

# S'absenter du travail pour un problème de santé mentale

## une épreuve qui exige du soutien

par Louise St-Armand, Micheline Saint-Jean et Jean Damasse

**L**ES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail et ont connu une croissance phénoménale au cours des dernières années<sup>1,2</sup>. Au Québec, la proportion de travailleurs qui se sont absentés au moins une journée à la suite d'un problème de santé mentale a presque doublé entre 1987 et 1998, passant de 7,2 % à 13,2 %<sup>3</sup>. En plus de s'absenter plus souvent, les personnes s'absentent plus longtemps. Ainsi, entre 1992 et 1998, le nombre moyen de journées d'incapacité par personne en raison d'un problème de santé mentale a plus que triplé<sup>3</sup>. En outre, on estime que de 30 % à 50 % des absences prolongées au travail (plus de six mois) sont attribuables à des problèmes de santé mentale<sup>4-6</sup>. Ces problèmes entraînent habituellement de longues périodes d'invalidité, en plus de comporter un risque élevé de rechutes<sup>7</sup>.

Au cours des dernières années, nos travaux de recherche ont porté sur l'étude des processus de retrait et de retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale. À l'aide de questionnaires, nous avons consulté près de 2000 travailleurs qui se sont absentés pendant au moins trois semaines (en moyenne six mois) en raison d'un problème de santé mentale, en plus de rencontrer une centaine de personnes. Ces travaux nous ont permis d'apporter un éclairage nouveau sur le parcours des travailleurs au cours du processus de retrait du milieu de travail et de retour au travail<sup>8,9</sup>.

L'analyse que nous avons faite du récit des travailleurs

---

*M<sup>me</sup> Louise St-Armand est chercheuse au sein de l'équipe RIPOST du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières et à la Direction de santé publique de la Capitale nationale. Elle est titulaire d'un Ph.D. M<sup>me</sup> Micheline Saint-Jean est professeure agrégée à l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. M. Jean Damasse est sociologue au sein de l'équipe RIPOST*

montre que la maladie survient rarement de façon soudaine. Un sentiment de fatigue que le patient n'arrive plus à contrer est souvent l'un des premiers signes. La personne atteinte espère l'éliminer par l'arrivée des vacances ou encore par quelques journées de repos prises ici et là. Mais vient un temps où ces périodes de répit ne permettent plus de récupérer ; la fatigue s'accumule et un profond sentiment d'épuisement se fait sentir. À ce sentiment s'ajoutent souvent des problèmes de sommeil, des troubles de concentration, des pertes de mémoire, de l'irritabilité et, dans certains cas, l'envie de pleurer pour tout et pour rien. La baisse des capacités fonctionnelles, la difficulté à maintenir son rythme de production, l'irritabilité face aux collègues ou à la clientèle, l'impression de perdre la maîtrise ou que la marmite va sauter d'une journée à l'autre sont autant de signes précurseurs de la maladie. Bien que les problèmes de santé se manifestent souvent de façon progressive, des réactions aiguës peuvent survenir et précipiter l'arrêt de travail. Généralement perçus comme des événements soudains et imprévus, ces facteurs déclenchants surviennent habituellement dans une période où la personne est plus vulnérable et fatiguée, souvent après avoir lutté pour contrer une situation difficile.

### Des problèmes de santé soumis au regard de l'autre

Les travailleurs que nous avons rencontrés ont consulté un médecin qui a évalué leur état de santé, posé un diagnostic et recommandé un arrêt de travail. Cette étape indique de façon officielle le moment où l'on considère que l'atteinte des capacités fonctionnelles de la personne est d'une telle intensité que la personne n'est plus en mesure de poursuivre son travail. Ainsi, c'est le médecin qui décide et certifie que la personne est « réellement malade ». Or, nos travaux montrent que le diagnostic du médecin ne suffit pas à donner un sens à la maladie qui libère entièrement la

personne de son rôle social de travailleur. D'autres facteurs participent à la représentation que se font les personnes de leur maladie et de l'arrêt de travail, principalement les effets du regard de l'autre. Le jugement qui sera posé par l'entourage aura un effet marquant sur la manière dont les personnes touchées vont quitter leur travail, sur le processus de rétablissement et sur le retour au travail.

Malgré l'évidence des signes et symptômes avant-coureurs, certains employés éprouvent beaucoup de difficultés à réaliser l'ampleur du problème. Nous avons observé ce phénomène auprès d'employés qui ont offert une grande résistance à la consultation médicale, notamment chez certains hommes qui ont intériorisé un stéréotype sur la force et l'endurance face à la maladie. Dans certains milieux, avoir l'air épuisé et sentir que l'on est rendu au bout du rouleau ne font pas partie des plaintes que l'on peut exprimer.

