, compte tenu de sa santé mentale chancelante, n'était pas à son meilleur. Il n'empêche que l'étude de Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson (2003) apporte une lueur d'espoir quant à l'amélioration réelle du support social octroyé par les collègues du milieu de travail. En effet, selon ces auteurs, le soutien social provenant des collègues demeure malléable et peut donc être grandement amélioré. Les auteurs en question allèguent que cette amélioration s'effectue par le truchement de mises à jour ponctuelles de l'information aux collègues de l'employé absent en ce qui concerne l'évolution de la condition de ce dernier; bref, du leadership du superviseur immédiat.

2.3 Synthèse des déterminants présentés

La présentation des différents déterminants émanant de l'environnement individuel ainsi que de l'environnement organisationnel regorgeant d'informations multiples et variées, nous avons choisi de revoir ces derniers de façon simplifiée. Pour le bénéfice du lecteur, les dits déterminants sont présentés sous forme de tableau ci-après.

Tableau 2. Synthèse des déterminants

Déterminants émanant de l'environnement individuel		
	Résumé	Auteurs
Consultation médicale	Plus le travailleur consulte tôt lors des premiers symptômes, plus l'apport à son mieux être est positif.	St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004
	La consultation médicale amène l'arrêt de travail, repos et la prescription de médicaments.	Côté, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006
	La peur d'être mal perçu par les autres entraîne la résistance à l'arrêt de travail.	St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004
	Le fait de pouvoir consulter le même médecin qui nous traite depuis plusieurs années rassure la personne dans sa consultation.	St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004
	Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.	
Consultation en psychothérapie	Recommandée par médecin lors de l'arrêt.	St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004
	Permet au travailleur de recadrer ses priorités personnelles et entraîne une meilleure probabilité de retour au travail.	Côté, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006
	Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.	
Évaluation de sa propre santé	Les travailleurs évaluant leur santé comme bonne reviennent plus au travail.	Post, Krol & Groothoff, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004
	Lorsque la personne se sent	St-Arnaud, Saint-Jean,

	<p>mieux, l'idée du retour au travail prend une dimension positive.</p> <p>Le sentiment d'être prêt au retour influence le succès de celui-ci : Si on ne se sent pas prêt, il y a chance de rechute et une rechute entraîne un congé plus long ainsi que de réelles peurs du retour.</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	<p>Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006</p>
Type de problèmes et récurrence	<p>Problèmes psychologiques obtiennent les pires résultats de retour au travail comparés aux problèmes de TMS et d'autre nature physique.</p> <p>S'il y a eu congé maladie pour des raisons similaires au cours des 12 derniers mois, le taux de retour en est diminué.</p> <p>S'il y a eu congé maladie mais pour des raisons autres au cours des 12 derniers mois, le taux de retour est meilleur.</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail</p>	<p>Post, Krol & Groothoff, 2006</p> <p>Post, Krol & Groothoff, 2006; Lavoie, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p> <p>Post, Krol & Groothoff, 2006</p>
Âge	<p>Plus on avance en âge, plus le retour au travail prend du temps.</p> <p>Pondération de cette affirmation à l'aide de statistiques détaillées nuanciant.</p> <p>L'accès aux diverses prestations d'assurances est perçu comme un droit chez les travailleurs plus âgés.</p>	<p>Nystuen, Hagen & Herrin, 2001;</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p> <p>Pluta & Accordino, 2006</p>

	<p>Le retour des 50 ans et plus s'effectue sensiblement au même moment que les autres groupes d'âge; ce qui diffère c'est le type de retour : partiel versus plein.</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	<p>Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijsen, 2003</p>
Genre	<p>Les femmes souffrent en plus grande proportion (près du double) que les hommes des affections psychologiques.</p> <p>Les affections psychologiques entraînent un congé maladie en moyenne plus long chez les hommes.</p> <p>Les femmes sont plus ouvertes à consulter des spécialistes de la santé mentale.</p> <p>Les femmes reviennent au travail plus que les hommes.</p> <p>Les hommes sont plus susceptibles de quitter leur emploi par une retraite anticipée.</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	<p>Hensing, Brage, Nygard, Sandanger & Tellness, 2000</p> <p>Hensing, Brage, Nygard, Sandanger & Tellness, 2000</p> <p>Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p>
Présence de conjoint	<p>Le retour au travail selon la présence d'un conjoint ne serait pas significatif.</p> <p>Le retour au travail selon la situation de famille ne serait pas significatif.</p> <p>Déterminant n'ayant pas d'impact sur le retour au travail.</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p> <p>Pluta & Accordino, 2006</p>

<p>Présence de personnes à charge</p>	<p>Le fait de vivre avec des enfants de moins de 18 ans lors du congé maladie possède une signification statistique.</p> <p>Le nombre d'enfants du travailleur en fonction de la rapidité du retour au travail n'est pas significatif.</p> <p>Déterminant non concluant.</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p> <p>Pluta & Accordino, 2006</p>
<p>Cause attribuée</p>	<p>La cause prépondérante attribuée aux problèmes de santé mentale est celle de la combinaison des sphères de travail et de vie personnelle; viennent ensuite celle exclusive à la sphère de travail et, finalement, celle de la vie personnelle.</p> <p>Les travailleurs s'étant absents à cause de leur vie personnelle reviennent plus que ceux s'étant absents à cause de leur travail.</p> <p>Les employés cadres ou professionnels tendent à blâmer la sphère de travail alors que les employés non-professionnels tendent plutôt à blâmer une combinaison de sphères personnelle et de travail.</p> <p>Les employés cadre retournent au travail dans une moindre mesure que les autres types d'employés.</p> <p>Les employés qualifiés de « professionnels », bien que blâmant leur travail – la catégorisation de ce type de travailleurs diffère entre les deux études.</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>Côté, Edwards & Benoit, 2005</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p>

	Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.	
Catégorie d'emploi occupé	<p>Les cadres ou professionnelles identifient la sphère de travail comme responsables de leurs problèmes de santé mentale alors que les employées de la catégorie non-professionnelle blâme une combinaison de la sphère de travail et de vie personnelle.</p> <p>Les employés cadres retournent au travail dans une moindre mesure que les autres types d'employés</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	<p>Côté, Edwards& Benoit, 2005</p> <p>St-Arnaud, St-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p>
Niveau d'éducation	<p>Il n'y aurait pas lien entre le niveau d'éducation et la rapidité du retour au travail.</p> <p>Déterminant n'ayant pas d'impact sur le retour au travail.</p>	Pluta & Accordino, 2006
Expérience de travail	<p>L'expérience au service de l'employeur n'est pas significative alors que l'expérience dans le métier le serait en fonction de la rapidité du retour au travail.</p> <p>L'expérience cumulée est significative en ce qui concerne le retour au travail : les employés cumulant 20 ans et plus reviennent moins que ceux cumulant entre 15 et 19 ans de service.</p> <p>Déterminant non concluant.</p>	<p>Pluta & Accordino, 2006</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p>

Déterminants émanant de l'environnement organisationnel		
	Résumé	Auteurs
Établissement d'un plan de retour au travail	<p>Importance d'établir et de diffuser un plan de retour au travail individualisé afin de concrétiser le retour au travail auprès des employés de l'organisation.</p> <p>Importance que l'entreprise mette en place un programme de retour au travail et le diffuse à ses employés</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003</p>
Clarification du rôle des intervenants	<p>Le rôle joué par les divers intervenants dans le cadre du retour au travail de l'employé doit être clair pour ce dernier.</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	Benoit & Côté, 2005; Lavoie, 2006
Retour progressif au travail	<p>Il doit y avoir collaboration et coopération entre les intervenants médicaux ainsi qu'organisationnel dans l'orchestration du retour au travail de l'employé.</p> <p>Le retour progressif est l'option privilégiée par les travailleurs ayant effectué un retour au travail car elle permet un amortissement sur leur santé mentale.</p> <p>Facteur encore plus important que les caractéristiques individuelles et de personnalité du travailleur même.</p>	<p>Durand & Loisel, 2001</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004; Benoit & Côté, 2005;</p> <p>Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003</p>

	<p>Efficacité du retour progressif serait amoindrie lorsqu'il y a pression au rendement de la part des collègues et du supérieur lors du retour.</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p>
<p>Aménagement partiel des conditions de travail</p>	<p>Allègement souvent temporaire du temps de travail ou encore du contenu des activités de travail s'inscrivant souvent dans le retour progressif au travail lorsque le travailleur revient dans le même emploi. Ce déterminant est souvent miné par la pression au rendement subie par le travailleur.</p> <p>Note : déterminant faisant partie du retour progressif</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p>
<p>Amélioration des conditions de travail</p>	<p>Semblable à l'aménagement partiel des conditions de travail mais utilisé dans un contexte de long terme.</p> <p>Compréhension et correction organisationnelle des facteurs ayant mené aux problèmes de santé mentale du travailleur entraînent un meilleur taux de retour au travail.</p> <p>Corroboration statistique de ce déterminant.</p> <p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink & Tummers-Nijssen, 2003</p>
<p>Mobilité professionnelle</p>	<p>L'opportunité de changer d'emploi au sein du même employeur lorsque l'on retourne au travail améliore le retour</p>	<p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004</p>

	Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.	
Soutien social :	Soutien social perçu par l'employé constitue l'impact subjectif de l'aide apportée.	Côté, Edwards & Benoit, 2005; Lavoie, 2006
- du supérieur	<p>Déterminant possédant un impact sur le retour au travail.</p> <p>Si actif et authentique, celui-ci déteint sur le soutien social des collègues de travail lors du congé ainsi que du retour</p> <p>Prépondérant à celui des collègues au cours de l'absence</p> <p>Le peu de soutien social de la part du supérieur entraîne un retour plus élevé dans le cadre d'une situation économique difficile : il y aurait peur réelle de perdre son emploi de façon permanente.</p>	<p>Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003</p> <p>St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004; Lavoie, 2006; Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk & van Dijk, (2004)</p> <p>Post, Krol & Groothoff, 2005</p>

<p>- des collègues de travail</p>	<p>Impact négatif si non- présent durant le congé maladie.</p> <p>Diminué par l'édification de l'opinion des collègues puisque basé sur la période pré-absence de l'employé.</p> <p>Le soutien social des collègues donne le ton au retour au travail.</p>	<p>Lavoie, 2006</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p> <p>St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004</p>
-----------------------------------	--	--

2.4 Sommaire critique des déterminants

Au terme de la présentation des déterminants du retour au travail réussi en fonction de la problématique de retour au travail des employés ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux, nous sommes dorénavant à mêmes d'acquiescer à la provenance annoncée en début de section de ces déterminants: celle de l'environnement individuel ainsi que celle de l'environnement organisationnel. Nous entérinons par ailleurs les propos de Durand & Loisel (2001) alléguant que le retour au travail réussi passe dorénavant par une action concertée impliquant non seulement l'individu lui-même mais aussi, et d'autant plus, l'organisation du travail.

C'est par le truchement d'une recension de littérature scientifique reflétant une prépondérance de recherches qualitatives mais, aussi, au sein des études englobant une certaine amalgamation des troubles d'origine psychologique à ceux d'origine physique que nous avons été à même de répertorier les déterminants du retour au travail réussi suite à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux décrits ci-avant. Compte tenu des explications présentées, nous avançons que plusieurs déterminants sont dorénavant documentés de façon concluante par les chercheurs en ce qui a trait à leur impact sur le retour au travail en fonction de la problématique qui est la nôtre. À cet effet, les déterminants émanant de l'environnement individuel : la consultation médicale, la consultation en psychothérapie, l'évaluation de sa propre santé, le type de problèmes ainsi que leur récurrence, l'âge, le genre, la cause attribuée ainsi que la catégorie d'emploi sont tous des déterminants convergeant de façon concluante, à savoir, qu'ils possèdent un impact sur le retour au travail. En ce qui a trait au déterminant de la présence d'un conjoint, ce dernier est clair, mais, contrairement aux premiers, celui-ci est identifié comme étant non significatif dans le cadre de notre problématique.

Du présent bilan des déterminants émanant de l'environnement individuel, il reste donc la présence de personnes à charge, le niveau d'éducation ainsi que l'expérience de travail qui ne sont pas, selon nous, à ce jour, concluants de façon unanime chez les auteurs consultés.

La présence de personnes à charge, puisque explorée selon des définitions différentes par les auteurs dans le cadre de deux études distinctes (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Pluta & Accordino, 2006), nous laisse perplexe quant à son impact sur le retour au travail des travailleurs ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux. Par ailleurs, bien que libellé sous les appellations de « personne(s) à charge » ou encore de « nombre d'enfants » dans les études ci-dessus identifiées, nous soupçonnons que le présent déterminant puise son influence au niveau de la dépendance financière prévalant entre le travailleur en congé maladie et les autres personnes dont il est ici question. En effet, au-delà de l'exigence temporelle reliée aux soins des personnes dépendantes du travailleur, le fait que ce dernier obtienne une rémunération en fonction de son poste de travail, lors d'une absence forcée, telle qu'en congé maladie suite à des troubles mentaux, la peur de voir diminuer cette rémunération, ou même, à la rigueur, disparaître, fait en sorte d'appliquer une pression sur les épaules du travailleur à l'aube de son retour au travail. Par ailleurs, cette pression imposée par la diminution potentielle de revenu est d'autant plus forte lorsque le travailleur en question n'est pas éligible à un revenu de pension advenant qu'on le remercie de ses services. Nous exposons plus en détails notre réflexion ayant trait au revenu de pension comme tel ci-dessous, car celui-ci, selon nous, s'entremêle à d'autres déterminants relatifs au retour au travail.

En ce qui a trait au niveau d'éducation, puisque exploré qu'une seule fois au sein de la littérature recensée, ce dernier ne nous permet pas, faute de données exhaustives, de prendre une position arrêtée à ce stade-ci.

Pour ce qui est du déterminant nommé « expérience de travail » nous demeurons perplexes quant à son impact sur le retour au travail. En effet, nous soupçonnons une certaine interaction entre le présent déterminant et certains autres non explicités à ce jour au sein de la littérature scientifique.

C'est à la lumière des statistiques significatives mises en relief par de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse et Darsigny (2004), particulièrement en ce qui concerne les déterminants de l'âge et de l'expérience de travail, que notre questionnement relativement à une potentielle interaction s'est amorcé. Ainsi, dans la mesure où, au sein de plusieurs organisations, on accède aux postes supérieurs en fonction de l'ancienneté, n'est-ce à dire que l'âge et l'expérience de travail deviennent en grande partie des déterminants similaires mais auxquels ont attribué des appellations différentes? Qui plus est, au cours de notre exploration du déterminant de la cause attribuée, nous avons souligné que Côté, Edwards & Benoit (2005) font ressortir une attribution distincte selon la classe d'emploi occupée; en particulier, les cadres se démarquant par leur prépondérance à tenir pour responsable de leurs problèmes de santé mentale leur sphère de travail. Nous soupçonnons donc anguille sous roche et pensons qu'un autre déterminant, celui de l'accès à un revenu de pension, ou encore, de l'accès à un fonds de pension de l'employeur, serait potentiellement, selon nous, plus révélateur que ceux de l'âge ou encore de l'expérience de travail.

En ce qui a trait aux déterminants émanant de l'environnement organisationnel, la présentation de ces derniers nous permet de reconnaître le caractère on ne peut plus contemporain de l'étude de ceux-ci; nous avons d'ailleurs souligné plus haut que l'intérêt de recherche visant l'apport de l'organisation du travail et du milieu de travail à la réhabilitation de l'individu est très récent. De plus, fait à noter, les recherches scientifiques répertoriées ayant étudié les

déterminants émanant de l'environnement organisationnel sont, en prépondérance, de nature qualitative.

Le seul déterminant entraînant chez nous une indécision quant à son statut de déterminant indépendant est celui de l'aménagement partiel des conditions de travail. En effet, bien que celui-ci soit présenté de façon distincte dans le texte auquel nous référons, il appert, après réflexion, qu'il serait un concept sous-entendu au sein du déterminant de retour progressif au travail.

En ce qui concerne les autres déterminants émanant de l'environnement organisationnel présentés, bien que ceux-ci obtiennent un constat d'influence documenté dans le cadre de la problématique du retour au travail, à ce jour, la force de cette influence est loin d'être aussi claire qu'en ce qui concerne les déterminants émanant de l'environnement individuel.

En conclusion, puisque notre présente étude du retour au travail en fonction des troubles mentaux utilise la méthode quantitative, bien que descriptive, nous reconnaissons qu'il existe pour nous une opportunité inégalée de participer à l'effort collectif de compréhension sur le retour au travail par le truchement de l'utilisation des déterminants recensés.

CHAPITRE 3

CONTEXTE PARTICULIER ET RÉALITÉS TECHNIQUES DE L'ÉTUDE

3.1 Population à l'étude : Les Forces canadiennes

Au sein, de la partie traitant de la pertinence sociale du présent projet de recherche, nous avons brièvement esquissé les raisons qui nous motivent de façon intrinsèque à réaliser la présente étude. Ainsi, bien au-delà de la simple volonté d'obtention d'un diplôme d'études supérieures, nous voulons, par le biais de notre recherche, contribuer à la compréhension du retour au travail réussi après une période d'incapacité causée par des troubles mentaux. Pour se faire, nous avons choisi le Ministère canadien de la Défense nationale.

À prime abord, au niveau des ressources humaines, le Ministère de la Défense nationale se divise en deux groupes distincts : un premier regroupant les employés civils et, un second, regroupant les employés militaires. Par ailleurs, ce second groupe comprend lui aussi deux sous groupes distincts qui, pour leur part, se départagent en fonction de leur type de contrat de service: les militaires à temps partiel, comptant environ 30 000 personnes, auxquels on attribue l'appellation de « réservistes », et, les militaires à temps plein, comptant environ 60 000 personnes auxquelles on attribue communément l'appellation de « réguliers ».

En ce qui concerne les conditions de travail des militaires, l'environnement physique, les exigences physiques et mentales, les tâches et responsabilités, et ce, autant en temps de paix qu'en temps de conflit, ici ou à l'étranger, font en sorte d'édifier une véritable micro-société distincte : celle des militaires canadiens. En effet, les exigences de travail des militaires englobent l'ultime sacrifice, soit celui de leur propre vie.

Au début du présent document, nous avons mis en relief le constat documenté de l'augmentation des congés maladie dans le contexte des employés civils en général; à l'instar de

ce dernier, cette réalité contemporaine se fait par ailleurs sentir dans le contexte militaire. C'est pourquoi, depuis 2003, les autorités militaires ont mis en place une banque de données nationale visant à comptabiliser le nombre de congés maladie ainsi que les raisons desquelles découlent ces derniers. Depuis l'édification de cette banque de données, l'augmentation du nombre de congés maladie est effectivement confirmée.

Bien que la confirmation de l'augmentation des congés maladie chez les militaires révèle une similarité avec le contexte civil, en fonction de notre intérêt de recherche, ce sont spécifiquement les caractéristiques relatives à la santé mentale de ces congés maladie qui retiennent notre attention. À ce chapitre, les données recueillies chez la population militaire régulière dans le cadre de la sixième édition du "Statistics Canada CF Mental Health Survey : A « Milestone »" (Ministère de la défense nationale, site internet) en 2000 sont révélatrices d'une problématique. En effet, les résultats compilés du sondage en question reflètent que le taux de dépression, au cours des douze mois précédents celui-ci, est de 7% pour les hommes et de 14% pour les femmes, soit près du double des taux de la population canadienne.

Ultérieurement, au mois d'octobre 2005, lors d'une conférence présentée aux médecins chefs des différentes bases militaires canadiennes, on expose la compilation des données relatives à la banque de données constituées des caractéristiques des congés maladie comptabilisés au niveau national entre le 1^{er} novembre 2003 et le 31 octobre 2004. En ce qui concerne les diagnostics relatifs à la santé mentale, ces derniers englobent 46% de tous les congés comptabilisés; plus particulièrement, on y indique que le taux de dépression représente 33.2% de cette portion de congés maladie émanant de la santé mentale (Ministère de la Défense nationale, 2005, acétates).

Malgré le fait que nous doutons que les troubles mentaux affligeant les militaires et entraînant des congés maladie prolongés soient récents, nous n'avons cependant pas été en

mesure de recenser de données officielles antérieures à celles présentées ci-avant. Malgré cela, les statistiques présentées ci-avant nous permettent dorénavant d'affirmer, chiffres à l'appui, que les membres du personnel militaire sont, à l'instar des travailleurs civils, affligés eux aussi par des troubles mentaux croissant.

Ceci étant dit, puisque les troubles mentaux entraînent un congé maladie prolongé, la problématique du retour au travail de ces militaires se pose d'autant plus. Malheureusement, avant l'année 2003, aucun document officiel visant l'encadrement du retour au travail des employés militaires n'est promulgué par les autorités organisationnelles du Ministère de la Défense nationale en ce qui a trait au personnel militaire. C'est en effet à cette date que les responsables des ressources humaines militaires émettent un message adressé à l'ensemble des organisations militaires où ils annoncent que la « Politique et directives générales de retour au travail » (Ministère de la Défense nationale, 2003) est en vigueur à compter du 1 août 2003. Cette dernière politique, publiée en date du 2 juillet 2003, énonce les grandes lignes que doivent suivre les organisations locales dans leur mise sur pied de leur programme de retour au travail. Compte tenu du caractère suggestif du dernier document, les différentes organisations locales reflètent dès lors de nombreuses variations en ce qui concerne leur programme respectif.

Ce n'est que quelques années plus tard, soit au mois d'août 2006, que l'on publie un guide national officiel détaillant le programme de retour au travail visant les militaires (Ministère de la Défense nationale, 2006). Une fois ce guide promulgué, les organisations militaires locales doivent dorénavant viser l'uniformisation dans le cadre de leur programme de retour au travail respectif.

Au terme du fonctionnement administratif organisationnel lors d'un arrêt de travail sanctionné par un congé maladie octroyé par un médecin, il appert important de souligner deux aspects particuliers relativement à l'emploi des militaires réguliers. Tout d'abord, le système de

santé des FC est intégré à sa propre structure organisationnelle. L'organisation militaire emploie effectivement des médecins ainsi qu'une variété d'intervenants de la santé portant l'uniforme militaire. A ces derniers, d'autres professionnels civils provenant de professions similaires s'ajoutent, mais puisqu'ils sont engagés et non enrôlés, ils ne portent donc pas l'uniforme militaire; ceux-ci offrent cependant les services de santé au sein de l'organisation militaire et ce, au même titre que leurs confrères militaires.

Ceci étant dit, les militaires réguliers, ceux employés à temps plein, sont tenus, de par les règles organisationnelles, de consulter les services de santé militaires et ce, de façon exclusive. La seule exception à cette règle apparaît lorsqu'il y a urgence ponctuelle et que l'octroi des services médicaux militaires ne peut être obtenu immédiatement. Dans une telle situation, le militaire ne peut que recevoir les soins de stabilisation d'urgence pour sa condition ponctuelle et doit se rapporter, le plus rapidement possible et dès que les soins médicaux militaires sont disponibles, à l'unité la plus rapprochée physiquement afin de faire traiter sa situation médicale plus à fond. Bref, les militaires des FC sont une audience « captive » de leurs soins de santé.

Par ailleurs, un autre aspect caractérise le contexte particulier de notre population à l'étude : l'administration financière des indemnités émanant des congés maladie. En effet, contrairement à la composante civile du Ministère de la Défense nationale où les indemnités conséquentes aux congés maladie de longue durée sont soumis aux critères stricts de la compagnie d'assurance, la composante militaire, pour sa part, maintient plutôt la solde inaltérée octroyée aux militaires réguliers et ce, même lorsqu'en congé maladie de longue durée. En effet, le salaire des militaires n'est en aucun temps affecté par un arrêt de travail sanctionné par les autorités médicales.

Ceci étant dit, alors que les compagnies d'assurance en viennent à poser des questions lorsqu'il y a réclamation, et encore plus lorsqu'il y a augmentation du nombre de ces

réclamations de la part des employés qu'ils assurent, l'organisation militaire n'a pas à répondre, de façon similaire, des montants salariaux versés aux militaires en congé maladie. Forte du constat ci-avant, nous avançons que, compte tenu de la situation contemporaine relative à l'augmentation des congés maladie du personnel militaire, la recherche de solution face à ces absences, par le truchement du programme de retour au travail émane du constat de diminution de la productivité et, surtout, de la diminution de la capacité opérationnelle des troupes militaires.

Puisque les FC « ... ne peuvent se permettre de perdre du personnel productif et compétent, pour lequel des sommes considérables ont été investies afin d'assumer les coûts de leur formation. » (De Carufel, 2003, p. 4) et bien qu'aucun chercheur ne puisse prétendre à l'entière nouveauté d'un sujet de recherche (Quivy & Van Campenhoudt, 1995), à ce jour, l'étude de la population constituée par les militaires réguliers des FC comporte sans contredit, un caractère novateur. Nous le réitérons, en ce qui concerne la problématique du retour au travail réussi suite à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux, aucune étude scientifique de ce genre n'a été répertoriée chez la présente population militaire jusqu'à maintenant.

3.2 Description du programme de retour au travail des FC

Dans le cadre de la présente section, le document intitulé « Guide du programme de RT à l'intention du personnel de la Force régulière et de la Réserve primaire – Version 2 » (Ministère de la Défense nationale, 2006) constitue la référence centrale à nos propos descriptifs du programme de retour au travail visant les militaires des FC. Par ailleurs, une révision de l'information ci-dessous a été effectuée à la lumière de la publication contemporaine du même document entre le dépôt initial et la publication du présent ouvrage (Ministère de la Défense nationale, 2009 b).

À prime abord, il importe de souligner que les congés pour maladie sont documentés que lorsque ces derniers sont octroyés pour une période de trois jours ou plus. Ainsi, une absence ponctuelle où le militaire informe son supérieur immédiat des raisons médicales motivant son absence ne génère donc pas de documentation formelle. Il n'empêche que le superviseur en question peut, de façon informelle, noter l'absence dans ses notes personnelles pour fin de suivi administratif. C'est donc lorsqu'un militaire consulte les autorités médicales militaires et que celles-ci lui attribuent un congé maladie de trois jours ou plus qu'une documentation formelle est générée suite à la consultation.

Lorsque le nombre de journées de congé maladie octroyées à un militaire dépasse les 30 jours au cours d'une période de 12 mois consécutifs, ce point de repère, aussi appelé « point critique à surveiller » dans le document énoncé ci-haut, « déclenche une évaluation de l'état du militaire en vue de déterminer la pertinence d'un programme de RT, d'un autre traitement approprié ou d'une mesure administrative » (Ministère de la Défense nationale 2009 b, p. 22/86 et Ministère de la Défense nationale, 2006, section 4 – lignes directrices sur le programme). On note, en bas de page des documents, que ce point de déclenchement, identifié à plus de 30 jours, l'a été pour des raisons de suivi, mais ce, sans pour autant expliquer plus à fond ces raisons en question. Par contre, les acétates d'une présentation interne (Ministère de la Défense nationale, 2005) exposent le raisonnement sous-entendu par l'identification du présent délai : lorsque le congé maladie est de moins de 30 jours, le médecin traitant peut autoriser ce dernier alors que, si celui-ci dépasse ce nombre, l'autorité d'approbation est alors transférée au médecin responsable de la région géographique.

L'objectif énoncé du programme de retour au travail des FC va comme suit:

« le programme de RT des FC vise principalement les militaires qui reprendront des fonctions à temps plein (le souligné est le nôtre). Toutefois, s'il est bien planifié, le retour rapide au travail est très avantageux pour les membres des FC dont les LERS (limitation

d'emploi pour raisons de santé) sont permanents et qui attendent leur libération. En conséquence, le programme de RT des FC sera appliqué, selon le besoin, à tous les membres de la Force régulière et de la Force de réserve primaire qui ont subi des blessures ou qui ont été atteints de maladies. » (Ministère de la Défense nationale, 2006, section 2- Programmes de RT, objectifs)

Il est à noter que ce même objectif est par ailleurs réitéré de façon similaire dans Ministère de la Défense nationale (2009 b) p. 12/86.

Deux autorités sont impliquées tout au long du processus de retour au travail : les services de santé, en ce qui concerne l'évaluation de l'aptitude au travail, ainsi que la chaîne de commandement, en ce qui concerne l'endossement de l'employabilité de l'individu en fonction d'un environnement donné. Compte tenu des restrictions d'emploi établies et détaillées, selon les lignes directrices du programme de retour au travail, les alternatives suivantes s'offrent aux coordonnateurs afin d'individualiser le cheminement de retour au travail du militaire visé (Ministère de la Défense nationale, 2006):

- Fonctions ordinaires – horaire modifié
- Travail modifié – même lieu de travail
- Travail modifié – lieu de travail différent de l'unité d'appartenance du militaire
- Travail modifié – unité différente
- Lieu de travail dans le civil – en dernier ressort et seulement pour des cas exceptionnels

Il importe de souligner que la version contemporaine du document relatif au programme de retour au travail militaire énonce dorénavant huit alternatives au lieu des cinq énoncées ci-haut (Ministère de la Défense nationale (2009 b), p. 17/86). Bien que nous présentons les nouvelles alternatives ci-dessous, nous tenons à souligner que cette mise à jour est ici informative pour le bénéfice du lecteur; en effet, notre questionnaire de recherche ainsi que le présent document ont été développés en fonction de la version 2006 du document, seule version disponible au moment de notre rédaction initiale.

- Fonctions ordinaires- sans modifications
- Même travail et même lieu de travail – horaire et/ou tâches modifiés
- Travail et/ou horaire modifié – même lieu de travail
- Travail modifié – lieu de travail différent à l'intérieur de l'unité d'appartenance
- Travail modifié – unité différente à la base
- Travail modifié, à la maison (peut exceptionnellement précéder les tâches ci-dessus)
- Même travail ou travail et/ou horaire modifié – autre base
- Programme de thérapie par le travail en milieu civil – dernier recours pour les cas exceptionnels

Une fois le retour au travail initié, au cours du processus, le programme énonce par ailleurs que le médecin devrait évaluer le militaire visé par les mesures de retour au travail dans les deux semaines suivant son retour, et que, le cheminement individualisé du retour au travail devrait être réévalué de façon mensuelle ou encore plus souvent, si nécessaire.

Pour terminer, nous noterons que le programme de retour au travail des FC s'applique aux militaires aux prises avec des affections physiques ainsi que psychologiques. Il n'empêche que la mise sur pied du programme de retour au travail visant les militaires constitue en soi une avancée puisque, jusqu'à tout récemment (2006), il n'y avait aucune directive administrative encadrant la gestion du retour au travail des militaires en absence prolongée pour cause de maladie.

3.3 Ébauche initiale de recherche

Lors de l'élaboration initiale du présent projet de recherche, nous avons présenté d'emblée que la recension des déterminants du retour au travail au sein de la littérature scientifique constitue l'essence même de l'ébauche de notre questionnaire; soit le cœur de notre présente recherche. La rédaction de cet outil central appuie bel et bien ses assises sur cette information recensée et exposée dans le chapitre précédent.

Compte tenu que notre questionnaire est bilingue, nous avons été à même d'élargir notre offre de répondre à celui-ci à tous les militaires ayant connu une période d'incapacité causée par

des problèmes de santé mentale au cours des années 2003 à 2007 inclusivement. Bien que le nombre arrêté des répondants potentiels n'ait pu être obtenu des autorités militaires médicales, en fonction des informations informelles obtenues des intervenants du programme militaire de retour au travail d'une des plus grosses bases militaires au pays, soit plus de 400 personnes au total, nous estimions rejoindre, de façon nationale, au moins ce même nombre de répondants. De ce nombre, notre questionnaire étant disponible en format papier ainsi qu'électronique, nous anticipions qu'environ la moitié des répondants accepterait notre invitation de compléter notre questionnaire de recherche. Qui plus est, en fonction de la nature explicitée de notre recherche, c'était tout autant les militaires servant encore de façon active que ceux qui étaient dorénavant sortis des Forces canadiennes que nous étions en mesure de rejoindre. Bref, l'obtention de données contemporaines auprès des répondants étant de retour au travail autant que ceux ne l'étant pas s'annonçait bien. Nous allions être en mesure de former deux groupes distincts qui allaient être constitués, le premier, des militaires de retour au travail et, le deuxième, des militaires n'étant point de retour.

Grâce aux deux groupes constitués ainsi qu'en fonction du nombre de répondants anticipé, une telle banque de données allait nous permettre d'être en mesure d'émettre des conclusions catégoriques en ce qui concerne nos hypothèses de recherche élaborées dans le cadre initial d'ébauche d'étude. Nous reproduisons ci-dessous les hypothèses en question pour le bénéfice du lecteur :

- Les militaires ayant consulté les intervenants médicaux de façon ponctuelle lors de l'apparition de leurs problèmes de santé mentale effectuent un retour au travail réussi lorsqu'ils reviennent d'une période d'incapacité causée par ceux-ci.
- Les militaires comptant moins de 20 ans de service effectuent un retour au travail réussi.
- La clarification du rôle des intervenants au programme de retour au travail organisationnel engendre un retour réussi.

- Le retour progressif au travail permet un retour au travail réussi.
- Le soutien social émanant du superviseur et des collègues de travail engendre un retour au travail réussi.

Malheureusement, nous tenons à informer le lecteur qu'alors que, bien que notre intention initiale était d'effectuer une étude exhaustive d'un échantillon étoffé de notre population étudiée afin d'émettre une position arrêtée en ce qui a trait à nos hypothèses présentées ci-avant, nous avons dû revoir, selon une perspective dorénavant réaliste et en fonction de notre faible participation, l'envergure de notre objectif initial.

Ceci étant dit, notre étude se veut dorénavant en être une exploratoire du retour au travail de la population militaire ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux.

3.4 Ramification des questions de recherche

L'étude du retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des problèmes psychologiques diagnostiqués est, nous l'avons énoncé auparavant, un domaine contemporain en pleine expansion. Par ailleurs, au sein de ce champ de recherche, l'étude de cette problématique chez la population militaire canadienne demeure absente de la littérature recensée à ce jour.

Forte de ce constat, le choix de l'outil de recherche que constitue le questionnaire nous offre une opportunité inégalée d'explorer le retour au travail auprès de notre population ciblée. Nous proposons donc au lecteur un portrait contemporain du retour au travail chez les militaires canadiens ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux. Pour ce faire, nous élaborerons le portrait de notre population à l'étude à travers la description des déterminants du retour au travail, émanant de l'environnement individuel ainsi qu'organisationnel, soit ceux

présentés au terme de notre recension de la littérature et retenus pour fin de rédaction de notre questionnaire de recherche.

Compte tenu du caractère novateur de notre intention de décrire le portrait contemporain des militaires réguliers ayant connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale au cours des années 2003 à 2007, nous avons choisi des sous-questions de recherche à caractère exploratoire. Ainsi, en fonction de la réalité spécifique à notre population et ce, en tenant compte de notre recension de littérature scientifique, nous avons élaboré nos sous-questions présentées ci-dessous.

Nous tenons à souligner au lecteur que c'est au terme de notre recension des écrits traitant des déterminants émanant de l'environnement individuel ainsi qu'organisationnels et présentés comme étant concluants que nous les utilisons en tant que source primaire pour rédiger notre questionnaire de recherche. Par ailleurs, dans une bien moindre mesure, notre connaissance personnelle intrinsèque du milieu militaire constitue notre source secondaire d'inspiration pour les questions portant sur certains déterminants qui, bien que quelques fois absents de la littérature, semblent être, selon nous, un déterminant pour le retour au travail réussi des militaires canadiens.

À l'image des titres des trois sections que nous utilisons au sein de notre questionnaire de recherche, nous présentons ci-dessous nos questions de recherche selon les mêmes trois catégories: les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité, et, les caractéristiques reliées au retour au travail.

Le lecteur notera que bien qu'inclus comme troisième section dans notre questionnaire, nous choisissons de traiter des questions de recherche relatives aux caractéristiques socio-démographiques en premier lieu; cette façon de faire permet d'instaurer une logique dans l'évolution du présent chapitre puisque nous élaborons les deux autres catégories de question

selon ces premières caractéristiques. Voici donc nos questions de recherche portant sur les caractéristiques socio-démographiques :

- Quel est le portrait des hommes et des femmes militaires en ce qui concerne le retour au travail?
- Quel portrait se dégage du retour au travail en fonction du regroupement des grades militaires?
- Quel est le portrait du retour au travail selon l'âge des militaires?
- De quelle façon l'auto-évaluation de la santé se répartit au sein des militaires de retour au travail?

Les interrogations suivantes ont trait aux caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité; au sein de notre questionnaire de recherche, le lecteur pourra consulter cette section dans la première partie :

- Quel constat relatif au retour au travail peut-on tirer en ce qui concerne le type de traitement utilisé au cours de l'absence?
- Compte tenu que les militaires sont une audience captive de leurs soins de santé, quel est le portrait de leur consultation médicale?
- Puisque les travailleurs associent une cause prépondérante à leur période d'incapacité, (travail ou vie personnelle), comment cette attribution se reflète-t-elle au sein de notre population?
- Quel est le portrait des problèmes de santé mentale ainsi que la récurrence de ces derniers chez les militaires?

- Quel est le portrait du soutien social offert par le supérieur immédiat du travailleur lors de sa période d'incapacité?

Les questions suivantes se rapportent, pour leur part, au retour au travail suite à la période d'incapacité vécue :

- Quel est le portrait de la progressivité du retour au travail?
- Le rôle des intervenants au programme de retour au travail est-il clair pour les militaires?
- Quel est le portrait du soutien social offert par les collègues de travail lors du retour au travail?

Finalement, les prochaines questions de recherche, bien qu'elles soient insérées au sein des différentes sections spécifiques de notre questionnaire, nous préférons présenter ces dernières de manière séparée afin d'acquiescer de leur caractère novateur conséquent à notre choix de l'environnement militaire. De plus, soit que les aspects visés sont entièrement absents de la littérature recensée à ce jour, ou, qu'ils y sont présentés, mais, de manière non concluante. Nonobstant ce constat, il nous appert important de poursuivre notre instinct de chercheur et, d'autant plus que nous avons pu obtenir l'aval des autorités militaires concernées, de tirer profit de notre connaissance intrinsèque de l'organisation militaire ainsi que de certains enjeux non-explicités à ce jour. Ceci étant dit, les questions de recherche suivantes constituent l'essentiel de nos interrogations auxquelles nous aspirons décrire la problématique du retour au travail:

- Est-ce que le programme militaire de retour au travail est connu des membres?
- Quel est le portrait du sentiment d'être prêt au retour au travail?

