

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

STRATÉGIES D'AUTOGESTION CHEZ LES TRAVAILLEURS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES
D'ANXIÉTÉ OU DE DÉPRESSION

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CAMILLE ROBERGE

JUILLET 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Merci à tous ceux qui m'ont accompagnée, de près ou de loin, dans le voyage unique ayant mené à l'aboutissement de cette thèse. Le parcours fut tout sauf linéaire. La mer fut parfois agitée, parfois tranquille. Faire un doctorat et rédiger une thèse est comparable à se lancer dans l'aventure en connaissant le point de départ tout en laissant une place importante à l'inconnu en ce qui a trait à la destination finale. Cette expérience riche de sens et d'apprentissages m'aura sans aucun doute permis de repousser mes limites et de jongler avec l'adversité. J'achève ce périple avec beaucoup d'humilité, de gratitude et de fierté.

Un immense merci à ma directrice, Dre Sophie Meunier, qui m'a ouvert la porte des études doctorales. Sophie, je n'aurais pu espérer avoir une directrice plus dévouée, attentionnée, bienveillante, humaine et d'une grande compétence. Le périple n'aurait pas été le même sans ton apport et ton soutien inconditionnel.

Merci aussi à mes collègues et amies du laboratoire Camille Agouès-Richard, Chloé Parenteau, Karine Iarov, Amélie Doucet, Laurence Bouchard et Alexandra Giroux. Partager un vécu commun avec vous aura certainement rendu cette odyssée plus douce et plus légère. Nos fous rires, nos moments d'allégresse et nos 5 à 7 resteront gravés dans ma mémoire.

Je souhaite également remercier Amélie Chartrand, Béatrice Bérubé, Roxane l'Écuyer et Cathy Lebeau, mes « amies du bac », comme j'aime les surnommer bien qu'elles aient toutes quatre choisi d'emprunter la voie du doctorat. D'abord collègues de classe, notre amitié s'est liée au fil des ans et nous unira encore pour de longues années. Merci d'avoir été présentes et de continuer de l'être.

Je ne peux passer sous silence mon complice et mon amoureux Jonathan Aubry. D'abord, merci d'avoir ouvert ton cœur à une « éternelle étudiante ». Merci d'avoir été présent à mes côtés jour après jour, de m'avoir encouragée et offert du réconfort lorsque la mer était plus houleuse. Merci aussi de ta curiosité et de ton ouverture à l'égard d'un univers qui t'était parfaitement inconnu. Un merci particulier à mon chat Maki qui m'a tenu compagnie à maintes reprises lors de mes séances de rédaction.

Je tiens également à exprimer ma profonde reconnaissance à ma famille. Un merci particulier à ma mère Isabelle Tousignant, ma tante Aude Tousignant, ma grand-mère Élise Paré et ma grand-tante Roberte Paré. Vous m'avez soutenue chacune à votre manière et je vous en remercie du fond du cœur. Merci aussi à mon frère Félix-Gabriel Roberge qui a su me faire rire et sourire lorsque nous parlions de mon parcours doctoral parfois qualifié « d'interminable ».

Je souhaite aussi remercier mon psychologue Jean-François Villeneuve pour sa précieuse écoute, ses encouragements et ses conseils qui ont su faire la différence en m'aidant à trouver mon équilibre. Un merci particulier à ma gestionnaire Louise Latulippe qui m'a permis de concilier le travail et les études grâce à sa bienveillance et sa flexibilité.

Un immense merci à Karen Grislis, réviseuse linguistique, qui m'a épaulée dans le processus de publication des articles qui sont le cœur de cette thèse. Je tiens également à remercier chaleureusement les membres de mon jury Dre Alexandra Lecours, Dre Geneviève Sauvé et Dr Marc Corbière d'avoir accepté de corriger cette thèse.

J'aimerais aussi remercier les participants qui ont eu la générosité de prendre part à mes études. Merci aussi aux éditeurs et réviseurs qui se sont investis dans la révision de mes articles de thèse et qui ont su me donner de la rétroaction constructive afin de les parfaire. Finalement, un merci spécial à la Faculté des sciences humaines de l'UQAM, au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST) pour leur appui financier.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ	x
ABSTRACT.....	xii
CHAPITRE 1 INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 Problématique.....	1
1.2 L'anxiété et la dépression en milieu de travail.....	3
1.3 Fonctionnement au travail.....	3
1.4 Autogestion.....	4
1.4.1 Définition de l'autogestion.....	4
1.4.2 Modèles et stratégies d'autogestion.....	5
1.4.3 Distinction entre l'autogestion et des concepts connexes	7
1.5 Autogestion de la santé mentale.....	10
1.6 Autogestion de l'anxiété et de la dépression chez les travailleurs.....	11
1.7 Question de recherche et objectifs de recherche	16
1.7.1 Question de recherche.....	16
1.7.2 Objectifs de recherche.....	16
1.8 Devis de recherche.....	16
1.8.1 Méthodologie étude 1	17
1.8.2 Méthodologie étude 2	21
CHAPITRE 2 [ARTICLE 1].....	26
2.1 Abstract.....	26
2.2 Résumé	26
2.3 Introduction.....	28
2.3.1 Anxiety and Depressive Symptoms at Work.....	28
2.3.2 Self-Management.....	29
2.3.3 Self-Management Strategies for Workers with Anxiety and Depressive Symptoms	29
2.4 Methodology	31
2.4.1 Recruitment.....	31
2.4.2 Procedure	31