Nos travaux ont montré que les hommes ont un profil de retour au travail plus négatif que celui des femmes. Cette différence peut s'expliquer, en partie, par la présence d'un réseau de soutien qui serait davantage mobilisé par les femmes au cours d'un arrêt de travail, comparativement aux hommes. Aussi, de nombreuses études ont montré que les femmes peuvent compter sur un réseau social plus large et plus varié que celui des hommes, au besoin<sup>10,11</sup>. Elles disposent, dans leur entourage, de personnes autres que leur conjoint et à qui elles peuvent se confier<sup>12</sup>. Dans cette perspective, le réseau de soutien des femmes pourrait avoir un effet positif sur l'évolution de la maladie et ainsi favoriser un retour au travail plus rapide. De plus, les femmes consultent plus facilement (un médecin ou un psychologue) que les hommes, ce qui favoriserait une intervention plus tôt dans l'évolution de la maladie et, par conséquent, un rétablissement plus rapide. Enfin, outre la présence ou non d'un réseau de soutien, l'observation d'une différence marquée dans la trajectoire professionnelle selon le genre confirmerait l'hypothèse voulant que les hommes soient plus susceptibles de quitter leur emploi en prenant une retraite anticipée, alors que l'arrivée plus tardive des femmes sur le marché du travail limite l'accès à une retraite anticipée.

Cette résistance à consulter n'est pas seulement le lot des hommes. En effet, des femmes, notamment des cadres et des professionnelles, ont également manifesté beaucoup de résistance à la consultation. Chez les cadres, c'est souvent le sentiment de responsabilité face aux employés qui les oblige à tenir, en plus de l'impression d'être à l'abri d'un épuisement professionnel.

Le retrait du travail a des conséquences importantes dans le milieu de travail. Ne plus être en mesure d'assumer son rôle de travailleur exige, sur le plan social, d'excellentes raisons. Ainsi, la maladie doit être reconnue comme étant suffisamment « grave » pour justifier un retrait du travail. À ce titre, certaines maladies sont plus évidentes que d'autres. Par exemple, il ne fait aucun doute qu'une personne qui fait un infarctus a de bonnes raisons de s'absenter. Toutefois, les problèmes de santé mentale sont moins évidents, plus ambigus, voire douteux dans certains cas, et font parfois l'objet de contestation. Par ailleurs, il est intéressant de constater que plusieurs personnes ont mentionné que ce sont les autres qui ont été les premiers à réaliser l'ampleur du problème et à leur recommander d'aller consulter un médecin, de prendre du repos, d'agir afin de régler une situation rendue intenable. Pour plusieurs, la réaction des autres semble avoir eu l'effet d'une forme d'approbation, d'assentiment face à la maladie, comme s'il fallait attendre que le problème soit suffisamment visible pour avoir le droit de le regarder et d'envisager la possibilité d'un congé de maladie. À l'évidence, le regard de l'autre n'est pas sans effet sur la façon dont on se perçoit et on se comporte face à la maladie.

Les problèmes de santé mentale sont porteurs de stigmates et de beaucoup de préjugés. La peur d'être perçu comme quelqu'un de faible et qui est incapable de soutenir les pressions de la vie font partie des craintes mentionnées pour expliquer la résistance à consulter et à s'absenter. En conséquence, certains employés ont vivement réagi lorsque leur médecin leur a parlé de dépression. En réaction à la peur d'être jugés, certains employés en viennent à craindre d'être vus pendant leur congé de maladie. Certains vont même jusqu'à éviter de sortir de la maison pour aller dans un centre commercial, un centre sportif ou une base de plein air, comme si, lorsqu'on est réellement malade, on se rend uniquement dans les hôpitaux et les cliniques médicales.

### **L'anticipation du retour au travail : une étape difficile et fragile**

Si l'arrêt de travail est une étape difficile à franchir, accepter que l'on fait une dépression et prendre le temps nécessaire pour guérir est un choc encore plus difficile. On s'absente parfois avec l'idée que quelques jours de repos, voire quelques semaines, suffiront pour nous permettre de retrouver notre équilibre et notre santé. Ce n'est que peu à peu que l'on en vient à mesurer et à accepter l'ampleur de

la maladie et ses effets sur nos capacités fonctionnelles.