- Est-ce que les militaires consultent volontairement (sans y être référés) les intervenants médicaux civils?
- Quel est le portrait de l'impact de la langue de travail lorsque cette dernière n'est pas la langue maternelle du militaire?

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

4.1 Devis de recherche

C'est une étude descriptive du retour au travail chez les militaires canadiens ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux que nous proposons dans le présent document. Nous utilisons l'exploration hybride qui « consiste à procéder par allers-retours entre des observations et des connaissances théoriques tout au long de la recherche » (Thiétart, 2003, p. 70).

4.2 Description de la population

Bien que le descriptif relatif au site de la recherche soit habituellement exposé dans le cadre de la partie nommée méthodologie, nous avons préféré le traiter, compte tenu des caractéristiques uniques et spécifiques à notre organisation ciblée, de façon séparée ci-avant. Puisque le lecteur aura déjà pris connaissance de celui-ci lors de sa lecture du chapitre précédent, nous n'ajouterons ici que le fait que notre groupe de répondants soit constitué des militaires réguliers, soit employés à temps plein, des Forces canadiennes et ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux entre 2003 et 2007 inclusivement. L'année initiale identifiée ci-avant est celle où les FC ont commencé à accumuler des statistiques relatives aux congés maladie de ses membres, et, qu'elles ont édifié les bases de leur programme de retour au travail s'adressant spécifiquement à leurs employés militaires. En contraste, les employés civils avaient en effet leur propre programme de retour au travail depuis quelques années déjà.

4.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Le choix des critères d'inclusion et d'exclusion utilisée afin de circonscrire la population des répondants potentiels à notre questionnaire émerge en fonction de notre recension de littérature ayant trait aux différents concepts inclus dans notre problématique de recherche cette dernière visant les déterminants du retour au travail réussi chez les travailleurs, spécifiquement les militaires réguliers, ayant connu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux.

Compte tenu de notre libellé de problématique ainsi que de nos choix personnels en tant que chercheure, les répondants doivent rencontrer les critères d'inclusion qui suivent : ils doivent avoir été employés comme militaire à temps plein, soit dans la composante régulière de l'organisation, au cours des années 2003 à 2007 inclusivement. Qui plus est, au cours des années identifiées ci-avant, ces militaires réguliers doivent avoir connu un congé maladie de 30 jours ou plus, celui-ci faisant suite à un diagnostic se rapportant à une affection psychologique ou trouble mental. À cet effet, afin de s'assurer que les répondants identifiant une combinaison d'affections physiques et psychologiques n'étaient pas éliminés systématiquement de notre base de données, on leur demande dans quelle proportion ils attribuent à leur affection psychologique la responsabilité de leur période d'incapacité visée. Qui plus est, à la lumière du traitement des affections psychologiques présenté dans le DSM-IV, nous ciblons spécifiquement trois regroupements de troubles mentaux à l'origine du congé maladie des répondants retenus; les regroupements de troubles mentaux en question sont ceux de l'humeur, de l'anxiété et de l'adaptation.

Après vérification, et, tel que discuté plus haut, au terme des critères d'exclusion des répondants, les militaires réguliers ayant connu un congé maladie de 30 jours ou plus ayant été octroyé en fonction d'un diagnostic émanant d'une affection à prépondérance physique sont

exclus de la présente étude puisqu'ils ne rencontrent pas notre définition de problématique de recherche.

4.2.2 Recrutement des sujets

Le programme de retour au travail des FC ayant été initié en 2003, cette organisation a, depuis, identifié des personnes comme étant responsables de celui-ci au sein des différentes bases et unités militaires. Compte tenu que des coordonnateurs du programme de retour au travail sont déjà en place au sein de l'organisation et que les dossiers individuels des répondants potentiels contiennent des informations médicales confidentielles auxquelles nous ne sommes pas habilités à prendre connaissance, nous avons planifié faire appel à ces coordonnateurs afin d'initier le contact avec les militaires réguliers répondants à nos facteurs d'inclusion identifiés ci-dessus. Cette façon de faire permet par conséquent d'assurer la confidentialité du dossier médical des individus tout en maximisant l'offre de répondre à notre questionnaire de recherche à notre population visée.

Malheureusement, dans la prochaine section, le lecteur prendra connaissance des difficultés rencontrées lors de la distribution de nos questionnaires de recherche ainsi que de la solution alternative de recrutement utilisée, nous voulons simplement clairement identifier ici notre élaboration initiale de démarches relatives au recrutement des sujets.

4.2.3 Échantillon

À la lumière du texte ci-dessus exposant les critères d'inclusion et d'exclusion, le lecteur se sera familiarisé avec la constitution de notre échantillon à l'étude.

Bien que nous n'ayons pu obtenir de statistiques nationales et officielles en ce qui concerne le nombre de travailleurs militaires à temps plein ayant cheminé à travers le

programme de retour au travail depuis 2003, à la lumière de discussions informelles énonçant que cela représentait plus de 400 employés dans la seule région administrative de Québec et que notre étude, à la demande expresse des FC, a été rendue disponible en version bilingue et de façon nationale, notre objectif était d'obtenir au minimum 200 répondants à notre questionnaire. Notre conservatisme, voire minimalisme, émane de la nature délicate du sujet de notre recherche combinée au scepticisme des membres militaires des FC constituant notre population visée.

4.3 Difficultés techniques de l'étude

La conduite d'un projet de recherche scientifique, d'autant plus lors d'un premier exercice du genre, rencontre de façon inconditionnelle des embûches au cours de son élaboration ainsi que de son déroulement. Qui plus est, c'est lors de la mise en oeuvre de la recherche que certaines difficultés, appréhendées ou non lors de l'élaboration, que celles-ci deviennent réelles et doivent par conséquent être dorénavant adressées afin d'assurer la survie du projet. La présente recherche scientifique ne fait pas exception à la règle; en effet, elle a dû s'adapter aux défis s'étant édifés devant le déroulement ponctuel de notre projet de recherche.

Puisque les embûches rencontrées en cours de route ont été de nature exceptionnelle, potentiellement au point de mettre en péril la réalisation du présent projet de recherche, nous exposons au lecteur, bien que de façon succincte, les réalités techniques ainsi que les solutions préconisées afin de résoudre ces dernières. Nos choix, bien qu'ils puissent être critiqués par le lecteur, ont tous été effectués en fonction du but ultime : mener à terme la présente recherche entamée.

4.3.1 L'autorisation d'effectuer de la recherche auprès des sujets militaires

Selon plusieurs chercheurs rencontrés, les répondants militaires ont la réputation de collaborer aux questionnaires de recherche qui leur sont soumis avec enthousiasme; leur ratio reflète habituellement un pourcentage très élevé. Ceci étant dit, n'effectue de recherche scientifique auprès de cette population militaire que le chercheur qui est bien préparé et qui accepte de se soumettre aux exigences doublement strictes des autorités militaires responsables de la recherche scientifique.

La dualité procédurale d'autorisation de conduite de recherche auprès des militaires canadiens s'impose à tout chercheur rattaché à une université canadienne; les étudiants des cycles supérieurs ne font pas exception à cette règle. Ainsi donc, une première autorisation émanant du comité d'éthique de l'université d'attache doit préalablement parvenir au comité des responsables militaires de la recherche au sein des FC. Cette étape préalable est le précurseur de la demande d'autorisation, militaire cette fois, de recherche soumise au comité de la recherche scientifique militaire pour fin d'étude par celui-ci.

Bien qu'il existe certaines similarités entre les exigences documentaires du comité d'éthique universitaire et du comité militaire de la recherche scientifique, ce dernier exige qu'un parrain interne, c'est à dire œuvrant au sein de l'organisation militaire et ayant un intérêt certain envers le sujet de la recherche en question, soit identifié dans la demande soumise. Compte tenu de notre choix de sujet, le retour au travail, le choix de parrain à approcher s'est présenté de lui-même : le bureau ayant la responsabilité nationale du retour au travail pour les militaires. Puisqu'il est situé au centre-ville d'Ottawa, il nous a donc été facile d'entrer en contact avec ce dernier, et ce, autant par téléphone qu'en personne compte tenu de notre lieu de résidence physique rapproché.

Lors de nos premières démarches de rencontre avec les responsables du programme de retour au travail, c'est avec plaisir que nous avons renoué avec d'anciennes connaissances de travail. Dès nos premières discussions, les responsables en question se sont montrés intéressés et enthousiastes envers notre projet de recherche; ils ont donc accepté d'emblée de parrainer ce dernier. Nos démarches auprès du comité militaire de la recherche scientifique ont par la suite porté fruits : nous avons obtenu l'autorisation formelle d'effectuer notre recherche auprès de la population militaire.

L'étude de notre soumission de projet par le comité militaire de la recherche capte si bien l'attention des membres de ce comité, qu'au même moment où l'on nous informe de l'endossement de celui-ci, on nous demande que notre questionnaire soit disponible dans les deux langues officielles au lieu d'une seule (français) afin d'en maximiser la portée potentielle. Qui plus est, le comité militaire en question nous offre le soutien technique électronique afin de transformer notre questionnaire papier en format électronique afin d'en faciliter la collecte des données et de rendre ces dernières rapidement accessibles pour les FC comme pour nous.

4.3.2 L'envoi des questionnaires

Notre questionnaire de recherche dorénavant disponible dans les deux langues officielles et notre parrain de projet ayant développé un réseau de distribution aux répondants potentiels à travers ses coordonnateurs régionaux du programme de retour au travail, la présente recherche est prête à passer en mode de collecte de données. Malheureusement, c'est à ce moment que nous rencontrons ce que certains chercheurs redoutent le plus : le retrait du support organisationnel.

Bien que notre parrain militaire de projet endosse notre projet de recherche depuis plusieurs mois, un roulement de personnel responsable au sein du bureau national du programme

militaire de retour au travail ainsi que certaines initiatives dorénavant en développement dans le cadre du soutien aux blessés militaires font en sorte que l'endossement de notre parrain se voit à ce moment contrecarré par l'autorité supérieure du bureau national du programme de retour au travail. En étant à l'étape de l'envoi des questionnaires à travers les coordonnateurs régionaux du retour au travail, nous remettons alors en question la faisabilité de compléter la présente recherche. Il importe de souligner que l'intermédiaire des coordonnateurs régionaux du programme de retour au travail est un élément crucial dans notre projet de recherche; ceux-ci étant en contact direct avec les militaires de la Force régulière répondant aux critères de notre recherche. Ces coordonnateurs régionaux sont donc les mieux habilités à effectuer l'aiguillage de l'envoi de questionnaire de recherche.

Malgré plusieurs démarches auprès des instances militaires supérieures et le fait que notre autorisation de recherche émise par le comité militaire de la recherche scientifique demeure valide, nos efforts demeurent vains et c'est avec résignation que nous lâchons prise. L'heure est dorénavant à l'exploration d'alternatives de distribution car le temps presse. En effet, l'autorisation du comité militaire de la recherche scientifique explicite un délai strict au cours duquel la collecte de données doit être effectuée. Au-delà ce délai, l'autorisation n'est plus valide. Le raisonnement derrière l'adhérence stricte au délai de collecte de données émane de la répartition à travers le temps des questionnaires de recherche soumis à la population militaire en général. Nous avons mentionné ci-dessus le fait que la population militaire répond aux questionnaires de recherche avec un ratio élevé et est donc un bassin prisé des chercheurs universitaires dans de nombreux domaines. Qui plus est, les FC elles-mêmes effectuent de nombreuses recherches scientifiques auprès de leur propre population. Par conséquent, la répartition de la distribution ainsi que de la collecte de donnée orchestrée par le comité militaire de la recherche est supervisée de près afin d'éviter que la « fatigue » de questionnaire ne

s'installe chez cette population affectant ainsi la qualité des données obtenues dans divers domaines.

Compte tenu qu'un tel revirement de situation entraînait un impact sérieux, voire même compromettant, de notre stratégie de recrutements de sujets, nous avons, à plusieurs reprises, demandé des explications relatives au volte face concernant la non-distribution de nos questionnaires de recherche via le réseau des coordonnateurs régionaux de retour au travail. Notre outil de recherche était dorénavant disponible sous format électronique et, par conséquent, facilitait grandement l'implication en terme de temps et d'effort de la part des coordonnateurs régionaux; nous étions abasourdie d'essayer un tel désistement.

Malgré nos requêtes répétées visant la révision de l'annulation du soutien de la distribution de notre questionnaire de recherche afin de rejoindre le plus de sujets potentiels, le responsable national du programme militaire de retour au travail s'en est tenu à réitérer qu'il ne pouvait imposer à ses ressources régionales la tâche de cette distribution de questionnaire de recherche; il explique que ces dernières ressources appartiennent à leur base militaire respective et qu'elles sont des personnes qui n'appartiennent pas à la chaîne de commandement du programme de retour au travail comme tel mais bien aux autorités locales.

Nous voilà donc à une intersection dangereuse pour toute recherche scientifique: compte tenu du délai s'envolant rapidement, nous avons dû effectuer des choix pressants tout en pesant les conséquences réelles ainsi que les impacts sur notre recherche. L'urgence de la situation est telle que nous sommes forcée de consulter rapidement notre comité d'évaluation, soit notre directrice ainsi que le responsable de notre programme de maîtrise, afin d'exposer nos difficultés ainsi que nos solutions envisagées pour être en mesure de choisir la meilleure en fonction des conditions contemporaines s'imposant à nous.

Suite à nos démarches de consultations auprès de nos autorités académiques, nous concluons que notre projet de recherche, bien que rencontrant dorénavant une scission au sein de l'organisation visée par notre recherche, est trop important et novateur pour être délaissé à ce stade si avancé.

Puisque nous ne pouvons rejoindre seule rapidement les répondants potentiels pour la présente recherche, nous choisissons d'utiliser le journal militaire hebdomadaire des FC comme solution alternative. La prochaine parution devant passer sous presse dans les jours qui suivent, compte tenu de notre certificat d'approbation du comité militaire valide, les responsables de la publication nous autorise à publier un court article bilingue invitant les militaires ciblés par notre recherche dans le journal la feuille d'érable (Défense nationale, 2008). Cet article est inclus dans la section des annexes du présent document.

4.3.3 Offre de participer à l'étude

L'offre de participation au présent projet de recherche ayant été transmise par le truchement du journal militaire hebdomadaire, les personnes intéressées étaient enjointes à utiliser l'adresse électronique identifiée afin de répondre au questionnaire, et ce, dans la langue officielle de leur choix.

En utilisant l'entremise d'un court article à l'intérieur du journal hebdomadaire, nous avons rejoint un bassin de population beaucoup plus vaste et plus large que l'on aurait pu le faire en passant à travers les coordonnateurs régionaux de retour au travail. Par contre, les militaires étant en congé de fin de service ou encore ayant déjà été libérés n'ont pu recevoir l'offre de participation à la présente recherche à travers le journal hebdomadaire puisque n'étant dorénavant

plus en service actif. De façon indirecte toutefois, les anciens collègues ainsi que les amis encore en service de ces derniers étaient enjoins à participer à notre recherche.

Par ailleurs, les coordonnateurs régionaux du programme de retour au travail, lors des pourparlers initiaux, devaient jouer un rôle proactif lorsque les répondants n'avaient pas d'accès intranet afin de compléter le questionnaire électronique; ils pouvaient rendre accessibles leurs équipements ou encore fournir une copie papier et nous transmettre les questionnaires complétés.

Bien que déçue d'avoir eu recours à une telle solution, nous sommes consciente que le choix de solution de rechange de dernière minute au niveau du recrutement est loin d'être idéale; par contre, nous réitérons qu'il en allait de la réalisation même de notre présente étude.

4.4 Questionnaire de recherche

Dans le but de répondre à nos questions de recherche préalablement énoncées et afin d'introduire une logique certaine, notre questionnaire de recherche est divisé en quatre sections distinctes: les instructions générales, la section A traitant des caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité, la section B traitant des caractéristiques reliées au retour au travail, et, la section C traitant des caractéristiques sociodémographiques.

Reconnaissant que l'opportunité d'effectuer une recherche quantitative dans le domaine du retour au travail nous offre une occasion inégalée d'inclure des questions qui pourraient, potentiellement, être révélatrices de la réalité militaire, bien qu'allant au-delà de notre recension des écrits scientifiques, nous avons donc choisi d'utiliser la présente recherche autorisée afin de maximiser notre questionnement des sujets qui consentent à répondre à notre questionnaire de

recherche. Ceci étant dit, le lecteur ne sera donc pas surpris de constater que notre questionnaire contient des questions allant au-delà de nos objectifs avoués de recherche à prime abord.

Dans le cadre de notre exposition de la pertinence scientifique, nous avons souligné le fait qu'il existe que de rares études de nature quantitative qui se sont penchées sur la présente problématique que constitue l'étude du retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux chez les travailleurs. Forte de cette dernière constatation, nous avons donc choisi l'avenue que constitue l'étude essentiellement quantitative descriptive dans le but de maximiser notre apport de recherche à la compréhension scientifique de la présente problématique.

Il appert cependant que, puisque l'étude quantitative de la présente problématique est novatrice et contemporaine, les questionnaires sont extrêmement rares. En effet, nous avons retracé un seul questionnaire de ce type de recherche, soit celui de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, (2004). Par contre, bien que nous ayons pu physiquement prendre connaissance de ce dernier, nous avons constaté que celui-ci, de façon globale, n'est pas adapté à notre terrain de recherche. Compte tenu du présent constat, nous avons donc construit nous-mêmes notre questionnaire de recherche en nous inspirant, dans une certaine mesure, du questionnaire recensé.

Par la suite, puisque notre outil de recherche en est un dans une grande mesure nouveau, une fois notre ébauche de questionnaire complétée, nous avons soumis notre document à quelques experts choisis afin de nous assurer que le contenu de ce dernier correspond effectivement aux variables que nous souhaitons mesurer. Les experts interpellés sont notre directrice de mémoire, le responsable de notre programme de maîtrise ainsi qu'une intervenante impliquée directement dans le programme de retour au travail pour les militaires.

Par ailleurs, une fois le contenu vérifié par nos experts ainsi que les ajustements effectués au questionnaire, nous avons soumis ce dernier à une phase pilote. Dans le cadre de cette phase, quelques personnes volontaires ayant connu une période d'incapacité de longue durée et faisant partie de l'organisation visée ont répondu à notre ébauche de questionnaire de recherche dans le but de le commenter. Au cours de leur lecture, ces volontaires nous ont fait part de leurs difficultés de compréhension des questions ainsi que des choix de réponses présentées au sein du questionnaire.

Pour terminer, préalablement à l'administration de notre questionnaire de recherche aux répondants potentiels, une dernière mise à jour, en fonction des commentaires reçus lors de cette phase pilote, a été effectuée. La version finale de notre outil de recherche peut par ailleurs être consultée à la fin du présent document (annexe 1).

4.5 Collecte de données

Une fois notre questionnaire de recherche finalisé, nous avons soumis celui-ci ainsi que les détails de notre projet d'étude au comité d'éthique de la recherche de l'UQO et avons obtenu notre certificat d'éthique de l'université. Le certificat en question est reproduit à la fin du présent document (annexe 2).

L'obtention du certificat d'éthique de l'UQO représente une première démarche préalable à la soumission de notre projet de recherche auprès des FC. En effet, tel qu'énoncé plus tôt, ces dernières possèdent leur propre comité d'autorisation de la recherche scientifique et toute étude visant ses membres militaires ainsi que leur famille doit être officiellement approuvée par ce dernier comité. Nous avons donc soumis notre ébauche de projet entérinée par le comité d'éthique de l'UQO à celui des FC pour fin d'approbation formelle de la part de cette

organisation. Le lecteur se souviendra que cette dualité avait par ailleurs été exposée au lecteur au chapitre précédent.

Une fois au fait de notre proposition de la présente recherche, le comité d'autorisation de la recherche scientifique des FC reconnut la valeur scientifique de celui-ci et nous a octroyé leur autorisation formelle; la lettre attestant de cette autorisation peut être consultée en fin de document (annexe 2). Qui plus est, le département militaire de la recherche scientifique, compte tenu du thème de notre recherche ainsi que de leur intérêt organisationnel envers notre projet d'étude, a autorisé que notre questionnaire soit administré de façon électronique aux répondants et ce, à même leur ressources informatiques. Il importe de souligner ici que le support informatique, en terme de ressources non seulement matérielles mais aussi de personnel, est exceptionnel; c'est le sujet même de notre étude, rejoignant l'intérêt contemporain des responsables des ressources humaines militaires, qui a généré un tel soutien organisé.

4.6 Plan d'analyse

Puisque notre population à l'étude fait figure de proue au sein de la littérature scientifique à ce stade-ci, nous tenons à informer le lecteur que l'exploration des questions de recherche ci-haut présentées s'effectue sous deux angles: en fonction du genre ainsi qu'en fonction du grade militaire. Le grade sera de façon prépondérante, compte tenu du nombre restreint de répondants, regroupé en deux groupes distincts : un premier constitué des sous-officiers, et, un deuxième constitué des officiers.

L'étude en fonction du genre nous permet d'effectuer certaines comparaisons spécifiques avec les conclusions avancées dans la littérature recensée. Par ailleurs, le deuxième angle retenu,

soit celui de l'étude des données en fonction du grade militaire des répondants, permet, par une certaine extrapolation, la comparaison entre les conclusions scientifiques avancées en fonction du type de poste de travail occupé. Selon cette optique, les gestionnaires ainsi que les professionnels équivalent à notre groupe constitué d'officiers, et, les travailleurs exécuteurs, à notre groupe constitué des sous-officiers. Qui plus est, en choisissant ces ramifications lors de la présentation de nos résultats, nous maximisons ainsi l'approfondissement descriptif de nos données recueillies et ce, malgré le nombre limité de répondants.

En fonction de notre base de données, notre effort de recherche se concentre sur l'exploration du portrait documenté comptabilisé, bien que limité, des travailleurs militaires ayant connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale. C'est donc à travers l'utilisation du programme de traitement de statistiques SPSS (version 15) que nous effectuons la description de notre banque de données. Pour ce faire, nous utilisons la fonction des fréquences statistiques, essentiellement, accompagnées, lorsque approprié, de la moyenne ainsi que de l'écart type afin de pondérer nos propos de l'analyse des résultats dans le chapitre qui suit.

Notre banque de données contenant un nombre restreint de répondants, au-delà de l'analyse statistique descriptive, nous avons pris la liberté de rédiger une brève description sous forme de texte de chacun des répondants à notre recherche. Qui plus est, cet exercice nous permet de tenir compte des commentaires émis par nos répondants dans le cadre de notre analyse des résultats aux questions qualitatives. Cet exercice nous a permis de dresser un portrait plus personnel des répondants tout en nous offrant de revoir nos données sous un autre angle.

Le présent chapitre ayant dorénavant exposé notre méthodologie ainsi que de nos questions de recherche, nous sommes dorénavant en mesure de passer à l'analyse descriptive de notre banque de données. Nous invitons donc le lecteur à poursuivre sa lecture afin de prendre connaissance de nos résultats d'analyses.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS ET DISCUSSION PRÉLIMINAIRE

5.1 Résultats

La partie qui suit reflète les résultats de notre étude des différents déterminants étudiés chez notre échantillon à l'étude. Nous offrons donc au lecteur un court texte de présentation et d'explication suivis des tableaux statistiques sur lesquels se basent nos conclusions. Par souci de concision, le lecteur prendra note que les tableaux statistiques présentés, à moins que certaines données soient manquantes, n'incluent pas le nombre de répondants total ou encore le nombre de données manquantes.

Au-delà de l'avertissement explicité ci-dessus, d'autres précisions s'imposent d'emblée. La première étant que nous avons recueilli 23 questionnaires de recherche au total. De ce nombre, trois ont dû être retranchés car ils provenaient de répondants ayant identifié que leur congé maladie de longue durée émanait de problèmes à prépondérance physiques et non psychologiques. La deuxième précision porte sur le fait que les tableaux statistiques présentés ci-après comportent, la plupart du temps, un titre reflétant la question analysée sous sa forme anglaise. En effet, le personnel nous ayant aidé sur le plan technique pour la présente recherche était majoritairement anglophone et a donc comptabilisé pour nous notre questionnaire dans sa formulation en langue anglaise. Étant nous-même bilingue, le constat de divergence de langue ne nous a vraiment frappée que lorsque nous avons mis en texte les dits tableaux en question. Compte tenu que notre questionnaire de recherche est disponibles dans les deux langues officielles canadiennes, nous avons donc choisi de conserver notre banque de données intacte et,

par conséquent, les titres anglophones de ceux-ci lorsqu'ils reflètent les questions posées aux répondants.

Nous tenons par ailleurs à exposer une constatation en ce qui concerne le statut d'emploi de nos répondants puisque cette dernière influence d'emblée notre recherche dans son ensemble. En ce qui a trait au statut des répondants au moment où ceux-ci ont répondu au questionnaire de recherche, ils sont tous, sans exception, de retour au travail suite à leur congé maladie émanant d'une incapacité causée par des problèmes de santé mentale. Un examen minutieux nous dévoile effectivement que bien que deux des répondants ont indiqué « autre » comme réponse à la présente question, l'un stipule travailler à temps plein comme employé civil au Ministère de la Défense nationale et l'autre être encore militaire tout en explicitant être sur le point de prendre sa retraite.

Tableau 3. Condition d'emploi actuel

What is your current employment status?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Working	18	90.0	90.0	90.0
	Other	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Le lecteur ne devrait être surpris de constater le retour au travail des répondants exposé ci-dessus. Notre mise en relief des difficultés techniques connues lors de l'administration du présent questionnaire de recherche en début de document explique clairement la facilité, de loin accrue, pour les militaires ayant accès à un poste de travail informatique à remplir ce dernier en comparaison à ceux en congé.

Finalement, nous avons choisi d'effectuer le volet portant sur le rapprochement avec les différents auteurs recensés au fur et à mesure des diverses analyses effectuées. Nous sommes

consciente que cette partie nommée « discussion » s’insère habituellement *a posteriori* des analyses comme telles, mais, en ce qui nous concerne, le fait que nous effectuons un rapprochement serré avec une des rares études canadiennes quantitative fait en sorte que la présente façon de faire en facilite la compréhension.

5.1.1 Caractéristiques socio-démographiques

Malgré le nombre limité de répondants à notre questionnaire de recherche, notre base de données demeure certes intéressante car elle regroupe des personnes dont les caractéristiques socio-démographiques sont variées et ce, à plusieurs points de vue. Compte tenu de cette variété, nous avons donc voulu explorer ce type de variables afin d’esquisser un portrait descriptif factuel et d’être en mesure de pondérer nos commentaires et conclusions ultérieurs. Les sous-sections qui suivent explorent donc les caractéristiques socio-démographiques et présentent les résultats d’analyses descriptives effectuées à l’aide du programme de statistiques SPSS (version 15).

5.1.1.1 Genre

Des 20 répondants, 55% sont des hommes et 45% sont des femmes. Fait à noter, au sein de la population militaire canadienne de la Force régulière, on retrouve 88% d’hommes et 12% de femmes (Défense nationale (2003), p. 3). Par conséquent, le lecteur notera que notre échantillon n’est point représentatif de notre population. Par ailleurs, soit dit en passant, plusieurs occupations militaires; notamment celles des armes de combat, sont encore presque totalement composées de membres militaires masculins.

Tableau 4. Genre des répondants

What is your gender?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Male	11	55.0	55.0	55.0
	Female	9	45.0	45.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

La recherche quantitative de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004) est la seule à nous fournir des statistiques nous permettant de comparer les résultats obtenus à la présente variable soci-démographique. Ces auteurs révèlent une répartition de participants de l'ordre de 33% d'hommes et de 67% de femmes. Leur recherche portant sur la fonction publique provinciale, la répartition selon le genre des employés y est beaucoup mieux balancée que chez notre population à l'étude. Pour notre part, le fait que plus d'hommes que de femmes aient répondu à notre présent questionnaire de recherche semble être, selon nous, une conséquence du nombre plus élevé de ceux-ci au sein des FC.

Un autre aspect relatif au genre est avancé par les études de Mackenzie, Gekoski & Knox (2006) ainsi que St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond (2004); selon celles-ci, les femmes sont plus ouvertes à consulter des spécialistes de la santé mentale afin de parler de leurs problèmes. Par conséquent, qu'elles aient répondu à notre questionnaire dans une proportion de 45% tend potentiellement à souligner cet empressement de leur part, ou encore, il pourrait s'agir d'un problème d'échantillonnage.

5.1.1.2 Grade

Deux sous-groupes composent les grades au sein des Forces canadiennes : celui des sous-officiers qui englobe les grades de soldat à adjudant-chef, et, celui des officiers qui englobe les grades d'élève-officier à général. Fait à noter, chacun de ces sous-goupes se scinde par ailleurs en deux : junior (soldat à caporal-chef pour les sous-officiers et élève-officier à capitaine pour les officiers) et sénior (sergeant à adjudant-chef pour les sous-officiers et major à général pour les officiers). Malgré cette ramification des grades comptabilisée dans notre questionnaire de recherche, nous soulignons dès lors au lecteur avoir amalgamé ces sous-groupes dans la majorité des analyses effectuées afin de ne refléter que les scindement entre les sous-officiers et les officiers. Cette décision a été prise compte tenu du nombre limité de répondants dans les sous-groupes respectifs; la seule exception à cette application est le portrait descriptif des répondants.

Ce sont donc à 65% des répondants sous-officiers et 35% de répondants officiers qui ont répondu à notre questionnaire de recherche. Il est par ailleurs intéressant, compte tenu du nombre restreint de répondants, de constater qu'une répartition demeure si l'on examine le grade en fonction du sexe des répondants : 7 hommes sont des sous-officiers et 4 sont des officiers alors que 6 femmes sont des sous-officiers et 3 sont des officiers.

Tableau 5. Grade des répondants

What rank were you at the START of your sick leave? Répondants

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Junior NCM (Pte to MCpl)	8	40.0	40.0	40.0
	Senior NCM (Sgt to CWO)	5	25.0	25.0	65.0
	Junior Officer (OCdt to Capt)	2	10.0	10.0	75.0
	Senior Officer (Maj to Gen)	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tableau 6. Grade des hommes

What rank were you at the START of your sick leave? Hommes

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Junior NCM (Pte to MCpl)	4	36.4	36.4	36.4
Senior NCM (Sgt to CWO)	3	27.3	27.3	63.6
Junior Officer (OCdt to Capt)	1	9.1	9.1	72.7
Senior Officer (Maj to Gen)	3	27.3	27.3	100.0
Total	11	100.0	100.0	

Tableau 7. Grade des femmes

What rank were you at the START of your sick leave? Femmes

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Junior NCM (Pte to MCpl)	4	44.4	44.4	44.4
Senior NCM (Sgt to CWO)	2	22.2	22.2	66.7
Junior Officer (OCdt to Capt)	1	11.1	11.1	77.8
Senior Officer (Maj to Gen)	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Il existe un certain parallèle entre l'étude de notre population en fonction du grade et celle de l'étude de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004); ce parallèle nous permet d'effectuer une comparaison entre les deux études. En effet, cette dernière étude départit les répondants en fonction de leur type d'emploi respectif soit : ouvrier et services auxiliaires, employé de bureau, technicien, enseignant, infirmier, professionnel, cadre, et, autre. Ainsi, une combinaison des catégories des professionnels et des cadres regroupant 23% des répondants de leur étude peut être mis en comparaison avec notre catégorie de répondants étant officiers, soit 35%.

5.1.1.3 Âge

Avant de débiter cette section, nous tenons à exposer au lecteur certains faits particuliers relatifs au facteur d'âge de la population militaire. Le plus tôt qu'une personne peut s'enrôler dans les FC est à l'âge de 16 ans. Fait à noter, avant que le candidat ait atteint l'âge de la majorité, cet âge variant selon la province de résidence, le consentement écrit des parents est nécessaire. À l'autre extrémité, l'âge maximum de la retraite sonne au plus tard à 60 ans; ce maximum est récent de quelques années; il était en effet de 55 ans jusqu'à tout récemment.

L'âge de nos répondants lors de leur congé maladie varie entre 31 et 55 ans et la moyenne globale est de 40 ans; à noter, 60% des répondants ont moins 41 ans. Le fait que les militaires aient en majorité 41 ans et moins est dès lors moins surprenant compte tenu des précisions ci-dessus.

En comparant les résultats relatifs à l'âge présentés dans St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004, p. 43), on constate que notre population reflète une moyenne d'âge moindre. En effet, au sein de leur population de répondants, 9% ont moins de 34 ans, 44% entre 35 et 44 ans, 33% entre 45 et 54 ans et 14% ont 55 ans ou plus.

Tableau 8. Âge des répondants

Age – Répondants

Statistiques

How old were you when you first STARTED your sick leave?

Moyenne	40.35
Médiane	41.00
Mode	33(a)
Ecart-type	6.556

a Il existe de multiples modes

How old were you when you first STARTED your sick leave?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 31	1	5.0	5.0	5.0
32	1	5.0	5.0	10.0
33	3	15.0	15.0	25.0
35	1	5.0	5.0	30.0
37	1	5.0	5.0	35.0
38	2	10.0	10.0	45.0
41	3	15.0	15.0	60.0
42	1	5.0	5.0	65.0
44	2	10.0	10.0	75.0
46	2	10.0	10.0	85.0
47	1	5.0	5.0	90.0
50	1	5.0	5.0	95.0
55	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Puisque notre banque de données nous permet de départir la présente variable d'âge en fonction du sexe des répondants ainsi que de leur groupe de grade respectif, l'exploration de celle-ci selon ces aspects demeure intéressante et ce, nonobstant qu'une comparaison demeure impossible. En effet, aucune autre étude quantitative scientifique répertoriée offre un portrait statistique de résultats nous permettant de comparer nos données ci-avant de façon si détaillée. Au sein de notre bassin de répondants, nous constatons que les hommes ont une moyenne d'âge de 42 ans et que les femmes ont une moyenne d'âge de 39 ans au moment de vivre leur période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale.

Selon nous, la possibilité de joindre l'organisation militaire régulière dès un jeune âge, ce que beaucoup font, peut par conséquent teinter à la baisse l'âge de l'apparition des problèmes psychologiques entraînant une période d'incapacité chez ces travailleurs. La différence entre les hommes et les femmes s'expliquant par la plus grande ouverture d'esprit des femmes à consulter des intervenants de la santé mentale (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004). En ce qui a trait aux hommes, ils tendent plutôt à quitter

l'organisation que d'effectuer un retour au travail suite à de tels problèmes de santé (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004).

Tableau 9. Âge des hommes

Age – Hommes

Statistiques

How old were you when you first STARTED your sick leave?

N	Valide	11
	Manquante	0
Moyenne		41.73
Médiane		41.00
Mode		41
Ecart-type		6.589

How old were you when you first STARTED your sick leave?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 31	1	9.1	9.1	9.1
33	1	9.1	9.1	18.2
38	1	9.1	9.1	27.3
41	3	27.3	27.3	54.5
42	1	9.1	9.1	63.6
44	1	9.1	9.1	72.7
46	1	9.1	9.1	81.8
47	1	9.1	9.1	90.9
55	1	9.1	9.1	100.0
Total	11	100.0	100.0	

Tableau 10. Âge des femmes

Age – Femmes

Statistiques

How old were you when you first STARTED your sick leave?

N	Valide	9
	Manquante	0
Moyenne		38.67
Médiane		37.00
Mode		33
Ecart-type		6.481

How old were you when you first STARTED your sick leave?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 32	1	11.1	11.1	11.1
33	2	22.2	22.2	33.3
35	1	11.1	11.1	44.4
37	1	11.1	11.1	55.6
38	1	11.1	11.1	66.7
44	1	11.1	11.1	77.8
46	1	11.1	11.1	88.9
50	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Examiné sous l'angle des groupes de grades, l'âge moyen nous révèle que celui des sous-officiers est de 39 ans et que celui des officiers est de 44 ans. Compte tenu du parallèle exposé plus haut entre les catégories de travailleurs dans l'étude de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004), peut être existe-t-il une influence entre le sentiment de surcharge de travail plus prononcé chez les sous-officiers que chez les officiers.

Tableau 11. Âge des sous-officiers

Age – Sous-officiers

Statistiques

How old were you when you first STARTED your sick leave?

N	Valide	13
	Manquante	0
Moyenne		38.62
Médiane		38.00
Mode		33
Ecart-type		6.371

How old were you when you first STARTED your sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	31	1	7.7	7.7	7.7
	32	1	7.7	7.7	15.4
	33	3	23.1	23.1	38.5
	35	1	7.7	7.7	46.2
	38	1	7.7	7.7	53.8
	41	2	15.4	15.4	69.2
	42	1	7.7	7.7	76.9
	46	1	7.7	7.7	84.6
	47	1	7.7	7.7	92.3
	50	1	7.7	7.7	100.0
Total		13	100.0	100.0	

Tableau 12. Âge des officiers

How old were you when you first STARTED your sick leave? Officiers

N	Valide	7
	Manquante	0
Moyenne		43.57
Mode		44

How old were you when you first STARTED your sick leave? Officiers

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	37	1	14.3	14.3	14.3
	38	1	14.3	14.3	28.6
	41	1	14.3	14.3	42.9
	44	2	28.6	28.6	71.4
	46	1	14.3	14.3	85.7
	55	1	14.3	14.3	100.0
Total		7	100.0	100.0	

5.1.1.4 Auto-évaluation de la santé

L'auto-évaluation contemporaine de sa santé personnelle en comparaison au groupe de personnes de leur âge fait partie des variables explorées dans notre questionnaire de recherche.

A cette dernière, les répondants, de manière générale, considèrent leur santé à 75% comme étant de bonne à excellente. A cet effet, le lecteur pourra consulter les tableaux détaillés ci-après.

Cette même variable, étudiée selon le sexe des répondants nous dévoile que 82% des hommes considèrent leur santé comme bonne à excellente. Chez les femmes, cette même auto-évaluation de la santé reflètent 66% des répondantes la considérant entre bonne et excellente.