2.4.3	Participants.....	32
2.4.4	Interview Guide.....	32
2.4.5	Analyses.....	32
2.5	Results.....	33
2.5.1	Behavioural Self-Management Strategies.....	36
2.5.2	Cognitive Self-Management Strategies.....	40
2.5.3	Affective Self-Management Strategies.....	43
2.6	Discussion.....	44
2.7	Limits.....	47
2.8	Conclusion.....	48
CHAPITRE 3 [ARTICLE 2].....		49
3.1	Abstract.....	49
3.2	Introduction.....	50
3.2.1	Mental health self-management at work.....	50
3.3	Method.....	52
3.3.1	Item generation and reduction.....	52
3.3.2	Recruitment.....	53
3.3.3	Procedure.....	53
3.3.4	Measures.....	53
3.3.4.1	Workplace Mental Health Self-Management Questionnaire (WMHSQ).....	53
3.3.4.2	Self-management related measures.....	54
3.3.4.3	Symptomatology measurement.....	54
3.3.4.4	Work functioning measurement.....	54
3.3.4.5	Social desirability.....	55
3.3.4.6	Socio-demographic characteristics.....	55
3.3.5	Analyses.....	55
3.4	Results.....	56
3.4.1	Participants.....	56
3.4.2	Internal structure validity.....	58
3.4.3	Test-retest reliability.....	62
3.4.4	Construct and criterion validity.....	62
3.4.5	Differences according to gender and native country.....	64
3.5	Discussion.....	65
3.5.1	Psychometric qualities of the WMHSQ.....	68
3.6	Limits.....	68
3.7	Conclusion.....	69
CHAPITRE 4 [DISCUSSION GÉNÉRALE].....		81
4.1	Objectifs et résultats.....	81
4.2	Contributions théoriques.....	83
4.2.1	Clarification de la notion d'autogestion de la santé mentale au travail.....	83

4.2.2	Identification d'une liste exhaustive de stratégies d'autogestion des symptômes d'anxiété de dépression au travail.....	84
4.2.3	Questionnaire pionnier mesurant l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail.....	85
4.2.4	Étude préliminaire des associations entre les stratégies d'autogestion et différentes variables liées à la santé mentale et au fonctionnement au travail.....	85
4.3	Implications pratiques.....	86
4.4	Limites de la thèse.....	89
4.5	Pistes de recherches futures	91
	CONCLUSION.....	95
	ANNEXE A [CERTIFICAT ÉTHIQUE ARTICLE 1].....	97
	ANNEXE B [FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ARTICLE 1].....	98
	ANNEXE C [INSTRUMENTS DE MESURE ARTICLE 1].....	101
	ANNEXE D [CERTIFICAT ÉTHIQUE ARTICLE 2].....	111
	ANNEXE E [FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ARTICLE 2].....	112
	ANNEXE F [INSTRUMENTS DE MESURE ARTICLE 2].....	118
	RÉFÉRENCES.....	144

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Modèle de la théorie de l'autogestion individuelle et familiale (<i>Model of the individual and family self-management theory</i> ; Ryan & Sawin, 2009).....	7
Figure 1.2 Étapes de la conception d'un outil de mesure (inspiré de Corbière et Fraccaroli, 2020).....	22
Figure 2.1 Coding tree of thematic analysis.....	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Outils mesurant l'autogestion de la santé mentale	15
Tableau 1.2 Critères de rigueur de Lincoln & Guba (1985)	19
Tableau 1.3 Étapes de l'analyse thématique	20
Tableau 1.4 Validation du QASMT : outils de mesure utilisés.....	24
Table 2.1 Relevance score by strategy according to the expert committee.....	34
Table 2.2 Behavioural self-management strategies	36
Table 2.3 Cognitive self-management strategies.....	41
Table 2.4 Affective self-management strategies	44
Table 3.1 Socio-demographic characteristics of participants.....	57
Table 3.2 Job characteristics of participants	58
Table 3.3 Results of principal component analysis	60
Table 3.4 Correlations between WMHSQ subscales and other criterion measures, and descriptive statistics.....	63
Table 3.5 Item generation and reduction (S1).....	71
Table 3.6 Participants' symptom intensity in the earlier questionnaire development process (S2).....	79
Table 3.7 Participants' symptom intensity baseline while completing the WMHSQ (S3).....	80

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

Brief-COPE	<i>Brief Coping Orientation to Problems Experienced</i>
CBT	Cognitive–Behavioural Therapy
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV</i>
GAD-7	<i>General Anxiety Disorder 7-item scale</i>
Hr	<i>Hour</i>
IVC	Indice de validité de contenu
LEAPS	Lam Employment Absence and Productivity Scale (LEAPS)
M	Moyenne ou <i>Mean</i>
n	nombre ou <i>number</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire 9-item scale</i>
QASM	Questionnaire d'autogestion en santé mentale (voir acronyme en anglais : WMHSQ)
QASMT	Questionnaire d'autogestion de la santé mentale au travail
SD	<i>Standard deviation</i>
SPT	Santé psychologique au travail
TCC	Thérapie cognitive comportementale
WMHSQ	<i>Workplace Mental Health Self-management Questionnaire</i> (voir acronyme en français : QAMST)

RÉSUMÉ

Les problèmes de santé mentale au travail sont de plus en plus fréquents et engendrent des répercussions importantes sur le bien-être et le fonctionnement des travailleurs (Dewa, 2017). De plus, les enjeux de santé mentale au travail ont connu une hausse importante depuis la pandémie de Covid-19 (Boulet & Parent-Lamarche, 2020). Or, l'autogestion se définissant comme étant l'ensemble des stratégies comportementales, cognitives ou affectives qu'un individu met en place pour gérer ses symptômes, optimiser sa santé et prévenir les rechutes (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003) s'avère une piste prometteuse pour aider les travailleurs vivant avec des difficultés de santé mentale. De ce fait, la présente thèse se penche sur l'autogestion de la santé mentale au travail. Plus spécifiquement, celle-ci s'intéresse aux stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression afin de favoriser leur fonctionnement au travail.

Le chapitre 1 aborde d'abord la problématique entourant les enjeux de santé mentale chez les travailleurs ainsi que les impacts y étant associés. Ensuite, la définition et les caractéristiques de l'autogestion sont présentées à partir des différents travaux ayant porté sur le sujet. Après quoi, le réseau nomologique de l'autogestion est étayé en faisant la distinction entre l'autogestion et des concepts connexes tels que le *coping*, le *self-help* et le *self-care*. Puis, un survol de la documentation traitant de l'autogestion de l'anxiété et de la dépression dans la vie en général et en milieu de travail est effectué. La question de recherche et les objectifs de recherche s'y rattachant sont ensuite énoncés. Finalement, le devis de recherche utilisé dans le cadre de la présente thèse ainsi que des considérations méthodologiques sont abordés.