Beaucoup d'inquiétudes entourent ce type de maladie. Les travailleurs qui s'absentent sont généralement très inquiets. Certains se demandent jusqu'où cette maladie peut les emmener, s'ils vont finir par s'en sortir et s'ils vont en garder des séquelles. Dans cet état de vulnérabilité, penser à un éventuel retour au travail suscite plus d'angoisse qu'autre chose. L'inquiétude face à la maladie et la peur d'un retour précoce laissent place à des appréhensions et à des craintes peu propices au processus de rétablissement. Pour plusieurs, cette inquiétude est soulevée à chaque rendez-vous avec le médecin traitant. Ne pas savoir d'un rendez-vous à l'autre si l'absence sera prolongée et se demander comment notre médecin pourra prendre en compte toute l'ampleur d'une souffrance, que l'on croit difficilement perceptible, suscitent beaucoup de stress. Les travailleurs qui sont suivis par un médecin de famille qui les connaît bien se sont dits plus rassurés. Ces constats remettent en question tout le poids de l'incertitude dans le rapport au médecin et au processus de décision en matière de retour au travail.

Les mesures médico-administratives qui entourent la gestion de l'absence provoquent aussi beaucoup d'angoisses et d'inquiétudes. Du côté de l'employeur, les demandes de précision par courrier ou par téléphone concernant la date de retour au travail ou encore la fréquence à laquelle il faut remplir un rapport médical sont une source de perturbation et d'appréhension. De plus, les lettres administratives qui viennent contester la date de retour au travail prescrite par le médecin traitant suscitent de vives réactions. La remise en question de la date prescrite par le médecin traitant crée une situation de controverse difficile à expliquer. D'un côté, les personnes ont l'obligation de faire valider leur congé de maladie par leur médecin traitant, reconnu par les instances comme étant compétent pour poser ce geste. De l'autre, certaines procédures viennent invalider ce rôle pourtant prescrit par l'organisation.

Parmi les pratiques de gestion médico-administratives, les convocations en expertise médicale sont parmi celles qui entraînent le plus de perturbations chez les travailleurs. Bien qu'en principe une demande d'expertise médicale vise à valider le rapport médical du médecin traitant, cette mesure est plus souvent qu'autrement perçue comme une mise en doute de la véracité de leur maladie et de leur intégrité face au système. Des travailleurs ont été profondément blessés par ces mesures qu'ils ont interprétées comme une non-reconnaissance de leur problème de santé. La

convocation chez un expert externe a eu pour effet d'effriter la relation de confiance qu'ils avaient avec leur employeur. Dans certains cas, l'indignation et l'amertume sont venues miner les efforts consacrés au rétablissement. La demande d'expertise peut aussi être interprétée comme une mise en doute de la compétence du médecin traitant et ainsi venir perturber la relation de confiance entre le travailleur et son médecin. Le sentiment de culpabilité de ne pas avoir été à la hauteur de la situation et la perte de l'estime de soi occasionnée par la maladie ont rendu certains employés encore plus vulnérables à ces mesures administratives. De plus, la convocation en expertise médicale a exacerbé la peur d'avoir à revenir au travail alors que l'on ne se sent pas prêt.

La plupart des personnes interrogées appréhendent le retour au travail, même celles qui semblaient avoir retrouvé le désir de travailler. À elle seule, l'idée du retour au travail occasionne de l'anxiété. Les personnes qui ont connu une détérioration importante de leur état de santé en viennent à se demander si elles vont un jour retrouver leurs capacités fonctionnelles. Lorsqu'on a connu une période où l'on était incapable de lire le journal ou de se concentrer pour écouter un film à la télévision, où un simple effort nous apparaissait comme une montagne, il est normal d'avoir certaines inquiétudes lorsque vient le temps de réintégrer ses fonctions. « Est-ce que je vais être encore capable ? », voilà une question que plusieurs participants se sont posés.

Avant de penser au travail, il faut d'abord récupérer. L'idée du retour au travail est rarement présente chez les personnes qui sont encore très malades. L'impression de refaire surface, de sentir que son état de santé s'améliore et que l'on prend du mieux semble avoir été une étape importante dans le cheminement qui a précédé le retour au travail des personnes que nous avons rencontrées. Ce n'est qu'à partir de cette expérience de mieux-être qu'elles ont commencé à se faire à l'idée d'un retour éventuel : « Quand on commence à être bien, on a le goût de recommencer », dira l'une d'elles. Au contraire, les personnes qui ont dû revenir au travail même si elles ne se sentaient pas prêtes ont, dans certains cas, fait une rechute au bout de quelques semaines.