Par ailleurs, en fonction de leur groupe grade respectif, 70% des sous-officiers auto-évaluent leur santé entre bonne et excellente. Pour leur part, chez les officiers, c'est plutôt un pourcentage de 86% au total.

Nos répondants étant de retour au travail suite à leur période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale, la comparaison entre ceux ayant effectué ce retour et ceux ne l'ayant pas fait est malheureusement impossible ici. Par contre, ce qui attire notre attention est la répartition des réponses en ce qui concerne l'auto-évaluation de la santé. Les hommes se restreignent à seulement trois catégories (très bonne, bonne et moyenne) alors que les femmes utilisent la variété complète des choix proposés. Cette présente constatation s'inverse lorsque nous examinons les groupes de grades; ainsi, les sous-officiers utilisent la variété complète alors que les officiers n'en choisissent que trois.

Nous reconnaissons ici la duplication des répondants en fonction de l'approche des groupes choisis (genre versus groupes de grades); il n'en demeure pas moins que ce déterminant, concluant selon notre revue de littérature (Post, Krol & Groothoff, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004; Lavoie, 2006), puisse dorénavant être poussé au-delà de ce qu'il l'a été à ce jour afin d'en départir plus à fond son incidence sur le retour au travail des employés connaissant une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale.

Tableau 13. Auto-évaluation de la santé - répondants

In comparison to people your own age, in your opinion, how would you rate your general health?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	excellent	1	5.0	5.0	5.0
	very good	9	45.0	45.0	50.0
	good	5	25.0	25.0	75.0
	average	4	20.0	20.0	95.0
	bad	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tableau 14. Auto-évaluation de la santé – hommes

In comparison to people your own age, in your opinion, how would you rate your general health?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	very good	6	54.5	54.5	54.5
	good	3	27.3	27.3	81.8
	average	2	18.2	18.2	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Tableau 15. Auto-évaluation de la santé - femmes

In comparison to people your own age, in your opinion, how would you rate your general health?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	excellent	1	11.1	11.1	11.1
	very good	3	33.3	33.3	44.4
	good	2	22.2	22.2	66.7
	average	2	22.2	22.2	88.9
	bad	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 16. Auto-évaluation de la santé – sous-officiers

In comparison to people your own age, in your opinion, how would you rate your general health?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide excellent	1	7.7	7.7	7.7
very good	5	38.5	38.5	46.2
good	3	23.1	23.1	69.2
average	3	23.1	23.1	92.3
bad	1	7.7	7.7	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Tableau 17. Auto-évaluation de la santé – officiers

In comparison to people your own age, in your opinion, how would you rate your general health?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide very good	4	57.1	57.1	57.1
good	2	28.6	28.6	85.7
average	1	14.3	14.3	100.0
Total	7	100.0	100.0	

5.1.2 Caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité

La section qui suit explore les aspects concernant les caractéristiques du congé de maladie et de l'incapacité des militaires de la Force régulière militaire canadienne ayant répondu au présent questionnaire de recherche. A cet effet, le lecteur pourra se référer à la section A de notre questionnaire de recherche.

5.1.2.1 Traitement utilisé lors du congé maladie

De façon globale, 15% des répondants identifient avoir utilisé le traitement uniquement pharmaceutique, 75% identifient avoir utilisé une combinaison de traitements pharmacologiques

ainsi que psychologiques, 5% indique n'avoir utilisé aucun traitement et un autre 5% indique « autre ».

Selon le sexe, les hommes ont utilisé seulement le traitement pharmaceutique dans 27% des cas et le traitement combiné (pharmaceutique et psychologique) dans 73% des cas. Pour leur part, les femmes reflètent le traitement combiné dans 78% des cas et « aucun » ou « autre » pour le reste.

En ce qui a trait à leur groupe grade respectif, les répondants sous-officiers énoncent avoir utilisé le traitement pharmacologique dans 15% des cas, le traitement combiné (pharmacologique et psychologique) dans 77% des cas et un traitement « autre » dans 7% des cas. Chez les officiers ce sont 14% des cas qui ont utilisé le traitement pharmacologique, 71% des cas le traitement combiné (pharmacologique et psychologique) et 14% n'ont utilisé aucun traitement.

L'aspect devant être souligné au terme du traitement utilisé par nos répondants est le fait que chacune des catégories, globales ou encore scindées selon le genre ou le groupe grade, reflète un mode indiquant la prépondérance de la combinaison de traitements pharmaceutiques et psychologiques.

Tableau 18. Traitement - Répondants

While on sick leave, what type(s) of treatment did you receive?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Pharmaceutical (medication)	3	15.0	15.0	15.0
Combined (pharmaceutical & psychological)	15	75.0	75.0	90.0
None	1	5.0	5.0	95.0
Other	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tableau 19. Traitement - Hommes

While on sick leave, what type(s) of treatment did you receive?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pharmaceutical (medication)	3	27.3	27.3	27.3
	Combined (pharmaceutical & psychological)	8	72.7	72.7	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Tableau 20. Traitement - Femmes

While on sick leave, what type(s) of treatment did you receive?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Combined (pharmaceutical & psychological)	7	77.8	77.8	77.8
	None	1	11.1	11.1	88.9
	Other	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 21. Traitement – sous-officiers

While on sick leave, what type(s) of treatment did you receive?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pharmaceutical (medication)	2	15.4	15.4	15.4
	Combined (pharmaceutical & psychological)	10	76.9	76.9	92.3
	Other	1	7.7	7.7	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tableau 22. Traitement - officiers

While on sick leave, what type(s) of treatment did you receive?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Pharmaceutical (medication)	1	14.3	14.3	14.3
	Combined (pharmaceutical & psychological)	5	71.4	71.4	85.7
	None	1	14.3	14.3	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

L'étude quantitative de St-Arnaud (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 160) nous permet d'explorer partiellement le traitement utilisé, spécifiquement la prise de médicaments au cours de la période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale. Leurs répondants ayant effectué un retour au travail ont eux aussi utilisé, de façon majoritaire (53%), des médicaments durant leur arrêt de travail. Bien que l'utilisation des traitements psychologiques ne soit explorée de la même façon que dans notre recherche, force est de constater, à l'instar des études antérieures (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Côté, 2001; Lavoie, 2006) que le traitement psychologique, reflété par le choix de « combiné » au sein de notre questionnaire, contribue au retour au travail suite à l'arrêt causé par des problèmes de santé mentale.

5.1.2.2 Consultation médicale

Selon la littérature recensée, puisque la ponctualité de l'accès aux services médicaux est un facteur possédant un impact certain sur le rétablissement de la personne, cette dernière a été sondée auprès de nos répondants. À la lumière des réponses obtenues, le portrait global nous révèle que 50% des répondants ont consulté au cours des quatre semaines suivant l'apparition de

leurs premiers symptômes. Nous tenons à souligner que c'est de façon arbitraire que nous avons déterminé la ponctualité relative à la consultation médicale à quatre semaines ou moins de l'apparition des symptômes.

L'étude des tableaux ci-dessous nous révèle que 64% des hommes ont consulté à quatre semaines ou moins et 36% à plus de 10 semaines de l'apparition des premiers symptômes. Chez les femmes, 33% ont consulté à quatre semaines ou moins des premiers symptômes, 44% entre cinq et 10 semaines et 22% à plus de 10 semaines de l'apparition des premiers symptômes. Cette même consultation médicale se répartit de la façon suivante chez les sous-officiers : 62% quatre semaines ou moins après l'apparition des symptômes et 38% entre cinq semaines et plus de 10 semaines. Chez les officiers, 29% ont consulté à quatre semaines ou moins de l'apparition des symptômes et 71% à cinq semaines ou plus.

Tableau 23. Ponctualité de la consultation médicale - répondants

Initially, when you experienced your first symptoms related to your mental health problems, when did you seek help from medical personnel (doctor, nurse, social worker, psychologist or other)?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Up to 2 weeks	5	25.0	25.0	25.0
3-4 weeks	5	25.0	25.0	50.0
5-6 weeks	3	15.0	15.0	65.0
9-10 weeks	1	5.0	5.0	70.0
More than 10 weeks	6	30.0	30.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tableau 24. Ponctualité de la consultation médicale – hommes

Initially, when you experienced your first symptoms related to your mental health problems, when did you seek help from medical personnel (doctor, nurse, social worker, psychologist or other)?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Up to 2 weeks	3	27.3	27.3	27.3
3-4 weeks	4	36.4	36.4	63.6
More than 10 weeks	4	36.4	36.4	100.0
Total	11	100.0	100.0	

Tableau 25. Ponctualité de la consultation médicale -femmes

Initially, when you experienced your first symptoms related to your mental health problems, when did you seek help from medical personnel (doctor, nurse, social worker, psychologist or other)?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Up to 2 weeks	2	22.2	22.2	22.2
	3-4 weeks	1	11.1	11.1	33.3
	5-6 weeks	3	33.3	33.3	66.7
	9-10 weeks	1	11.1	11.1	77.8
	More than 10 weeks	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 26. Ponctualité de la consultation médicale – sous-officiers

Initially, when you experienced your first symptoms related to your mental health problems, when did you seek help from medical personnel (doctor, nurse, social worker, psychologist or other)?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Up to 2 weeks	5	38.5	38.5	38.5
	3-4 weeks	3	23.1	23.1	61.5
	5-6 weeks	2	15.4	15.4	76.9
	More than 10 weeks	3	23.1	23.1	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tableau 27. Ponctualité de la consultation médicale – officiers

Initially, when you experienced your first symptoms related to your mental health problems, when did you seek help from medical personnel (doctor, nurse, social worker, psychologist or other)?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	3-4 weeks	2	28.6	28.6	28.6
	5-6 weeks	1	14.3	14.3	42.9
	9-10 weeks	1	14.3	14.3	57.1
	More than 10 weeks	3	42.9	42.9	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Compte tenu que notre population à l'étude est une audience captive du service des soins de santé militaire, nous nous sommes attardée à étudier plus à fond cet aspect. Le lecteur se

rappellera que les membres militaires sont tenus de consulter exclusivement, sauf exception ponctuelle, leurs propres intervenants médicaux et que toutes consultations extérieures doivent préalablement avoir été entérinées par ceux-ci. Par ailleurs, les résultats doivent être consignés au dossier médical du membre pour fin de suivi, le chapitre traitant du contexte particulier de notre étude explicite cet aspect. Bien que seulement la moitié des gens aient répondu à la question leur demandant s'ils auraient consulté plus rapidement s'ils avaient eu le choix entre le système militaire et celui civil, 50% de ceux-ci répondent « oui » et l'autre 50% répondent « je ne sais pas »; lorsqu'on leur demande s'ils ont volontairement, c'est à dire sans y avoir été référé par le système de santé militaire, un intervenant du système de santé civil, ce sont 20% des répondants qui répondent par l'affirmative.

Tableau 28. Choix entre le système médical militaire et civil

Do you think you would have sought a consultation with medical personnel sooner if you had had the choice to see anyone you wanted, whether military or civilian?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	1	5.0	10.0	10.0
	No	5	25.0	50.0	60.0
	I don't know	4	20.0	40.0	100.0
	Total	10	50.0	100.0	
Manquante	999	10	50.0		
Total		20	100.0		

Tableau 29. Consultation volontaire au civil

With respect to your sick leave for mental health problems, have you VOLUNTARILY (without referral) consulted CIVILIAN medical personnel?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	4	20.0	20.0	20.0
	No	16	80.0	80.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

En fonction de notre revue de littérature, nous reconnaissons l'importance de la consultation médicale rapide dans le cadre du retour au travail réussi suite à une période d'incapacité causée par des problèmes psychologiques (Côté, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004). Par contre, les données recueillies relativement à la consultation médicale dans le cadre de la présente étude demeurent moins catégoriques qu'anticipées au préalable. Nous expliquons cette moindre force par la spécificité de notre environnement de travail où les militaires craignent de perdre leur emploi s'ils consultent en santé mentale ainsi que le fait qu'ils sont captifs de leurs propres soins de santé organisationnels.

5.1.2.3 Cause attribuée à la période d'incapacité

Selon notre recension de la littérature, la cause attribuée aux problèmes de santé mentale est un déterminant concluant : la sphère du travail encaisse non seulement une grande part du blâme, lorsque cette sphère, en comparaison à la sphère de la vie personnelle, est la cause du congé, les travailleurs reviennent dans une moindre proportion au travail (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004).

Dans le cadre de notre étude, nos répondants identifient dans une proportion de 50% que leur travail est à l'origine de leurs problèmes de santé mentale ayant entraîné leur congé maladie. Des autres 50% ayant identifié une combinaison de travail et de vie personnelle à l'origine du congé maladie, ces derniers attribuent en moyenne à 67%, sur une échelle s'échelonnant entre 10% et 100%, à leur travail leurs problèmes psychologiques ayant mené à leur période d'incapacité.

Les hommes tiennent leur travail entièrement responsable de leur congé de maladie à 64% et un combiné de travail et vie personnelle à 36%; chez les femmes, ce sont plutôt des

proportions respectivement de 33% et 67%. Par ailleurs, un examen des répondants en fonction de leur grade expose des proportions de 39% des sous-officiers qui tiennent leur travail entièrement responsable de leur congé maladie et 61% qui croient plutôt que c'est une combinaison de travail et de vie personnelle. Chez les officiers, 71% tiennent leur travail entièrement responsable et 29% disent que c'est plutôt une combinaison de travail et vie personnelle.

Les conclusions de l'auteure St-Arnaud (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p. 158) vont dans le mêmes sens; chez les répondants ayant effectué un retour au travail, l'attribution à la composante de travail est de 31,8% et de combiné (travail et vie personnelle) à 58,4%.

Tableau 30. Cause prédominante au congé maladie – répondants

In your opinion, what was the MAIN reason for your sick leave?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Your work	10	50.0	50.0	50.0
Both of those reasons combined - work & personal life	10	50.0	50.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Specify to what extent you attribute the cause specifically to your WORK.

N	Valide	10
	Manquante	10
Mode		50

Specify to what extent you attribute the cause specifically to your WORK.

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	40%	1	5.0	10.0	10.0
	50%	3	15.0	30.0	40.0
	70%	2	10.0	20.0	60.0
	80%	2	10.0	20.0	80.0
	90%	2	10.0	20.0	100.0
	Total	10	50.0	100.0	
Manquante	999	10	50.0		
Total		20	100.0		

Tableau 31. Cause prédominante au congé maladie - hommes

In your opinion, what was the MAIN reason for your sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Your work	7	63.6	63.6	63.6
	Both of those reasons combined - work & personal life	4	36.4	36.4	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Tableau 32. Cause prédominante au congé maladie – femmes

In your opinion, what was the MAIN reason for your sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Your work	3	33.3	33.3	33.3
	Both of those reasons combined - work & personal life	6	66.7	66.7	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 33. Cause prédominante au congé maladie – sous-officiers

In your opinion, what was the MAIN reason for your sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Your work	5	38.5	38.5	38.5
	Both of those reasons combined - work & personal life	8	61.5	61.5	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tableau 34. Cause prédominante au congé maladie - officiers

In your opinion, what was the MAIN reason for your sick leave?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Your work	5	71.4	71.4	71.4
Both of those reasons combined - work & personal life	2	28.6	28.6	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Un deuxième aspect concernant la cause attribuée au congé maladie est celui de la facette précise étant blâmée par les personnes ayant connu une période d'incapacité. À ce niveau, les aspects spécifiques du travail auxquels nos répondants attribuent la responsabilité de leurs problèmes de santé mentale sont : la surcharge de travail ou la pression au rendement (25%), le conflit avec un supérieur immédiat (25%), et, les déploiements (20%). Bien que notre question relative à l'attribution d'un aspect spécifique du travail a été puisée à l'intérieur même du questionnaire de St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004), nous y avons ajouté le choix de réponse relatif aux déploiements afin de refléter la réalité militaire contemporaine de notre population. Nous étions consciente de l'impact potentiel sur la répartition de la réponse choisie par les répondants. Cet impact est cependant au-delà de notre anticipation puisque nous nous sommes rendues compte, *a posteriori* de l'édification de notre questionnaire électronique, que le questionnaire de St-Arnaud permettait aux répondants de choisir plus d'une réponse alors que, dans le nôtre, compte tenu de sa version électronique, une seule réponse était possible pour cette question. Par contre, le répondant pouvait, au-delà de sa réponse singulière, expliciter ou ajouter sous forme de texte ses commentaires. Nous présentons ces derniers ci-dessous, suite au tableau 35.

Nonobstant une divergence entre les questions relatives aux aspects du travail, chez les répondants de St-Arnaud, la surcharge de travail est la raison la plus souvent citée, vient ensuite la non-reconnaissance des efforts au travail, le facteur « autre » et le conflit avec le supérieur. On peut donc reconnaître une similitude certaine entre les deux études ainsi que la confirmation de l'impact des déploiements sur l'attribution de la responsabilité de ces derniers sur les problèmes de santé mentale entraînant une incapacité de travail chez les militaires étudiés.

Tableau 35. Aspect du travail le plus contributeur aux problèmes psychologiques

Which aspect of your work has contributed MOST to your psychological problems?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Work overload or pressure to perform	5	25.0	25.0	25.0
	Lack of autonomy at work	1	5.0	5.0	30.0
	No acknowledgment for my work efforts	1	5.0	5.0	35.0
	Conflict with my immediate supervisor or with chain of command	5	25.0	25.0	60.0
	Deployment	4	20.0	20.0	80.0
	Other	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Certains répondants offrent par ailleurs des informations additionnelles dans le but d'explicitier ou de préciser l'aspect du travail ayant contribué le plus à leurs problèmes de santé mentale; voici les détails de ces informations :

- Aussi l'évaluation négative de mon travail.
- La critique constante non constructive, l'humiliation en présence de mes subordonnés et l'absence d'autonomie dans mon travail.
- La surcharge de travail était le plus gros facteur – 15 ans et plus de haut rythme opérationnel. La goutte qui a fait déborder le vase a été mon affectation dans un poste de travail très chargé sans aucune autonomie ni contrôle. Par ailleurs, tous les facteurs mentionnés dans les choix de réponse étaient présents et ce, à différents degrés.

- L'attitude de « fait ce que je te dis et non ce que je fais » chez les membres plus hauts gradés en ce qui a trait aux mutations.
- Je voulais simplement une semaine de congé afin d'aller aider ma mère; si celle-ci avait été octroyée, je n'aurais pas eu besoin d'utiliser la voie médicale. En bout de ligne, j'ai été absent pendant un mois et non pas seulement pour une semaine.
- Il y a plusieurs années, j'ai été agressé par mon superviseur; je n'ai pas été supporté par ma chaîne de commandement du tout. J'ai été mis de côté et quelqu'un d'autre a eu un meilleur poste.
- Combinaison de changement de carrière avec mutation imprévue en pleine période de séparation/divorce, déménagement durant un cours de carrière, enfants à charge déménagés durant mon cours, adaptation à travailler dans une autre langue, nouvel emploi, nouvelles responsabilités liées à mon changement de carrière.
- Trois déploiements en cinq ans en plus de tous les exercices militaires et de l'entraînement entraînant une absence de plusieurs mois loin de la maison.

A la lumière des explications ci-dessus, on s'aperçoit à quel point le milieu de travail que sont les Forces canadiennes impose des conditions de travail entachant l'autonomie de ses membres militaires. En effet, en plus de subir la pression au rendement ainsi que les conflits avec son superviseur, aspects aussi reflétés par les travailleurs du milieu civil (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004), ces employés militaires doivent se soumettre non seulement à des transferts de postes et de localisation non-sollicités mais aussi à des périodes d'entraînement militaires pouvant s'étaler sur plusieurs semaines, sinon plusieurs mois. Par ailleurs, ils connaissent des déploiements opérationnels les obligeant à s'absenter de la maison dû à leur emploi.

5.1.2.4 Durée du congé maladie

Dans le cadre de notre recension de la littérature, nous avons exploré la période d'incapacité. Nous nous sommes par la suite servie de ce concept afin de déterminer nos critères

d'inclusion dans le but de recruter nos répondants à la présente étude. Autre que cette utilisation effectuée en ce qui concerne la période d'évaluation comme telle, nous avons recueilli de l'information relative à celle-ci mais ne l'avons pas traitée comme telle dans le présent document.

Le résumé des données comptabilisées relatives à la durée de l'absence des répondants se résume au sein du tableau ci-après :

Tableau 36. Durée de l'absence

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Durée de l'absence (mois)	4.67	6.2	2.94	6.04	2.29

Bien que l'interrogation incluse dans notre questionnaire spécifie que nous nous enquérons du nombre de mois (versus semaines), il semble que certains répondants aient mal compris cette interrogation. En effet, certains nombres reflétés semblent, puisqu'ils sont élevés, se rapporter à des semaines plutôt que des mois. Ce constat entache ainsi la validité des résultats obtenus. Par ailleurs, bien que la question relative à la durée de l'absence apparaisse d'abord dans le questionnaire, certaines autres interrogations, la durée du retour au travail par exemple, réfèrent plutôt à l'unité des semaines versus des mois donc portant potentiellement à cette erreur d'interprétation de la part des répondants.

D'un autre côté, sous toutes réserves et à la lumière des mises en garde ci-avant, les résultats présentés au sein du présent tableau tendent à confirmer le retour plus rapide des femmes que des hommes mais à contredire le retour plus long des cadres que des employés de plus bas niveaux. Une exploration plus approfondie de la durée de l'absence des militaires suite à

une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale gagnerait par conséquent à être poursuivie afin d'obtenir des assises plus solides que les nôtres.

5.1.2.5 Type de problèmes et récurrence

À prime abord nous tenons à souligner que pour la grande majorité, soit 85% des répondants, le congé maladie causé par des problèmes de santé mentale était le premier et le seul épisode semblable au cours de leur carrière militaire à ce jour. En ce qui a trait aux 15% restant, ces derniers indiquent avoir connu un autre épisode semblable. Fait à noter, la catégorie des officiers a connu une plus grande récurrence d'incapacité pour des raisons de santé mentale.

Les données ci-avant viennent rejoindre celles de St-Arnaud (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004, p.17 et 43) puisque les répondants à son questionnaire de recherche identifient aussi, dans une proportion de 62,4%, un seul épisode d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale après plusieurs années de bon fonctionnement en emploi. Par ailleurs, 20,1% des répondants à cette dernière recherche disent avoir eu un autre épisode semblable antérieur; les autres identifient plusieurs autres épisodes.

Dans le cadre de notre tour d'horizon des déterminants émanant de l'environnement individuel affectant le retour au travail (voir au chapitre 2) suite à une période d'incapacité causée par des problèmes de nature psychologique, nous avons exposé que le type ainsi que la récurrence possèdent un impact sur celui-ci. Ainsi, nous tenons à souligner qu'en comparaison des affections de nature physique, les affections de nature psychologique entraînent une plus grande difficulté de retour (Post, Krol & Groothoff, 2006). Par ailleurs une répétition d'affections psychologiques au cours des 12 mois précédents envenime le retour au travail contemporain selon deux études recensées (Lavoie, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004).

Tableau 37. Autre(s) congé maladie - répondants

While employed in the Regular Force, have you been on OTHER sick leave(s) for 30 days or more because of mental health problems?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	5	25.0	25.0	25.0
	No	15	75.0	75.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

How many times were you on sick leave for 30 DAYS OR MORE because of mental health problems?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		16	80.0	80.0	80.0
	1	1	5.0	5.0	85.0
	2	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tableau 38. Autre(s) congé maladie – hommes

While employed in the Regular Force, have you been on OTHER sick leave(s) for 30 days or more because of mental health problems?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	3	27.3	27.3	27.3
	No	8	72.7	72.7	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

How many times were you on sick leave for 30 DAYS OR MORE because of mental health problems?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		9	81.8	81.8	81.8
	1	1	9.1	9.1	90.9
	2	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Tableau 39. Autre(s) conge maladie – femmes

While employed in the Regular Force, have you been on OTHER sick leave(s) for 30 days or more because of mental health problems?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Yes	2	22.2	22.2	22.2
No	7	77.8	77.8	100.0
Total	9	100.0	100.0	

How many times were you on sick leave for 30 DAYS OR MORE because of mental health problems?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 7	7	77.8	77.8	77.8
2	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Tableau 40. Autre(s) conge maladie – sous-officiers

While employed in the Regular Force, have you been on OTHER sick leave(s) for 30 days or more because of mental health problems?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Yes	2	15.4	15.4	15.4
No	11	84.6	84.6	100.0
Total	13	100.0	100.0	

How many times were you on sick leave for 30 DAYS OR MORE because of mental health problems?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 12	12	92.3	92.3	92.3
2	1	7.7	7.7	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Tableau 41. Autre(s) conge maladie – officiers

While employed in the Regular Force, have you been on OTHER sick leave(s) for 30 days or more because of mental health problems?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Yes	3	42.9	42.9	42.9
No	4	57.1	57.1	100.0
Total	7	100.0	100.0	

How many times were you on sick leave for 30 DAYS OR MORE because of mental health problems?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4	57.1	57.1	57.1
1	1	14.3	14.3	71.4
2	2	28.6	28.6	100.0
Total	7	100.0	100.0	

5.1.2.6 Soutien social de la part du supérieur immédiat et des collègues lors du congé maladie

Le soutien social perçu par le travailleur en congé maladie au cours de sa période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale constitue un déterminant du retour au travail de ce dernier. Lors de cet arrêt de travail, c'est plus précisément le soutien social octroyé par le supérieur direct de l'employé qui constitue le cœur de ce soutien. En effet, tel qu'exploré en début de document, le lecteur se souviendra que celui-ci importe dû au fait que le travailleur absent continue d'avoir un contact avec son environnement de travail, ne serait-ce que pour des fins administratives (Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk & van Djik, 2004; Côté, Edwards & Benoit, 2005; Lavoie, 2006). Ce contact constituant, plus souvent qu'autrement, le seul lien demeurant avec la sphère de travail lors du congé maladie; il se voit par conséquent souvent teinté de façon négative vu la détérioration de l'efficacité au travail de l'individu avant d'être retiré de son environnement de travail dans le but de récupérer (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004)

Afin de mesurer le soutien social professionnel octroyé par le supérieur immédiat, nous avons choisi l'échelle de Pinneau tirée de Bruchon-Schweitzer (2002, p. 340). Cette façon de faire nous permettait de maintenir l'intégralité de l'échelle choisie tout en nous offrant d'aller au-delà du superviseur hiérarchique. Nous avons par ailleurs utilisé cette même échelle deux fois à

l'intérieur de notre questionnaire de recherche : dans le cadre du congé maladie comme tel afin d'explorer le soutien social du supérieur ainsi que lors du retour au travail afin d'explorer celui des collègues de travail. Notre questionnaire de recherche ayant été construit de façon itérative en début de projet de recherche afin qu'il soit soumis ponctuellement aux comités d'éthique, force est d'avouer que nous n'avons pu mettre la main sur la documentation psychométrique de l'échelle de Pinneau malgré nos efforts de recherche maintenus à ce jour. Ainsi, seul le manuel de Bruchon-Schweitzer (2002) constitue la brève référence de cette dernière échelle; nous revenons d'ailleurs sur cette limite au sein du prochain chapitre. Malgré ce constat, il n'empêche que cet outil nous permet d'explorer, un tant soit peu, notre banque de données en fonction du soutien social du supérieur immédiat lors de la période d'incapacité. Pour ce faire, nous avons attribué des nombres de « 1 » à « 4 » à chacune des catégories de la grille de réponses : rarement = 1, parfois = 2, souvent = 3 et très souvent = 4. Par conséquent, à chacune des questions peut correspondre un maximum de 4 points. Nous avons par la suite, après en avoir vérifié la consistance interne (alpha de Cronbach), transformé ces points en échelle de 16 en additionnant les pointages attribués aux quatre questions relatives au supérieur immédiat.

Les tableaux suivants présentent les résultats obtenus en ce qui concerne le soutien social du supérieur immédiat respectif de nos répondants. En ce qui a trait à ce déterminant, nous tenons à souligner que, de manière générale, ce dernier demeure bas peu importe la façon dont nous abordons son étude. En effet sur un maximum de 16 points les répondants ont une moyenne de 5.5, les hommes de 4.7, les femmes de 6.3, les sous-officiers de 5.2 et les officiers de 5.9. Ainsi, seules les femmes se démarquent avec un meilleur soutien social perçu de la part de leur supérieur immédiat mais il n'en demeure pas moins que nous évaluons leur moyenne comme étant basse compte tenu du maximum possible de l'échelle en question.

Suite à ce piètre constat de soutien social perçu de la part du supérieur immédiat, notre réflexion nous porte à croire que l'environnement militaire possède une incidence négative sur celui-ci. Ne possédant d'autres études quantitatives traitant du soutien social de façon similaire, nous nous en remettons donc à notre expérience personnelle afin de tenter d'expliquer le bas niveau malgré le fait que nos répondants soient tous de retour au travail.

Puisque les Forces canadiennes sont un environnement de travail à grande majorité constitué d'employés militaires masculins et que les conditions de travail ainsi que le climat organisationnel a longtemps été (et continue d'être), selon notre propre expérience, plutôt « macho », les affections de nature psychologique, contrairement aux affections de nature physique, sont vues comme de véritables faiblesses personnelles de l'individu. Pour leur part, les femmes étant au préalable perçues comme des êtres plus fragiles, ces dernières obtiennent un meilleur (du moins, moins mauvais) soutien social que leurs confrères d'armes. De plus, nous croyons qu'elles seraient aussi plus sensibles aux démonstrations de soutien social.

Tableau 42. Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – répondants

CM SS Supérieur

Moyenne	5.4500
Ecart-type	2.35025

CM SS Supérieur

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	12	60.0	60.0	60.0
	5.00	2	10.0	10.0	70.0
	6.00	1	5.0	5.0	75.0
	7.00	1	5.0	5.0	80.0
	8.00	2	10.0	10.0	90.0
	10.00	1	5.0	5.0	95.0
	12.00	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tableau 43. Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – hommes

CM SS Supérieur

Moyenne	4.7273
Ecart-type	1.27208

CM SS Supérieur

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 4.00	7	63.6	63.6	63.6
5.00	2	18.2	18.2	81.8
6.00	1	9.1	9.1	90.9
8.00	1	9.1	9.1	100.0
Total	11	100.0	100.0	

Tableau 44. Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – femmes

CM SS Supérieur

Moyenne	6.3333
Ecart-type	3.08221

CM SS Supérieur

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 4.00	5	55.6	55.6	55.6
7.00	1	11.1	11.1	66.7
8.00	1	11.1	11.1	77.8
10.00	1	11.1	11.1	88.9
12.00	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Tableau 45. Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – sous-officiers

CM SS Supérieur

Moyenne	5.2308
Ecart-type	1.96443

CM SS Supérieur

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 4.00	8	61.5	61.5	61.5
5.00	1	7.7	7.7	69.2
6.00	1	7.7	7.7	76.9
7.00	1	7.7	7.7	84.6
8.00	1	7.7	7.7	92.3
10.00	1	7.7	7.7	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Tableau 46. Soutien social de la part du supérieur pendant congé maladie – officiers

CM SS Supérieur

Moyenne	5.8571
Ecart-type	3.07834

CM SS Supérieur

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 4.00	4	57.1	57.1	57.1
5.00	1	14.3	14.3	71.4
8.00	1	14.3	14.3	85.7
12.00	1	14.3	14.3	100.0
Total	7	100.0	100.0	

Les prochains tableaux ont trait au soutien social octroyé par les collègues de l'employé en incapacité lors du congé maladie de ce dernier. Au terme de notre revue de littérature, le présent type de soutien social, celui émanant des collègues de travail lors de l'absence en congé maladie, annonçait un moindre impact que celui provenant du supérieur immédiat. À notre

étonnement, les résultats reflétés ci-dessous exposent un soutien social des collègues de travail encore plus fort que celui du supérieur.

Tableau 47. Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – répondants

CM SS Collègues

N	Valide	18
	Manquante	2
Moyenne		7.3889

CM SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	6	30.0	33.3	33.3
	5.00	2	10.0	11.1	44.4
	6.00	1	5.0	5.6	50.0
	7.00	1	5.0	5.6	55.6
	8.00	2	10.0	11.1	66.7
	9.00	1	5.0	5.6	72.2
	10.00	1	5.0	5.6	77.8
	11.00	1	5.0	5.6	83.3
	12.00	2	10.0	11.1	94.4
	16.00	1	5.0	5.6	100.0
	Total		18	90.0	100.0
Manquante	Système manquant	2	10.0		
Total		20	100.0		

Tableau 48. Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – hommes

Statistiques

CM SS Collègues

N	Valide	10
	Manquante	1
Moyenne		7.0000

CM SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	5	45.5	50.0	50.0
	6.00	1	9.1	10.0	60.0
	8.00	2	18.2	20.0	80.0
	12.00	1	9.1	10.0	90.0
	16.00	1	9.1	10.0	100.0
	Total	10	90.9	100.0	
Manquante	Système manquant	1	9.1		
Total		11	100.0		

Tableau 49. Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – femmes

Statistiques

CM SS Collègues

N	Valide	8
	Manquante	1
Moyenne		7.8750

CM SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	1	11.1	12.5	12.5
	5.00	2	22.2	25.0	37.5
	7.00	1	11.1	12.5	50.0
	9.00	1	11.1	12.5	62.5
	10.00	1	11.1	12.5	75.0
	11.00	1	11.1	12.5	87.5
	12.00	1	11.1	12.5	100.0
	Total	8	88.9	100.0	
Manquante	Système manquant	1	11.1		
Total		9	100.0		

Tableau 50. Soutien social de la part des collègues pendant congé maladie – sous-officiers

Statistiques

CM SS Collègues

N	Valide	12
	Manquante	1
Moyenne		6.0000

CM SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	6	46.2	50.0	50.0
	5.00	1	7.7	8.3	58.3
	6.00	1	7.7	8.3	66.7
	7.00	1	7.7	8.3	75.0
	8.00	1	7.7	8.3	83.3
	10.00	1	7.7	8.3	91.7
	12.00	1	7.7	8.3	100.0
	Total		12	92.3	100.0
Manquante	Système manquant	1	7.7		
Total		13	100.0		

Tableau 51. Soutien social de la part des collègues de travail pendant congé maladie – officiers

Statistiques

CM SS Collègues

N	Valide	6
	Manquante	1
Moyenne		10.1667

CM SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	5.00	1	14.3	16.7	16.7
	8.00	1	14.3	16.7	33.3
	9.00	1	14.3	16.7	50.0
	11.00	1	14.3	16.7	66.7
	12.00	1	14.3	16.7	83.3
	16.00	1	14.3	16.7	100.0
	Total		6	85.7	100.0
Manquante	Système manquant	1	14.3		
Total		7	100.0		

La littérature, autre qu'une exception recensée (Post, Krol & Groothoff, 2005), conclue que le soutien social octroyé par le superviseur immédiat à l'employé absent en congé maladie possède une corrélation positive sur le retour au travail de ce dernier (Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003; St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, St-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, St-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, St-jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004; Lavoie 2006; Nieuwhehuisen, Verbeek, de Boer, Blonk & van Dijk, 2004). Soulignons que le superviseur, comparé aux collègues de travail, entretient souvent des contacts plus nombreux avec le travailleur absent, quoique de nature administrative à l'origine.

Puisque les résultats présentés ci-avant mettent en relief un soutien social perçu plus fort de la part des collègues de travail que du superviseur, nous nous sommes questionnée sur ces derniers. Suite à notre réflexion, il nous semble que ce soit le fait d'appartenir à une véritable micro-société, celle militaire, qui change la donne au sein de notre population étudiée en comparaison de la population civile. En effet, le lieu de résidence respectif des militaires se concentre géographiquement près des bases militaires, bien qu'au sein de l'environnement civil la majorité du temps. Par ailleurs, le choix du logement demeurant libre lorsque le militaire est transféré d'un endroit à un autre, le fait que plusieurs bases des FC offrent à son personnel militaire la location de logements leur appartenant et ce, à des prix compétitifs donne une option de plus à celui-ci. Cette alternative étant attrayante, plusieurs militaires s'en prévalent et perpétuent ainsi cette concentration de résidents militaires autour, sinon directement sur, la base militaire d'attache. Il en découle donc que les militaires possèdent de plus grandes probabilités de rencontrer des collègues de travail alors qu'ils sont en congé maladie à la maison.

Bref, le sentiment d'appartenance à la famille militaire, véritable micro-société, étant omniprésent expliquerait, au sein de notre population étudiée, que le soutien social de la part des collègues de travail dépasse celui du superviseur lors du congé maladie.

5.1.2.7 Explication du facteur central à la résolution des problèmes

En guise de dernières interrogations ouvertes portant sur la section des caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité, notre questionnaire enjoint les répondants à expliciter, à l'aide de texte, les facteurs ayant le plus contribué à la résolution partielle ou entière de leurs problèmes de santé mentale (question 15). Par ailleurs, on leur demande aussi d'expliquer ce qui les a empêchés de résoudre ces mêmes problèmes (question 16).

Notre questionnaire de recherche ayant été complété par tous les répondants dans sa forme électronique, la constatation qu'aucune réponse ne soit consignée à la question 16, référant à ce qui a empêché la résolution des problèmes, ne surprend guère. En effet, puisque la question fermée et préalable aux questions ouvertes ci-dessus demandait dans quelle mesure, en fonction d'une échelle graduée en pourcentage par incrément de 10%, (0% à 100%) ils évaluent leur problèmes résolus. La version électronique du questionnaire, à moins d'avoir identifié 0%, envoie le répondant à la question 15 seulement. Compte tenu qu'aucun répondant n'identifie 0%, cela explique l'absence de données textuelles à la question 16.

Par contre, les répondants offrent diverses explications relatives aux facteurs ayant permis la résolution, ne serait-ce que partielle, de leurs problèmes de santé mentale à l'origine de leur période d'incapacité. Fait à noter, tous les répondants ont pris la peine de répondre à la question 15 de notre questionnaire. Voici ci-après les réponses consignées. Le lecteur notera que nous en avons traduit certaines de façon libre car elles étaient rédigées en anglais par nos répondants:

- J'ai encore des symptômes, je prends ça au jour le jour. La pensée de me retirer des FC.
- Ma libération des FC.
- Le changement de poste et de superviseur dans un environnement sain, l'excellence des soins médicaux et particulièrement les résultats de la psychothérapie.
- Les médicaments et le repos des Fêtes.