Le chapitre 2 présente les résultats de l'article 1, publié dans le *Canadian Journal of Behavioural Science*. L'objectif de cet article était d'identifier les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété et de dépression. Pour ce faire, des entrevues semi-structurées reposant sur la technique des incidents critiques de Flanagan (1954) ont été menées auprès de 25 travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression. L'analyse thématique a permis d'identifier 54 stratégies d'autogestion comportementales, cognitives et affectives se regroupant selon 16 thèmes (ex. : gérer les frontières entre le travail et la vie personnelle; pratiquer l'auto-compassion; gérer les pensées négatives; identifier et gérer ses émotions). Les résultats permettent de dresser un portrait exhaustif des différentes stratégies d'autogestion pouvant être incluses dans les programmes de promotion de la santé mentale au travail et diffusées auprès des employés présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression.

Le chapitre 3 présente les résultats de l'article 2, publié dans le *Journal of Occupational Rehabilitation* et dont l'objectif était d'élaborer et de valider un questionnaire visant à mesurer les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail. Pour y parvenir, une liste de 72 items a été soumise à un comité d'experts composé de chercheurs, de praticiens et de travailleurs. À la suite du retranchement de 25 items, 365 travailleurs ont complété la version initiale à 47 items du QASMT ainsi qu'un ensemble de questionnaires visant à mesurer les variables critériées (symptômes d'anxiété et de dépression, fonctionnement au travail, autogestion et *coping*) alors que deux semaines plus tard, 235 participants ont complété à nouveau le QASMT. Les résultats de l'analyse par composante principale ont mené à un questionnaire comportant 21 stratégies d'autogestion réparties en quatre facteurs (gérer ses pensées et ses émotions, gérer sa récupération, gérer ses relations et gérer ses tâches). Les analyses corrélationnelles soutiennent la validité convergente et concurrente du QASMT ainsi que la fidélité test-retest. Ces résultats ont mené à la validation initiale du premier questionnaire visant à mesurer l'utilisation de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail.

La discussion générale présentée au chapitre 4 présente d'abord les contributions théoriques lesquelles sont la clarification de la notion d'autogestion de la santé mentale, l'identification d'une liste exhaustive de

stratégies d'autogestion des symptômes d'anxiété et de dépression au travail, l'aspect novateur du premier questionnaire mesurant l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail et les premiers pas vers des mesures quantitatives préliminaires de l'association entre les stratégies d'autogestion et différentes variables liées à la santé mentale au travail. Ensuite, les implications pratiques et les limites de la thèse sont discutées. Finalement, les pistes de recherche futures sont abordées.

Enfin, la conclusion générale met en lumière l'exhaustivité et la diversité de stratégies d'autogestion identifiées par l'entremise de cette thèse, ce qui fait miroiter l'aspect idiosyncratique de l'autogestion de la santé mentale au travail. Parmi les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail identifiées dans la présente thèse, bon nombre d'entre elles se distinguent des stratégies d'autogestion ayant été identifiées jusqu'à présent dans la documentation scientifique. Cela met en lumière l'apport et la singularité de cette thèse dans le domaine de l'autogestion de la santé mentale. De plus, les quatre facteurs se dégageant de la structure du QASMT viennent donner un éclairage nouveau à la notion de l'autogestion de la santé mentale au travail. Tout compte fait, au-delà de l'utilisation de stratégies d'autogestion visant à favoriser la santé mentale des travailleurs, la conclusion souligne l'importance de la contribution de l'employeur dans la promotion et la protection de la santé mentale des employés.

Mots clés : stratégies d'autogestion, santé mentale, travail, anxiété, dépression.

ABSTRACT

Mental health issues in the workplace are increasingly prevalent, generating significant impacts on workers' well-being and functioning (Dewa, 2017). Moreover, mental health issues in the workplace have increased significantly since the Covid-19 pandemic (Boulet & Parent-Lamarche, 2020). Self-management, defined as the behavioral, cognitive or affective strategies an individual uses to manage symptoms, optimize health and prevent relapses (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003), is a promising avenue to help workers living with mental health difficulties. Accordingly, this thesis focuses on the self-management of mental health in the workplace. More specifically, it investigates the self-management strategies used by workers with symptoms of anxiety or depression to promote their functioning at work.

Chapter 1 discusses the issues associated with workers' mental health and the impact of these issues. Next, the definition and characteristics of self-management are presented, based on the various studies that have been carried out on the subject. Next, the nomological network of self-management is supported by making the distinction between self-management and related concepts such as coping, self-help and self-care. This is followed by an overview of the literature on self-management of anxiety and depression in general life and in the workplace. The research question and related research objectives are then stated. Finally, the research design used in this thesis and methodological considerations are discussed.

Chapter 2 presents the results of article 1, published in the Canadian Journal of Behavioural Science. The aim of this article was to identify the self-management strategies used by workers presenting symptoms of anxiety and depression. To this end, semi-structured interviews based on Flanagan's (1954) critical incident technique were conducted with 25 workers presenting symptoms of anxiety or depression. Thematic analysis identified 54 behavioural, cognitive and affective self-management strategies clustered under 16 themes (e.g., managing the boundaries between work and personal life; practising self-compassion; managing negative thoughts; identifying and managing emotions). The results provide a comprehensive picture of the different self-management strategies that can be included in workplace mental health promotion programs and disseminated to employees with symptoms of anxiety or depression.

Chapter 3 presents the results of article 2, published in the Journal of Occupational Rehabilitation, which aimed to develop and validate a questionnaire to measure self-management strategies for mental health at work. To this end, a list of 72 items was submitted to an expert committee comprising researchers, practitioners and workers. Following the deletion of 25 items, 365 workers completed the initial 47-item version of the QASMT, as well as a set of questionnaires designed to measure the criterion variables (anxiety and depressive symptoms, work functioning, self-management and coping). Two weeks later, 235 participants completed the QASMT again. The results of the principal component analysis resulted in a questionnaire with 21 self-management strategies divided into four factors (managing thoughts and emotions, managing recovery, managing relationships and managing tasks). Correlational analyses supported the convergent and concurrent validity of the QASMT, as well as test-retest reliability. These results have led to the initial validation of the first questionnaire to measure the use of self-management strategies for mental health at work.

The general discussion in Chapter 4 first presents the theoretical contributions, which are the clarification of the notion of self-management of mental health, the identification of an exhaustive list of self-management strategies for anxiety and depression symptoms at work, the innovative aspect of the first questionnaire measuring the adoption of self-management strategies for mental health at work, and the first steps towards preliminary quantitative measures of the association between self-management strategies and

different variables related to mental health at work. Next, the practical implications and limitations of the thesis are discussed. Finally, avenues for future research are addressed.