Mais comment savoir si l'on est prêt à retourner au travail ? Il semble y avoir ici une distinction importante à faire entre, d'une part, l'état de santé, et d'autre part, l'aptitude au travail. Bien que ces deux dimensions soient étroitement liées, elles ne sont pas pour autant synonymes. Le retour au travail d'un employé reste une décision difficile pour les

**Vous avez des questions ? Veuillez nous les faire parvenir par télécopieur au secrétariat de l'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec, au (418) 666-0684.**

médecins. S'ils ont une bonne connaissance des dimensions médicales qui touchent la santé mentale des travailleurs, leur connaissance du milieu de travail et des conditions d'exercice du métier sont moins certaines. Or, pour les travailleurs, l'anticipation d'un retour dans des conditions de travail difficiles et surtout pouvant nuire à leur équilibre psychologique, a une influence sur le processus de rétablissement. Il est plus difficile de se sentir prêt à revenir au travail lorsqu'on sait, plus ou moins consciemment, que le travail exigé est resté le même. Les conditions de travail qui attendent l'employé vont être déterminantes sur la façon dont ce dernier anticipera l'avenir. À ce titre, plusieurs employés semblent être devant une situation qu'ils jugent sans issue.

La façon dont le travail est « pensé » pendant l'arrêt de travail de l'employé est un déterminant majeur de l'action. En ergonomie ainsi qu'en psychodynamique du travail\*, le rôle de la pensée sur l'action est central. Dans les recherches sur les troubles musculosquelettiques, il semble de plus en plus évident que les transformations perçues comme possibles conditionnent la perception de la réalité. Les travailleurs qui pensent pouvoir changer les choses sont plus susceptibles de voir leurs problèmes musculosquelettiques disparaître. Dans le même sens, les travaux en psychodynamique du travail ont montré que l'impossibilité d'imaginer que les choses puissent être différentes a des effets sur la santé mentale. Plusieurs théories en psychologie du développement vont également dans ce sens : il est très difficile de penser à ce sur quoi il est impossible d'agir.

Le retour au travail demeure une étape cruciale dans le cheminement des personnes. Habituellement, lorsque l'employé est considéré apte à revenir au travail par son médecin ou par l'expert externe, il en informe les Ressources humaines qui voient à l'application des mesures de retour progressif. Or, nos travaux ont montré qu'un retour progressif dans des conditions de travail inchangées a peu d'effets sur les capacités de maintien en emploi. À l'inverse, une amélioration des conditions de travail au mo-

ment du retour est associée de manière significative à un retour au travail réussi. Toutefois, rares sont les employés que nous avons rencontrés qui ont eu l'occasion de préparer leur retour et d'apporter des changements à leur travail. Pour être efficace, le soutien au retour au travail doit tenir compte des conditions de travail. Un article abordant la problématique du retour au travail de façon plus approfondie paraîtra dans un prochain numéro du *Médecin du Québec*. ☞

## Bibliographie

1. Gabriel P, Liimatainen MR. *Mental health in the workplace*. Genève : Bureau international du travail ; 2000.
2. Nystuen P, Hagen KB, Jerrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health* 2001 ; 29 : 175-82.
3. Vézina M, Bourbonnais R. Incapacités de travail pour des raisons de santé mentale. Dans : Institut de la statistique du Québec. *Portrait social du Québec : données et analyse*. Édition 2001. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2002, p. 279-87.
4. Conseil du patronat du Québec. *L'absentéisme en milieu de travail. Partie 1 : état de la situation*. 1998.
5. Ranno JP. *Santé mentale et stress au travail*. Montréal : Sun Life du Canada, Vice-présidence. Opérations vie et groupe invalidité ; 2000.
6. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. *Garder notre monde en santé. Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Rapport annuel 2001 sur la santé des populations*. Montréal : Direction de la santé publique de Montréal-Centre ; 2001.
7. Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in the workplace. *J Occup Environ Med* 1994 ; 36 (9) : 983-8.
8. Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Rhéaume J. 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* 2003 ; XXVIII (1) : 193-211.
9. Saint-Arnaud L, Bourbonnais R, Saint-Jean M, Rhéaume J. Return to work after sick leave due to a mental health problem. *Scand Work Environ Health* 2004 ; à paraître.
10. Malenfant R et coll. *L'intégration durable en emploi dans la mouvance du marché du travail*. Québec : CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, équipe RIPOST 2002.
11. Belle D. Gender differences in children's social networks and supports. Dans : D. Belle, éditeur. *Children's Social Networks and Social Supports*. New York : Wiley ; 1989 ; 173-88.
12. Antonucci TC. A life-span view of women's social relations. Dans : *Anonymous, Women Growing Older*. Thousand Oaks : Sage Publications ; 1994 ; 239-69.

\* La psychodynamique du travail est une discipline de recherche en santé mentale au travail. À ce sujet, voir les travaux de C. Dejours. *Travail et usure mentale*, Éditions Bayard 2002 ; *Le travail et ses malentendus*, sous la direction de M.-C. Roy et M. Vézina, Éditions Octares 2001.