- Essentiellement une rébellion envers le système ainsi que le désir de trouver un emploi ailleurs. Je recherche le changement puisque je ne crois pas que les FC ont ni la capacité, ni la volonté corporative de changer le présent rythme opérationnel (charge de travail). C'est vraiment un sprint jusqu'à l'épuisement que préconise dorénavant notre culture.
- Traitement hebdomadaire avec un psychologue ainsi que le suivi mensuel de mon médecin traitant.
- Ma retraite des FC.
- J'ai consulté un conseiller en deuil deux fois par semaine pendant mon mois de congé maladie ainsi qu'une fois par semaine pour un autre mois. J'ai aussi le temps d'aider ma mère avec toutes les choses devant être effectuées; cette dernière avait mises ces dernières en attente sachant que je serais là pour l'aider après avoir terminé mon entraînement. J'ai par ailleurs essayé d'autres formes alternatives de counselling pendant cette période.
- Ma retraite imminente ainsi que de ne plus avoir à effectuer la même fonction préalable.
- La thérapie ainsi que l'exercice physique.
- Le travail effectué sur moi-même (lecture de livres portant sur ma situation, yoga, entraînement physique, zoothérapie) ainsi que le support de mon docteur, de mon psychiatre et de mon patron.
- Un suivi régulier avec psychologue et psychiatre ainsi qu'une médication maintenue.
- Soutien de mes supérieurs. Période de répit (congé de maladie), soutien psychologique.
- Travailleuse sociale, transféré dans une autre section, atelier de gestion du stress, entraînement physique, yoga, appréciation de mon travail par mon nouveau superviseur.
- Retour au travail dans un environnement non militaire.
- Ne pas avoir à me rapporter à mon travail et être libre de penser à moi.
- De ne plus être en contact avec l'agresseur, d'être envoyé dans une unité avec un supérieur qui a su me redonner confiance en moi. D'avoir l'assurance de ne plus jamais avoir à travailler avec mon agresseur. La thérapie.
- Le support de mon enfant et mon épouse, car je ne serais plus ici. Le support que j'ai eu du médical était « tu ne peux plus aller en mission, on va te sortir ». Tu n'es plus rien pour les Forces après avoir servi 22 ans et avoir toujours été volontaire pour les missions. En plus, on m'a déclassé (référence au profil médical du membre) rapidement et ainsi fait perdre ma promotion de sergent qu'ils ont donnée à quelqu'un qui a 20 ans de service, aucun tour (opérationnel), toujours camouflé car il a peur de faire un tour (opérationnel) – il me l'a dit personnellement.

- Suivi en psychothérapie, médication pendant un an et le programme de retour au travail.

Suite à la lecture des explications ci-dessus, nous constatons que celles-ci énoncent des facteurs faisant référence au travailleur de façon personnelle. Que ce soit au terme d'une auto-exploration ou encore d'une prise de décision concernant son emploi, on sent que toutes ces réponses portent en elles le poids de l'attribution interne et individuelle du changement à être apporté afin de résoudre les problèmes de santé mentale connus.

5.1.3 Caractéristiques reliées au retour au travail

La partie suivante d'analyse des résultats réfère à la section B de notre questionnaire de recherche. De façon similaire, nous reprenons les déterminants concluants au terme de notre revue de littérature afin d'explorer ceux-ci en fonction des données recueillies chez notre échantillon de notre population de militaires.

5.1.3.1 Retour au travail progressif

Selon les auteurs Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson (2003), l'opportunité de pouvoir effectuer un retour au travail de manière progressive serait un facteur encore plus important que les caractéristiques individuelles et de personnalité de l'individu ayant vécu un congé maladie de longue durée pour cause d'incapacité.

Nos répondants nous indiquent avoir réintégré le travail de manière progressive dans une proportion de 80%. La progressivité du retour au travail est moindre chez les sous-groupes des femmes (33%) ainsi que des officiers (29%). Malgré ce constat, nous devons réitérer que nos répondants étaient tous retournés au travail au moment de compléter le présent questionnaire de

recherche. Ayant inséré une question invitant les répondants à indiquer dans quelle mesure ils estimaient que leur retour, bien que progressif en soi, a été, selon eux, progressif. La deuxième partie des résultats présentés ci-dessous pondère les réponses initiales obtenues. Ainsi, on apprend que les militaires, bien qu'ayant effectué un retour au travail progressif dans la vaste majorité des cas, estiment que celui-ci a souvent ou aucunement été progressif selon leur propre évaluation personnelle.

Compte tenu des données consignées ci-haut, nous sommes à mêmes de corroborer l'importance du retour progressif au travail afin que ce dernier obtienne le plus de succès possible chez les travailleurs ayant connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale. Deux études avaient d'ailleurs documenté la nécessité d'un retour progressif dans un contexte similaire d'absence (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004 et Lavoie, 2006). De plus, Durand & Loisel (2001) soulignent qu'il doit aussi y avoir une collaboration étroite entre les intervenants médicaux et organisationnels afin d'orchestrer le retour au travail de l'employé s'étant absenté suite à une incapacité émanant de problèmes psychologiques.

Par ailleurs, le supérieur immédiat ainsi que les collègues de travail doivent être mis au courant des mesures prises dans le cadre de la progressivité du retour au travail. St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond (2004) le soulignent : la pression au rendement exercée par cet entourage immédiat lors des démarches de réinsertion de l'employé contrecarre le bon déroulement de cette progressivité.

L'environnement militaire étudié ne fait pas exception, selon nous, aux conclusions des études répertoriées. Les affections psychologiques y étant encore méconnues et mêmes, dans une certaine mesure, encore méprisées, tendent à entraîner une grande pression de la part du supérieur immédiat ainsi que des collègues de travail dès les premiers jours du retour progressif au travail.

Bien que n'ayant à manufacturer de produit comme tel, la productivité de l'organisation militaire se traduit par son niveau de préparation aux déploiements et, par conséquent, ses nombreuses manœuvres d'entraînement préparatoire à ceux-ci. Ainsi donc, le fait de devoir accommoder un confrère en retour progressif est vu tel un boulet à traîner puisque ce dernier ne peut combler un poste opérationnel dès son retour. Cette frustration est d'autant plus exacerbée par le fait que les affections psychologiques ne sont pas visibles aux collègues de travail.

Malgré la constatation terne ci-avant, nous acquiesçons de l'effort contemporain des dernières années afin de démystifier les affections psychologiques au sein des Forces canadiennes. Quelques figures de proue ont effectivement participé à des campagnes de sensibilisation auprès des troupes dans le but de mieux faire comprendre les problèmes de santé mentale et d'ainsi encourager les militaires à consulter les services médicaux le plus tôt possible dès l'apparition des premiers symptômes. A cet effet, les affections psychologiques étaient le point de mire d'une conférence nationale traitant du soutien aux blessés en octobre 2008.

Tableau 52. Retour au travail progressif – répondants

When you started your return to work process, did you reintegrate into the workplace progressively?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	16	80.0	80.0	80.0
	No	4	20.0	20.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tableau 53. Retour au travail progressif – hommes

When you started your return to work process, did you reintegrate into the workplace progressively?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	10	90.9	90.9	90.9
	No	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Tableau 54. Retour au travail progressif – femmes

When you started your return to work process, did you reintegrate into the workplace progressively?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	6	66.7	66.7	66.7
	No	3	33.3	33.3	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 55. Retour au travail progressif – sous-officiers

When you started your return to work process, did you reintegrate into the workplace progressively?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	11	84.6	84.6	84.6
	No	2	15.4	15.4	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tableau 56. Retour au travail progressif – officiers

When you started your return to work process, did you reintegrate into the workplace progressively?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	5	71.4	71.4	71.4
	No	2	28.6	28.6	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

Tableau 57. Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – répondants

How progressive would you say your return to work has been?

N	Valide	16
	Manquante	4

How progressive would you say your return to work has been?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Very progressive	7	35.0	43.8	43.8
	Somewhat	7	35.0	43.8	87.5
	Not at all	2	10.0	12.5	100.0
	Total	16	80.0	100.0	
Manquante	999	4	20.0		
Total		20	100.0		

Tableau 58. Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – hommes

How progressive would you say your return to work has been?

N	Valide	10
	Manquante	1

How progressive would you say your return to work has been?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Very progressive	4	36.4	40.0	40.0
	Somewhat	4	36.4	40.0	80.0
	Not at all	2	18.2	20.0	100.0
	Total	10	90.9	100.0	
Manquante	999	1	9.1		
Total		11	100.0		

Tableau 59. Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – femmes

How progressive would you say your return to work has been?

N	Valide	6
	Manquante	3

How progressive would you say your return to work has been?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Very progressive	3	33.3	50.0	50.0
	Somewhat	3	33.3	50.0	100.0
	Total	6	66.7	100.0	
Manquante	999	3	33.3		
Total		9	100.0		

Tableau 60. Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – sous-officiers

How progressive would you say your return to work has been?

N	Valide	11
	Manquante	2

How progressive would you say your return to work has been?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Very progressive	4	30.8	36.4	36.4
	Somewhat	6	46.2	54.5	90.9
	Not at all	1	7.7	9.1	100.0
	Total	11	84.6	100.0	
Manquante	999	2	15.4		
Total		13	100.0		

Tableau 61. Progressivité du retour au travail (auto-évaluation) – officiers

How progressive would you say your return to work has been?

N	Valide	5
	Manquante	2

How progressive would you say your return to work has been?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Very progressive	3	42.9	60.0	60.0
	Somewhat	1	14.3	20.0	80.0
	Not at all	1	14.3	20.0	100.0
	Total	5	71.4	100.0	
Manquante	999	2	28.6		
Total		7	100.0		

5.1.3.2 Clarté du rôle des intervenants

Lorsque les problèmes psychologiques sont à l'origine de l'incapacité ayant causée le congé maladie de l'employé, toute tâche mentale devient plus difficile. Puisque la compréhension des responsabilités des différents intervenants dans tout processus de traitement peut être compliquée, cette même tâche devient souvent un effort extrême lorsque la personne est aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Ayant étudié une population civile selon une problématique similaire à la nôtre, deux études, celles de Benoit & Côté (2005) ainsi que Lavoie (2006), nous soulignent l'importance de la clarification des rôles joués par les différents intervenants médicaux et administratifs dans le retour au travail. Puisque ces dernières études étaient qualitatives et non quantitatives, nous avons choisi de construire notre propre échelle s'échelonnant de 0% à 100%, avec des intervalles de 10%, afin de sonder nos répondants à ce sujet.

Les résultats obtenus sont bien peu reluisants : le rôle des intervenants est clair à seulement 31% de manière générale. Ce constat nous surprend quelque peu. En effet, tel que nous l'avions souligné en début de document, l'organisation militaire n'a pas à répondre à une compagnie d'assurance externe en ce qui concerne les absences pour maladie. Nous n'avions par conséquent anticipé que le nombre d'intervenants serait limité et donc, que la compréhension de leur rôle respectif en serait facilité.

Le programme de retour au travail visant les militaires canadiens étant somme toute récent (2004), il semble donc que la compréhension de celui-ci ainsi que des responsabilités attribuées à chaque intervenant n'aient pas encore cheminé au sein de cette population. Fait à souligner, le sous-groupe reflétant le niveau de clarté le plus bas est celui des officiers avec seulement 10% de moyenne. Le travail de vulgarisation et de dissémination en ce qui a trait au programme militaire de retour au travail auprès des officiers doit donc être poursuivi si l'organisation veut démystifier son programme. L'organisation militaire tend à communiquer en prépondérance de haut en bas; les officiers représentant ici le haut et les sous-officiers le bas. On réalise dès lors que malgré la bonne volonté des dernières années afin d'améliorer la compréhension de la santé mentale, de son maintien ainsi que de son recouvrement, le message semble difficile à passer chez le groupe d'officiers qui, pourtant, constitue le moteur du changement organisationnel.

À l’opposé, le meilleur pourcentage, soit 41%, est reflété chez les sous-officiers. À la lumière de nos discussions avec les autorités nationales du programme de retour au travail, nous sommes à même d’avancer que ce serait l’ajout de séances d’information sur la santé mentale et du programme militaire de retour au travail dans le cadre des cours de carrière obligatoires de ce dernier groupe ces dernières années qui commencent à porter leurs fruits.

Tableau 62. Clarté du rôle des intervenants – répondants

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

N	Valide	19
	Manquante	1
Moyenne		31.05
Ecart-type		33.648

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	7	35.0	36.8	36.8
	10%	2	10.0	10.5	47.4
	20%	2	10.0	10.5	57.9
	30%	1	5.0	5.3	63.2
	50%	1	5.0	5.3	68.4
	60%	1	5.0	5.3	73.7
	70%	2	10.0	10.5	84.2
	80%	2	10.0	10.5	94.7
	90%	1	5.0	5.3	100.0
	Total		19	95.0	100.0
Manquante	999	1	5.0		
Total		20	100.0		

Tableau 63. Clarté du rôle des intervenants – hommes

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

N	Valide	10
	Manquante	1
Moyenne		46.00
Ecart-type		36.878

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	2	18.2	20.0	20.0
	10%	2	18.2	20.0	40.0
	50%	1	9.1	10.0	50.0
	70%	2	18.2	20.0	70.0
	80%	2	18.2	20.0	90.0
	90%	1	9.1	10.0	100.0
	Total	10	90.9	100.0	
Manquante	999	1	9.1		
Total		11	100.0		

Tableau 64. Clarté du rôle des intervenants – femmes

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

Moyenne	14.44
Ecart-type	20.683

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	5	55.6	55.6	55.6
	20%	2	22.2	22.2	77.8
	30%	1	11.1	11.1	88.9
	60%	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 65. Clarté du rôle des intervenants – sous-officiers

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

Moyenne	40.77
Ecart-type	36.162

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 0%	4	30.8	30.8	30.8
10%	1	7.7	7.7	38.5
20%	1	7.7	7.7	46.2
50%	1	7.7	7.7	53.8
60%	1	7.7	7.7	61.5
70%	2	15.4	15.4	76.9
80%	2	15.4	15.4	92.3
90%	1	7.7	7.7	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Tableau 66. Clarté du rôle des intervenants – officiers

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

N	Valide	6
	Manquante	1
Moyenne		10.00
Ecart-type		12.649

At the time you started to return to work, to what extent was the role of those involved in the CF Return to Work Program (coordinator, case management & others) clear to you?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 0%	3	42.9	50.0	50.0
10%	1	14.3	16.7	66.7
20%	1	14.3	16.7	83.3
30%	1	14.3	16.7	100.0
Total	6	85.7	100.0	
Manquante 999	1	14.3		
Total	7	100.0		

5.1.3.3 Soutien social du supérieur immédiat et des collègues lors du retour au travail

De manière similaire au soutien social lors du congé maladie, nous avons utilisé l'échelle de Pinneau afin d'explorer le soutien social lors du retour au travail. Nous réitérons, pour le bénéfice du lecteur, par conséquent les mêmes explications énoncées relatives à cette échelle que dans la section traitant du soutien social lors du congé maladie.

Les résultats reflétés dans les tableaux présentés ci-dessous sont donc sur une possibilité maximale de 16 points au total. De manière générale, le soutien social des collègues lors du retour est meilleur que celui du supérieur immédiat lors de l'absence. Ceci étant dit, le présent soutien social est influencé par le supérieur immédiat puisque l'interaction entre l'employé en incapacité et l'employeur s'effectue à travers son supérieur au cours du congé maladie.

Selon nos résultats ci-après, le sous-groupe des officiers affiche le plus fort soutien social émanant des collègues de travail lors de leur retour (10.29). Il est intéressant de comparer ce dernier au soutien social de leur supérieur immédiat lors de leur congé puisque ce même sous-groupe reflétait la deuxième plus basse moyenne de tous avec 5.9. Nous nous questionnons donc sur le lien énoncé au sein de la littérature à l'effet que le soutien social du supérieur immédiat influence le soutien social des collègues lors du retour au travail. Bien que l'aspect plus faible du premier semble soit ne pas avoir influencé, ou, soit avoir influencé de façon négative, le deuxième, nous ne pouvons, en fonction de notre échantillon confirmer ou infirmer la conclusion de la littérature.

Par contre, une autre explication pourrait être, selon nous, le fait que les officiers travaillent, de manière générale, avec un cercle plus restreint de collègues que le sous-groupe des sous-officiers. L'information ponctuelle ayant trait à la situation médicale ainsi que des

démarches de retour au travail du militaire aux prises avec des problèmes de santé mentale passeraient probablement mieux et entraînerait un meilleur soutien social perçu.

Tableau 67. Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – répondants

Statistiques

RAT SS Supérieur

N	Valide	19
	Manquante	1
Moyenne		8.0526

RAT SS Supérieur

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	6	30.0	31.6	31.6
	5.00	2	10.0	10.5	42.1
	8.00	4	20.0	21.1	63.2
	9.00	2	10.0	10.5	73.7
	11.00	1	5.0	5.3	78.9
	12.00	1	5.0	5.3	84.2
	14.00	1	5.0	5.3	89.5
	16.00	2	10.0	10.5	100.0
	Total		19	95.0	100.0
Manquante	Système manquant	1	5.0		
Total		20	100.0		

Tableau 68. Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – hommes

Statistiques

RAT SS Supérieur

N	Valide	10
	Manquante	1
Moyenne		8.5000
Ecart-type		4.62481

RAT SS Supérieur

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	3	27.3	30.0	30.0
	5.00	1	9.1	10.0	40.0
	8.00	2	18.2	20.0	60.0
	9.00	1	9.1	10.0	70.0
	11.00	1	9.1	10.0	80.0
	16.00	2	18.2	20.0	100.0
	Total	10	90.9	100.0	
Manquante	Système manquant	1	9.1		
Total		11	100.0		

Tableau 69. Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – femmes

Statistiques

RAT SS Supérieur

Moyenne	7.5556
---------	--------

RAT SS Supérieur

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	3	33.3	33.3	33.3
	5.00	1	11.1	11.1	44.4
	8.00	2	22.2	22.2	66.7
	9.00	1	11.1	11.1	77.8
	12.00	1	11.1	11.1	88.9
	14.00	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 70. Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – sous-officiers

Statistiques

RAT SS Supérieur

Moyenne	8.6923
---------	--------

RAT SS Supérieur

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 4.00	3	23.1	23.1	23.1
5.00	2	15.4	15.4	38.5
8.00	2	15.4	15.4	53.8
9.00	2	15.4	15.4	69.2
11.00	1	7.7	7.7	76.9
14.00	1	7.7	7.7	84.6
16.00	2	15.4	15.4	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Tableau 71. Soutien social de la part du supérieur lors du retour au travail – officiers

Statistiques

RAT SS Supérieur

N	Valide	6
	Manquante	1
Moyenne		6.6667

RAT SS Supérieur

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 4.00	3	42.9	50.0	50.0
8.00	2	28.6	33.3	83.3
12.00	1	14.3	16.7	100.0
Total	6	85.7	100.0	
Manquante Système manquant	1	14.3		
Total	7	100.0		

Tableau 72. Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – répondants

RAT SS Collègues

Moyenne	9.2000
Ecart-type	3.34978

RAT SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	3	15.0	15.0	15.0
	7.00	1	5.0	5.0	20.0
	8.00	6	30.0	30.0	50.0
	9.00	2	10.0	10.0	60.0
	10.00	2	10.0	10.0	70.0
	11.00	2	10.0	10.0	80.0
	12.00	1	5.0	5.0	85.0
	14.00	1	5.0	5.0	90.0
	15.00	1	5.0	5.0	95.0
	16.00	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tableau 73. Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – hommes

RAT SS Collègues

Moyenne	9.4545
Ecart-type	4.41279

RAT SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	3	27.3	27.3	27.3
	8.00	2	18.2	18.2	45.5
	9.00	1	9.1	9.1	54.5
	10.00	1	9.1	9.1	63.6
	12.00	1	9.1	9.1	72.7
	14.00	1	9.1	9.1	81.8
	15.00	1	9.1	9.1	90.9
	16.00	1	9.1	9.1	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Tableau 74. Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – femmes

RAT SS Collègues

Moyenne	8.8889
Ecart-type	1.45297

RAT SS Collègues

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 7.00	1	11.1	11.1	11.1
8.00	4	44.4	44.4	55.6
9.00	1	11.1	11.1	66.7
10.00	1	11.1	11.1	77.8
11.00	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Tableau 75. Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – sous-officiers

RAT SS Collègues

Moyenne	8.6154
Ecart-type	3.04243

RAT SS Collègues

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 4.00	2	15.4	15.4	15.4
7.00	1	7.7	7.7	23.1
8.00	4	30.8	30.8	53.8
9.00	2	15.4	15.4	69.2
10.00	2	15.4	15.4	84.6
11.00	1	7.7	7.7	92.3
16.00	1	7.7	7.7	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Tableau 76. Soutien social de la part des collègues lors du retour au travail – officiers

RAT SS Collègues

Moyenne	10.2857
Ecart-type	3.86067

RAT SS Collègues

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4.00	1	14.3	14.3	14.3
	8.00	2	28.6	28.6	42.9
	11.00	1	14.3	14.3	57.1
	12.00	1	14.3	14.3	71.4
	14.00	1	14.3	14.3	85.7
	15.00	1	14.3	14.3	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

En fonction de notre questionnaire de recherche, nous avons exposé au lecteur les différents déterminants concluants de la littérature et nous les avons commentés à l'aide des résultats obtenus au terme des analyses descriptives effectuées.

La plupart de nos fréquences reflétées au sein du présent chapitre se sont avérées confirmer les déterminants présentés comme concluants: le traitement utilisé, notamment sa composante psychologique, la cause attribuée à la sphère du travail, le type de problèmes ainsi que la récurrence de ceux-ci, le retour progressif ainsi que le soutien social des collègues lors du retour au travail. Par contre, quelques-uns, la ponctualité de la consultation médicale, le soutien du supérieur immédiat ainsi que la clarté du rôle des intervenants, nous amènent à nous questionner plus à fond car ils ne nous permettent pas une réponse claire en lien avec la littérature recensée, ou, à tout le moins, devant être pondérée par la nature spécifique de l'organisation militaire.

Nous l'avons souligné en début de document ainsi que lors de l'exposition de la pertinence scientifique de notre recherche : la population militaire en est une absente au sein de l'exploration du retour au travail suite à une incapacité causée par des problèmes de santé mentale. Ceci étant dit, nous croyons sincèrement que la spécificité de celle-ci colore les résultats, mêmes si descriptives, présentés dans le cadre de la présente section.

5.1.4 Caractéristiques spécifiques au contexte militaire

Notre questionnaire de recherche ayant recueilli de l'information au-delà des résultats limités aux déterminants concluants présentés ci-avant, nous proposons, dans la prochaine section, un bref aperçu de certains résultats nous apparaissant intéressants en fonction de la spécificité de notre population à l'étude. Pour le bénéfice du lecteur, nous tenons à souligner que nos choix en ce qui concerne les résultats présentés ci-après puisent leur inspiration dans notre volonté d'esquisser des caractéristiques explicatives de la population militaires aux responsables du programme militaire de retour au travail dans les FC. Ce faisant, nous espérons apporter une meilleure compréhension à ces derniers compte tenu que leurs outils documentaires, à ce jour, proviennent d'organisations non-militaires.

En effet, le programme militaire de retour au travail continue de progresser à travers sa phase de développement organisationnel. Notre contribution contemporaine au développement du programme militaire en question peut donc potentiellement apporter un impact on ne peut plus à point et ce, nonobstant l'imbraglio connu au moment de la distribution de notre questionnaire de recherche.

5.1.4.1 Connaissance du programme militaire de retour au travail

La rédaction du critère de sélection des répondants en fonction de leur congé maladie pour cause de santé mentale visant les années 2003 à 2007 inclusivement était volontaire de notre part. Le lecteur se souviendra que le balbutiement du programme de retour au travail visant les militaires a vu le jour en 2003. Ainsi, en théorie, nos répondants, puisque ayant connu une période d'incapacité de 30 jours ou plus causée par des problèmes de santé mentale auraient dû, dès lors, être informés de ce programme. Qui plus est, compte tenu que nos répondants avaient tous réintégré le travail au moment de répondre à notre questionnaire, nous avons anticipé que la majorité d'entre eux savaient qu'ils étaient retournés au travail sous l'égide de ce dit programme. Qui plus est, ce programme a connu une maturation ainsi qu'une consolidation nationale au cours de 2006.

Les résultats reflétés par les répondants sont pourtant contraires à nos attentes initiales : la majorité (55%) dit ne pas avoir réintégré le travail sous le programme militaire de retour au travail; pire encore, certains (10%) disent ne même pas connaître celui-ci et ce, malgré le fait que le présent questionnaire a été distribué en février 2008. C'est au niveau du sous-groupe des officiers que se situe le pire manque d'information concernant le programme militaire de retour au travail. En effet, aucun officier répondant ne serait retourné au travail sous l'égide de ce programme (86%) ou bien dit ne pas connaître celui-ci (14%). Nous comprenons dorénavant mieux le piètre résultat (10%) détaillé à la section précédente en ce qui concerne le déterminant de la clarté des intervenants chez ce sous-groupe d'officiers. Bref, de façon générale, le programme militaire de retour au travail n'est pas connu des membres. Par conséquent, nous réitérons qu'un effort de vulgarisation et de diffusion doit être fait auprès de ce sous-groupe afin d'améliorer la connaissance de ce programme et d'en assurer le support organisationnel au

quotidien puisque ces mêmes officiers sont potentiellement des supérieurs immédiats pour les membres militaires entamant un retour au travail suite à un congé maladie de longue durée causé par des affections psychologiques.

Tableau 77. Programme de retour au travail – répondants

Have you returned to work under the " CF Return to Work Program "?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Yes	7	35.0	35.0	35.0
No	11	55.0	55.0	90.0
I do not know this CF Program	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tableau 78. Programme de retour au travail – hommes

Have you returned to work under the " CF Return to Work Program "?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Yes	5	45.5	45.5	45.5
No	5	45.5	45.5	90.9
I do not know this CF Program	1	9.1	9.1	100.0
Total	11	100.0	100.0	

Tableau 79. Programme de retour au travail – femmes

Have you returned to work under the " CF Return to Work Program "?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Yes	2	22.2	22.2	22.2
No	6	66.7	66.7	88.9
I do not know this CF Program	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Tableau 80. Programme de retour au travail – sous-officiers

Have you returned to work under the " CF Return to Work Program "?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	7	53.8	53.8	53.8
	No	5	38.5	38.5	92.3
	I do not know this CF Program	1	7.7	7.7	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tableau 81. Programme de retour au travail – officiers

Have you returned to work under the " CF Return to Work Program "?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	No	6	85.7	85.7	85.7
	I do not know this CF Program	1	14.3	14.3	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

5.1.4.2 Sentiment d'être prêt au retour au travail

Bien qu'imbriqué au sein de l'étude de l'auto-évaluation de la santé dans l'étude St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny (2004), ces derniers auteurs traitent du sentiment d'être prêt au retour au travail comme une influence certaine du succès de celui-ci chez les employés ayant connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, à travers son étude qualitative, Lavoie (2006) souligne que lorsque les personnes ne se sentent pas prêtes à retourner au travail, leurs chances de rechute augmentent sensiblement et, qui plus est, le congé maladie subséquent tend à être beaucoup plus long lors de ces rechutes. Cette dernière étude souligne aussi la peur réelle du retour au travail lorsque ce sentiment d'être prêt au retour ne coïncide point avec la prescription de ce retour.

Au terme du sentiment d'être prêt au retour au travail, nos répondants, bien qu'ayant tous effectué un retour, sont partagés face à celui-ci. De manière générale, selon une échelle sous forme de pourcentage leur offrant des choix allant de 0% à 100% par incréments de 10%, ils reflètent une moyenne de 53%. Les femmes obtiennent par ailleurs la plus faible moyenne avec 47%.

Le lecteur notera que c'est *a posteriori* que nous posons la question concernant leur sentiment d'avoir été prêt au retour au travail à nos répondants. Cette façon de faire peut donc avoir influencé leur réponse à cette dernière. N'ayant malheureusement eu accès à d'autres données quantitatives, nous ne pouvons toutefois pas comparer nos résultats spécifiques ci-avant; par contre, l'auto-évaluation de la santé, allant de bonne à excellente, tend à imiter la répartition des résultats du sentiment d'être prêt chez les répondants, en général, mais aussi au sein des sous-groupes étudiés.

Selon nous, le fait que le sentiment d'être prêt à retourner au travail soit relativement bas chez nos répondants tendrait à démontrer que, malgré que l'organisation militaire n'a pas à répondre à une compagnie d'assurance en ce qui concerne les absences, la pression organisationnelle exercée sur l'employé connaissant des problèmes de santé mentale afin qu'il réintègre le travail, est tout de même présente et elle est ressentie de façon négative par les travailleurs militaires en congé maladie.

Tableau 82. Sentiment d'être prêt au retour – répondants

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

Moyenne	53.00
Ecart-type	35.109

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	2	10.0	10.0	10.0
	10%	2	10.0	10.0	20.0
	20%	2	10.0	10.0	30.0
	30%	1	5.0	5.0	35.0
	40%	1	5.0	5.0	40.0
	50%	2	10.0	10.0	50.0
	60%	2	10.0	10.0	60.0
	70%	1	5.0	5.0	65.0
	80%	2	10.0	10.0	75.0
	90%	2	10.0	10.0	85.0
	100%	3	15.0	15.0	100.0
	Total		20	100.0	100.0

Tableau 83. Sentiment d'être prêt au retour – hommes

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

Moyenne	58.18
Ecart-type	34.876

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé	
Valide	0%	1	9.1	9.1	9.1	
	20%	2	18.2	18.2	27.3	
	40%	1	9.1	9.1	36.4	
	50%	1	9.1	9.1	45.5	
	60%	1	9.1	9.1	54.5	
	80%	2	18.2	18.2	72.7	
	90%	1	9.1	9.1	81.8	
	100%	2	18.2	18.2	100.0	
	Total		11	100.0	100.0	

Tableau 84. Sentiment d'être prêt au retour – femmes

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

Moyenne	46.67
Ecart-type	36.401

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 0%	1	11.1	11.1	11.1
10%	2	22.2	22.2	33.3
30%	1	11.1	11.1	44.4
50%	1	11.1	11.1	55.6
60%	1	11.1	11.1	66.7
70%	1	11.1	11.1	77.8
90%	1	11.1	11.1	88.9
100%	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Tableau 85. Sentiment d'être prêt au retour – sous-officiers

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

Moyenne	52.31
Ecart-type	35.155

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 0%	1	7.7	7.7	7.7
10%	1	7.7	7.7	15.4
20%	2	15.4	15.4	30.8
30%	1	7.7	7.7	38.5
40%	1	7.7	7.7	46.2
50%	1	7.7	7.7	53.8
60%	1	7.7	7.7	61.5
80%	2	15.4	15.4	76.9
90%	1	7.7	7.7	84.6
100%	2	15.4	15.4	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Tableau 86. Sentiment d'être prêt au retour – officiers

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

Moyenne	54.29
Ecart-type	37.796

Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you FEEL ready to go back to work?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	1	14.3	14.3	14.3
	10%	1	14.3	14.3	28.6
	50%	1	14.3	14.3	42.9
	60%	1	14.3	14.3	57.1
	70%	1	14.3	14.3	71.4
	90%	1	14.3	14.3	85.7
	100%	1	14.3	14.3	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

5.1.4.3 Consultation volontaire du système de santé civil

Au terme de la description de notre population à l'étude, nous avons mis en relief la spécificité de la communauté militaire de la Force régulière à être une audience « captive » de leurs soins de santé. Compte tenu de cette réalité ainsi que de la croyance populaire qu'une consultation médicale puisse potentiellement entraîner des limites à leur dossier d'emploi, ou, dans le pire des scénarios, leur congédiement, nous avons exploré la consultation médicale externe volontaire chez nos répondants.

Force est de constater que 20% des répondants avouent avoir consulté au civil sans y être référés; ce pourcentage est encore plus fort chez les officiers (29%). Donc, les militaires

consultent les intervenants médicaux civils sans avoir reçu l'autorisation préalable des autorités militaires médicales.

À la lumière des résultats ci-avant, il semble effectivement y avoir un malaise en ce qui concerne la population militaire souffrant de problèmes de santé mentale à consulter les services de soins de santé militaires. Par contre, nous demeurons perplexes en ce qui concerne les solutions alternatives à la captivité médicale à laquelle sont soumis les militaires. D'un côté, leur emploi dépend de leur état de santé en général et de l'autre, la prise en charge de leur santé, selon les règles d'exclusivité prescrites, tend à influencer de manière négative leur employabilité. Non seulement les restrictions d'emploi sont consignées à leur dossier médical, constat similaire à tout individu consultant un médecin, mais leur chaîne de commandement respective est mise au courant des restrictions médicales prescrites (Ministère de la Défense nationale, 2008). Il semble exister une zone grise en ce qui a trait à la confidentialité de l'information médicale consignée au dossier individuel. Afin de pondérer la confidentialité ci-avant, nous tenons à souligner que les informations transmises à la chaîne de commandement sont celles relatives aux restrictions d'emploi et non aux affections comme telles. Compte tenu de la divulgation d'information, notre constat impose, selon nous, une plus grande responsabilité au supérieur immédiat militaire dans le cadre du soutien social octroyé au cours de l'absence pour incapacité suite à une affection psychologique.

Tableau 87. Consultation volontaire au civil - répondants

With respect to your sick leave for mental health problems, have you VOLUNTARILY (without referral) consulted CIVILIAN medical personnel?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	4	20.0	20.0	20.0
	No	16	80.0	80.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Tableau 88. Consultation volontaire au civil – hommes

With respect to your sick leave for mental health problems, have you VOLUNTARILY (without referral) consulted CIVILIAN medical personnel?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	2	18.2	18.2	18.2
	No	9	81.8	81.8	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

Tableau 89. Consultation volontaire au civil – femmes

With respect to your sick leave for mental health problems, have you VOLUNTARILY (without referral) consulted CIVILIAN medical personnel?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	2	22.2	22.2	22.2
	No	7	77.8	77.8	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Tableau 90. Consultation volontaire au civil – sous-officiers

With respect to your sick leave for mental health problems, have you VOLUNTARILY (without referral) consulted CIVILIAN medical personnel?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	2	15.4	15.4	15.4
	No	11	84.6	84.6	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Tableau 91. Consultation volontaire au civil – officiers

With respect to your sick leave for mental health problems, have you VOLUNTARILY (without referral) consulted CIVILIAN medical personnel?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Yes	2	28.6	28.6	28.6
	No	5	71.4	71.4	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

5.1.4.4 Langue

La langue constitue un des déterminants n'apparaissant pas dans la littérature scientifique recensée. Ce qui nous intéresse particulièrement en ce qui concerne cette dernière est la dualité linguistique présente et imposée aux membres militaires réguliers. En effet, les militaires des Forces canadiennes effectuent leur formation de base dans leur langue maternelle; suite à cette première étape, la plupart du temps, leur formation de métier leur est offerte dans les deux langues officielles en ce qui concerne les sous-officiers. Il n'en demeure pas moins que la formation de certains métiers est offerte exclusivement en anglais. Chez les officiers, les cours de formation d'occupation sont offerts de façon prépondérante en anglais. Nous tenons cependant à préciser que lorsque les cours sont offerts en anglais; ils sont accompagnés d'une aide « d'assistance » en français pour les étudiants francophones; cette aide prenant la forme de la présence d'un instructeur bilingue se rendant disponible au cours de la dite formation.

Une fois la formation de base et d'occupation militaire terminées, les militaires sont dorénavant assignés à un poste au sein des différentes composantes des FC. Compte tenu que seules quelques organisations militaires situées dans la province du Québec utilisent le français comme langue désignée au travail, la majorité des postes exigent la maîtrise de la langue anglaise puisqu'elle est celle utilisée en prépondérance, sinon exclusive. Bien que nous acquiesçons d'une

certaine disponibilité des cours de formation linguistique afin de rendre le personnel militaire francophone fonctionnel dans leur langue seconde, celle-ci tend à diminuer ces dernières années. Par ailleurs, il est illusoire de penser que tous deviennent entièrement bilingues suite à ces cours de langue. Le constat est donc fort simple : la plupart des militaires francophones se retrouvent à travailler dans leur langue seconde, qui est l'anglais.

Ce qui nous intéresse dans le cadre de la présente recherche, c'est l'impact que le stress ajouté par le facteur de la langue seconde impose à l'individu aux prises avec des problèmes de santé mentale. Nous avons donc questionné nos répondants en ce qui concerne la langue de travail ainsi que leur évaluation respective du niveau de difficulté rencontré lorsque celle-ci est leur langue seconde et ce, avant, ainsi qu'après, leur congé maladie.

L'analyse des résultats ci-dessous nous démontre que, malgré une variation entre l'avant et l'après congé maladie, le niveau de difficulté ressenti par l'utilisation de la langue seconde reflète une différence mineure. Par contre, il semble effectivement y avoir une exacerbation de la difficulté à retourner au travail lorsque ce retour s'effectue dans un environnement de travail exigeant de la personne qu'elle opère dans sa langue seconde. De manière générale, les répondants (70% francophones & 30% anglophones) évaluent en moyenne à 25%, sur une échelle allant de 0% à 100% par incréments de 10%, la difficulté imposée par l'aspect linguistique au travail. Les officiers (40% avant & 36% après) sont le groupe le plus affecté par le facteur de la langue de travail; vient ensuite le groupe des femmes avec respectivement 31% avant et 29% après.