Finally, the overall conclusion highlights the exhaustive and diversified nature of the self-management strategies identified through this thesis, suggesting the idiosyncratic aspect of self-management of mental health at work. Many of the strategies for self-management of mental health at work identified in this thesis differ from the self-management strategies that have so far been identified in the scientific literature. This highlights the contribution and uniqueness of this thesis in the field of mental health self-management. Moreover, the four factors emerging from the QASMT structure shed new light on the notion of self-management of mental health at work. All in all, beyond the use of self-management strategies to promote workers' mental health, the conclusion underlines the importance of the employer's contribution to promoting and protecting employees' mental health.

Keywords: self-management strategies, mental health, work, anxiety, depression.

CHAPITRE 1

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cette introduction vise d'abord à établir la problématique entourant les enjeux de santé mentale en contexte de travail et à introduire l'autogestion en tant qu'avenue pertinente pour faire face aux défis que peuvent rencontrer les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression quant à leur fonctionnement au travail. Ensuite, le concept d'autogestion est défini et distingué d'autres concepts connexes, et les différents modèles théoriques s'y rattachant sont abordés. Puis, un survol de la documentation portant sur l'autogestion de l'anxiété et de la dépression dans la vie en général et au travail est effectué. Après quoi, la question de recherche et les objectifs de recherche sont énoncés. Enfin, le devis de recherche utilisé dans le cadre de la présente thèse ainsi que des considérations méthodologiques sont abordées.

1.1 Problématique

Au Canada, jusqu'à un individu sur trois sera atteint d'un problème de santé mentale au cours de sa vie (Smetanin et al., 2015). De plus, la prévalence de troubles de santé mentale a connu une hausse alarmante depuis la pandémie de Covid-19 (Statistique Canada, 2023; World Health Organization, 2022). Cette proportion inquiétante touche de près les travailleurs puisque selon la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2023), chaque semaine, près d'un demi-million de travailleurs canadiens doivent s'absenter de leur travail pour des raisons de santé mentale. Cette situation s'avère préoccupante pour les organisations en raison des conséquences néfastes et des coûts importants associés aux problèmes de santé mentale (Kalef et al., 2016; Organisation for Economic Cooperation and Development, 2013). En effet, plusieurs études indiquent un lien négatif entre les problèmes de santé mentale et le rendement ainsi que le bien-être des employés (Dewa et al., 2004; Goetzel et al., 2018). Au Canada, les coûts engendrés par les problèmes de santé mentale au sein de la population active sont estimés à 21 milliards de dollars annuellement (Conference Board of Canada, 2012).

Les troubles anxieux et dépressifs figurent parmi les plus prévalents en milieu de travail (Canadian Mental Health Association, 2017; Memish et al., 2017) et atteignent respectivement 7,9 % et 5,2 % de la population active canadienne (Sutherland & Stonebridge, 2015). La majorité des individus vivant avec la dépression ou l'anxiété demeurent en emploi (Beck et al., 2011; Dewa et al., 2004; Goetzel et al., 2018). S'ajoute à cela un grand nombre de travailleurs qui présentent des symptômes d'anxiété et de dépression sous les seuils cliniques normalement reconnus, mais qui peuvent tout de même voir leur fonctionnement altéré par ces derniers (Beck, 2014; Dewa et al., 2004; Goetzel et al., 2018).

Les symptômes occasionnés par l'anxiété et la dépression nuisent au fonctionnement des travailleurs qui en sont atteints (Prater & Smith, 2011) et mènent à davantage de présentéisme, lequel est défini comme le fait d'être présent au travail, mais d'observer une altération de son fonctionnement liée à son état de santé (Schultz et al., 2009). Quelques recherches indiquent que les coûts liés au présentéisme seraient cinq à dix fois plus élevés que ceux causés par l'absentéisme (Dewa et al., 2007; Lack, 2011). Au Canada, le fardeau économique associé au présentéisme s'élèverait à plus de 6 milliards de dollars par année chez les travailleurs touchés par la dépression (Evans-Lacko & Knapp, 2016). Il apparaît donc important de s'intéresser aux variables qui pourraient contribuer à diminuer le fardeau associé au présentéisme chez les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression.

L'autogestion, définie comme l'ensemble des stratégies comportementales, cognitives ou affectives qu'un individu met en place pour gérer ses symptômes, optimiser sa santé et prévenir les rechutes (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003), constitue une piste peu explorée qui semble prometteuse afin de favoriser le fonctionnement optimal au travail des individus présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression. En effet, l'anxiété et la dépression sont associés à un haut taux de rechute et requièrent, par le fait même, l'adoption de différentes stratégies quotidiennes afin de permettre aux travailleurs de gérer leur santé mentale et favoriser ainsi leur fonctionnement (Hardeveld et al., 2013).

Quelques études qualitatives soulignent d'ailleurs l'importance du rôle actif que peuvent jouer les travailleurs en adoptant des stratégies leur permettant de continuer à exercer leur travail malgré la présence de symptômes inhérents à l'anxiété ou à la dépression (Bertilsson et al., 2013; Danielsson et al., 2017; Hjarsbech et al., 2015; Roberge et al., 2022). Toutefois, ces études ne rapportent que quelques exemples de stratégies concrètes et ces dernières ne correspondent pas exclusivement à des stratégies adaptatives (ex. : dissimuler ses problèmes derrière une carapace, consommer de l'alcool de façon excessive, cesser ses loisirs afin de préserver son énergie pour la sphère professionnelle) ayant un effet positif sur la santé des travailleurs et sur la gestion de leurs symptômes. Des études sont donc nécessaires afin d'identifier de façon exhaustive les stratégies d'autogestion pouvant être déployées par les travailleurs présentant des symptômes anxieux ou dépressifs afin de leur permettre de maintenir un fonctionnement optimal au travail. De plus, malgré le potentiel reconnu de l'autogestion pour favoriser la santé mentale et le fonctionnement des travailleurs vivant avec des symptômes d'anxiété et de dépression, aucune étude à ce jour n'a testé empiriquement le lien entre ces variables. En effet, faute d'outil psychométrique rigoureux afin de mesurer les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs, il n'a pas été possible de tester ces relations. La présente thèse vise donc à pallier ces lacunes.