Tableau 92. Langue– répondants

What is your mother tongue?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	French	14	70.0	70.0	70.0
	English	6	30.0	30.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

What language was used AT WORK when you proceeded on sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	4	20.0	20.0	20.0
	Mostly English	14	70.0	70.0	90.0
	Both Languages	2	10.0	10.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

N	Valide	16
	Manquante	4
	Moyenne	25.00
	Ecart-type	30.111

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	7	35.0	43.8	43.8
	10%	1	5.0	6.3	50.0
	20%	2	10.0	12.5	62.5
	30%	1	5.0	6.3	68.8
	40%	1	5.0	6.3	75.0
	50%	1	5.0	6.3	81.3
	70%	1	5.0	6.3	87.5
	80%	2	10.0	12.5	100.0
	Total	16	80.0	100.0	
	Manquante	999	4	20.0	
Total		20	100.0		

If you have returned to work (partially or fully), what was the work language when you STARTED to return to work?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	5	25.0	25.0	25.0
	Mostly English	12	60.0	60.0	85.0
	Both Languages	3	15.0	15.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

N	Valide	16
	Manquante	4
Moyenne		23.13
Ecart-type		27.500

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	7	35.0	43.8	43.8
	10%	2	10.0	12.5	56.3
	20%	1	5.0	6.3	62.5
	40%	2	10.0	12.5	75.0
	50%	1	5.0	6.3	81.3
	60%	2	10.0	12.5	93.8
	80%	1	5.0	6.3	100.0
	Total	16	80.0	100.0	
	Manquante	999	4	20.0	
Total		20	100.0		

Tableau 93. Langue- hommes

What is your mother tongue?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	French	8	72.7	72.7	72.7
	English	3	27.3	27.3	100.0
	Total	11	100.0	100.0	

What language was used AT WORK when you proceeded on sick leave?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Mostly French	2	18.2	18.2	18.2
Mostly English	8	72.7	72.7	90.9
Both Languages	1	9.1	9.1	100.0
Total	11	100.0	100.0	

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

N	Valide	9
	Manquante	2
Moyenne		20.00
Ecart-type		26.926

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide 0%	4	36.4	44.4	44.4
10%	1	9.1	11.1	55.6
20%	1	9.1	11.1	66.7
30%	1	9.1	11.1	77.8
40%	1	9.1	11.1	88.9
80%	1	9.1	11.1	100.0
Total	9	81.8	100.0	
Manquante 999	2	18.2		
Total	11	100.0		

If you have returned to work (partially or fully), what was the work language when you STARTED to return to work?

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Mostly French	3	27.3	27.3	27.3
Mostly English	6	54.5	54.5	81.8
Both Languages	2	18.2	18.2	100.0
Total	11	100.0	100.0	

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

N	Valide	9
	Manquante	2
Moyenne		18.89
Ecart-type		22.608

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	4	36.4	44.4	44.4
	10%	1	9.1	11.1	55.6
	20%	1	9.1	11.1	66.7
	40%	2	18.2	22.2	88.9
	60%	1	9.1	11.1	100.0
	Total	9	81.8	100.0	
Manquante	999	2	18.2		
Total		11	100.0		

Tableau 94. Langue – femmes

What is your mother tongue?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	French	6	66.7	66.7	66.7
	English	3	33.3	33.3	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

What language was used AT WORK when you proceeded on sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	2	22.2	22.2	22.2
	Mostly English	6	66.7	66.7	88.9
	Both Languages	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

N	Valide	7
	Manquante	2
Moyenne		31.43
Ecart-type		34.847

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	3	33.3	42.9	42.9
	20%	1	11.1	14.3	57.1
	50%	1	11.1	14.3	71.4
	70%	1	11.1	14.3	85.7
	80%	1	11.1	14.3	100.0
	Total	7	77.8	100.0	
Manquante	999	2	22.2		
Total		9	100.0		

If you have returned to work (partially or fully), what was the work language when you STARTED to return to work?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	2	22.2	22.2	22.2
	Mostly English	6	66.7	66.7	88.9
	Both Languages	1	11.1	11.1	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

N	Valide	7
	Manquante	2
Moyenne		28.57
Ecart-type		33.877

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	3	33.3	42.9	42.9
	10%	1	11.1	14.3	57.1
	50%	1	11.1	14.3	71.4
	60%	1	11.1	14.3	85.7
	80%	1	11.1	14.3	100.0
	Total	7	77.8	100.0	
Manquante	999	2	22.2		
Total		9	100.0		

Tableau 95. Langue – sous-officiers

What is your mother tongue?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	French	10	76.9	76.9	76.9
	English	3	23.1	23.1	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

What language was used AT WORK when you proceeded on sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	3	23.1	23.1	23.1
	Mostly English	8	61.5	61.5	84.6
	Both Languages	2	15.4	15.4	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

N	Valide	11
	Manquante	2
Moyenne		18.18
Ecart-type		29.264

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	6	46.2	54.5	54.5
	10%	1	7.7	9.1	63.6
	20%	2	15.4	18.2	81.8
	70%	1	7.7	9.1	90.9
	80%	1	7.7	9.1	100.0
	Total		11	84.6	100.0
Manquante	999	2	15.4		
Total		13	100.0		

If you have returned to work (partially or fully), what was the work language when you STARTED to return to work?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	4	30.8	30.8	30.8
	Mostly English	7	53.8	53.8	84.6
	Both Languages	2	15.4	15.4	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

N	Valide	11
	Manquante	2
Moyenne		17.27
Ecart-type		24.532

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	6	46.2	54.5	54.5
	10%	1	7.7	9.1	63.6
	20%	1	7.7	9.1	72.7
	40%	1	7.7	9.1	81.8
	60%	2	15.4	18.2	100.0
	Total	11	84.6	100.0	
Manquante	999	2	15.4		
Total		13	100.0		

Tableau 96. Langue – officiers

What is your mother tongue?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	French	4	57.1	57.1	57.1
	English	3	42.9	42.9	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

What language was used AT WORK when you proceeded on sick leave?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	1	14.3	14.3	14.3
	Mostly English	6	85.7	85.7	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

N	Valide	5
	Manquante	2
Moyenne		40.00
Ecart-type		29.155

When you proceeded on sick leave, if the working language was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this situation a source of difficulty for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	1	14.3	20.0	20.0
	30%	1	14.3	20.0	40.0
	40%	1	14.3	20.0	60.0
	50%	1	14.3	20.0	80.0
	80%	1	14.3	20.0	100.0
	Total	5	71.4	100.0	
Manquante	999	2	28.6		
Total		7	100.0		

If you have returned to work (partially or fully), what was the work language when you STARTED to return to work?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Mostly French	1	14.3	14.3	14.3
	Mostly English	5	71.4	71.4	85.7
	Both Languages	1	14.3	14.3	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

N	Valide	5
	Manquante	2
Moyenne		36.00
Ecart-type		32.094

If the work language used when you proceeded to return to work was DIFFERENT than your mother tongue, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0%	1	14.3	20.0	20.0
	10%	1	14.3	20.0	40.0
	40%	1	14.3	20.0	60.0
	50%	1	14.3	20.0	80.0
	80%	1	14.3	20.0	100.0
	Total	5	71.4	100.0	
Manquante	999	2	28.6		
Total		7	100.0		

5.2 Portrait descriptif des répondants

Compte tenu que le nombre de répondants à la présente recherche est restreint, nous avons choisi de présenter un portrait descriptif individuel de ces derniers au sein du présent chapitre au lieu de mettre ces derniers en annexe. Chacun des courts textes est rédigé à l'aide des réponses consignées au questionnaire de recherche des répondants. Ce faisant, nous offrons au lecteur une vue plus personnelle de notre échantillon analysé ci-avant.

5.2.1 Répondant # 1

Homme de 32 ans dont les études secondaires sont complétées; il est marié ou conjoint de fait et a 3 dépendants. Condition d'emploi : travaille à temps plein dans la Force régulière. Il est sous-officier junior (Sdt à CplC) et cumule 11 ans de service avec 2 déploiements opérationnels. Sa langue maternelle est l'anglais et il a complété le questionnaire en anglais. La langue utilisée au travail lors du départ en congé maladie : principalement l'anglais, langue utilisée lors du retour au travail : principalement l'anglais, auto-évaluation de sa santé comme étant bonne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme étant une combinaison (psychologiques et physiques) mais attribue à 90% la responsabilité aux problèmes psychologiques. Il a attendu plus de 10 semaines avant de consulter, expliquant avoir attendu par sa crainte que si quelque chose tourne mal son emploi en serait menacé. Il indique qu'il aurait probablement consulté plus rapidement s'il avait eu le choix entre le civil et le militaire. Le diagnostic identifié : troubles anxieux mais ajoute en note la dépression; type de traitement utilisé lors de l'arrêt de travail : un combiné de pharmacologique et psychologique. Cause prédominante : combiné du travail (90% - spécifiquement les déploiements) et de la vie personnelle. Identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 70%. Indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Indique ne pas être retourné au travail sous

le programme de retour au travail (non), que le rôle des intervenants était quelque peu clair (50%), retour au travail à temps plein à la même unité, sentiment d'être prêt à retourner au travail : 20%, aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques encore présent dans une proportion de 70%.

5.2.2 Répondant # 2

Homme de 49 ans dont les études secondaires sont complétées. Il est marié ou conjoint de fait et possède 1 dépendant. Condition d'emploi : autre – retraité des FC mais travaille à temps plein sans en indiquer le milieu spécifique. Puisqu'il indique que le grade ne s'applique pas, il doit donc vraisemblablement être civil. Possède 22 ans de service et n'a effectué aucun déploiement. Langue maternelle : français et a complété le questionnaire en français. Langue utilisée au travail lors du départ en congé maladie : principalement l'anglais, indique un niveau de difficulté de 20% causé par la différence de langue utilisée; langue utilisée lors du retour au travail : les deux à la fois, indique un niveau de difficulté de 20% en ce qui a trait à la langue lors du retour, auto-évalue sa santé comme étant bonne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme étant une combinaison (psychologiques et physiques) mais identifie à 90% la responsabilité aux problèmes psychologiques. Le répondant a attendu 3-4 semaines avant de consulter un intervenant du domaine médical. Diagnostic identifié : troubles de l'humeur et le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail est pharmacologique. Cause prédominante : le travail, spécifiquement le conflit avec un supérieur immédiat ou avec la direction ainsi qu'une évaluation négative de son travail. Identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 70%. Indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Indique être retourné au travail sous le programme de retour au travail (oui), que le rôle des intervenants était clair à 70%, retour au travail à temps partiel

(heures et charge réduites) pendant 4 semaines, et ce, à une unité différente. Il évalue son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 60% et indique que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est plus présent.

5.2.3 Répondant # 3

Homme de 49 ans ayant des études supérieures complétées. Il est marié ou conjoint de fait et possède 1 dépendant. Condition d'emploi : retiré de la Force régulière en février mais indique travailler à temps plein dans la Force de réserve. Il est officier sénior (Maj à Gén), possède 25 ans de service et n'a effectué aucun déploiement. Sa langue maternelle est le français et il a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors du départ en congé maladie était principalement l'anglais et il indique un niveau de difficulté évalué à 40% causé par la différence de langue utilisée. La langue utilisée lors du retour au travail : principalement l'anglais, indique un niveau de difficulté de 10% en ce qui a trait à la langue lors du retour. Son auto-évaluation de sa santé est évaluée comme étant très bonne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme étant une combinaison (psychologiques et physiques) mais stipule cependant à 100% la responsabilité aux problèmes psychologiques. Il a attendu 3-4 semaines avant de consulter; le diagnostic identifié : troubles anxieux et ajoute en note que le stress aigu a été la résultante de la dégradation des relations avec son superviseur immédiat suite à des comportements de « bullying ». Le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail : combiné de pharmacologique (spécifie pour régulariser le sommeil) et psychologique. La cause prédominante à son congé maladie: le travail, spécifiquement le conflit avec un supérieur immédiat ou avec la direction ainsi que la critique constante non constructive, l'humiliation en présence de ses subordonnés et l'absence d'autonomie dans son travail. Il identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 100% et

explicite que c'est suite à un changement de poste et de superviseur dans un environnement sain ainsi que l'excellence des soins et les résultats de la psychothérapie. Le répondant indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Il reflète ne pas connaître le programme de retour au travail (ne connais pas ce programme des FC); indique que le rôle des intervenants était clair à 10%. Son retour au travail a été à temps plein à la même unité; il évalue son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 90% et reflète que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est dorénavant plus présent.

5.2.4 Répondant # 4

Homme de 56 ans ayant complété des études secondaires. Il est marié ou conjoint de fait et possède 1 dépendant. Condition d'emploi : au travail à temps plein dans la Force régulière, officier junior (Élof à Capt) et cumule 34 ans de service au cours duquel il a effectué 1 déploiement. Sa langue maternelle est le français et il a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors du départ en congé maladie : principalement le français, indique cependant un niveau de difficulté de 30% causé par la différence de langue utilisée; la langue utilisée lors du retour au travail : principalement le français, indique cependant un niveau de difficulté de 40% en ce qui a trait à la langue lors du retour au travail. Le reflet d'une difficulté au niveau de la langue semble provenir de l'utilisation de l'anglais, langue seconde du répondant. Son auto-évaluation de sa santé est qualifiée de très bonne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme étant une combinaison (psychologiques et physiques) mais attribue à 80% la responsabilité aux problèmes psychologiques. Il a attendu plus de 10 semaines avant de consulter en expliquant cette attente par l'impression que ses symptômes passeraient tout seuls. Le répondant indique ne pas savoir s'il aurait consulté plus rapidement advenant le libre choix

entre le civil et le militaire; par contre, il identifie avoir consulté volontairement (c'est à dire sans y avoir été référé) un intervenant du système de santé civil. Diagnostic identifié : autre – surmenage, stress et problème de travail à répétition avec manque de support du patron. Type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail : pharmacologique. Cause prédominante : le travail, spécifiquement la surcharge de travail ou pression au rendement. Il identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 80%; il ajoute que les médicaments et le repos des Fêtes ont grandement contribué à son rétablissement. Le répondant stipule avoir eu un autre congé maladie de plus de 30 jours pour les mêmes raisons en 2003. Il indique ne pas être retourné au travail sous le programme de retour au travail (non) et que le rôle des intervenants n'était pas du tout clair (0%). Il a effectué un retour au travail à temps plein à la même unité. Il évalue son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 50% et indique que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques est encore présent dans une proportion de 20%.

5.2.5 Répondant # 5

Homme de 47 ans possédant un baccalauréat partiel. Il est marié ou conjoint de fait et possède 3 dépendants. Condition d'emploi : au travail à temps plein dans la Force régulière; il est officier senior (Maj à Gén) et cumule 28 ans de service avec plus de 10 déploiements effectués au cours de sa carrière. Sa langue maternelle est l'anglais et il a complété le questionnaire en anglais. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée lors de son retour au travail était les deux à la fois (anglais et français). Il auto-évalue sa santé comme étant bonne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et indique avoir attendu plus de 10 semaines avant de consulter en expliquant cette attente par tous les choix de

réponses offerts à cette question posée ainsi que son déni d'avoir un problème. Le répondant indique qu'il n'aurait pas consulté plus rapidement advenant le choix entre le civil et le militaire. Diagnostic identifié : autre – dépression majeure causée par la fatigue opérationnelle avec une combinaison d'anxiété et de troubles de l'humeur; type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail : combinaison de pharmacologique et psychologique. Cause prédominante au congé maladie: le travail; il reflète tous les choix de réponse offerts relatifs aux aspects du travail mais plus spécifiquement la surcharge de travail ainsi que plus de 15 ans de haut rythme dans un environnement opérationnel ainsi que le peu, voire l'absence, d'autonomie et de contrôle. Il identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 40% et ajoute qu'il a vécu une rébellion contre le système militaire. Par ailleurs, il ajoute avoir la volonté de travailler ailleurs car il ne pense pas que les FC ont la capacité ni la volonté de changer la surcharge opérationnelle contemporaine. Il indique avoir eu deux autres congés maladie de plus de 30 jours pour les mêmes raisons et ce, au cours de 2006. Le répondant indique ne pas être retourné au travail sous le programme de retour au travail (non); il n'a pas indiqué dans quelle mesure le rôle des intervenants était clair. Son retour au travail a été effectué à temps partiel (heures et charge réduites) pendant 24 semaines et ce, à une unité différente. Le répondant évalue son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 0%. Le répondant évalue que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur à ses problèmes psychologiques est encore présent dans une proportion de 100%.

5.2.6 Répondant # 6

Femme, niveau collégial partiel, 53 ans, célibataire, aucun dépendant, condition d'emploi : au travail à temps plein dans la Force régulière mais spécifie qu'elle sera libérée pour raisons médicales, sous-officier sénior (Sgt à Adjud), 30 ans de service, aucun déploiement

effectué, langue maternelle : anglais et questionnaire complété en anglais. Langue utilisée au travail lors du départ en congé maladie : principalement l'anglais, langue utilisée lors du retour au travail : principalement l'anglais, auto-évaluation de sa santé comme étant mauvaise.

Identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques, a attendu moins de 2 semaines avant de consulter, diagnostic identifié : troubles de l'humeur et ajoute avoir été en congé maladie pour troubles anxieux en plus des troubles de l'humeur, type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail : combinaison de pharmacologique et psychologique. Cause prédominante du congé maladie: combiné du travail (90%) et de la vie personnelle, spécifiquement la surcharge de travail et pression au rendement. Identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 20%; suivi hebdomadaire avec un psychologue ainsi que suivi mensuel avec médecin traitant. Indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Indique ne pas être retournée au travail sous le programme de retour au travail (non), le rôle des intervenants n'était pas du tout clair (0%), retour au travail à temps partiel (indique cependant avoir eu des heures ainsi qu'une charge similaires au préalable de son congé maladie) pendant 8 semaines et ce, à une unité différente, sentiment d'être prête à retourner au travail : 30%, aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques est encore présent dans une proportion de 30%.

5.2.7 Répondant #7

Homme de 47 ans ayant un niveau collégial partiel; il est célibataire et a 3 dépendants. Condition d'emploi : travaille à temps plein dans la Force de réserve; il est sous-officier senior (Sgt à Adjuc) et cumule 29 ans de service avec 4 déploiements complétés. Sa langue maternelle est le français mais il a cependant complété le questionnaire en anglais. La langue

utilisée au travail lors du départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue de travail utilisée lors de son retour au travail était principalement l'anglais. Au terme de la langue utilisée, soit lors du départ en congé maladie ou encore lors du retour, le répondant ne reflète aucun pourcentage rattaché au niveau de difficulté. Il auto-évalue sa santé comme étant très bonne. Le répondant identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques; il a attendu moins de 2 semaines avant de consulter et le diagnostic identifié est celui des troubles de l'humeur. Le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail est une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante des problèmes de santé mentale est un combiné du travail (50%) et de la vie personnelle, spécifiquement, il stipule un conflit avec un supérieur immédiat ou avec la direction. Il identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 100%; le répondant indique que prendre sa retraite de FC constitue le facteur principal de résolution du problème. Indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Il indique être retourné au travail sous le programme de retour au travail (oui), que le rôle des intervenants n'était pas clair (10%). Il a effectué un retour au travail à temps partiel à la même unité et indique que les heures ainsi que la charge de travail ont été allégées pendant 6 semaines. Le répondant évalue son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 100%. De plus, il indique que l'aspect relatif émanant du travail et identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est plus présent.

5.2.8 Répondant #8

Homme de 45 ans ayant complété un baccalauréat. Il est marié ou conjoint de fait et possède 4 dépendants. Condition d'emploi : travaille à temps plein dans la Force régulière. Le répondant est officier senior (Maj à Gén) et il cumule 24 ans de service avec aucun déploiement

opérationnel. Sa langue maternelle est l'anglais et il a complété le questionnaire dans cette langue. La langue utilisée au travail lors du départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée lors du retour au travail était aussi principalement l'anglais. Il auto-évalue sa santé comme étant très bonne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et il a attendu entre 2 et 4 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié est celui des troubles de l'humeur; le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail est celui de la combinaison de pharmacologique et psychologique. Le répondant identifie la cause prédominante à ses problèmes de santé mentale à la sphère du travail, spécifiquement, à l'absence d'autonomie au travail. Il identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 90% et il indique que la thérapie cognitive combinée à la médication ainsi que le changement de style de vie, de superviseur et de tâches sont les facteurs ayant contribué à la résolution de ses problèmes. Le répondant indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Il dit ne pas être retourné au travail sous le programme de retour au travail (non) et évalue le rôle des intervenants comme n'étant pas du tout clair (0%). Il a effectué un retour au travail à temps partiel à la même unité et stipule que les heures ainsi que la charge ont été allégées pendant 8 semaines. Le répondant estime son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 100%. Il indique que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est dorénavant plus présent.

5.2.9 Répondant #9

Femme de 50 ans ayant complété des études secondaires. Elle est séparée ou divorcée et a 1 dépendant. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans la Force régulière. Elle est sous-officier junior (Sdt à CplC) et cumule 6 ans de service avec aucun déploiement. Sa langue

maternelle est l'anglais, elle a par ailleurs complété le questionnaire en anglais. La langue utilisée au travail lors du départ en congé maladie : les deux à la fois (français et anglais) et la langue utilisée lors du retour au travail était aussi les deux à la fois. Elle auto-évalue sa santé comme étant moyenne. La répondante identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et indique avoir attendu entre 5 et 6 semaines avant de consulter. Elle indique « autre » en ce qui concerne le diagnostic identifié mais spécifie que c'était à cause d'une combinaison de stress, de dépression ainsi que de deuil suite à la mort de son père. Le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail est une combinaison de pharmacologique et psychologique. La répondante reflète la cause prédominante de ses problèmes de santé à un combiné du travail (70%) et de la vie personnelle et elle indique « autre » comme raison mais ajoute avoir voulu obtenir du congé pour aider sa mère lors du décès de son père; cette permission ayant été refusée, elle s'en est alors remis aux soins de santé et a obtenu un mois de congé maladie au lieu de la semaine de congé initialement demandée. Elle identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 100%. Elle indique avoir consulté un conseiller en deuil au cours de son congé maladie ainsi qu'avoir passé du temps avec sa mère afin de lui donner un coup de main avec les tâches administratives devant être effectuées. La répondante indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Elle dit ne pas être retournée au travail sous le programme de retour au travail (non) et que le rôle des intervenants n'était pas du tout clair (0%). Son retour au travail a été à temps plein au sein de la même unité. Elle estime son sentiment d'être prête à retourner au travail à 90%. De plus elle indique que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est plus présent.

5.2.10 Répondant #10

Femme de 44 ans ayant complété un baccalauréat. Elle est mariée ou conjointe de fait et possède 1 dépendant. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans la Force régulière et est officier senior (Maj à Gén). La répondante cumule 25 ans de service avec 2 déploiements opérationnels complétés. Sa langue maternelle est l'anglais et elle a complété le questionnaire dans cette même langue. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée lors de son retour au travail était aussi principalement l'anglais. La répondante auto-évalue sa santé comme étant moyenne. Elle identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et avoue avoir attendu entre 5 et 6 semaines avant de consulter un intervenant du domaine médical. Son diagnostic identifié est celui des troubles de l'humeur et elle indique qu'elle n'a utilisé aucun traitement lors de son arrêt de travail. La cause prédominante à son congé maladie est le travail, spécifiquement, la surcharge de travail. La répondante identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 80%. Par ailleurs, elle indique que sa retraite imminente des FC est le facteur ayant le plus contribué à la résolution de ses problèmes. Elle reflète n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. La répondante dit ne pas être retournée au travail sous le programme de retour au travail (non) et que le rôle des intervenants n'était pas du tout clair (0%). Elle a effectué un retour au travail à temps partiel à la même unité avec le même nombre d'heures mais une charge de travail allégée pendant 2 semaines. Elle estime son sentiment d'être prête à retourner au travail à 60%. La répondante dit que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est dorénavant plus présent.

5.2.11 Répondants # 11

Femme de 36 ans possédant des études secondaires complétées. Elle est mariée ou conjointe de fait et possède 1 dépendant. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans la Force régulière. La répondante est sous-officier senior (Sgt à Adjuc) et elle cumule 18 ans de service avec 1 déploiement opérationnel. Sa langue maternelle est le français mais elle a complété le questionnaire en anglais. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée au travail lors de son retour au travail était principalement l'anglais. La répondante énonce un niveau de difficulté, par rapport à l'utilisation de sa langue seconde, respectivement de 20% lors de son départ et de 10% lors de son retour au travail. Elle auto-évalue sa santé comme étant excellente. La répondante identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et elle avoue avoir attendu plus de 10 semaines avant de consulter. La répondante indique « autre » en ce qui concerne le diagnostic identifié mais elle spécifie avoir été diagnostiquée avec un trouble d'ajustement ainsi que de symptômes dépressifs. Le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail est une combinaison de pharmacologique et psychologique. Elle identifie la cause prédominante à son congé maladie comme étant une combinaison de travail (80%) et de la vie personnelle. La répondante identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 80% et elle indique que la thérapie ainsi que l'exercice physique ont été les facteurs ayant le plus contribué à la résolution de ses problèmes. Par ailleurs, elle indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. La répondante dit ne pas être retournée au travail sous le programme de retour au travail (non) et que le rôle des intervenants n'était pas du tout clair (0%). Son retour au travail s'est effectué à temps partiel à la même unité, par contre, elle indique cependant avoir eu le même nombre d'heures ainsi que la même charge de travail au cours des 3 semaines qu'ont duré son retour. Elle estime son sentiment d'être prête à retourner au travail : 50%. Finalement, elle indique que l'aspect

émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques est encore présent dans une proportion de 80%.

5.2.12 Répondant # 12

Femme de 42 ans ayant complété des études supérieures. Elle est mariée ou conjointe de fait mais ne possède aucun dépendant. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans la Force régulière. Elle est officier senior (Maj à Gén) et cumule 21 ans de service avec 1 déploiement opérationnel. Sa langue maternelle est le français mais elle a cependant complété le questionnaire en anglais. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée lors de son retour au travail était principalement l'anglais. Dans les deux situations, soit lors du départ ainsi que lors du retour, la répondante évalue à 50% le niveau de difficulté généré par l'utilisation de sa langue seconde. La répondante auto-évalue sa santé comme étant bonne. Elle identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et avoue avoir attendu entre 9 et 10 semaines avant de consulter un intervenant du domaine médical. La répondante identifie comme « autre » le diagnostic identifié mais elle explicite que c'est une dépression suite à des troubles de stress post traumatique qu'elle a connue. Le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail est une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante au congé maladie est une combinaison du travail (80%) et de la vie personnelle. La répondante identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 30%. Elle explicite avoir effectué beaucoup de lecture par elle-même (yoga, entraînement physique, zoothérapie) ainsi que la combinaison du support prodigué par son médecin, son psychiatre et son patron ont été les facteurs ayant le plus contribué à la résolution de ses problèmes. Par ailleurs, elle indique avoir eu deux autres congés maladie (2004 & 2006)

pour les mêmes raisons. La répondante dit ne pas être retournée au travail sous le programme de retour au travail (non) et que le rôle des intervenants n'était pas clair (30%). Elle a effectué un retour au travail à temps partiel à la même unité et indique avoir eu un nombre d'heures ainsi que la charge de travail allégés pendant 16 semaines. La répondante estime que son sentiment d'être prête à retourner au travail était de 70%. Finalement, elle indique que l'aspect émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques est encore présent dans une proportion de 60%.

5.2.13 Répondant # 13

Femme de 36 ans possédant un niveau collégial partiel. Elle est séparée ou divorcée avec 1 dépendant. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans le civil; le grade ne s'applique donc pas dans ce cas-ci. Elle cumule 18 ans de service militaire avec 2 déploiements opérationnels. Sa langue maternelle est le français et elle a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée lors de son retour au travail était principalement l'anglais. Lors de son départ en congé maladie ainsi que lors de son retour au travail, bien que la langue utilisée au travail était sa langue seconde, l'anglais, elle reflète que cela n'a pas entraîné de difficulté (0%). La répondante auto-évalue sa santé comme étant bonne. Elle identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et dit avoir attendu moins de 2 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié est celui des troubles de l'humeur; le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail reflète une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante au congé maladie est une combinaison du travail (40%) et de la vie personnelle; la répondante spécifie la non-reconnaissance des efforts. Elle identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une

proportion de 40% et elle indique continuer à avoir un suivi régulier avec un psychologue ainsi qu'une médication ce qui contribuent à la résolution de ses problèmes. La répondante reflète avoir eu deux autres congés maladie (2004 & 2005) pour les mêmes raisons. Elle indique être retournée au travail sous le programme de retour au travail (oui) mais que le rôle des intervenants n'était pas clair (20%). La répondante dit avoir effectué un retour au travail à temps partiel à une unité différente avec un nombre d'heures ainsi qu'une charge de travail allégés pendant 90 (ce chiffre pourrait être une erreur de la part du sujet) semaines. Elle estime son sentiment d'être prête à retourner au travail à 0%. Finalement, elle indique que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques est dorénavant non applicable.

5.2.14 Répondant # 14

Femme de 38 ans possédant un baccalauréat partiel. Elle est séparée ou divorcée et a 2 dépendants. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans la Force régulière. La répondante est un officier junior (Élof à Capt) et cumule 20 ans de service avec aucun déploiement opérationnel. Sa langue maternelle est le français; elle a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée lors de son retour au travail était principalement l'anglais. Dans les deux cas, lors du départ ainsi que lors du retour, la répondante évalue son niveau de difficulté généré par l'utilisation de sa langue seconde à 80%. Elle auto-évalue sa santé comme étant très bonne. La répondante identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et elle avoue avoir attendu plus de 10 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié est celui des troubles de l'humeur; le type de traitements utilisé lors de l'arrêt de travail reflète une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante au congé maladie est une combinaison du travail (50%) et de la vie personnelle;

spécifiquement, la répondante indique « autre » et explicite que c'était à cause d'une mutation imprévue en période de divorce, combinée à un déménagement des enfants à charge pendant un cours de carrière et de l'adaptation à travailler dans une autre langue. Elle identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 30% et elle indique que le soutien de ses supérieurs ainsi que le congé maladie combinés au suivi psychologique sont les facteurs ayant le plus contribué à la résolution de ses problèmes. La répondante indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Elle dit ne pas être retournée au travail sous le programme de retour au travail (non) et que le rôle des intervenants n'était pas clair (20%). Elle a effectué un retour au travail à temps partiel à la même unité et indique avoir eu le nombre d'heures ainsi que la charge de travail allégés pendant 8 semaines. La répondante estime que son sentiment d'être prête à retourner au travail était de 10%. Finalement, elle reflète que l'aspect émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est dorénavant plus présent.

5.2.15 Répondant # 15

Femme de 39 ans possédant un niveau collégial partiel. Elle est mariée ou conjointe de fait avec aucun dépendant. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans la Force régulière et est un sous-officier junior (Sdt à CplC). La répondante cumule 20 ans de service ainsi qu'un (1) déploiement opérationnel. Sa langue maternelle est le français et elle a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement le français et la langue utilisée lors de son retour au travail était principalement le français. Elle auto-évalue sa santé comme étant très bonne. La répondante identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et dit avoir attendu entre 3 et 4 semaines avant de consulter. Le diagnostic reflète

celui des troubles anxieux; elle ajoute les troubles de concentration et de stress. La répondante indique « autre » en ce qui concerne le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail; par contre, elle explicite avoir eu des rencontres de façon intermittente avec une travailleuse sociale durant 2 ans. Cause prédominante au congé maladie: le travail, spécifiquement un conflit avec un supérieur ou avec la direction. Elle identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 100%. Elle ajoute que la consultation avec une travailleuse sociale, le transfert dans une autre section combinés à l'atelier de la gestion du stress et à l'entraînement physique constituent, avec l'appréciation de son nouveau superviseur, les facteurs ayant le plus contribué à la résolution de ses problèmes. La répondante reflète ne pas avoir eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Elle dit ne pas connaître le programme de retour au travail et que le rôle des intervenants était quelque peu clair (60%). Elle a effectué un retour au travail à temps plein à la même unité. Elle estime son sentiment d'être prête à retourner au travail à 10%. Finalement, elle indique que l'aspect émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est plus présent.

5.2.16 Répondants # 16

Homme de 43 ans ayant partiellement complété ses études secondaires. Il est marié ou conjoint de fait avec 1 dépendant. Condition d'emploi : il a pris sa retraite à la fin février de la présente année comme sous-officier senior (Sgt à Adjuc). Bien qu'il ne spécifie pas le nombre d'années de service complétées, le répondant identifie son congé maladie comme ayant été vécu lorsqu'il avait 25 ans de service militaire ainsi que 5 déploiements opérationnels complétés. Sa langue maternelle est le français et il a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée lors de son retour au travail était principalement l'anglais. Le niveau de difficulté généré par

l'utilisation de la langue seconde du répondant est évalué respectivement, lors du départ ainsi que lors du retour, à 10% et 40% par ce dernier. Il auto-évalue sa santé comme étant moyenne. Le répondant identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et dit avoir attendu moins de 2 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié est celui des troubles anxieux mais ajoute avoir vécu une dépression majeure. Le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail reflète une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante au congé maladie est le travail, spécifiquement, les déploiements. Le répondants identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 30%; il indique que son retour au travail dans un environnement non militaire est le facteur principal de la résolution de ses problèmes. Il indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons.

Le répondant dit être retourné au travail sous le programme de retour au travail (oui) et que le rôle des intervenants était clair (90%). Il a effectué un retour au travail à temps partiel dans un environnement civil avec un nombre d'heures ainsi qu'une charge de travail allégés pendant 50 (peut être une erreur de la part du répondant) semaines. Le répondant estime que son sentiment d'être prêt à retourner au travail était d'environ 20%. Finalement, il indique que l'aspect émanant du travail et identifié comme contributeur à ses problèmes psychologiques n'est dorénavant plus présent.

5.2.17 Répondant # 17

Homme de 43 ans ayant complété des études secondaires. Il est marié ou conjoint de fait avec 4 dépendants. Condition d'emploi : il travaille à temps plein dans la Force régulière. Le répondant est un sous-officier junior (Sdt à CplC) et il cumule 23 ans de service avec 2

déploiements opérationnels complétés. Sa langue maternelle est le français et il a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était les deux à la fois (anglais et français); la langue utilisée lors de son retour au travail était principalement le français. Il auto-évalue sa santé comme étant très bonne. Le répondant identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et dit avoir attendu plus de 10 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié reflète les troubles de l'humeur; il ajoute la dépression, l'anxiété et le stress à ceux-ci. Le type de traitements utilisés lors de son arrêt de travail reflète une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante à son congé maladie est une combinaison du travail (70%) et de la vie personnelle; spécifiquement, il stipule que la surcharge de travail est à blâmer. Le répondant identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 90%. Il indique que le fait de ne pas avoir à se rapporter à son travail et de pouvoir penser à lui-même sont les facteurs ayant le plus contribué à la résolution de ses problèmes. Par ailleurs, il indique ne pas avoir eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. Le répondant dit être retourné au travail sous le programme de retour au travail (oui) et que le rôle des intervenants était assez clair (80%). Il a effectué un retour au travail à temps partiel à la même unité, et ce, avec un nombre d'heures ainsi qu'une charge de travail allégés pendant 16 semaines. Le répondant estime son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 40%. Finalement, il indique que l'aspect émanant du travail et identifié comme contributeur à ses problèmes psychologiques est encore présent dans une proportion de 80%.

5.2.18 Répondant # 18

Femme de 38 ans ayant complété un niveau collégial. Elle est célibataire et n'a aucun dépendant. Condition d'emploi : elle travaille à temps plein dans la Force régulière. Elle a le grade de sous-officier junior (Sdt à CplC) et cumule 10 ans de service avec 1 déploiement opérationnel. Sa langue maternelle est le français; elle a par ailleurs complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement le français; la langue utilisée au travail lors de son retour au travail était principalement le français. La répondante auto-évalue sa santé comme étant très bonne. La répondante identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et indique avoir attendu entre 5 et 6 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié reflète le choix « autre » mais elle explicite avoir connue une dépression en conséquence à du harcèlement moral et psychologique. Le type de traitements utilisés lors de l'arrêt de travail reflète une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante à son congé maladie est le travail, spécifiquement, la répondante identifie un conflit avec un supérieur ou la direction. Elle identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 100%. La répondante indique que le fait de ne plus être en contact avec son agresseur, l'assurance de ne plus à avoir à travailler avec ce dernier ainsi qu'un nouveau superviseur lui ont redonné confiance; elle indique donc que ces derniers facteurs ont le plus contribué à la résolution de ses problèmes. Par ailleurs, elle indique n'avoir pas eu d'autre congé maladie pour les mêmes raisons. La répondante dit être retournée au travail sous le programme de retour au travail (oui) mais que le rôle des intervenants n'était pas du tout clair (0%). Elle a effectué un retour au travail à temps partiel à une unité différente. Elle indique avoir eu un nombre d'heures ainsi qu'une charge de travail allégés mais ne se souvient pas du nombre de semaines qu'a duré son retour partiel. La répondante estime son sentiment d'être prête à

retourner au travail à 100%. Elle indique que l'aspect relatif émanant du travail identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques est dorénavant non applicable.

5.2.19 Répondant # 19

Homme de 40 ans ayant complété un niveau collégial partiel. Il est marié ou conjoint de fait et n'a aucun dépendant. Condition d'emploi : il travaille à temps plein dans la Force régulière. Il est sous-officier junior (Sdt à CplC) et cumule 21 ans de service militaire avec 3 déploiements opérationnels complétés. Sa langue maternelle est le français et il a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement le français et la langue utilisée au travail lors de son retour au travail était principalement le français. Le répondant auto-évalue sa santé comme étant moyenne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et dit avoir attendu entre 3 et 4 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié est celui des troubles anxieux et ajoute à cela l'anxiété généralisée. Le type de traitement utilisé lors de son arrêt de travail se restreint au pharmacologique. La cause prédominante à son congé maladie est la sphère du travail, spécifiquement, il identifie les déploiements. Par ailleurs, le membre ajoute avoir effectué 3 déploiements en 5 ans, et ce, en plus des exercices et des cours de carrière pendant cette même période. Il identifie la résolution des problèmes de santé psychologique à l'origine du congé maladie à une proportion de 50%. Le répondant indique que le support de sa conjointe ainsi que de son enfant représente le facteur principal ayant contribué à la résolution de ses problèmes, sans cela, il ne serait plus de ce monde. Il indique avoir eu un autre congé maladie pour les mêmes raisons. Le répondant dit être retourné au travail sous le programme de retour au travail (oui) et que le rôle des intervenants était assez clair (80%). Il a effectué un

retour au travail à temps partiel à la même unité et il indique avoir eu le même nombre d'heures de travail mais une charge de travail allégée pendant 8 semaines. Le répondant estime son sentiment d'être prêt à retourner au travail était de 80%. Finalement, il indique que l'aspect émanant du travail et identifié comme contributeur à ses problèmes psychologiques n'est plus présent.

5.2.20 Répondant # 20

Homme de 35 ans ayant complété un niveau collégial partiel. Il est marié ou conjoint de fait et n'a aucun dépendant. Condition d'emploi : il travaille à temps plein dans la Force régulière. Il est un sous-officier junior, (Sdt à CplC) et cumule 14 ans de service avec 3 déploiements opérationnels complétés. Sa langue maternelle est le français; il a complété le questionnaire en français. La langue utilisée au travail lors de son départ en congé maladie était principalement l'anglais et la langue utilisée au travail lors de son retour au travail était principalement l'anglais. Le degré de difficulté généré par l'utilisation de la langue seconde du répondant lors de son départ est évalué par celui-ci à 80% lors de son départ et de 60% lors de son retour. Le répondant auto-évalua sa santé comme étant très bonne. Il identifie ses problèmes à l'origine de son congé maladie comme relevant de problèmes psychologiques et dit avoir attendu moins de 2 semaines avant de consulter. Le diagnostic identifié reflète les troubles anxieux; le type de traitements utilisés lors de son arrêt de travail est une combinaison de pharmacologique et psychologique. La cause prédominante à son congé maladie est un combiné du travail (50%) et de la vie personnelle; spécifiquement; le répondant blâme les déploiements opérationnels. Il identifie la résolution de ses problèmes de santé psychologique à l'origine de son congé maladie à une proportion de 100% et indique que le suivi psychologique et la médication pendant une année sont les facteurs ayant le plus contribué à la résolution de ses

problèmes. Le répondant indique par ailleurs avoir eu un autre congé maladie pour les mêmes raisons en 2005. Il dit ne pas être retourné au travail sous le programme de retour au travail (non); par contre, il indique que le rôle des intervenants était assez clair (70%). Le répondant a effectué un retour au travail à temps partiel à une unité différente et il indique avoir eu un nombre d'heures allégé mais une même charge de travail pendant les 4 semaines de son retour partiel. Il estime son sentiment d'être prêt à retourner au travail à 80% et il indique que l'aspect émanant de la sphère du travail et identifié comme contributeur aux problèmes psychologiques n'est dorénavant plus présent.

5.3 Synthèse des données recueillies

À la lumière des analyses descriptives de nos données recueillies en fonction de nos questions de recherche, il nous semble à propos de présenter une synthèse afin d'en faciliter l'assimilation globale ainsi que de mettre en place une rampe de lancement au prochain chapitre. Ainsi, les tableaux suivants offrent au lecteur l'information, sous format résumé et condensé, des analyses effectuées à partir de notre banque de données.

5.3.1 Synthèse des données relatives aux caractéristiques socio-démographiques

Tableau 97 Caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographique	Répondants	Sexe		Grade			
		Hommes	Femmes	Sous-officiers		Officiers	
Sexe				H	F	H	F
		55%	45%	65%		35%	
				64%	67%	36%	33%
Âge (avant congé)	40 ans	42 ans	39 ans	39 ans		44 ans	

Tableau 98. Auto-évaluation de la santé

Caractéristique socio-démographique	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Auto-évaluation de la santé	5% Excellente 45% Très bonne 25% Bonne 20% Moyenne 5% mauvaise	55% Très bonne 27% bonne 18% Moyenne	11% Excellente 33% Très bonne 22% Bonne 22% Moyenne 11% Mauvaise	8% Excellente 39% Très bonne 23% Bonne 23% Moyenne 8% Mauvaise	57% Très bonne 29% Bonne 14% Moyenne

Tableau 99. Langue utilisée au travail.

Socio-graphique	Répondants		Sexe				Grade			
			Hommes		Femmes		Sous-officiers		Officiers	
Langue maternelle	70% français 30% anglais		73% français 27% anglais		67% français 33% anglais		77% français 23% anglais		57% français 43% anglais	
	Avant congé	Après congé	Avant congé	Après congé	Avant congé	Après congé	Avant congé	Après congé	Avant congé	Après congé
Langue de l'opération	20% français 70% anglais 10% Les deux	25% français 60% anglais 15% Les deux	18% français 73% anglais 9% Les deux	27% français 55% anglais 18% Les deux	22% français 67% anglais 11% Les deux	22% français 67% anglais 11% Les deux	23% français 62% anglais 15% Les deux	31% français 54% anglais 15% Les deux	14% français 86% anglais 0% Les deux	14% français 71% anglais 14% Les deux
Langue de l'opération (le)	25%	23%	20%	19%	31%	29%	18%	17%	40%	36%

Tableau 100. Déploiements opérationnels

Socio-démographique	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
# Déploiements (avant congé)	30% aucun 25% un 20% deux 10% trois 5% quatre 5% cinq 5% plus de 10	27% aucun 9% un 18% deux 18% trois 9% quatre 9% cinq 9% plus de dix	33% aucun 44% un 22% deux	23% aucun 23% un 23% deux 15% trois 8% quatre 8% cinq	43% aucun 29% un 14% deux 14% plus de dix
# Déploiement - moyenne	1.9	2.73	0.89	1.9	2

5.3.2 Synthèse des données relatives au congé maladie et à l'incapacité

Tableau 101. Traitement utilisé

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Traitement	15% Pharmacologique 75% Combiné* 5% Aucun 5% Autre	27% Pharmacologique 73% Combiné*	78% Combiné* 11% Aucun 11% Autre (travailleuse sociale)	15% Pharmacologique 77% Combiné* 8% Autre	14% Pharmacologique 71% Combiné* 14% Aucun

*reflète que le traitement est composé à la fois d'un traitement pharmacologique ainsi que psychologique

Tableau 102. Consultation médicale

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Consultation médicale (semaines)	25% 0-2 25% 3-4 15% 5-6 5% 9-10 30% plus de 10	27% 0-2 36% 3-4 36% plus de 10	22% 0-2 11% 3-4 33% 5-6 11% 9-10 22% plus de 10	39% 0-2 23% 3-4 15% 5-6 23% plus de 10	29% 3-4 14% 5-6 14% 9-10 43% plus de 10
Raison si plus de 10 semaines	30% Pensait que symptômes passeraient 20% Pas si grave 10% Emploi serait menacé 40% Autre	25% Pensait que symptômes passeraient 25% Pas si grave 25% Emploi serait menacé 25% Autre	33% Pensait que symptômes passeraient 17% Pas si grave 50% Autre	20% Pensait que symptômes passeraient 20% Pas si grave 20% Emploi serait menacé 40% Autre	40% Pensait que symptômes passeraient 20% Pas si grave 40% Autre
Aurait consulté plus tôt si choix	10% Oui 50% Non 40% Ne sais pas	25% Oui 25% Non 50% Ne sais pas	68% Non 33% Ne sais pas	20% Oui 40% Non 40% Ne sais pas	60% Non 40% Ne sais pas
Ont consulté volontairement au civil	20% Oui 80% Non	18% Oui 82% Non	22% Oui 78% Non	15% Oui 85% Non	29% Oui 71% Non

Tableau 103. Cause attribuée

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Cause attribuée au congé* * « vie personnelle » non réflétée	50% Travail 50% Les deux (travail et vie pers.)	64% Travail 36% Les deux (travail et vie pers.)	33% Travail 67% Les deux (travail et vie pers.)	39% Travail 62% Les deux (travail et vie pers.)	71% Travail 29% Les deux (travail et vie pers.)
Attribution au travail (échelle %)	67%	65%	68%	68%	65%
Aspect spécifique du travail	25% Surcharge 5% Absence d'autonomie 5% non-reconnaissance 25% Conflit supérieur 20% Déploiement 20% Autre	18% Surcharge 9% Absence d'autonomie 27% Conflit supérieur 36% Déploiement 9% Autre	33% Surcharge 11% non-reconnaissance 22% Conflit supérieur 33% Autre	23% Surcharge 8% non-reconnaissance 31% Conflit supérieur 31% Déploiement 8% Autre	29% Surcharge 14% Absence d'autonomie 14% Conflit supérieur 43% Autre

Tableau 104. Tableau du diagnostic

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Diagnostic	30% troubles anxieux 40% troubles de l'humeur 30% autre (énonce dépression, anxiété)	46% Troubles anxieux 36% Troubles de l'humeur 18% autre (énonce dépression, anxiété)	11% Troubles anxieux 44% Troubles de l'humeur 44% autre (énonce dépression, anxiété et stress)	39% Troubles anxieux 39% Troubles de l'humeur 23% autre (énonce dépression, anxiété et stress)	14% Troubles anxieux 43% Troubles de l'humeur 43% autre (surmenage, stress et dépression)

Tableau 105. Durée de l'absence

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Durée de l'absence (mois)	4.67	6.2	2.94	6.04	2.29

Tableau 106. Tableau de la récurrence

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Autre(s) congé maladie pour santé mentale	25% Oui 75% Non	27% Oui 73% Non	22% Oui 78% Non	15% Oui 85% Non	43% Oui 57% Non

Tableau 107. Soutien social lors du congé maladie

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Soutien social lors du congé (moyenne)					
Du supérieur (échelle sur 16)	5.45	4.73	6.33	5.23	5.86
Des collègues (échelle sur 16)	7.39	7	7.88	6	10.17

5.3.3 Synthèse des données lors du retour au travail

Tableau 108. Retour au travail

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Sentiment d'être prêt au RAT	53%	58%	47%	52%	54%
Retour progressif	80% Oui 20% Non	91% Oui 9% Non	67% Oui 33% Non	85% Oui 15% Non	71% Oui 29% Non
Auto-évaluation de la progressivité	44% Très progressif 44% Quelque peu 13% aucunement	40% Très progressif 40% Quelque peu 20% aucunement	50% Très progressif 50% Quelque peu	36% Très progressif 55% Quelque peu 9% aucunement	60% Très progressif 20% Quelque peu 20% aucunement
Retour sous le programme de RAT	35% Oui 55% Non 10% Ne sais pas	46% Oui 46% Non 9% Ne sais pas	22% Oui 67% Non 11% Ne sais pas	54% Oui 39% Non 8% Ne sais pas	86% Non 14% Ne sais pas
Clarté des rôles (%)	31%	46%	14%	41%	10%

Tableau 109. Soutien social lors du retour au travail

	Répondants	Sexe		Grade	
		Hommes	Femmes	Sous-officiers	Officiers
Soutien social lors du retour au travail (moyenne)					
Du supérieur (échelle sur 16)	8.05	8.5	7.56	8.69	6.67
Des collègues (échelle sur 16)	9.2	9.45	8.89	8.62	10.29

CHAPITRE 6

DISCUSSION GÉNÉRALE ET PISTES DE RÉFLEXION

6.1 Discussion générale

Dans le cadre de notre recension de littérature scientifique, nous avons scindé en deux catégories les déterminants de la réussite du retour présentés : ceux émanant de l'environnement individuel et ceux émanant de l'environnement organisationnel. Par contre, nous en sommes consciente, l'ordre comme tel des déterminants analysés chez nos répondants s'est plutôt inspiré de la présentation de ceux-ci à l'intérieur de notre questionnaire de recherche afin d'en faciliter le suivi ponctuel. Cette façon de faire, nous l'espérons, aura rendu la lecture des résultats d'analyses statistiques plus facile à suivre pour le lecteur. Ceci étant dit, dans la prochaine section portant sur la discussion des résultats obtenus, nous revenons à notre première façon de répartir les déterminants, soit en fonction de leur environnement d'attache, donc émanant de l'environnement individuel ou organisationnel tel qu'initialement présenté en début de document.

6.1.1 Déterminants émanant de l'environnement individuel

6.1.1.1 Genre

Tous nos répondants étant de retour au travail, contrairement à la littérature recensée, il ne nous a pas été possible d'explorer le genre de ces derniers en fonction de leur statut de retour suite à leur absence. Il n'empêche que le déterminant du genre devrait, selon nous, être retenu dans les études futures sur la problématique du retour au travail et ce, compte tenu que la littérature le présente comme étant un facteur possédant un impact; à savoir que les femmes

reviennent plus que les hommes (Hensing, Brage, Nygard, Sandanger & Tellness, 2000; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, St-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004).

6.1.1.2 Âge

À l'instar du déterminant précédent, l'âge de l'employé en fonction de son retour au travail suite à des problèmes de santé mentale n'a pu non plus être étudié chez nos répondants autrement que par le truchement de la présentation du portrait global de nos répondants en fonction de celui-ci. Cet exercice nous a tout de même éduquée en ce qui concerne la variété répartie de l'âge de nos répondants au moment de leur arrêt de travail pour cause de maladie relative à des affections psychologiques.

Le lecteur se rappellera que lors de notre exposition des déterminants émanant de l'environnement individuel, nous avons souligné soupçonner une certaine influence entre l'âge, le nombre d'années de service ainsi que l'accès à un revenu de pension. En effet, chez notre population à l'étude, puisque les membres militaires joignent à un âge relativement jeune, si on compare le même âge biologique, le nombre d'années de service cumulé chez l'employeur tend à être plus élevé dans les FC qu'au sein de la fonction publique de manière générale. Ceci étant dit, bien qu'ayant accès à une pension de retraite dès 20 années de service complétées (dorénavant 25 ans pour ceux s'étant enrôlés depuis 2005) et que quelques-uns de nos répondants rencontrent le présent critère, ceux-ci sont relativement jeunes et, par ailleurs, sont tous retournés au travail. Bien que nous ne puissions, compte tenu de notre banque de données, pousser plus à fond le déterminant de l'âge en fonction de la problématique du retour au travail (retour ou non-retour), nous continuons à présumer que l'âge se conjuguerait au nombre d'années d'expérience

accumulées. Par conséquent, cette interaction potentielle soupçonnée devrait être retenue dans le cadre d'études futures visant une problématique similaire à la nôtre.

6.1.1.3 Auto-évaluation de sa propre santé

En ce qui a trait à l'évaluation de sa propre santé, nous observons que ce déterminant se duplique lorsqu'il est comparé au sentiment d'être prêt au retour au travail (Post, Krol & Groothoff, 2006; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006); c'est à dire que les réponses se répartissent de façon similaire au sein des deux déterminants explorés : auto-évaluation de sa propre santé et sentiment d'être prêt au retour. Encore une fois, force est d'énoncer les limites de nos données à pondérer ce déterminant de l'environnement individuel puisque tous sont de retour au travail.

D'un autre côté, d'énoncer une telle similarité entre ces deux déterminants étudiés permettra aux chercheurs d'aspirer, nous l'espérons, à vérifier leur similarité. L'alternative serait de restreindre leur étude à un seul des deux déterminants.

6.1.1.4 Traitement utilisé au cours de l'absence

La littérature scientifique souligne que le traitement psychologique entraîne un meilleur taux de retour au travail chez les employés ayant connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale (Côté, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; Lavoie, 2006). Bien que chacun des répondants de notre bassin soit de retour au travail, la vaste majorité de ceux-ci confirme que la consultation en psychothérapie a fait partie du processus de guérison. Il semble que le congé maladie permettrait la disponibilité temporelle à effectuer une telle démarche personnelle en psychothérapie et ce, tout en évitant au travailleur militaire d'avoir à expliquer ses allées et venues à l'extérieur de l'endroit physique du travail à accomplir (St-

Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004). Rappelons-le, les services médicaux organisationnels sont offerts selon un horaire régulier, entre 0730hrs et 1630hrs environ du lundi au vendredi.

Selon nous, compte tenu de la captivité aux soins médicaux militaires, il serait indiqué d'explorer l'impact de la consultation en psychothérapie plus à fond chez la population militaire en général. Bien que les services de santé militaires connaissent une augmentation de leurs ressources dédiées à la santé mentale ces dernières années, ils continuent à faire appel à des professionnels civils afin de répondre à la demande grandissante pour ce type de service. Ainsi, advenant la poursuite de l'étude du retour au travail chez une population de militaires, celle-ci devrait, selon nous, tenir compte de l'offre de service en dehors du cadre militaire. Plus précisément, peut être serait-il indiqué d'explorer si oui ou non il y a eu offre de services externes à l'organisation et, si oui, si cela a été la préférence du membre militaire.

6.1.1.5 Consultation médicale

Le présent déterminant possède un impact sur le retour au travail au terme de notre recension des écrits : le plus tôt on consulte, le plus probable le retour au travail en fonction de la présente problématique (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004). L'étude de ce déterminant, à prime abord apparaissant simple d'application pour notre présente recherche, se révèle être, au contraire, génératrice de questionnements ramifiés et spécifiques à la population militaire à temps plein demeurant captive de ses soins de santé. Cette constatation n'étonne pas du fait que la littérature scientifique n'a pas été confrontée à une telle réalité médicale de captivité des soins médicaux chez les populations étudiées jusqu'ici. Pour plus d'information à ce sujet, nous référons le lecteur au chapitre traitant du contexte particulier ainsi que des réalités techniques de notre étude.

Pour en remettre, le présent déterminant de la consultation médicale, bien que présenté dans le cadre des déterminants émanant de l'environnement individuel possède un aspect qui, pour sa part, relève de l'environnement organisationnel puisque lorsqu'un militaire est soigné pour une condition médicale, physique ou psychologique, les services de soins de santé des FC ont le mandat de s'assurer que le membre soit relativement stable avant de le libérer. Cette volonté organisationnelle de prendre soin des militaires aux prises avec des problèmes de santé, d'autant plus ceux causés par le service militaire, est dorénavant palpable ces dernières années.

Nous avons souligné la captivité médicale de notre population à l'étude à quelques reprises au cours du présent document; cette spécificité médicale semble, selon nous, entraîner un impact certain sur le processus de retour au travail. Qui plus est, certains individus nous ont confié éviter de consulter les services médicaux militaires de façon générale, d'autres disent être plutôt satisfaits de ces derniers et s'en être remis à leurs bons soins avec la confiance de ne pas être laissé pour compte avant d'avoir effectué un retour fructueux au travail.

Il appert par conséquent que toute étude ultérieure se penchant sur la problématique du retour au travail chez les militaires réguliers des Forces canadiennes devrait tenir compte de l'enjeu de cette captivité médicale présentée ci-dessus. Par ailleurs les raisons motivant l'appréhension des membres à consulter les services militaires médicaux afin d'en cerner les ramifications et les impacts sur la problématique du retour au travail devraient aussi être explorées plus à fond.

6.1.1.6 Cause attribuée

De façon majoritaire, la sphère de travail, bien que dans plusieurs cas combinée à celle de la vie personnelle, est majoritairement blâmée par les répondants. Ce constat confirme la littérature recensée (St-Arnaud, Saint-jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jena,

Damasse, Darsigny & Lafond, 2004; Côté, Edwards & Benoit, 2005). Ceci étant dit, puisque tous sont de retour au travail, la cause des problèmes de santé mentale reflétée comme étant attribuée au travail ne peut ici être départie de manière concluante face à la sphère exclusive de la vie personnelle. Ainsi, bien que la littérature expose que le retour au travail s'effectue plus rapidement lorsque la cause des problèmes de santé mentale est attribuée à la vie personnelle plutôt qu'au travail ou encore à la combinaison de deux (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004), nous ne sommes pas en mesure d'en énoncer de telles ramifications en fonction de nos données consignées.

Selon l'ensemble des travaux de St-Arnaud, l'inclusion du déterminant de la cause attribuée au sein de la recherche sur le sujet du retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des affections psychologiques constitue un aspect important car il permet une meilleure compréhension de la présente problématique. Le présent déterminant devrait par conséquent être retenu pour les prochaines études scientifiques sur le sujet.

6.1.1.7 Type de problèmes et récurrence

A l'instar de la littérature scientifique (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004), pour la vaste majorité des répondants, le congé maladie vécu suite à des problèmes de santé mentale est le premier après plusieurs années de bon fonctionnement au travail.

Selon nous, bien qu'ici confirmé comme possédant un impact sur le retour au travail, puisque les études quantitatives se font rares, le présent déterminant devrait continuer à faire partie des études ultérieures dans le but de permettre de nuancer plus à fond l'impact ce dernier dans le cadre d'une problématique similaire.

6.1.2 Déterminants émanant de l'environnement organisationnel

En ce qui concerne les déterminants que nous avons classifiés provenant de l'environnement organisationnel, quatre d'entre eux posséderaient un impact selon la littérature : la clarté du rôle des intervenants, le retour progressif au travail ainsi que le soutien social de la part du supérieur immédiat et des collègues de travail. Encore une fois, force est de constater, en fonction de notre bassin de répondants étant tous de retour au travail, que nous ne pouvons ajouter de conclusions catégoriques sur ces derniers déterminants en question. Nous ne pouvons en effet qu'émettre, à la lumière de notre banque de données, certaines nuances aux conclusions rapportées en début de document.

6.1.2.1 Clarification du rôle des intervenants

Nous tenons d'abord et avant tout à réitérer l'importance documentée de la clarification du rôle des différents intervenants auprès des employés étant en congé maladie (Benoit & Côté, 2005; Lavoie, 2006). Le fait que le programme militaire de retour au travail soit récent explique en partie que le rôle respectif des intervenants ne soient pas clair pour les travailleurs militaires ayant à interagir avec ces derniers; cependant, cela n'excuse pas le constat ci-avant lorsque l'on sait que la littérature démontre l'importance de ce déterminant.

Selon nous, le fait que l'organisation militaire, contrairement aux autres organisations et entreprises, ne subisse pas de pression de la part d'une compagnie d'assurance lorsque ses employés sont en congé maladie entraîne une certaine nonchalance à faire connaître les rôles des intervenants au programme de retour au travail. Par ailleurs, il n'est pas dit que cette organisation militaire demeure soustraite à tout type de pression. C'est plutôt à une pression « bureaucratifiée » du retour au travail que les FC sont soumises. Nous entendons par l'adjectif

« bureaucratisé » le besoin de conserver un caractère opérationnel, en comparaison à péculinaire discuté ci-avant.

Malgré le constat d'absence de pression externe qui pourrait faire en sorte d'activer l'empressement organisationnel à informer son personnel sur la clarté du rôle des intervenants, il n'empêche que les FC ne font pas exception à l'exigence de rendre des comptes aux dirigeants gouvernementaux en ce qui concerne leur capacité opérationnelle. Il est donc dans leur intérêt organisationnel d'obtenir de tous ses travailleurs militaires le maximum d'effort au travail tout en connaissant un minimum d'absence. Nous enjoignons donc les auteurs de recherches futures visant l'organisation militaire à explorer le déterminant de la clarté du rôle des intervenants au programme de retour au travail afin de voir si ce dernier s'améliore avec le temps.

6.1.2.2 Programme militaire de retour au travail

Le programme de retour au travail s'adressant aux membres des FC constitue un outil en évolution à ce stade. Bien que le présent déterminant s'apparente à celui de la clarté du rôles des intervenants, nous tenons à y ajouter des précisions afin d'en maximiser la compréhension auprès des lecteurs responsables de ce programme militaire.

Selon les données recueillies, le programme de retour au travail est méconnu des militaires en général, mais, surtout du groupe des officiers. Compte tenu que ces derniers ont un rôle de premier plan dans la gestion des ressources humaines au sein des FC ainsi que de la prise de décision concernant l'emploi de ces ressources, que ce soit lors de l'endossement des limites médicales imposées lors du retour au travail ou encore du soutien social pendant le congé maladie, il importe d'informer et d'éduquer ce groupe de militaires à court terme. Par ailleurs, toute campagne d'information mise en branle devrait inclure un exposé des tâches et rôles joués par chacun des intervenants rattachés de près ou de loin au programme de retour au travail.

Nous l'avons énoncé en début de document : les problèmes de santé mentale chez les militaires ne datent certainement pas d'hier; par contre, la préoccupation à réhabiliter ces derniers plutôt que de s'en départir est une volonté contemporaine de la part des autorités militaires. Il aura fallu que des hauts gradés connaissent des affections psychologiques (Général Dallaire par exemple) pour améliorer le soutien aux blessés non seulement physiques mais aussi, et dorénavant, aux blessés psychologiques. Nous applaudissons donc le programme militaire de retour au travail instauré tout en rappelant la nécessité d'en poursuivre sa diffusion afin qu'il soit bien compris de la population militaire en générale et, plus particulièrement, des officiers. Il en va de la démystification des problèmes de santé mentale afin d'encourager le personnel à consulter dès l'apparition de leurs premiers symptômes. Ce faisant, une meilleure compréhension globale de la santé mentale entraînerait une diminution de la stigmatisation dont fait l'objet les militaires ayant su demander de l'aide médicale.

6.1.2.3 Retour progressif au travail

Même si certains répondants disent n'avoir pas bénéficié d'un retour progressif, il n'empêche que tous sont de retour au travail. La littérature le dit : le retour progressif est bénéfique pour le maintien en poste. Selon nous, il semble que l'empressement à retourner au travail provienne de la pression sociale des pairs ou encore des remords de conscience vécus par certains répondants. Nous acquiesçons de la difficulté opérationnelle que peut entraîner un retour progressif au sein de l'organisation militaire, il n'empêche que ce déterminant de progressivité dans le retour soit salutaire au succès de la démarche (St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004 et Nordqvist, Holmqvist & Alexanderson, 2003). Par ailleurs, si difficulté opérationnelle il peut y avoir, cette dernière devrait être ponctuelle et ciblée compte tenu de la provenance géographique des troupes à effectuer des rotations opérationnelles.

Par ailleurs, au sein de la main-d'œuvre canadienne, nous sommes présentement témoin du départ à la retraite massive des *Baby boomers*. Qui plus est, cette présente situation perdurera pendant quelques années encore. Puisque les FC ne font pas exception au départ massif des *Baby boomers* qui sont militaires, voilà une autre raison de plus pour que l'organisation militaire s'évertue à rendre alléchant le retour au travail au sein de ses propres rangs à ses blessés affligés d'affections psychologiques. Elles devraient par conséquent déployer tous les efforts possibles afin d'offrir des conditions optimales au retour au travail suite à une période d'incapacité.

6.1.2.4 Soutien social organisationnel

La famille que forme la communauté militaire possède un fort sentiment d'appartenance. Des expressions telles que « notre mère l'Armée » ou encore le « nous » versus le « eux » en parlant de la communauté militaire en comparaison de la communauté civile démontre à quel point cette micro-société militaire peut être indépendante et autosuffisante. Par ailleurs, il semble que plus ils y demeurent longtemps, plus les membres sont dépendants et attachés à leur famille militaire.

Le constat ci-avant, compte tenu de son importance dans le retour au travail des travailleurs militaires suite à pour congé maladie du à des problèmes de santé mentale, nous laisse cependant perplexe. En effet, puisque le soutien social, provenant du supérieur immédiat ainsi que des collègues de travail importe (St-Arnaud, 2001; St-Arnaud, Saint-Jean & Rhéaume, 2003; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse & Darsigny, 2004; St-Arnaud, Saint-Jean, Damasse, Darsigny & Lafond, 2004; Côté, Edwards & Benoit, 2005; Lavoie, 2006), nous nous demandons comment il se fait que le soutien organisationnel reflète un taux relativement si bas. À cette dernière interrogation, nous avançons la réflexion que, compte tenu que le milieu militaire est majoritairement masculin, ce dernier exige de ses membres qu'ils soient forts sur le plan

physique autant que psychologique. Les affections psychologiques étant non-visibles à l'œil nu, celles-ci seraient, par conséquent, perçues telles une faiblesse. Qui plus est, il semble qu'elles soient en majorité attribuées à la gente féminine; elles seraient donc d'autant plus mal vues lorsqu'elles affligent les travailleurs militaires masculins.

Par ailleurs, au même titre que leurs confrères d'armes masculins, on s'attend à ce que les femmes militaires, de par leur adhésion aux FC, se montrent, elles aussi, fortes physiquement et psychologiquement. Elles sont donc d'autant plus perçues comme des maillons faibles de la chaîne des ressources humaines militaires lorsqu'elles sont aux prises avec des affections psychologiques.

Loin de rendre les armes, face au constat ci-avant, nous continuons à réitérer que le soutien social demeure une composante essentielle du retour au travail réussi dans l'organisation militaire et ce, d'autant plus que le tissu social militaire est maintenu serré, souvent, même en dehors des heures de travail sur les bases militaires.

Suite à l'implication de membres militaires prestigieux, les FC ont mis en place une campagne de sensibilisation à la santé mentale au cours des dernières années. Cette campagne a eu pour effet de faire prendre conscience que personne n'est à l'abri des affections psychologiques. C'est d'ailleurs dans le sillon de la volonté de l'organisation militaire à prendre mieux soin de ses blessés que des mesures concrètes se sont mises en branle afin de répondre à l'augmentation des demandes de service qui ont suivies.

Loin de faire l'unanimité quant à l'authenticité perçue des affections psychologiques chez leurs collègues, il semble cependant que le message de sensibilisation fasse son chemin auprès des militaires en service actif. L'organisation impute par ailleurs la responsabilité de repérer ce type de problèmes aux militaires investis de la responsabilité des troupes (supérieur) sur le terrain.

Nous croyons que l'initiative de sensibilisation combinée à l'éducation formelle à la santé mentale dans le cadre des cours militaires de carrière ainsi que de l'expérience contemporaine de voir des collègues aux prises avec des problèmes de cette nature rejoint dorénavant de plus en plus de membres militaires. Étant ainsi sensibilisés aux problèmes de santé mentale, le soutien social se fait un peu plus présent qu'avant lors du retour au travail de confrères incapités par ce type de problèmes. Nous suggérons donc que le déterminant du soutien social soit à retenir au sein des recherches ultérieures portant sur les militaires; l'inclusion de ce déterminant devrait permettre de documenter ce dernier plus à fond et d'en exposer son évolution au fil du temps.

6.2 Pistes de réflexion

Au cours des sections suivantes, à la lumière des résultats présentés au chapitre précédent, nous nous attarderons à émettre au lecteur des pistes de réflexion qui pourraient servir aux recherches futures portant sur une problématique similaire.

6.2.1 Absence de pression de la part de la compagnie d'assurance

Dans le cadre de notre présente étude, l'absence de pression exercée par la compagnie d'assurance sur l'organisation militaire afin que les travailleurs en congé maladie reviennent le plus tôt possible, voire même en fonction d'un barème élaboré selon le diagnostic médical, apparaît tel un élément manquant de la réalité contemporaine des organisations d'envergure. La présente constatation doit bien entraîner un certain impact sur nos résultats présentés ci-avant, ne serait-ce que sur le laps de temps en congé maladie avant d'entamer un retour au travail, même progressif. Ceci étant dit, nous avouons ne pas être en mesure de jauger cet impact en question. Il serait par contre intéressant de vérifier si d'autres organisations, la Gendarmerie royale du Canada par exemple, évoluent selon les mêmes conditions économiques; à savoir, que le salaire de l'employé en congé maladie n'est aucunement diminué pendant l'absence en congé maladie, et ce, peu importe sa durée.

6.2.2 Choix d'échelles et documentation scientifique

Notre questionnaire de recherche s'inspire en grande partie de celui de St-Arnaud tout en comportant plusieurs ajouts et modifications motivés par la singularité de notre population à l'étude. Malgré nos vigilants efforts à adhérer à la conformité scientifique lors de l'élaboration dudit questionnaire, celui-ci manque de rigueur, spécifiquement, en ce qui concerne l'échelle de soutien social retenue; nous avons d'ailleurs relevé cette lacune au chapitre précédent.

L'élaboration de notre questionnaire de recherche s'étant effectuée de façon concourante à notre recension de littérature, nous avons pris pour acquis que la documentation psychométrique rattachée à l'échelle (de Pineau) retenue serait aisément disponible à travers les services de référence universitaires. Malgré nos maints efforts, il demeure que seul le manuel de référence initialement consulté documente, quoique de façon très limitée, cette échelle en question. Une échelle alternative de soutien social s'avérerait plus adéquate au niveau scientifique.

6.2.3 Langue du questionnaire

Lors de la rédaction du descriptif des répondants, nous avons noté que ces derniers, bien que majoritairement francophones, ont répondu à notre document, en prépondérance, dans sa version anglaise. Notre questionnaire de recherche était disponible dans les deux langues officielles, cependant, une fois la version électronique entamée, le répondant ne pouvait changer la langue pour y répondre. Ainsi, il nous apparaît que l'ajout d'une fonction électronique permettant le changement de langue en cours de questionnaire pourrait s'avérer bénéfique pour les répondants francophones. Qui plus est, bien que révisée à plusieurs reprises par différentes personnes, la qualité de la traduction ne peut être aussi bonne que si elle avait été effectuée par un professionnel spécialisé en traduction et ce, spécifiquement dans le domaine de la santé mentale afin de bien en saisir le contenu. Une telle tâche de traduction de questionnaire requiert par ailleurs, nous l'acquiesçons, la traduction du français vers l'anglais et une seconde traduction de l'anglais vers le français afin d'en stabiliser le contenu de façon formelle et scientifique. Bref, notre effort, bien que louable, n'est ici point sans reproche de la part du chercheur scientifique aguerri.

6.2.4 Stigmatisation des militaires causée par leurs affections psychologiques

La santé mentale demeure un sujet tabou pour bien des travailleurs et des organisations. L'étude présentée ici aurait pu gagner à explorer dans quelle mesure les militaires se sentent stigmatisés par leurs confrères d'armes compte tenu qu'ils ont fait appel aux soins de santé mentale suite à des affections psychologiques. A tout le moins, on aurait pu explorer s'ils ont volontairement divulgué les raisons de leur absence en congé maladie à leur entourage immédiat de travail. On le voit dès le début du questionnaire, certains répondants disent avoir eu un congé maladie suite à des problèmes de santé physique combinés à des problèmes de santé mentale. Bien que l'on ait vérifié la prépondérance de leurs affections psychologiques sur celles physiques, nous n'avons pas exploré plus à fond les raisons qui les motivent à identifier une telle combinaison.

Ceci étant dit, en ce qui concerne cette même combinaison d'affections physiques et d'affections psychologiques ayant entraîné un période d'incapacité étudiée ici, nonobstant que l'introduction de notre questionnaire est clair d'emblée quant à la population à qui il s'adresse, nous avons heureusement eu l'instinct de vérifier l'attribution à ces deux types d'affections. Cette vérification nous a ainsi permis de retrancher de notre banque de données trois répondants qui auraient, autrement, pu fausser nos données.

6.2.5 Étude ponctuelle versus longitudinale

Compte tenu que le présent questionnaire s'adresse aux répondants suite à leur période d'incapacité, plusieurs interrogations exigent de ces derniers qu'ils se remémorent des événements, des sentiments ainsi que des attributions de responsabilité appartenant au passé. Nous suggérons qu'il serait intéressant de suivre une cohorte afin de consigner et de documenter leur cheminement tout au long de leur expérience personnelle et non seulement *post* expérience

tel que nous l'avons fait ici. La comptabilisation de l'information au fur et à mesure pourrait se révéler plus précise et permettrait l'étude de la présente problématique sous un tout autre angle.

Par ailleurs, on peut sentir qu'une influence se fait sentir dans le cadre des résultats obtenus et présentés au sein du chapitre précédent. Un des exemples est celui de l'évaluation du soutien social octroyé par le supérieur immédiat ainsi que les collègues de travail lors de l'absence en congé maladie et lors du retour au travail des répondants. Alors que la littérature nous annonce que le soutien du supérieur immédiat se perpétue et est crucial lors de l'absence de l'employé, nos résultats reflètent un niveau encore plus haut de soutien social des collègues au cours de cette même période.

6.2.6 Recherche quantitative versus qualitative

La documentation scientifique recensée dans le cadre de la présente problématique émane à forte prépondérance d'une méthodologie qualitative. Nous croyons sincèrement que, compte tenu de cette effervescence récente de la littérature, le choix d'effectuer une recherche quantitative contribue de façon innovatrice à la compréhension du retour au travail suite à une période d'incapacité entraînée par des problèmes de santé mentale.

Puisque, aujourd'hui encore, rares sont les recherches quantitatives sur la problématique étudiée ici, nous suggérons au chercheur visant un sujet similaire de songer à répéter l'expérience sous sa forme quantitative afin d'en pousser plus à fond le potentiel.

6.2.7 Population à l'étude

Le choix de la population des militaires canadiens réguliers, c'est-à-dire à temps plein, afin de conduire notre problématique de recherche s'est avéré autant innovateur en terme de pertinence scientifique que rabroueur en terme d'autorisation et de distribution de questionnaire

de recherche auprès de cette organisation. En effet, le lecteur se souviendra que le présent projet a bien failli tomber aux oubliettes suite aux nombreux obstacles hors de notre contrôle lors de sa mise en œuvre.

Ceci étant dit, le fait d'avoir mené à terme la présente recherche auprès de la population ciblée éveille en nous une curiosité scientifique à pousser plus loin l'étude de la présente problématique auprès de populations similaires. Ce que nous entendons par populations « similaires », ce sont les véritables micro-sociétés composées de travailleurs oeuvrant dans un environnement spécialisé et autogéré. A cet effet, le premier exemple nous venant en tête est celui de la Gendarmerie royale du Canada. Cette organisation en est une para-militaire; elle possède par ailleurs une structure de grades similaires, dans une grande mesure, à celle des FC. De plus, les membres de cette organisation ont l'occasion d'être déployés de façon volontaire dans des missions internationales et leur maintien en emploi est directement relié à leur condition physique. Ce dernier constat devrait, par la force des choses, entraîner chez les membres de cette organisation une certaine appréhension à consulter des intervenants médicaux. Par contre, nous avons été incertaine de la nature de la captivité médicale, s'il y en a effectivement une, chez cette population.

D'autres populations spécifiques pouvant potentiellement profiter de notre questionnaire de recherche seraient celles des policiers provinciaux et municipaux ainsi que celles des pompiers. Bref, plusieurs options sont disponibles en tant que terrain potentiel d'étude sur le retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale.

6.2.8 Langue

La Fonction publique canadienne, présente dans chaque province et territoire, utilise, en fonction de sa localisation géographique ainsi que de son interaction avec les paliers supérieurs,

l'une et / ou l'autre des langues officielles. On exige donc que le personnel soit fonctionnel dans sa langue seconde; cette réalité dépendant du niveau du poste et variant en terme de niveau requis. Ceci étant dit, bien que les francophones soient le plus souvent affectés par une telle réalité organisationnelle, les anglophones aussi y sont soumis, bien que dans une moindre mesure.