1.2 L'anxiété et la dépression en milieu de travail

L'anxiété et la dépression présentent un haut taux de comorbidité chez les individus qui en sont atteints (APA, 2013), ce qui pousse de nombreux chercheurs à les étudier simultanément (Archer et al., 2012; Chisholm et al., 2016; Martin et al., 2009). Les troubles anxieux représentent un sentiment de peur excessif, d'anxiété menant la plupart du temps à de l'évitement (APA, 2013). Les types de troubles anxieux se définissent selon l'objet ou la situation déclenchant la peur ou l'anxiété (APA, 2013). Par exemple, la phobie spécifique se caractérise par la peur ou l'évitement d'objets ou de situations spécifiques (ex. : une araignée), la phobie sociale par la peur ou l'évitement de situations sociales, et le trouble de panique par la peur de revivre d'autres attaques de panique. Pour sa part, la dépression se caractérise par la présence d'au moins cinq de ces symptômes pendant un minimum de deux semaines consécutives : humeur dépressive, anhédonie (perte de la capacité à ressentir le plaisir; Gaillard et al., 2013), perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, difficulté à se concentrer et idéations suicidaires (APA, 2013).

Les symptômes associés à l'anxiété et à la dépression peuvent affecter de façon directe ou indirecte les diverses sphères de vie des individus qui en sont atteints (Baraldi et al., 2015). À cet égard, en contexte de travail, plusieurs études indiquent un lien négatif entre la dépression et l'anxiété et le fonctionnement au travail (Dewa, 2017; Memish et al., 2017). En effet, les symptômes associés à la dépression (ex. : troubles de concentration, anhédonie, manque d'énergie, difficulté à prendre des décisions, autocritique élevée) sont reconnus pour affecter le fonctionnement cognitif d'un individu, altérant ainsi sa performance au travail (Deady et al., 2022). De plus, la fatigue et les problèmes de concentration liés aux troubles anxieux et dépressifs sont susceptibles d'augmenter les risques d'erreurs et d'accidents de travail (Haslam et al., 2005). La gestion des émotions en lien avec ces troubles peut également rendre les relations interpersonnelles plus difficiles à maintenir de façon harmonieuse (Bertilsson et al., 2013). Finalement, ces troubles sont également associés à une plus grande difficulté à adopter une saine gestion de l'agenda, à prendre des décisions et à résoudre des problèmes (Bertilsson et al., 2013; Lerner et al., 2010).

1.3 Fonctionnement au travail

Bien qu'opérationnalisé de façon très variable d'une étude à l'autre, la conceptualisation du fonctionnement au travail choisie dans le cadre de la thèse repose sur les trois dimensions suggérées par Sandqvist et Henriksson (2004), s'appuyant eux-mêmes sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF-2) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001). Selon cette conceptualisation, la première dimension du fonctionnement au travail repose sur la participation au travail

et se définit comme étant la capacité d'un individu à occuper son rôle de travailleur en trouvant et en maintenant un emploi. Cette dimension est habituellement mesurée en termes de présence ou d'absence au travail. Toutefois, l'absentéisme ne constitue pas toujours un indicateur valide puisque de nombreux employés continueraient de travailler malgré une dégradation de leur état de santé, ce qui les amènerait à faire du présentéisme (Miraglia & Johns, 2016). Comme les coûts liés au présentéisme seraient cinq à dix fois plus élevés que ceux liés à l'absentéisme (Dewa et al., 2007; Lack, 2011), cette variable semble importante à considérer. La deuxième dimension du fonctionnement au travail, la performance au travail, se traduit par la capacité d'un individu à exécuter ses tâches et ses responsabilités professionnelles de façon satisfaisante. Finalement, la troisième dimension, la capacité individuelle, correspond à la condition physique ou psychologique de l'individu lui permettant d'effectuer ses tâches et ses activités professionnelles.

Étant donné l'importance des effets négatifs liés aux symptômes d'anxiété et de dépression chez les travailleurs, plusieurs chercheurs se sont penchés sur les facteurs pouvant favoriser le fonctionnement au travail de ces derniers (LaMontagne et al., 2007; Plaisier et al., 2012; Williams et al., 2016). Parmi ces facteurs, les différentes stratégies adoptées par les travailleurs afin de gérer leurs symptômes au quotidien semblent être une option prometteuse pour agir sur les différentes dimensions du fonctionnement au travail (Williams et al., 2016). Ce type de stratégies, qui souligne le rôle proactif du travailleur, renvoie au concept d'autogestion qui est décrit plus en détail dans la section 1.4.

1.4 Autogestion

1.4.1 Définition de l'autogestion

L'autogestion puise ses fondements dans la documentation consacrée aux maladies chroniques et à la réadaptation médicale (Sterling et al., 2010). Cette approche est d'abord apparue en réaction à l'approche biomédicale traditionnelle préconisant des interventions de nature curative (Bodenheimer et al., 2002; Coleman et al., 2009; Kadu & Stolee, 2015). En effet, il a été constaté que cette dernière approche ne permettait pas de répondre adéquatement aux besoins particuliers que nécessite le traitement des maladies chroniques. Dans le cadre d'un ouvrage portant sur la réadaptation des enfants vivant avec une maladie chronique, Creer et ses collaborateurs (1976) ont alors été parmi les premiers à utiliser le terme « autogestion » afin de désigner l'importance du rôle proactif des patients dans leur traitement.

Plusieurs années après, Thorne et ses collaborateurs (2003) précisent la définition de l'autogestion en indiquant qu'il s'agit d'un processus qui intervient lorsque les individus tentent de prendre le contrôle sur

les symptômes inhérents à leur maladie de façon consciente et délibérée plutôt que de les subir et d'être contrôlés par la maladie. Ainsi, les individus vivant avec un trouble de santé chronique ou ayant un haut taux de récurrence, comme cela peut être le cas pour les symptômes d'anxiété ou de dépression, sont amenés à devenir les principaux dispensateurs de leurs soins et doivent mettre en place, au quotidien, un ensemble de stratégies (ex. : prendre sa médication, faire de l'exercice, gérer ses émotions) tout au long de leur vie afin d'assurer la gestion de leurs symptômes (Lorig & Holman, 2003). Ces stratégies peuvent être de nature cognitive, comportementale ou affective (Barlow et al., 2002). Le processus d'autogestion implique donc le monitoring de l'état de santé perçu ainsi que la mise en œuvre de stratégies pour gérer les symptômes et d'autres conséquences de la maladie chronique (Thorne et al., 2003), dans le but de maintenir une qualité de vie satisfaisante (Barlow et al., 2005).

Par ailleurs, il importe de préciser que le terme « autogestion » a été utilisé dans la documentation pour référer à trois phénomènes distincts : un processus, un programme d'intervention ou le résultat d'un comportement (Ryan & Sawin, 2009). En tant que processus, l'autogestion réfère à l'utilisation de compétences liées à l'autorégulation pour gérer une condition chronique et les symptômes qui en découlent (Bodenheimer et al., 2002; Creer & Holroyd, 1997; Karoly, 1993). Les processus liés à l'autogestion réfèrent généralement à des éléments tels que la fixation d'objectifs, l'auto-surveillance, la pensée réflexive, la prise de décision ainsi que la gestion des réponses physiologiques, affectives et cognitives associées aux comportements de santé adoptés (Ryan & Sawin, 2009). Quant aux programmes d'interventions d'autogestion, ces derniers sont conçus par des professionnels de la santé et sont destinés à aider les individus à assumer la gestion de leur trouble de santé chronique ou à s'engager dans des activités de promotion de la santé (Bodenheimer, 2003, 2005; Lorig et al., 2001). Finalement, le terme « autogestion » a également été utilisé afin de décrire les conséquences ou les résultats obtenus lorsqu'un individu s'engage dans le processus d'autogestion, tel que la stabilisation du taux de sucre chez une personne diabétique (Chodosh et al., 2005; Glasgow et al., 2003; Schilling et al., 2002).

En somme, à la lumière des différentes définitions présentées dans le cadre de cette thèse, l'autogestion sera abordée sous l'angle d'un processus et sera définie de la façon suivante : l'ensemble des stratégies comportementales, cognitives ou affectives qu'un individu met en place pour gérer ses symptômes, optimiser sa santé et prévenir les rechutes (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003).

1.4.2 Modèles et stratégies d'autogestion

Au fil du temps, plusieurs modèles entourant l'autogestion ont émergé dans la documentation scientifique. L'étude de ces modèles permet de mettre en lumière certaines stratégies ou catégories de stratégies

d'autogestion qui peuvent être pertinentes. L'un des premiers modèles ayant vu le jour est celui de Corbin et Strauss (1988). Ce modèle, issu du secteur des soins infirmiers, stipule que l'autogestion d'un trouble de santé physique chronique s'articule autour de trois types de tâches, qui comprennent chacune d'elles un certain nombre de stratégies de nature principalement comportementale et affective : 1) gérer l'aspect médical du trouble de santé (ex. : prendre sa médication ou aller à ses rendez-vous médicaux); 2) gérer ses comportements (ex. : adapter son style de vie et ses rôles et responsabilités en tenant compte de sa condition médicale) et 3) gérer ses émotions (ex. : gérer les émotions négatives pouvant découler d'une condition de santé chronique).

Quant à Lorig et Holman (2003), ces derniers suggèrent cinq compétences centrales en matière d'autogestion basées sur leurs 25 années d'expérience dans le domaine de la médecine (principalement immunologie et rhumatologie) ainsi que sur une revue de la documentation. Ces compétences font davantage appel à des stratégies d'autogestion de nature cognitive et comportementale : 1) la résolution de problème; 2) la prise de décision; 3) l'utilisation des ressources disponibles; 4) l'établissement d'une relation de confiance avec les prestataires de soin de santé et 5) la prise d'actions afin de favoriser le sentiment d'auto-efficacité.

Pour leur part, Ryan et Sawin (2009) proposent un modèle intégratif complexe et dynamique relevant du domaine de la pédiatrie s'intitulant *Modèle de la théorie d'autogestion individuelle et familiale* (figure 1.1). Ce modèle comporte trois dimensions : le contexte, les processus et les résultats proximaux et distaux. La dimension référant aux processus liés à l'autogestion laisse entrevoir différentes stratégies d'autogestion à la fois cognitives, comportementales et affectives, regroupées selon trois dimensions : 1) les connaissances et les croyances (ex. : auto-efficacité, attentes envers les résultats, congruence des buts); 2) les compétences et les habiletés d'autorégulation (ex. : fixation d'objectifs, monitoring de soi, pensée réflexive, prise de décision, planification et passage à l'action, auto-évaluation et contrôle émotionnel) et 3) la facilitation sociale (ex. : influence, soutien et collaboration de l'entourage).

Figure 1.1 Modèle de la théorie de l'autogestion individuelle et familiale (*Model of the individual and family self-management theory*; Ryan & Sawin, 2009)



Note. Reproduit à partir de *Model of the Individual and Family Self-Management Theory* par P. Ryan & Kathleen J. Sawin (2009). ©2008 Ryan & Sawin. Reproduit avec permission. (License 5798930666885).

Quant à Schulman-Green et ses collaborateurs (2012), ces derniers ont effectué une méta-synthèse qualitative de la recherche sur l'autogestion des maladies chroniques. Trois catégories de processus d'autogestion, qui touchent également aux dimensions cognitives, affectives et comportementales, ont alors été identifiées : 1) se concentrer sur les besoins liés à la maladie (ex. : s'informer sur la maladie, reconnaître et gérer les symptômes); 2) activer les ressources (ex. : identifier et aller chercher du soutien social ou des ressources de santé psychologique) et 3) vivre avec une maladie chronique (ex. : reconnaître et partager ses émotions). Il importe de mentionner que les études traitant uniquement de troubles de santé mentale étaient exclues de cette méta-synthèse.

Force est de constater qu'aucun des modèles précédemment mentionnés et des stratégies qui en découlent ne porte spécifiquement sur l'autogestion de la santé mentale et que ces derniers concernent davantage la gestion de maladies physiques chroniques (ex. : asthme, sclérose en plaques, diabète, maladies cardiaques, etc.).