Nous l'avons souligné lors de la présentation de nos résultats : le fait de devoir travailler dans sa langue seconde entraîne un facteur de difficulté ajouté pour les employés étant aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il appert par conséquent que cet aspect, non documenté par la littérature scientifique dans le cadre de la problématique du retour au travail, doit être poussé plus loin afin d'en saisir la portée réelle. Certains travailleurs nous ont avoué, lors de discussions informelles, avoir été incapables de communiquer dans leur langue seconde au plus fort de leurs problèmes de santé mentale. La langue de travail mise en relief avec celle maternelle devrait par conséquent être un des facteurs dont le chercheur tiendra compte lors de recherches ultérieures sur un sujet similaire.

6.2.9 Déploiements opérationnels

En ce qui a trait au nombre de déploiements opérationnels effectués préalablement à la période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale, il est intéressant d'obtenir des données inédites à ce sujet. Compte tenu que le rythme opérationnel des déploiements tend à augmenter ces dernières années chez les FC et que ceux-ci sont, de façon générale, plus dangereux que par les années passées, ce déterminant devrait, selon nous, demeurer un facteur d'analyse dans les prochaines études auprès de la population militaire.

Dans le but de mieux comprendre encore l'impact potentiel que pose les déploiements opérationnels en fonction de la présente problématique étudiée, il serait intéressant de savoir si

ces derniers ont été effectués de façon purement volontaire ou encore obligatoire. Par obligatoire, nous entendons que les militaires sont désignés en fonction leur expertise respective et ne peuvent refuser d'y participer. La comptabilisation de la nature volontaire ou non, en plus du nombre de déploiements à leur actif, permettrait de mettre en lumière un raffinement encore plus poussé de la problématique du retour au travail chez les militaires ayant connu une période d'incapacité causée par des problèmes de santé mentale. À la rigueur, peut être faudrait-il même repenser le retour au travail de ces travailleurs de façon différente selon ce dernier aspect.

Nous l'avons mentionné antérieurement, les membres de la Gendarmerie royale du Canada ont eux aussi la possibilité d'effectuer des missions à l'étranger. Il serait donc intéressant d'intégrer ce déterminant dans le cadre d'une étude de problématique similaire chez cette population afin de mettre cette dernière en comparaison avec celle militaire. Par contre, nous ne sommes cependant pas certaine de quelle manière les membres de la Gendarmerie royale sont choisis pour être déployés à l'étranger, à savoir qu'ils peuvent être soit volontaires, soit désignés.

6.2.10 Prévenir les problèmes de santé mentale

Notre consultation des bases de données de documents scientifiques produits ces dernières années met en lumière cette soif contemporaine d'être en mesure d'identifier les déterminants influents le retour au travail des travailleurs touchés par la présente problématique. Malgré le fait que cette volonté de connaissance soit louable, le danger de perpétuer l'angle d'étude en fonction de la réparation, autrement dit, le retour au travail, entraîne une certaine « normalisation » de la période d'incapacité causée par ce type de problèmes.

Compte tenu que nous sommes dorénavant beaucoup mieux aguerri de la connaissance des facteurs du travail porteurs d'influence, positive ou négative, sur la santé mentale des employés, l'internalisation de cette dernière devrait dorénavant faire en sorte que les entreprises

visent activement à renforcer les déterminants positifs et à contrecarrer les déterminants négatifs. Ce faisant, on démontrerait qu'on ne prend plus pour acquis les risques de problèmes de santé mentale comme étant inhérents au métier ainsi qu'à l'environnement de travail mais bien comme étant une réalité à laquelle nous sommes confrontés tout en ayant, dans une grande mesure, le pouvoir d'agir.

En effet, l'utilisation de la connaissance afin de transformer celle-ci pour en faire une action concertée et active visant à prévenir les problèmes de santé mentale avant qu'ils ne naissent, constitue dorénavant la preuve que l'on comprend mieux la présente problématique. L'environnement de travail militaire, à l'instar de d'autres organisations, a d'ailleurs entamé ces dernières années une campagne de sensibilisation relative aux problèmes de santé mentale (voir section 6.1.2.4 ci-avant).

CONCLUSION

Nous l'avons exposé d'emblée dans l'introduction du présent document ainsi que répété à plusieurs reprises: l'étude du retour au travail suite à des problèmes de santé mentale est une problématique de recherche actuelle. L'organisation mondiale de la santé anticipe que les affections psychologiques prendront le second rang, particulièrement en ce qui a trait à la dépression, d'ici 2020. En fonction de cette dernière prévision, il nous semble plus que probable que l'engouement pour la présente problématique perdurera encore pour plusieurs années.

L'édification de la connaissance scientifique portant sur le retour au travail des travailleurs ayant connu une période d'incapacité suite à des troubles mentaux constitue le meilleur moyen de contribuer à la préparation des entreprises et organisations à cette réalité contemporaine des ressources humaines. Nous le réitérons : aucune organisation n'est à l'abri de l'absence de ses employés connaissant des problèmes de santé mentale. Par conséquent, tous ont avantage à mieux comprendre la présente problématique afin d'y faire face de façon proactive. Pour notre part, nous avons comme motivation d'aider l'organisation militaire dans sa recherche de compréhension du retour au travail de ses membres suite à leurs troubles mentaux. Compte tenu que la population militaire n'a pas, à ce jour, fait l'objet de recherche, il nous a été d'autant plus motivant de participer à la présente quête de compréhension et ce, malgré les nombreuses embûches rencontrées en cours de route.

En effet, le lecteur se souviendra à quel point nos efforts de mener à bien la présente recherche ont dû être redoublés afin de tenir tête à l'incongruité organisationnelle subséquente à l'obtention d'autorisation officielle du comité de la recherche scientifique des FC. Malgré ces nombreuses difficultés que nous avons rencontrées, la présente recherche a heureusement et finalement été complétée. Ainsi, le document que le lecteur tient entre ses mains constitue notre « brique » de connaissance, aussi humble soit-elle, servant dorénavant à l'édification de ce

« mur » de la science contemporaine dans le domaine du retour au travail suite à une incapacité causée par des problèmes de santé mentale diagnostiqués.

Notre choix de la méthode de recherche à prépondérance quantitative tout en l'accompagnant, dans une moindre mesure, de la méthode qualitative constitue, nous le réitérons, une avancée en ce qui concerne notre apport à la connaissance de la problématique du retour au travail suite à des affections psychologiques diagnostiquées. Cette façon d'effectuer notre présente recherche nous permet ainsi d'utiliser la connaissance scientifique documentée jusqu'ici afin, non seulement, d'en faire ressortir les nombreux déterminants avancés par la littérature scientifique pour les présenter au lecteur mais, aussi, d'en discerner ceux concluants dans le but d'en explorer l'impact au sein d'une population jusqu'alors non étudiée.

Une fois de plus, nous reconnaissons les limites que nous impose notre base de données peu garnie recueillies au terme de notre collecte de données. Étant une étude descriptive au sein d'une population n'ayant pas encore été sondée, le nombre restreint de répondants nous offre tout de même un aperçu, bien que bref, dont il faut tirer profit au maximum. Ainsi, le fait que nos résultats présentés nous permettent de corroborer l'importance de plusieurs déterminants, de questionner l'importance de certains ainsi que d'avouer notre incapacité à qualifier les autres offre aux chercheurs se penchant sur une problématique similaire une connaissance un tant soit peu plus étoffée. Qui plus est, la présente recherche propose dorénavant des assises de départ pour les chercheurs en manque de défis qui voudraient réétudier la population militaire sous une problématique similaire à la nôtre.

En effet, plusieurs aspects sous lesquels nous mettons en lumière nos résultats ouvrent la voie à une meilleure compréhension du retour au travail. Ainsi, notre exploration des déterminants du retour au travail en fonction du grade détenu par nos répondants permet un meilleur rapprochement entre les catégories de travailleurs utilisées dans certaines études

recensées (Lavoie (2006) par exemple) et, par conséquent, une comparaison des résultats respectifs. Par ailleurs, compte tenu du caractère militaire de notre population, son étude en fonction du grade détenu par les répondants permet une certaine démystification de celle-ci ainsi qu'une meilleure compréhension de nos résultats pour le lecteur inculte de cet environnement.

Sur une autre note, puisque le sexe des répondants est un des premiers réflexes des chercheurs, la comparaison selon le genre des répondants nous permet de facilement comparer nos conclusions à celles des autres recherches recensées au sein de la littérature scientifique.

Par contre, puisque l'environnement militaire est majoritairement constitué de travailleurs masculins, scinder les répondants selon leur genre respectif offre encore plus à la connaissance scientifique dans ce cas-ci. Après mûre réflexion, notre présente recherche interpelle puisqu'elle met en lumière le besoin d'explorer la présente problématique auprès des populations de travailleurs composées d'une vaste majorité prépondérante, qu'elle soit constituée d'hommes ou de femmes, dans le but d'en saisir les ramifications et d'en jauger l'impact de cette spécificité en fonction du genre. C'est donc une véritable rampe de lancement enjoignant nos collègues chercheurs vers l'étude future des métiers et professions qualifiés de non-traditionnels que nous avons commencée à construire.

Au sein de l'organisation militaire, notre recherche aura su mettre en lumière une certaine peur de s'investir dans la compréhension du retour au travail suite à une incapacité causée par des troubles mentaux des autorités responsable du programme en question. Peut-être cette peur émane-t-elle de la diffusion externe à l'organisation militaire des résultats de recherche? Nonobstant cette dernière interrogation, les FC ont dorénavant en main une photo de la présente problématique sévissant dans leurs rangs. Les FC savent dorénavant que leur programme militaire de retour au travail gagnerait à être connu d'avantage auprès de ses propres membres et qu'une bonne façon d'en transmettre l'essence semble être confirmée par l'insertion d'un bloc

d'information sur celui-ci dans le cadre des cours militaires offerts, et ce, à tous les niveaux de grade.

Le retour au travail conséquent à une période d'incapacité entraînée par des problèmes de santé mentale constitue un mode réactif aux problèmes de santé mentale affligeant les travailleurs militaires. Bien que les efforts notables des FC à adhérer à la tendance organisationnelle contemporaine de mettre en place un programme de retour au travail, celles-ci gagneraient à explorer les aspects singuliers caractérisant l'environnement militaire, en comparaison de celui civil, afin d'édifier un programme adapté et non seulement calqué. Notre mise en relief de la peur de consulter les autorités militaires médicales, que ce soit de façon ponctuelle à l'apparition de leurs symptômes ou encore après plusieurs semaines de fonctionnement amoindri, ainsi que de la consultation volontaire des intervenants médicaux civils à l'insu de leur employeur, sert à illustrer le besoin criant d'être rassurés des membres militaires. Puisque les ressources humaines militaires qualifiées sont la ressource la plus importante et que la mise à pied pour raisons médicales, alors que l'on aurait pu prévenir cette dernière, exacerbe la capacité opérationnelle, les FC doivent réévaluer la nature de la captivité médicale de ses membres. Qui plus est, étant le reflet de la population canadienne, la population militaire connaît un taux croissant de départs à la retraite de ses membres ces dernières années; cette situation perdurera d'ailleurs encore quelques années puisque les *Baby Boomers* en sont à l'aube de ce stade de leur vie.

Finalement, ne s'impose pas chercheur qui le veut. Le présent projet de recherche s'est avéré pour nous formateur à tous points de vue. De l'élaboration, en passant par la mise en branle, la collecte de données, l'analyse de ces dernières et à la présentation des conclusions de recherche, toutes ces étapes ont été garantes d'apprentissage. À de nombreuses reprises au cours de notre démarche scientifique nous avons été envahie du doute d'amener à terme le présent projet de longue haleine. Force est de constater que notre volonté intrinsèque aura eu

raison de l'adversité rencontrée en cours de route. Ainsi, la présente recherche étant conclue, nous pouvons dorénavant attester du caractère enrichissant de notre expérience. C'est donc avec la satisfaction du travail accompli que nous soumettons le présent document au comité d'évaluateurs, aux responsables militaires de la recherche scientifique ainsi qu'aux intervenants du programme de retour au travail de l'organisation militaire.

Nous espérons maintenant que notre effort de recherche servira à améliorer le sort des militaires effectuant un retour au travail suite à une période d'incapacité causée par des troubles mentaux. Pour ceux qui servent notre pays, minime, mais combien salutaire, est notre contribution à leur bien-être en comparaison de leur potentiel sacrifice ultime.

Références

- American Psychiatric Association – DSM-IV-TR (2003), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ième} éd., texte révisé (Washington DC, 2000), traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris.
- Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massicotte, P. & Pajot, A. (2000), Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprises, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), Études et recherches, Montréal, rapport no. R-238.
- Baril, R., Clarke, J., Friesen, M., Stock, S., Cole, D. & The work-ready group (2003), Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders : a qualitative study in three Canadian provinces, Social Science & Medicine, 57, Issue 11, 2101-2114.
- Benoit, N. & Côté, L. (2005), Prévention primaire, secondaire et tertiaire en santé mentale au travail : le cas d'une institution financière canadienne, Revue internationale sur le travail et la société, 3, 2, 86-113.
- Bérubé, M. & Vachon, M. (2005), Accueillir un collègue après un burnout ou une dépression, Travail et santé, décembre, pp. 6-7.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002), Psychologie de la santé – modèles, concepts et méthodes, Paris, Dunod.
- Charbonneau, C. (2004), Travail et santé mentale : perspectives et défis, Fondation travail et santé mentale – Cahier de la Fondation, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales – Cahiers du LAREPPS.
- Côté, L. (2001), La crise du burnout chez les employés d'une institution financière: élaboration d'un modèle, Thèse de doctorat – Université d'Ottawa.
- Côté, L., Edwards, H. & Benoit, N. (2006), La crise du burnout dans les institutions financières : élaboration d'un modèle à partir d'une expérience canadienne, dans Stress, santé société, G. Chasseigne (sous la dir.) Stress et société, 3, Reims, Presses universitaires de Reims, p. 119-161.
- Côté, L., Edwards, H. & Benoit, N. (2005), S'épuiser et en guérir : analyse de deux trajectoires selon le niveau de l'emploi, Revue internationale sur le travail et la société, 3, 2, 835-865.
- De Carufel, J. (2003), Étude des facteurs qui influencent la détermination de l'âge de retraite obligatoire (ARO) optimal dans les Forces canadiennes, Mémoire de maîtrise en relations industrielles et gestion des ressources humaines, UQO.
- Défense nationale (2003), Nouvelles de la DRH Strat – Perspectives stratégiques sur les ressources humaines, 2.

- Défense nationale (2008), Recherche sur le retour au travail, La feuille d'érable, 11, 5.
- Durand, M.-J., Loisel, P. (2001), La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique, Pistes, 3, 2, 1-16.
- Durand, M.-J., Vachon, B. & Berthelette, D. (2003), Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain, Work, 21, 233-242.
- Fortin, M.-F., Côté, J. & Fillion, F. (2006), Fondements et étapes du processus de recherche, Montréal, Les Éditions de la Chenelière Inc.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M., & St-Michel, G. (1998), Classification québécoise : processus de production du handicap, Québec, CQCIDIH-SCCIDIH.
- Gouvernement du Canada – Ministre de travaux publics et Services gouvernementaux Canada (2006), Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006, numéro de catalogue HP5-19/2006-F.
- Hensing, G., Brage, S., Nygard, J.F., Sandanger, I. & Tellness, G. (2000), Sickness absence with psychiatric disorders – an increased risk for marginalisation among men?, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 35, p. 335-340.
- Krupa, T. (2007), Interventions to improve employment outcomes for workers who experience mental illness, The Canadian Journal of Psychiatry, 52, 6.
- Laurier, D. & Barrette, S. (1996), Un problème de santé mentale : fait-il envisager un arrêt de travail?, Le Médecin du Québec, décembre, 57- 62.
- Lavoie, J. (2006), Les pratiques de réinsertion professionnelle suite à une invalidité pour problème de santé mentale lié au travail : le cas d'une institution financière, mémoire de maîtrise au département de relations industrielles et ressources humaines de l'UQO.
- Le Galès-Camus, C. (2006), La santé, une responsabilité partagée, dans G. RÉMILLARD, (sous la dir.), Dépression et burnout – prévention et habitudes de vie, Montréal, Décision Média.
- Lupien, S. (2006), Différencier le *burnout de la dépression*, dans G. Rémillard (sous la dir.) (2006), Dépression et burnout – prévention et habitudes de vie, Montréal, Décision Média.
- Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L. & Knox, V.J. (2006), Age, gender and the underutilization of mental services : The influence of help-seeking attitudes, Aging and Mental Health, 10, 6, 574-582.
- Marchand, A. (2007), Mental Health in Canada: Are there any risky occupations and industries?, International Journal of Law and Psychiatry, 30, 272-283.

- McLellan, R. K., Pransky, G. & Shaw, W.S (2001), Disability Management Training for Supervisors : A Pilot Intervention Program, Journal of Occupational Rehabilitation, 11, 1, 33-41.
- Merlet, P. (dir. générale) (2004), Le Petit Larousse illustré 2005, Paris, Larousse.
- Ministère de la Défense nationale (2003), Instruction du groupe d SMA (RH-MIL) 05\03) – Politique et directives générales de retour au travail.
- Ministère de la Défense nationale (2006), Guide du programme de RT à l'intention du personnel des la Force régulière et de la Réserve primaire – Version 2, publication interne.
- Ministère de la Défense nationale (2008 a), CANFORGEN 039/08 CMP 018/08 131851Z FEB 08 Divulgarion de renseignements médicaux ou de travail social aux officiers commandants.
- Ministère de la Défense nationale (2008 b), CANFORGEN 104/08 CDS 013/08 051327Z JUN 08 Création d'unités pour les soins aux militaires des Forces canadiennes blessés ou malades.
- Ministère de la Défense nationale (2009a), CANFORGEN 056/09 CDS 011/09 301655Z MAR 09 Gestion de carrière des militaires blessés et malades.
- Ministère de la Défense nationale (2009 b), Guide du PRT à l'intention du personnel de la Force régulière et de la Première Réserve – Version 3A, publication interne du Directeur responsable de la gestion du soutien aux blessés pour les gestionnaires du Programme de retour au travail des Forces canadiennes (PRTFC).
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.. de Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W.B. & van Dijk, F.J.H. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems, Occupational Environmental Medicine, 61, 817-823.
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., Siemerink, J.C.M. & Tummers-Nijssen, D. (2003), Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study, Occupational Environmental Medicine, 60 (Suppl 1), i21-i25
- Nordqvist, C., Holmqvist, C. & Alexanderson, K. (2003), Views of Laypersons on the Role Employers Play in Return to Work When Sick-Listed, Journal of Occupational Rehabilitation, 13, 1,11-20.
- Nystuen, P. & Hagen, K.B. (2003), Feasibility and effectiveness of offering a solution-focused follow-up to employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomised controlled trial, BMC Public Health, 3, BioMed Central, 1-7.
- Nystuen, P., Hagen, K.B., & Herrin, J. (2001), Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce, Sandinavian Journal of public health, 29, 175-182.

Pluta, D.J. & Accordino, M.P. (2006), « Predictors of return to work for people with psychiatric disabilities: a private sector perspectives », Rehabilitation Counseling Bulletin, Winter, 49, 2, Psychology Module, 102-110.

Post, M., Krol, B. & Groothoff, J.W. (2005), Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence, Disability and Rehabilitation, 27, 9, 481-488.

Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (1995), Manuel de recherche en sciences sociales (2^{ième} édition), Paris, Dunod.

Rémillard, G. (sous la dir.) (2006), Dépression et burnout – prévention et habitudes de vie, Montréal, Décision Média.

Robitaille, M. (2009), Santé mentale: de nouvelles professions à risque, Prévention au travail, printemps.

Shields, M. (2006), Stress and depression in the employed population, Health Report (Statistics Canada), 17, 4, October – Catalogue 82-003.

St-Arnaud, L. (2001). Désinsertion et réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale, Thèse de doctorat. Université de Montréal.

St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., Damasse, J. & Darsigny, J. (2004), La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du Conseil du trésor - Gouvernement du Québec.

St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., Damasse, J. Darsigny, J. & Lafond, M.-F. (2004), Le retour au travail : étape cruciale –Rapport synthèse, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du Conseil du trésor - Gouvernement du Québec.

St-Arnaud, L., Saint-Jean, M. & Rhéaume, J. (2003), De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale, Santé mentale au Québec, XXVIII, 1, 193-211.

Statistique Canada (2005), Regard sur le marché du travail canadien – 2005, no 71-222 XIF au catalogue.

Tabachnick, B. & Fidell, L. (2001), Using multivariate statistics, 4th ed., Toronto, Allyn and Bacon.

Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H. & van Dijk, F.J.H. (2003), Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomized controlled design, Occupational Environmental Medicine, 60, 429-437.

Vinet, A. (2004), Travail, organisation et santé – le défi de la productivité dans le respect des personnes, Saint-Nicholas, Les Presses de l'Université Laval.

Young, A., Roessler, R., Wasiak, R. McPherson, K.M., Van Poppel, M.N.M., & Anema, J.R. (2005), A Developmental Conceptualization of Return to Work, Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 4, 557-568.

Sites internet :

Ministère de la Défense nationale, Statistics Canada CF Mental Health Survey : A « Milestone »,
adresse URL: [http :
//www.dnd.ca/health/information/op_health/stats_can/engraph/MH_Survey_e.asp](http://www.dnd.ca/health/information/op_health/stats_can/engraph/MH_Survey_e.asp), consulté le 26
mars 2006.

Autres documents :

Ministère de la Défense nationale (2005), acétates de la présentation Power Point présentée à la
conférence des médecins chefs des différentes bases des Forces canadiennes, octobre.

Bibliographie complémentaire

Alderson, M., (2003), La psychodynamique du travail et le paradigme du stress: une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail, Santé mentale au Québec, XXIX, 1, 261-280.

Audet, M. (sous la dir.) (2003), Santé mentale et travail – l’urgence de penser autrement l’organisation, Ste-Foy, Les Presses de l’Université Laval.

Bakker, I.M., Terluin, B., van Marwijk, H.W.J., van der Windt, D.A.W.M., Rijmen, F. et al. (2007), A cluster –randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care, PloS Clin Trials, 2(6): e26.

Baril, R., Martin, J.-C., Lapointe, C. & Massicotte, P. (1994), Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation, IRSST, Études et recherches, Montréal, RR-082.

Bernier, D. (2001), La crise du burnout : s’en remettre, c’est refaire sa vie, Montréal, Les Éditions internationales Alain Stanké.

Bérubé, M. (2005), Le retour au travail après un burnout ou une dépression – développer une attitude gagnante, Travail et santé, 21, 3, pp. 61-64.

Blais, A. & Durand, C. (2004), Le sondage, dans B. Gauthier (sous la dir.) Recherche sociale – de la problématique à la cueillette des données, Sainte-Foy, Presses de l’Université du Québec.

Briand, C., Durand, M.-J., St-Arnaud, L. & Corbière, M. (2007), Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders, International Journal of Law & Psychiatry, 4/5, 444-457.

Brun, J.-P. (directeur du projet) (2003), La santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions, Chaire de gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations.

Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J. & Ivers, H. (2003), Évaluation de la santé mentale au travail: une analyses des pratiques de gestion des ressources humaines, IRSST, Rapport A-342.

Brun, J.-P., Biron, C. & St-Hilaire, F. (2009), Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail, Université Laval – Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail.

Brun, J.-P. & Lamarche, C. (2006), Évaluation des coûts du stress au travail – rapport de recherche, janvier.

Carpentier-Roy, M.-C. & Vézina, M. (2000), Le travail et ses malentendus, Saint-Nicholas, Les presses de l'université Laval.

Corbière, M. & Shen, J. (2006), A systematic review of psychological return-to-work interventions for people with mental health and/or physical injuries, Canadian Journal of Community Mental Health, 25, 2, 261-288.

Croizet, J.-C. & Leyens, J.-P. (2003), Mauvaises réputations – réalités et enjeux de la stigmatisation sociale, Paris, Armand Colin Éditeur.

Dejours, C. (1995), Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail, Le travail humain, 58, no.1, pp. 1-16.

Dejours, C. (2005), Le facteur humain (4^{ième} édition), Paris, Presses universitaires de France.

De Vries, M.W. & Wilkerson, B. (2003), Stress, work and mental health : a global perspective, Acta Neuropsychiatrica, 15, 44-53.

Dewe, P. & O'Driscoll, M. (2002), Stress management interventions : what do managers actually do?, Personnel Review, 31, 2, 143-165.

Doppler, F. (2004), Travail et santé, dans P. FALZON (sous la dir.), Ergonomie, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 69-82.

Dubé, S. & Parent, M. (2004), La gestion des invalidités liées à des conditions d'ordre psychologique : un défi de taille pour tous, Travail et santé, 20, 3, 53-56.

Durand, M.-J., Baril, R., Loisel, P. & Gervais, J. (2008), Trajectoire des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire, Pistes, 10, 2.

Durand, M.-J., Loisel, P. & Durand, P. (1998), Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail : description et fondements théoriques, La Revue canadienne d'ergothérapie, 65, 72-80.

Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C., & Ngomo, S. (2008), La marge de manœuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail. Définition et relations avec le retour à l'emploi, Rapport R-566, IRSST.

Falzon, P. & Sauvagnac, C. (2004), Charge de travail et stress, dans P. FALZON (sous la dir.), Ergonomie, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 175-190.

Faucher, M. (2004), Le mental au travail, aïe, Prévention au travail, été, 38-39.

Foucher, R.-L., Prince, I. & Pilipili, O. (2003), Apprendre d'une atteinte à sa santé psychologique, dans R. Foucher, A. Savoie & L. Brunet (sous la dir.), Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail, Montréal, Éditions Nouvelles AMS.

Franché, R.-L., Baril R., Shaw, W. Nicholas, M. & Loisel, P. (2005), Workplace- Based Return-to-Work Interventions : Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research , Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 4, 525-542.

Franché, L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J. & The institute for work & health (IWH) workplace-based RTW intervention literature review research team (2005), Workplace-Based Return-to-Work Interventions : A Systematic Review of the Quantitative Literature, Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 4, 607-631.

Franché, R.-L. & Krause, N. (2002), Readiness for Return to Work Following Injury or Illness : Conceptualizing the Interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors, Journal of Occupational Rehabilitation, 12, 4, 233-256.

Ganster, D.C. (1995), Interventions for building Healthy Organizations: Suggestions From the Stress Research Literature, dans L.R. Murphy, J.J Hurrell, S.L. Sauter & G. Puryearkeita (Eds.), Job Interventions, Washington DC, American Psychological Association, pp. 323-336.

Gates, L. (1993), The role of the supervisor in successful adjustment to work with a disabling condition: Issues for disability policy and practice, Journal of Occupational Rehabilitation, 3, 4, 179-190.

Gauthier, B. (2004), Recherche sociale – de la problématique à la cueillette des données, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec.

Glozier, N. (2002), Mental ill health and fitness for work, Occupational and Environmental Medicine, 59, 714-720.

Gouvernement du Québec – Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000), Surmonter un problème de santé mentale au travail – guide à l'intention des gestionnaires, Édition produite par la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Hagner, D.C. & Helm, D.T. (1994), Qualitative methods in rehabilitation research, Rehabilitation Counseling Bulletin, 37, 4, 290-303.

Halbesleben, J. & Buckley, R. (2004), Burnout in Organizational Life, Journal of Management, 30, 6, 859-879.

Hensing, G., Alexanderson, K., Allebeck, P. & Bjurulf, P. (1996), Sick-Leave due to Psychiatric Disorder: Higher Incidence among Women and Longer Duration for Men», British Journal of Psychiatry, 169, 6, p. 740-746.

Hensing, G., Spak, F. Alexanderson, K. & Allebeck, P. (1997), Sick-leave among women and the role of psychiatric disorder, Scandinavian Journal of Social Medicine, 25, 3, 185-192.

Hyppolite, M. (1997), Les facteurs de réussite de la réinsertion professionnelle des personnes ayant eu des problèmes de santé mentale, mémoire de maîtrise en éducation, Université du Québec à Montréal.

Jaffe, D. (1995), The Healthy Company : Research Paradigms for Personal and Organizational Health, dans S. Sauter & L. Murphy, Organizational Risk Factor for Job Stress, Washington D.C., US: American Psychological Association, pp. 13-39.

James, P., Cunningham, I. & Dibben, P. (2002), Absence management and the issues of job retention and return to work, Human Resource Management Journal, 12, 2, 82-94.

Janssen, N., van den Heuvel, W.P.M., Beurskens, A.J.H.M., Nijhuis, F.J.N., Schröer, C.A.P. & van Eijk, J.T.M (2003), The Demand-Control-Support model as a predictor of return to work, International Journal of Rehabilitation Research, 26, 1, 1-9.

Harvey, S., Courcy, F., Petit, A., Hudon, J., Teed, M., Loiselle, O. & Morin, A. (2006), Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail – une synthèse des approches au niveau international, IRSST, R-474.

Karasek, R.A. (1979), Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign, Administrative Science Quarterly, June, 24, 285-307.

Karasek, R.A. & Theorell, T. (1992), Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life, New York: Basic Books, pp. 31-82.

Keough, J.L. & Fisher T.F. (2001), Occupational-psychological perceptions influencing return to work and functional performance of injured workers, Work, 16, 101-110.

Krause, N., Dasinger, L., Deegan, L.J., Rudolph, L. & Brand, R.J. (2001), Psychological Job Factors and Return-to-Work After Compensated Low Back Injury : A Disability Phase-Specific Analysis, American Journal of Industrial Medicine, 40, 374-392.

Labarre, I. (2004), Une trousse de prévention – un succès de librairie, Prévention au travail, automne.

Lavigueur, S. (1997), Guide de présentation des travaux, 3^{ième} édition, Hull, Département des sciences humaines, Université du Québec à Hull.

Law, M., Cooper, B., Strong, S. Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. (1996), The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance, Canadian journal of Occupational Therapy, 63, 1, 9-23.

Leblanc J. & coll. (1996), Démystifier les maladies mentales – les dépressions et les troubles affectifs cycliques, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur.

Leiter, M., Clark, D. & Durup, J. (1994), Disctinct Models of Burnout and Commitment Among Men and Women in the Military , Journal of Applied Behavioral Science, 30, 1, 63-82.

Létourneau, J. (2006), Le coffre à outil du chercheur débutant, Montréal, Les Éditions du Boréal.

MacEachern, E., Chambers, L. Kosny, A. & Keown, K. (2009), Red fags, green lights: A guide to identifying and solving return-to-work problems, Institute for Work and Health.

Marchand, A., Durand, P. & Demers (2005), Work and mental health: The experience of the Quebec workforce between 1987 and 1998, Work, 25, 135-142.

Messing, K & Chatigny, C (2004), Travail et genre, dans P. FALZON, (sous la dir.), Ergonomie, Paris, Presses Universitaires de France, 301-316.

Millward, L.J., Lutte, A. & Purvis (2005), Depression and the perpetuation of an incapacitated identity as an inhibitor of return to work, Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 12, 565-573.

Ministère de la Défense nationale (2005) – Direction de la protection de la santé de la Force Groupe Services de santé des FC, Sondage sur la santé et le style de vie des Forces canadiennes 2004 – Rapport de la Force régulière, Publication portant le numéro : A-MD-015-FHP\AF-002.

Ministère de la Défense nationale (2005), Sondage sur la santé et le style de vie des Forces canadiennes – version de la Force régulière 2004.

Ministère de la Défense nationale (2009), CANFORGEN 031/09 CMP 017/09 122016Z FEB 09 Stratégie de la rétention des FC – Révision de l'application des conditions de service.

Néboit, M. & Vézina, M. (sous la dir.) (2002), Stress au travail et santé psychique, Toulouse, Octares, Éditions.

Nieuwenhuijsen, K., de Boer, A.G.E.M., Verbeek, J.H.A.M., Blonk, R.W.B. & van Dijk, F.J.H. (2003), The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems, Occupational Environmental Medicine, 60 (suppl.), i77-i82.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J.H.A.M., De Boer, A.G.E.M., Blonk, R.W.B. & Van Dijk, F.J.H. (2005), Validation of Performance Indicators for Rehabilitation of Workers With Mental Health Problems, Medical Care, 43, 10, 1034-1042.

Noppe, D. (2009 a), Reconnaître les signes, La feuille d'érable – Les nouvelles hebdomadaires du MDN et des FC, vol 12, 17, p. 15.

Noppe, D. (2009 b), Les répercussions de notre santé mentale sur tous les aspects de notre vie, La feuille d'érable – Les nouvelles hebdomadaires du MDN et des FC, vol 12, 17, p. 16.

Norusis, M.J. (2005), SPSS 14.0 Statistical Procedures Companion, Prentice Hall, Upper Saddle River.

Nystuen, P. & Hagen, K.B. (2006), Solution-focused intervention for sick listed employees with psychological problems or muscle skeletal pain: a randomized controlled trial, BMC Public Health, 6, 69.

Ombudsman Défense nationale et Forces canadiennes (McFadyen, M.) (2008), Un long chemin vers la guérison : Le combat contre les traumatismes liés au stress opérationnel, Rapport spécial au ministre de la Défense nationale.

Organisation mondiale de la santé (2001), Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Bibliothèque de l’OMS.

Pichette, L. (2007), Santé psychologique au travail – comment on intervient, Prévention au travail, été.

Pichette, L. (2009), Pour un retour durable en emploi – mesurer la marge de manœuvre du travailleur, Prévention au travail, été.

Porter, T.L. & Johnson, B. (1994), Psychiatric Stigma in the Military, Military Medicine, 159, 602-605.

Post, M., Krol, B. & Groothoff, J.W. (2006), Self-rated health as a predictor of return to work among employees on long-term sickness absence, Disability and Rehabilitation, March, 28, 5, 289-297.

Pransky, G., Gatchel, R., Linton, S.J. & Loisel, P. (2005), Improving Return to Work Research, Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 4, 453-457.

Raderstorf, M. & Kurtz, J. (2006), Mental Health Issues in the Workplace – Maintaining a Productive Work Force, AAOHN Journal, 54, 8., 360-365.

Raiso, H., Nygard, J.F., Brage, S., Gulbradsen, P. & Tellnes, G. (2001), Work ability and duration of certified sickness absence, Scandinavian Journal of Public Health, 29, 218-225.

St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M. & Rhéaume, J. (2007), Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems, Relations Industrielles, 62, 4, 690-770.

St-Arnaud, L., Saint-Jean, M. & Damasse, J. (2004), Le retour : une étape cruciale dans le cheminement des personnes. S’absenter du travail pour un problème de santé mentale – une épreuve qui exige du soutien, Le médecin du Québec, 39, 5, mai, 89-93.

St-Arnaud, L., Saint-Jean, M. & Damasse, J. (2006), Towards an Enhanced understanding of factors involved in return-to-work process of employees absent due to mental health problems, Canadian Journal of Community Mental Health, Fall, 25, 2.

St-Arnaud, L., Saint-Jean, M. & Rhéaume, J. (2004), Regard de l'autre et dynamique de la reconnaissance : un effet de loupe sur les personnes qui ont des troubles mentaux au travail, Revue Travailler, 12, 99-115.

Santiago-Delefosse, M. (2004), Troubles psychologiques et psychopathologiques liés au travail: facteurs de protection de la santé dans le travail, dans D. CASTRO, (sous la dir.), Les interventions psychologiques dans les organisations, Paris, Dunod.

Schultz, I.Z., Crook, J., Berkowitz, J., Milner, R. & Meloche, G.R. (2005), Predicting return to work after low back injury using the psychological risk for occupational disability instrument: a validation study, Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 3, 365-376.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998), Basic of Qualitative Research, 2nd ed., Thousand Oaks, Sage Publication.

Sullivan, M., Feuerstein, M., Gatchel, R., Linton, S.J. & Pransky, G. (2005), Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes, Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 4, 475-489.

Therriault, P.-Y., Streit, U. & Rhéaume, J. (2004), Situation paradoxale dans l'organisation du travail : une menace pour la santé mentale des travailleurs, Santé mentale au Québec, XXIX, 1, 173-200.

Thiétart, R.A. & coll. (2003), Méthodes des recherches en management, Paris, Dunod.

Thomas, J.C. & Hersen, M. (sous la dir.) (2002), Handbook of Mental Health in the Workplace, Thousand Oaks, Sage Publications.

Tison, M. (2008), L'incapacité chronique – objectif: retour au travail, Prévention au travail, printemps.

Torrente, J. (2004), Le psychiatre et le travailleur – cheminement de la psychopathologie du travail d'hier à demain, Paris, Doin éditeurs.

Truchot, D., (2004), Épuisement professionnel et burnout – concepts, modèles, interventions, Paris, Dunod.

Tugman, K. & Palmer, C.A. (2006), The mind game: mentally preparing employees to return to work after a disability, Workspan, 49, 3, pp. 36-38.

Vallerand, R. & Hess, U (sous la dir.) (2000), Méthodes de recherche en psychologie, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur Ltée.

Van Veldhoven, M. & Broersen S. (2003), Measurement quality and validity of the « need for recovery scale», Occupational Environmental Medicine, 60 (suppl.), 13-19.

Vézina, M. (1999), Organisation du travail et santé mentale: état des connaissances et perspectives d'intervention, Revue de médecine du travail, XXVI, 1, 14-24.

Vézina, M. & Bourbonnais, R. (2001), Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale, Portrait Social du Québec, Institut de la statistique du Québec, Québec, chap. 12, pp. 279-286.

Vézina, M., Bourbonnais, R., Marchand, A. & Arcand, R. (2008), Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 50 p.

Young, A., Wasiak, R., Roessler, R.T, McPherson, K.T., Anema, J.R, & van Poppel, M.N.M. (2005), Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns, Journal of Occupational Rehabilitation, 15, 4, 543-556.

Sites internet

Ministère de la Défense nationale, Directives et ordonnances administratives de la Défense, www.smafinsm.forces.gc.ca/admfincs/subjects/daod/intro_f.asp, consulté le 11 septembre 2006.

Ministère de la Défense nationale (2000), Directives et ordonnances administratives de la Défense – Santé mentale, date de publication : 2000-04-24, DOAD 5017-0, publication consultée sur le site web de Défense nationale au : www.smafinsm.forces.gc.ca/admfincs/subjects/daod/5017/0_f.asp.

Ministère de la Défense nationale (2001), Directives et ordonnances administratives de la Défense – Militaires blessés et pertes militaires, date de publication : 2001-06-26, DOAD 5018-0, publication consultée sur le site web de Défense nationale au : www.smafinsm.forces.gc.ca/admfincs/subjects/daod/5018/0_f.asp.

Autres documents :

Coutu, M.-F., “Le retour au travail : une question de volonté?”, acétates de présentation Power Point, dans Ordre des CRHA et CRIA du Québec, Journée de mise à jour en santé et sécurité du travail : Le retour au travail des personnes en incapacité, cahier du participant, 23 mai.

Lafond, M.-F. & St-Arnaud, L. (2006), “Atelier 1 : l'intervention en santé psychologique au travail: un nouveau défi, Colloque RIPOST, acétates de présentation Power Point.

Loisel, P. (2006), “L'incapacité au travail et ses prédicteurs : une nouvelle vision”, acétates de présentation Power Point, dans Ordre des CRHA et CRIA du Québec, Journée de mise à jour en santé et sécurité du travail : Le retour au travail des personnes en incapacité, cahier du participant, 23 mai.

Soares, A. (2006), “Les blessures psychiques : le retour au travail est-il possible? ”, acétates de présentation Power Point, dans Ordre des CRHA et CRIA du Québec, Journée de mise à jour en santé et sécurité du travail : Le retour au travail des personnes en incapacité, cahier du participant, 23 mai.

St-Arnaud, L. (2006), “Les enjeux du retour au travail à la suite d’un problème de santé mentale”, Colloque RIPOST, acétates de présentation Power Point.

St-Arnaud, L. & Saint-Jean, M. (2005), « Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle », 1^{er} Colloque canadien sur la santé mentale et le travail, acétates de présentation Power Point.

Annexes

Annexe 1

Questionnaire sur le retour au travail

Le présent questionnaire est destiné à l'usage exclusif des militaires de la Force régulière ayant connu un congé maladie de 30 jours et plus au cours des années 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 suite à une incapacité causée par des problèmes de santé mentale.

Toute personne ayant reçu le présent questionnaire sans pour autant répondre aux critères ci-dessus est priée de ne pas le remplir.

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

TRAITEMENT CONFIDENTIEL DES RÉPONSES

Ce questionnaire est anonyme. Nulle part dans ce questionnaire vous ne serez tenu de divulguer votre nom ou votre numéro de matricule. De plus, DRAOPM verra à la confidentialité de vos réponses, et ce, en conformité avec les mesures établies en vertu de la Loi canadienne. D'après les lois en la matière, tout citoyen a le droit d'obtenir copie des rapports et des données de la recherche et ce, incluant les bases de données de la recherche. Avant toute diffusion d'information, la Direction de l'accès à l'information et protection des renseignements personnels (DAIPRP) retranchera au besoin toute information personnelle pouvant y apparaître.

Le Directeur - Recherche et analyse opérationnelles (Personnel militaire) autorise l'administration de ce sondage dans le MDN/FC en accord avec le CANFORGEN 145/02 ADMHRMIL 079 UNCLASS 131028Z DEC 02. Numéro d'autorisation : 598/07.

Pour plus de renseignements sur ce questionnaire, communiquer avec la capitaine Nathalie Duperé au (613)992-8667

Une réponse au plus tard le 28 février 2008 serait grandement appréciée.

Merci de votre participation!

Instructions générales

Aujourd'hui, plus qu'auparavant, le nombre de travailleurs connaissant des problèmes de santé nécessitant une consultation médicale ainsi qu'un arrêt de travail augmente. Les militaires réguliers des Forces canadiennes (FC) sont eux aussi affectés par des problèmes de santé mentale entraînant un congé maladie. Puisque l'absence du travail causée par des problèmes de santé mentale est habituellement de plusieurs semaines, le retour au travail constitue une étape délicate dans le cadre de la réintégration des membres.

Bien que le retour au travail constitue un sujet d'intérêt actuel de la recherche scientifique, aucune étude n'a à ce jour été effectuée auprès de la population militaire canadienne; par conséquent, le présent questionnaire vise à nous aider à mieux comprendre la problématique du retour au travail chez les militaires réguliers des FC.

Section A –Caractéristiques relatives au congé maladie et à l'incapacité

1. Au cours des années 2003 à 2007 inclusivement, avez-vous été en congé maladie pendant une période de **30 jours consécutifs ou plus**?

- Oui
- Non : SVP retournez le questionnaire vide

2. Quel(s) type(s) de problèmes était **principalement** à l'origine de votre congé maladie?

- Problèmes psychologiques
- Problèmes physiques
- Les deux

3. Si vous avez répondu « les deux » à la question précédente, veuillez identifier dans quelle mesure vos problèmes **psychologiques** sont responsables de votre congé maladie dont il est ici question :

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

Consigne :

Si vous avez identifié vos problèmes de santé **psychologique** comme étant **principalement** (50% et plus) à l'origine de votre congé maladie de 30 jours et plus, continuez le questionnaire.

Si vous avez identifié vos problèmes de santé **psychologique** comme étant **partiellement** (40% et moins) à l'origine de votre congé maladie de 30 jours et plus, passez directement à la question 35.

4. **Au meilleur de votre connaissance**, en ce qui concerne vos problèmes de santé psychologique, quel est le diagnostic médical que vous a donné le médecin lors de votre congé maladie?

- Troubles anxieux – par exemple stress post traumatique, stress aigu, anxiété, panique
- Troubles de l'adaptation
- Troubles de l'humeur – par exemple dépression, maniaque-dépression
- Autre : _____
- Je ne sais pas

5. **Au cours** de votre arrêt de travail, quel(s) type(s) de traitement avez-vous utilisé(s)?:

- Pharmacologique (médicaments)
- Psychologique (rencontres avec un psychologue ou un psychiatre)
- Combiné (pharmacologique et psychologique)
- Aucun
- Autre : _____

6. **Initialement**, lorsque vous avez éprouvé les premiers symptômes de problèmes de santé psychologique, à quel moment avez-vous consulté un intervenant des soins de santé (médecin, infirmier, travailleur social, psychologue ou autre)?

_____ # _____ semaine(s)

7. Si vous avez consulté un intervenant des soins de santé **après plus de quatre semaines**, quelle en est la raison **prédominante**?

- Impression que mes symptômes passeraient tout seuls
- Impression que ce n'était pas si grave
- Impression que les soins ne seraient pas adéquats
- Problèmes de langue
- Problèmes de transport
- Problèmes financiers
- Responsabilités personnelles ou familiales
- Craintes à l'égard de la confidentialité
- Crainte que si quelque chose tourne mal, mon emploi puisse être menacé
- Autre (Précisez) : _____

8. Croyez-vous que vous auriez consulté plus rapidement un intervenant des soins de santé si vous aviez la liberté de choisir vous-même qui aller consulter, que ce soit dans le militaire ou dans le civil?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

9. En ce qui concerne les problèmes de santé psychologique ayant mené à votre congé maladie dont il est ici question, avez-vous consulté **volontairement** (sans y être référé) un intervenant du système de santé **civil**?

- Oui
- Non

10. Au meilleur de votre connaissance, combien de mois a duré votre congé de maladie relatif à vos troubles de santé psychologique dont il est ici question?

_____ mois

11. Selon vous, quelle a été la cause **prédominante** à votre congé maladie ?

- Votre travail
- Votre vie personnelle
- Combiné des deux à la fois (travail et vie personnelle)

12. Si vous avez répondu « **combiné des deux à la fois** » à la question précédente, veuillez SVP indiquer selon quelle mesure vous attribuez la cause à **votre travail**.

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

13. Si votre travail est, en partie ou complètement, responsable de vos problèmes de santé mentale ayant conduit à votre congé maladie, indiquez l'aspect de votre travail ayant **le plus** contribué à vos problèmes de santé psychologique:

- Surcharge de travail ou pression au rendement
- Inquiétude face à la perte de votre emploi
- Absence d'autonomie dans votre travail
- Non-reconnaissance de vos efforts
- Conflit avec un supérieur immédiat ou avec la direction
- Conflit avec un ou des collègues de travail
- Évaluation négative de votre travail
- Déploiement
- Autre, préciser : _____

14. **Actuellement**, dans quelle mesure diriez-vous que vos problèmes de santé psychologique à **l'origine** de votre congé maladie dont il est ici question sont résolus?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

15. Si vos problèmes de santé psychologique sont partiellement ou entièrement résolus, **selon vous**, qu'est-ce qui a le plus contribué à la résolution de vos problèmes de santé mentale?

16. Si vos problèmes de santé psychologique sont **non-résolus**, selon vous, qu'est-ce qui empêche leur résolution?

17. Au cours de votre service militaire **régulier**, avez-vous eu d'autres congés maladie de 30 jours et plus causés par des problèmes de santé psychologique?

- Oui
- Non

Si oui, combien? _____

Quand? _____ Durée - semaines: _____

18. Complétez la grille relative au soutien social ci-dessous **en vous remémorant** votre expérience personnelle **lors de votre congé maladie**.

1) Dans quelle mesure chacune de ces personnes a pris de son temps pour vous aider à rendre votre congé maladie plus facile?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

2) Dans quelle mesure était-il facile de parler avec une de ces personnes?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

3) Dans quelle mesure pouviez-vous bénéficier de l'aide de chacune de ces personnes?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

4) Dans quelle mesure chacune de ces personnes était-elle disposée à écouter vos problèmes personnels?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

Section B - Caractéristiques reliées au retour au travail

19. Suite à votre congé maladie dont il est question ici, avez-vous **entamé** ou encore **complété** un retour au travail?

- Oui – SVP continuez le questionnaire
- Non – SVP passez directement à la question #35

20. **Au meilleur de votre connaissance**, à quel moment avez-vous entamé votre retour au travail?

Mois : _____ Année : _____

21. Avez-vous réintégré le marché du travail par l'entremise du programme de retour au travail des FC?

- Oui
- Non
- Je ne connais pas ce programme des FC

22. **Au moment de votre retour au travail**, dans quelle mesure le **rôle** des différents intervenants (coordonnateur, gestionnaire de cas et autres) du programme de retour au travail était-il clair pour vous?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

23. **Au moment de votre retour au travail**, à l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez dans quelle mesure **vous vous sentiez prêt** à revenir au travail?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

24. Lors de votre retour au travail, avez-vous réintégré **progressivement** votre travail?

- Oui
- Non

25. Si vous avez répondu « oui » à la dernière question, **selon vous**, dans quelle mesure votre retour au travail a-t-il été progressif?

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

26. La question 13 vous demandait d'identifier quel aspect de votre travail avait, selon vous, contribué le plus à vos problèmes de santé psychologique. À ce stade, ayant entamé ou complété un retour au travail, est-ce que l'aspect que vous avez identifié est encore présent?

- Oui
- Non
- Non applicable

27. Si vous avez répondu « **oui** » à la dernière question, selon vous, dans quelle mesure est-ce que cet aspect est encore présent?

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

28. Lors de votre cheminement **initial** de retour au travail, quelle condition s'est appliquée à vous?

- Retour à temps complet (nombre d'heures et charge de travail similaires à avant l'absence) – passez à la question 29
- Retour à temps partiel (nombre d'heures moindre et/ou charge de travail moindre que avant l'absence) – passez à la question 30

29. Si votre retour au travail **initial** s'est effectué à temps **complet**, à quel endroit êtes-vous retourné à ce moment?

- À la même unité que celle d'avant avant mon congé maladie
- À une unité différente de celle d'avant mon congé maladie
- Dans un milieu civil

30. Si votre retour au travail **initial** s'est effectué à temps **partiel**, à quel endroit êtes-vous retourné à ce moment?

- À la même unité que celle d'avant avant mon congé maladie
- À une unité différente de celle d'avant mon congé maladie
- Dans un milieu civil

31. Si votre retour au travail **initial** s'est effectué à temps **partiel**, est-ce que le nombre d'heures de travail a été diminué?

- Oui
- Non

32. Si votre retour au travail **initial** s'est effectué à temps **partiel**, est-ce que la charge de travail a été diminuée?

- Oui
- Non

33. Si vous êtes **initialement** retournés au travail à temps **partiel**, pendant combien de temps avez-vous bénéficié de cette mesure?

_____ semaines

34. Complétez la grille relative au soutien social ci-dessous **en vous remémorant** votre expérience personnelle **lors de votre retour au travail**.

1) Dans quelle mesure chacune de ces personnes a pris de son temps pour vous aider à rendre votre travail plus facile?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

2) Dans quelle mesure était-il facile de parler avec une de ces personnes?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

3) Dans quelle mesure pouviez-vous bénéficier de l'aide de chacune de ces personnes?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

4) Dans quelle mesure chacune de ces personnes était-elle disposée à écouter vos problèmes personnels?

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Supérieur hiérarchique...				
Collègues de travail...				
Partenaire, famille, amis...				

Section C - Caractéristiques socio-démographiques

Le but des caractéristiques socio-démographiques est de permettre une meilleure analyse ainsi que la comparaison entre les militaires et ex-militaires.

35. Quel était votre âge **au début** de votre congé maladie?

36. Quel est votre âge **actuel**?

37. Quel est votre sexe?

- Homme
- Femme

38. Quel était votre situation familiale **au début** de votre congé maladie?

- Célibataire
- Marié ou conjoint de fait
- Séparé ou divorcé
- Veuf

39. Quel est votre situation familiale **actuelle**?

- Célibataire
- Marié ou conjoint de fait
- Séparé ou divorcé
- Veuf

40. Depuis votre congé maladie dont il est ici question, avez-vous effectué un changement de métier comme militaire?

- Oui
- Non

41. Si vous avez répondu « **oui** » à la dernière question, est-ce que votre changement de métier était **principalement** motivé par vos problèmes de santé psychologique?

- Oui
- Non

42. **Combien** de personnes dépendaient financièrement de vous **au début** de votre congé maladie?

43. **Combien** de personnes dépendent financièrement de vous **présentement**?

44. Quelle est votre condition d'emploi **actuellement**?

- Au travail
- En congé maladie
- En congé de fin de service
- Retraité
- Sans emploi
- Autre (spécifier): _____

45. **Si** vous avez répondu « **au travail** » à la dernière question, à quel régime de travail appartenez-vous?

- Temps plein
- Temps partiel

46. **Si** vous avez répondu « **au travail** » à la question 44, à quel milieu de travail appartenez-vous?

- Au milieu militaire – Force régulière
- Au milieu militaire – Force de réserve
- Au milieu civil

47. Quel était votre grade **au début** de votre congé maladie?

- Sous-officier junior (Sdt à CplC)
- Sous-officier sénior (Sgt à Adjuc)
- Officier junior (Élof à Capt)
- Officier sénior (Maj à Gén)

48. Quel est votre grade **actuel**?

- Sous-officier junior (Sdt à CplC)
- Sous-officier sénior (Sgt à Adjud)
- Officier junior (Élof à Capt)
- Officier sénior (Maj à Gén)

49. Quel était votre nombre d'années de service complétées dans les FC **au moment** de votre congé maladie?

50. Combien d'années de service complétées avez-vous **actuellement** dans les FC?

51. À combien de déploiements opérationnels avez-vous participé **avant** votre congé maladie dont il est question ici?

52. Quel est votre langue maternelle?

- Français
- Anglais
- Autre (spécifier): _____

53. Quelle était la langue utilisée au travail lorsque vous êtes parti en congé maladie?

- Principalement le français
- Principalement l'anglais
- Les deux à la fois

54. Si la langue de travail utilisée **lors de votre départ** en congé maladie était **différente** de votre langue maternelle, dans quelle mesure était-ce une source de difficulté pour vous?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

55. Si vous avez entamé ou complété un retour au travail, quelle était la langue utilisée au travail lorsque vous avez **entrepris** votre retour au travail?

- Principalement le français
- Principalement l'anglais
- Les deux à la fois

56. Si la langue de travail utilisée **lors de votre retour au travail** était **différente** de votre langue maternelle, dans quelle mesure était-ce une source de difficulté ou de frustration pour vous?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

57. Quel est votre plus haut niveau d'éducation atteint?

- Études secondaires partielles
- Études secondaires complétées (DES)
- CEGEP partiel
- CEGEP complété
- Baccalauréat partiel (certificat ou quelques cours)
- Baccalauréat complété
- Études supérieures partielles
- Études supérieures complétées

58. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, personnellement, diriez-vous que votre santé en général est :

- excellente
- très bonne
- bonne
- moyenne
- mauvaise

59. Commentaires :

**NOUS VOUS SOMMES RECONNAISSANTS DU TEMPS ET DE L'EFFORT
QUE VOUS AUREZ BIEN VOULU CONSACRER À REMPLIR CE QUESTIONNAIRE.
NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION.**

**CECI ÉTANT DIT, PUISQUE LE FAIT DE SE REMÉMORER DES ÉVÉNEMENTS
ANTÉRIEURS DIFFICILES PEUT AVOIR ENGENDRÉ UN SENTIMENT
D'INCONFORT PSYCHOLOGIQUE, VOICI LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU**

**PROGRAMME D'AIDE AUX MEMBRES DES FORCES CANADIENNES :
1-800-268-7708**

**CENTRE POUR LE SOUTIEN DES MILITAIRES BLESSÉS OU RETRAITÉS ET DE
LEUR FAMILLE
1-800-883-6094**

**N'HÉSITÉZ PAS À UTILISER CES SERVICES DANS LE CAS OU VOUS EN
RESSENTIRIEZ LE BESOIN**

Return to work questionnaire

This questionnaire is intended for the exclusively to regular Canadian Forces military personnel having been given sick leave for 30 days or more due to an incapacity incurred because of mental health problems. This sick leave spell has to have happened between 2003 and 2007 inclusively.

Anybody who has received this questionnaire, also referred to as survey, but does not meet the criterias spelled out above is asked not to complete it.

CONFIDENTIAL PROCESSING OF RESPONSES

This questionnaire is anonymous. Nowhere in this questionnaire will you have to divulge your name or service number. Moreover, DMPORA will ensure the confidentiality of your responses according to Canadian law. According to the laws applying, any Canadian citizen has the right to obtain a copy of the report as well as data related to this research. Prior to publishing the results, the office of the Director of the Access to Information will ensure that personal information reflected will be screened out.

Director Military Personnel Operational Research and Analysis
authorizes the administration of this survey within DND/CF in accordance with CANFORGEN 145/02 ADMHRMIL 079 UNCLASS 131028Z DEC 02. Authorization number: 598/07.

For more information concerning this survey, please contact Capt Nathalie Duperé at (613)992-8667.

Your response prior to 28 February 2008 would be greatly appreciated.

Thank you for your participation!

General instructions

Today, more than ever before, the number of workers experiencing health problems which necessitate medical consultation as well as sick leave away from work increases. Regular military members of the Canadian Forces (CF) are also affected by mental health problems requiring a period of time off. Since time away from work for sick leave reasons stemming from mental health problems usually lasts for many weeks at a time, the return to work process represents a delicate one in the reintegration of those members.

Although scientific research interest has started to focus on the study of the return to work process, to date, there is no study that has been conducted within the Canadian military population. The present questionnaire is therefore intended as an effort to better understand the return to work process as it applies to this specific population.

Section A –Characteristics relating to the sick leave as well as the incapacity

1. From 2003 to 2007 inclusively, have you been on sick leave for a period of **30 consecutive days or more?**

- Yes
- No : Please return this questionnaire unanswered

2. What type(s) of problems was the **main** reason for your sick leave?

- Psychological problems
- Physical problems
- Both

3. Should you have answered « both » to the last question, please specify to what degree your **psychological** problems have played a role :

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

Directive :

Should you have reflected your **psychological** problems as the **main** (50% or more) reason for your sick leave of 30 days or more, continue on this questionnaire.

Should you have reflected your **psychological** problems as **partial** (40% or less) reason for your sick leave of 30 days or more, go directly to question 35.

4. **To the best of your knowledge**, with respect to your psychological health problems, what medical diagnostic has been identified by your doctor when you were put on sick leave?

- Anxiety Disorders – for example PTSD, anxiety, panic disorder
- Adaptation Disorders
- Mood Disorders – for example depression, manic-depressive
- Other : _____
- I don't know

5. **While on sick leave**, what type(s) of treatment have you used?

- Pharmaceutical (medication)
- Psychological (meetings with psychologist or psychiatrist)
- Combined (pharmaceutical & psychological)
- None
- Other : _____

6. **Initially**, when you experienced your first symptoms related to your mental health problems, when did you seek help from medical personnel (doctor, nurse, social worker, psychologist or other)?

_____ # _____ week(s)

7. Should you have consulted medical personnel **after more than four weeks**, what would you say was the **main** reason?

- Thought my symptoms would go away on their own
- Thought it was not that bad
- Thought the care received would not be adequate
- Language barriers
- Transport problems
- Financial problems
- Personal or family related responsibilities
- Concerned about confidentiality issues
- Afraid that should something turns bad, my job could be jeopardized
- Other (specify) : _____

8. Do you think you would have sought a consultation with medical personnel sooner should you have had the choice as to who to see, whether military or civilian?

- Yes
- No
- I don't know

9. With respect to the mental health problems behind the sick leave spell which we refer to here, have you **voluntarily** (without referral) consulted **civilian** medical personnel?

- Yes
- No

10. To the best of your knowledge, how many month(s) has your sick leave related to your mental health problems which we refer to here lasted?

_____ month(s)

11. In your opinion, what has been the **predominant** reason for your sick leave?

- Your work
- Your personal life
- Both of those reasons combined (work & personal life)

12. **Should** you have answered « **both reasons combined** » to the last question, please specify to what extent you attribute the cause specifically to your **work**.

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

13. Should you consider your work to be partially or entirely responsible for your mental health problems which lead to your sick leave spell, please indicate which aspect of your work has contributed **most** to your psychological problems.

- Work overload or pressure to perform
- Concerned of loosing my job
- Lack of autonomy at work
- No acknowledgment for my work efforts
- Conflict with my immediate supervisor or with chain of command
- Conflict with work peer(s)
- Negative work evaluation
- Deployment
- Other, please specify : _____

14. **Currently**, to what extent do you consider your mental health problems **which you consider most responsible** for your sick leave been since resolved?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

15. Should you consider your mental health problems to be partially or completely resolved, what has most contributed to this resolution **in your opinion**?

16. Should you mental health problems be **unresolved**, in you opinion, what prevents their resolution?

17. While employed in the **Regular Force**, have you been on other sick leave(s) for 30 days or more because of mental health problems?

- Yes
- No

If yes, how many? _____

When? _____ Duration - weeks : _____

18. **Thinking back to when you were on sick leave**, complete the following section in light of your personal experience.

1) To what extent each category of people reflected has taken the time to help you ease your sick leave?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

2) To what extent was it easy to talk with the following persons?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

3) To what extent could you count on the help of the following persons?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

4) To what extent each of the following persons was open to listen to your personal problems?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

Section B – Characteristics related to return to work

19. Following your sick leave of 30 days or more, have you **partially** or **fully** returned to work?

- Yes – Please continue filling this questionnaire
- No – Please go directly to question #35

20. **To the best of your knowledge**, when have you started your return to work process?

Month : _____ Year: _____

21. Have you returned to work under the « CF Return to Work Program »?

- Yes
- No
- I do not know this CF program

22. **At the time you started to return to work**, to what extent the **role** of the CF Return to Work Program people (coordinator, case management & others) was clear to you?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

23. Using the scale below, at the time you returned to work, to what extent did you feel ready to go back to work?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

24. When you started your return to work process, did you reintegrate the workplace progressively?

- Yes
- No

25. If you have answered « Yes » to the last question, to what extent do you consider your return to work to have been progressive?

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

26. Question 13 asked that you identify the aspect of your work which had most contributed to your mental health problems. Having since partially or fully returned to work, has the aspect identified still applies?

- Yes
- No
- Not applicable

27. Should you have answered « Yes » to the last question, in your mind, to what extent this aspect still applies?

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

28. **Initially**, when you first started to return to work, which of the following applied to you?

- Return to work full time (# of hours and workload similar to the ones prior to sick leave) – go to question 29
- Return to work part time (# of hours and/or workload less than prior to sick leave) – go to question 30

29. Should your **initial** return to work have been **full time**, where have you returned to work?

- At the same unit I belonged to prior to my sick leave
- At a different unit than the one I belonged to prior to my sick leave
- In a civilian environment

30. Should your **initial** return to work have been **part time**, where have you returned to work?

- At the same unit I belonged to prior to my sick leave
- At a different unit than the one I belonged to prior to my sick leave
- In a civilian environment

31. Should your **initial** return to work have been **part time**, had the number of hours been scaled back?

- Yes
- No

32. Should your **initial** return to work have been **part time**, had the workload been scaled back?

- Yes
- No

33. Should your **initial** return to work have been **part time**, how long have you been on part time work?

_____ weeks

34. **Thinking back** to the time you **returned to work**, complete the following section.

1) To what extent the following people has helped you ease your work?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

2) To what extent was it easy to talk with the following persons?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

3) To what extent could you count on the help of the following persons?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

4) To what extent each of the following persons was open to listen to your personal problems?

	Rarely	Sometimes	Often	Very often
Supervisor...				
Work colleagues...				
Partner, family, friends...				

Section C – Socio-demographic characteristics

The intent of socio-demographics is to allow a thorough analysis as well as a comparison base between military members and ex-members.

35. How old were you when you **first started** you sick leave?

36. How old are you **now**?

37. What is your gender?

- Male
- Female

38. What was your marital status **at the start** of your sick leave?

- Single
- Married or Common law
- Separated or divorced
- Widow

39. What is your **current** marital status??

- Single
- Married or Common law
- Separated or divorced
- Widow

40. Since your sick leave, have you changed trade in the Military?

- Yes
- No

41. Should you have answered « **Yes** » to the last question, has your change of trade been **mainly** motivated by your mental health problems experienced?

- Yes
- No

42. **How many** people were dependant on you financially **at the start** of your sick leave?

43. **How many** people are **currently** financially dependant on you?

44. What is your **current** employment status?

- Working
- On sick leave
- End of service leave
- Retired
- Unemployed
- Other (specify): _____

45. **Should** you have answered « **working** » to the last question, to which category do you belong?

- Full time
- Part time

46. **Should** you have answered « **working** » to question 44, to which environment do you belong?

- Military – Regular Force
- Military – Reserve Force
- Civilian environment

47. What rank were you **at the start** of your sick leave?

- Junior NCM (Pte to MCpl)
- Senior NCM (Sgt to CWO)
- Junior Officer (Ocdt to Capt)
- Senior Officer (Maj to Gen)

48. What is your **current** rank?

- Junior NCM (Pte to MCpl)
- Senior NCM (Sgt to CWO)
- Junior Officer (Ocdt to Capt)
- Senior Officer (Maj to Gen)

49. How many years had you completed in the CF **when you went** on sick leave?

50. How many years completed do you **currently** have in the CF?

51. How many deployment had you been on **prior** to your sick leave?

52. What is your maternal language?

- French
- English
- Other (specify): _____

53. What language was used at work **when you proceeded** on sick leave?

- Mostly French
- Mostly English
- Both languages

54. Should the language used at work prior to your sick leave been **different** than your maternal language **when you proceeded on sick leave**, to what extent was this a source of difficulty for you?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

55. **Should** you have returned to work (partially or fully), what was the work language when you **started** to return to work?

- Mostly French
- Mostly English
- Both languages

56. **If** the work language used when you proceeded to return to work was **different** than your maternal language, to what extent was this a source of difficulty or frustration for you?

- 0%
- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- 60%
- 70%
- 80%
- 90%
- 100%

57. What is your highest level of education achieved?

- Partial High School
- High School completed
- Partial College
- College completed
- Partial Bachelor (certificate or a few courses)
- Bachelor completed
- Partial Graduate studies
- Graduate studies completed

58. In comparison to people your own age, in your opinion, how would you rate your general health?

- excellent
- very good
- good
- average
- bad

59. Comments :

**WE ARE VERY THANKFUL THAT YOU HAVE WILLINGLY TAKEN THE TIME AND
INVESTED THE EFFORT IN COMPLETING THIS QUESTIONNAIRE.
WE THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION.**

**HAVING SAID THAT, REMEMBERING PAST DIFFICULT EVENTS MAY HAVE
BROUGHT PSYCHOLOGICAL UNEASINESS, HERE ARE SOME HELP LINE PHONE
NUMBERS**

**CANADIAN FORCES MEMBER ASSISTANCE PROGRAM
1-800-268-7708**

**CENTER FOR THE CARE AND SUPPORT OF INJURED AND RETIRED SERVICE
MEMBERS AND THEIR FAMILIES**

1-800-883-6094

DO NOT HESITATE TO USE THESE SERVICES SHOULD YOU FEEL THE NEED

Annexe 2



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Notre référence : 797

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet : Les déterminants du retour au travail réussi chez les travailleurs ayant vécu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux : le cas des Forces canadiennes

Soumis par : Madame Nathalie Dupéré
Étudiante
Maîtrise en relations industrielles et ressources humaines
Département des relations industrielles

c.c. Madame Lucie Côté
Monsieur Eric Gosselin

Financement: **Aucun**

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au 24 septembre 2008.

Au nom du Comité,

SOUA : Judith Lapierre
Vice-Présidente
Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le 24 septembre 2007



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Gatineau, le 2 octobre 2008

Notre référence : 797

Madame Nathalie Dupéré
Étudiante
Département des relations industrielles

c. c. Madame Lucie Côté
Professeure

**Objet : Comité d'éthique de la recherche – Suivi continu
Les déterminants du retour au travail réussi chez les travailleurs ayant
vécu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux : le cas
des Forces canadiennes.**

Madame,

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et je vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre approbation éthique pour une période **d'un an**, soit jusqu'au 24 septembre 2009.

Le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait après la présente approbation et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir votre approbation éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 24 septembre 2009.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche

 **André Durivage**
Professeur
Département des sciences administratives

DÉCISION DU COMITÉ DE RÉVISION DE RECHERCHE DU DRAOPM

Le 27 sep 2007

Numéro de série : 598/07

Titre : Les déterminants du retour au travail réussi chez les travailleurs ayant vécu une période d'incapacité causée par des troubles mentaux : le cas des Forces canadiennes

Chercheur : Capt Nathalie Duperé

Organisation : DRAP / Université du Québec en Outaouais

Examen

1. L'idée générale, derrière toute recherche avec des sujets humains, est de présenter un produit conforme aux règles de l'approche scientifique et de suivre les pratiques scientifiques établies des sciences du comportement. Votre projet de recherche satisfait à ces deux exigences et, par conséquent, est approuvé.
2. Le numéro de coordination des enquêtes de votre projet est le suivant : 598/07. **Le texte qui suit devrait se trouver sur la page de couverture de vos sondages et de vos formules de consentement.**

Director Military Personnel Operational Research and Analysis
authorizes the administration of this survey within DND/CF in accordance with
CANFORGEN 145/02 ADMHRMIL 079 UNCLASS 131028Z DEC 02.
Authorization number: 598/07.

Directeur - Recherche et analyse opérationnelles (Personnel militaire)
autorise l'administration de ce sondage dans le MDN/FC en accord avec le
CANFORGEN 145/02 ADMHRMIL 079 UNCLASS 131028Z DEC 02. Numéro
d'autorisation : 598/07.

3. Nous vous rappelons que toute modification au protocole approuvé ou toute blessure ou tout accident fâcheux survenu lors de la participation du sujet à l'étude devrait être porté immédiatement à l'attention du président du Comité par écrit.
4. L'autorisation est valide pour la période du 1^{er} octobre 2007 au 31 octobre 2007. La participation du sujet doit être terminée d'ici cette date, faute de quoi le protocole nécessitera plus d'examen.

5. Afin de s'assurer que la fonction de coordination du sondage sert essentiellement à des intérêts pratiques plutôt qu'à des intérêts de recherche, le DRAOPM exige une copie électronique de tous les rapports de recherche relatifs à cette demande ou à ce projet ainsi que les bases de données qui y correspondent.

6. **L'avis de non-responsabilité suivant devrait se trouver sur la page de couverture du rapport de recherche.**

«Les opinions exprimées dans ce texte sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Défense nationale ou des Forces canadiennes»

7. Nous vous remercions de votre contribution à la recherche au sein des Forces canadiennes et du ministère de la Défense nationale.

<<copie originale signée et datée par>>

S.A.T. Eyres Ph.D.

Colonel

Directeur - Recherche et analyse opérationnelles (Personnel militaire)

(613) 992-0244

Annexe 3



CPL SIMON DUCHESNE

Back to base

Members of A Squadron, 12^e Régiment blindé du Canada, return to base in their Coyote vehicle. They had just completed a patrol with civil-military cooperation officers during which they assessed the needs of their district's population.

Le retour

Des membres de l'Escadron A du 12^e Régiment blindé du Canada retournent à leur base à bord de leur Coyote. Ils viennent de terminer une patrouille en compagnie de responsables de la coopération civilo-militaire lors de laquelle ils ont déterminé les besoins de la population de leur district.

Return to Work research—Electronic survey

Today, more than ever before, the number of workers experiencing health problems which necessitate medical consultation, as well as sick leave away from work, increases. Regular Force members of the CF are also affected by mental health problems requiring a period of time off. Since time away from work for sick leave reasons stemming from mental health problems usually lasts for many weeks at a time, the return to work process represents a delicate one in the reintegration of those members.

Although scientific research interest has started to focus on the study of the return to work process,

to date, there is no study that has been conducted within the Canadian military population. The present questionnaire is therefore intended as an effort to better understand the return to work process as it applies to this specific population.

This questionnaire is intended exclusively for Regular Force CF members having given sick leave for 30 days or more due to an incapacity incurred because of mental health problems. This sick leave spell has to have happened between 2003 and 2007 inclusively.

Director Military Personnel Operational Research and Analysis authorizes the administration of this survey within DND/CF in accordance with CANFORGEN 145/02 ADMHRMIL 079 UNCLASS 131028Z DEC 02. Authorization number: 598/07.

Use the following link to access the English survey from a DND terminal: <http://10.32.105.236/cgi-bin/qweb.cgi?4WMHKQZ>

Please extend this invitation to friends who meet the specifications, as this survey is only available until the end of February 2008.

Recherche sur le retour au travail

Aujourd'hui plus qu'auparavant, le nombre de gens connaissant des problèmes de santé mentale nécessitant une consultation médicale ainsi qu'un arrêt de travail augmente. Des réguliers des Forces canadiennes sont eux aussi touchés par ces problèmes, qui les forcent à prendre congé. Puisque l'absence du travail causée par des problèmes de santé mentale dure habituellement plusieurs semaines, le retour au travail constitue une étape délicate.

Bien que le retour au travail constitue un sujet d'intérêt actuel dans le domaine de la recherche

scientifique, aucune étude n'a à ce jour porté sur les militaires canadiens. Par conséquent, nous vous proposons de remplir un questionnaire qui nous permettra de mieux comprendre le retour au travail chez les militaires de la Force régulière.

Le questionnaire est destiné aux seuls membres de la Force régulière ayant pris un congé de maladie de 30 jours et plus au cours des années 2003 à 2007 inclusivement, et ce, en raison d'une incapacité causée par un problème de santé mentale.

Le Directeur — Recherche et analyse opérationnelles (Personnel militaire) autorise la diffusion de ce sondage aux militaires des FC conformément au CANFORGEN 145/02 ADMHRMIL 079 UNCLASS 131028Z DEC 02, numéro d'autorisation 598/07.

Pour accéder au questionnaire, servez-vous d'un poste de travail du MDN et rendez-vous au : <http://10.32.105.236/cgi-bin/qweb.cgi?4WMHPSM>.

Veuillez informer vos collègues admissibles de l'existence du questionnaire. Notez que ce dernier ne sera accessible que jusqu'à la fin du mois de février 2008.

The Port of Montréal supports families of deployed military personnel

By **Guyline Fortin**

Representatives from the Military Family Resource Centre (MFRC) Montréal Region went to the Port of Montréal January 16, to receive a donation from the Montréal Port Authority, which believes strongly in the community. It presented the MFRC with a cheque for \$5 000 to

contribute to the well-being of the families of deployed military personnel.

"The Port of Montréal is very proud to support the work being done on a daily basis by the Military Family Resource Centres," said Patrice M. Pelletier, CEO of the Montréal Port Authority. Pointing out that the MFRCs provide essential

resources to people who have loved ones serving abroad. "We feel it is important to support the services provided by such centres," he added. "In addition, we are pleased that one of them is located in the same place as the Port of Montréal. Indeed, the Longue-Pointe area serves somewhat of a link between the Montréal Region MFRC and the port."

Denise Couët, chairperson of the MFRC board of directors, thanked the Port of Montréal officials on behalf of deployed personnel for their generosity and their support of military families.

The \$5 000 will be placed in a special MFRC fund to be used to organize activities for the families.

Le Port de Montréal soutient les familles de militaires déployés

Par **Guyline Fortin**

Le 16 janvier dernier, des représentants du Centre de ressources pour les familles militaires (CRFM) de la région de Montréal se sont rendus au port de Montréal pour recevoir un don de l'administration portuaire de Montréal, qui accorde beaucoup d'importance à la collectivité. C'est 5 000 \$ qu'on a remis au CRFM afin de contribuer au

mieux-être des familles de militaires déployés.

« Le Port de Montréal est très fier de soutenir le travail qu'accomplissent quotidiennement les centres de ressources pour les familles des militaires », a mentionné Patrice M. Pelletier, président-directeur général de l'administration portuaire de Montréal. Rappelant que les CRFM offrent des ressources essentielles aux

personnes dont un proche est à l'étranger, il a poursuivi : « Nous estimons important d'appuyer les services offerts par de tels centres. De plus, nous sommes heureux que l'un d'entre eux soit établi au même endroit que le Port de Montréal. En effet, la région de Longue-Pointe constitue en quelque sorte le trait d'union entre le CRFM de la région de Montréal et le port. »

Au nom des militaires déployés, Denise Couët, présidente du conseil d'administration du CRFM, a remercié les responsables du Port de Montréal de leur générosité et de leur appui aux familles de militaires.

On ajoutera les 5 000 \$ à un fonds spécial du CRFM servant à l'organisation d'activités à l'intention des bénéficiaires.