1.4.3 Distinction entre l'autogestion et des concepts connexes

L'autogestion diffère d'autres concepts connexes tels que le *coping*, le *self-help* et le *self-care*. Tout d'abord, les stratégies de *coping* se définissent comme étant les efforts cognitifs et comportementaux qu'une

personne déploie pour gérer le stress perçu (Lazarus & Folkman, 1984). Contrairement à l'anxiété qui réfère à l'anticipation d'une menace future, le stress est une réaction physiologique déclenchée par l'organisme lorsqu'il fait face à une menace physique ou psychologique réelle ou perçue (Association canadienne pour la santé mentale, 2016; Clinique de psychologie Québec, 2019). Plusieurs études ont porté sur la relation entre l'utilisation des stratégies de *coping* et la gestion du stress auprès de différentes catégories d'emploi spécifiques tel que des professeurs en éducation spécialisée (Cancio et al., 2018), des travailleurs sociaux (Wirth et al., 2019) et des infirmières (Elsayed et al., 2018). Parmi les stratégies de *coping* utilisées par les participants de ces études, certaines apparaissaient comme étant adaptatives (ex. : maintenir des frontières claires entre le travail et la vie privée; Wirth et al., 2019), alors que d'autres stratégies s'avéraient plutôt non adaptatives (ex. : consommer de l'alcool ou de la drogue récréative; Cancio et al., 2018) et pouvaient donc avoir un effet délétère sur la santé mentale. Bien qu'utiles pour gérer le stress vécu dans le cadre de l'exercice des fonctions de plusieurs professions, les stratégies de *coping* sont davantage utilisées en mode réactif face à un stress, et ce, de par la nature de la définition du *coping* (Lazarus & Folkman, 1984). À l'inverse, les stratégies d'autogestion se caractérisent par le fait qu'elles sont déployées en amont, de façon plus proactive, pour gérer les symptômes, optimiser sa santé et prévenir les rechutes (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003). De plus, bien que les stratégies de *coping* constituent des compétences de base pour l'autogestion (Doran et al., 2002; Slade, 2009), le concept de l'autogestion réfère, quant à lui, aux stratégies adaptatives favorables au fonctionnement ou au rétablissement des individus qui sont atteints de trouble de santé chronique (Coulombe et al., 2016).

L'autogestion se distingue également du concept de *self-help* référant plutôt à des interventions structurées auto-administrées prenant souvent la forme de bibliothérapie, de guides audio ou de vidéos pré-enregistrées (Doran et al., 2002; Epping-Jordan et al., 2016; Slade, 2009). Plus précisément, ces interventions consistent à travailler de manière autonome, c'est-à-dire sans l'aide d'un professionnel de la santé, à partir d'un guide qui décrit les étapes à suivre afin d'appliquer un traitement psychologique (Bower et al., 2001). Les interventions de *self-help* peuvent être administrées par divers moyens tels que par le biais de livres, de plateformes en ligne ou d'applications mobiles. Par ailleurs, les interventions de *self-help* se caractérisent la plupart du temps par un amalgame de techniques basées sur la thérapie cognitive comportementale (TCC) et visent davantage à traiter les symptômes aigus (ex. : dépression) plutôt qu'à apprendre de nouvelles façons de gérer la maladie dans une perspective à long terme, comme cela est le cas de l'autogestion (Duggal, 2019). De plus, les interventions de *self-help* sont plus prescriptives et laissent par conséquent une latitude plus restreinte à la personne qui se tourne vers cette approche, contrairement à l'autogestion qui valorise l'implication de la personne dans le choix des stratégies les plus appropriées en fonction de ses symptômes et de son contexte de vie (Lorig & Holman, 2003; Mills et al., 2020).

Finalement, malgré plusieurs similarités, l'autogestion diffère aussi de la notion de *self-care*, un concept se définissant par la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins (Organisation mondiale de la santé, 2023). À cet égard, Webber et ses collaborateurs (2015) se sont penchés sur les différentes définitions du *self-care* proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que par d'autres organisations au cours des dernières décennies et ont identifié plusieurs ressemblances. Tout d'abord, toutes les définitions s'adressent principalement aux personnes en bonne santé et réfèrent à la prévention des maladies comme étant l'un des principaux objectifs du *self-care*. Par ailleurs, selon l'approche du *self-care*, les comportements qui visent à préserver la santé ou prévenir la maladie relèvent pour la plupart d'un mode de vie comportant de saines habitudes de vie sur le plan de l'alimentation, de l'exercice physique et de l'évitement des risques, et ce, nonobstant l'influence que peuvent avoir les professionnels de la santé sur les individus (Webber et al., 2015).

Dans le cadre d'études menées auprès du personnel de la santé, plusieurs pratiques liées au *self-care* ont été rapportées par les travailleurs afin de faire face à la détresse psychologique qu'ils peuvent vivre dans leur quotidien (Sanchez-Reilly et al., 2013). Parmi celles-ci, il était possible de retrouver le fait de prioriser les relations de proximité (ex. : avec la famille), de maintenir un style de vie sain en s'assurant d'avoir un sommeil adéquat, en faisant de l'exercice sur une base régulière, en prenant des vacances (Bowman, 2007) et de favoriser les activités ludiques ainsi que les passe-temps (Shanafelt et al., 2005). Dans la même optique, une étude de Barnard et ses collaborateurs (2020) a permis de recenser quelques activités de *self-care* (ex. : faire de l'activité physique, prendre du temps de repos, passer du temps avec des êtres chers, faire du yoga ou de la méditation) utilisées par les hygiénistes dentaires afin de gérer leur stress (Bernard et al., 2020). Par ailleurs, les études s'étant intéressées aux pratiques de *self-care* ont principalement été menées auprès de professionnels de la santé et répertorient uniquement des stratégies pouvant être utilisées par les travailleurs à l'extérieur de leurs heures de travail.

Selon notre compréhension, la principale distinction entre l'autogestion et le *self-care* résiderait dans le fait que le *self-care* se caractérise principalement par des comportements de santé qui visent la prévention primaire (en amont de la maladie ou des symptômes en agissant sur les facteurs de risque) et la promotion de la santé mentale (en amont de la maladie ou des symptômes en s'appuyant sur les facteurs de protection) (Association canadienne pour la santé mentale, 2024). Quant au concept d'autogestion, il correspondrait plutôt à de la prévention secondaire (à un stade précoce de la maladie ou des symptômes) et tertiaire (sur

les complications et les risques de récurrences liés à la maladie ou aux symptômes), c'est-à-dire une fois que les symptômes ou la maladie ont été détectés (Lorig, 1996; Richard & Shea, 2011).

Par ailleurs, bien qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de cadre théorique ou de modèle propre à l'autogestion de la santé mentale, quelques études se sont intéressées aux différentes stratégies (ou comportements) d'autogestion pouvant être utilisées pour gérer les symptômes inhérents à différents troubles de santé mentale, dont l'anxiété et la dépression, qui sont particulièrement répandues dans la population générale et chez les travailleurs (ex. : Meunier et al., 2019; Morgan et al., 2016; Villaggi et al., 2015; Webber et al., 2015). Ces études sont présentées dans les pages suivantes.

1.5 Autogestion de la santé mentale

Jusqu'à présent, une poignée d'études se sont attardées aux stratégies d'autogestion de la santé mentale. L'étude qualitative menée par Villaggi et ses collaborateurs (2015) est l'une des rares à avoir adopté une approche transdiagnostique incluant les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Cette étude a permis d'identifier une liste de 60 stratégies d'autogestion utilisées par des individus atteints d'anxiété, de dépression ou de bipolarité. Les 60 stratégies recensées dans le cadre de cette étude ont été classifiées selon le modèle de rétablissement de Whitley et Drake (2010) comportant cinq dimensions (clinique, fonctionnelle, existentielle, physique et sociale).

D'autres études se sont intéressées soit uniquement à l'autogestion de la dépression ou de l'anxiété. Parmi celles-ci, l'étude qualitative réalisée par Webber et ses collaborateurs (2015) a permis de répertorier 50 stratégies d'autogestion de la dépression. Les auteurs de cette étude rapportent que les stratégies d'ordre comportementales (ex. : faire de l'activité physique, quitter régulièrement la maison) et cognitives (ex. : reconnaître que la dépression est une maladie, se rappeler de souvenirs positifs) étaient celles considérées comme étant les plus utiles par les participants. Également, une autre étude qualitative réalisée auprès d'individus atteints de dépression présente une cartographie visuelle rapportant 29 stratégies d'autogestion se rattachant notamment à des dimensions d'ordre émotionnel (ex. : exprimer ses émotions), physique (ex. : promener son chien), cognitif (ex. : monitorer ses cycles de dépression) et spirituel (ex. : entretenir des croyances religieuses ou spirituelles) (Chambers et al., 2015). Toutefois, les stratégies identifiées ne sont pas toutes articulées clairement et ne concordent pas nécessairement avec le concept d'autogestion. En effet, le passage du temps ou encore l'utilisation de drogue ou d'alcool sont quelques exemples de stratégies rapportées dans cette étude ne relevant pas de l'autogestion puisque celles-ci ne permettent pas d'optimiser la santé et prévenir les rechutes (Lorig & Holman, 2003).

En ce qui a trait à l'autogestion des troubles anxieux, Morgan et ses collaborateurs (2016) ont effectué une étude Delphi auprès de chercheurs et de cliniciens spécialisés dans les troubles anxieux et auprès d'individus atteints de troubles anxieux. Cette étude propose une liste de 66 stratégies d'autogestion, davantage de nature comportementale et destinées plus particulièrement aux individus atteints de troubles anxieux légers, c'est-à-dire sous le seuil clinique (ex. : aller chercher du soutien de la famille ou des amis, passer du temps en contact avec la nature, faire de l'activité physique pour relâcher les tensions et l'anxiété, etc.). Dans le même ordre d'idées, Shepardson et ses collaborateurs (2017) ont effectué une étude qualitative auprès de vétérans souffrant de trouble anxieux. Dans cette étude, les stratégies d'autogestion identifiées sont répertoriées selon la classification suivante : *self-care*, cognitive, évitement, connexion à autrui, activités plaisantes, accomplissement et autres.

Tout compte fait, à ce jour, quelques études ont permis de répertorier un assez grand nombre de stratégies d'autogestion pouvant être utilisées par les individus présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression. Par ailleurs, très rares sont les études qui se sont attardées spécifiquement à l'autogestion des symptômes d'anxiété et de dépression auprès d'un échantillon de travailleurs. Ainsi, bien que les stratégies identifiées dans les études présentées ci-dessus permettent de favoriser le rétablissement des personnes présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression, il est actuellement impossible de connaître les stratégies permettant également de favoriser le fonctionnement au travail. De plus, certaines stratégies pourraient être uniques et spécifiques au milieu de travail. En effet, le contexte de travail possède des contraintes qui lui sont propres, tel qu'un horaire et un agenda à respecter, des exigences face au rendement à fournir ainsi que le maintien de relations interpersonnelles harmonieuses avec les pairs et le supérieur (Bertilsson et al., 2013).

Étant donné le nombre important de travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression qui se présentent au travail tous les jours (Benjamin & Boyer, 2019; Daly, 2022; Goetzl et al., 2018), il apparaît pertinent d'explorer les stratégies d'autogestion pouvant être utilisées afin de favoriser leur fonctionnement au travail. Ces stratégies d'autogestion pourraient s'avérer un complément ou une alternative à la psychothérapie et à la pharmacologie auxquelles certains travailleurs sont parfois réticents à avoir recours, notamment à cause de la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale encore présente dans plusieurs milieux de travail (Mojtabai et al., 2011; Reavley et al., 2018).

1.6 Autogestion de l'anxiété et de la dépression chez les travailleurs

Quelques rares études se sont intéressées à la façon dont les travailleurs atteints de dépression ou d'anxiété gèrent leurs symptômes lorsqu'ils sont au travail. En effet, l'étude qualitative de Hjarsbech et ses collaborateurs (2015), effectuée auprès de 13 employés vivant avec la dépression, indique que

l'environnement de travail est considéré par les participants comme étant difficile à changer et qu'il est donc préférable de se tourner vers des stratégies sur lesquelles ils ont le contrôle. Deux catégories de stratégies sont alors identifiées : porter attention à ses symptômes et tenter de changer le cours des choses (ex. : en changeant d'emploi). Par ailleurs, peu de précisions sont apportées quant à la nature des stratégies liées à ces deux grandes catégories.

Par la suite, Williams et ses collaborateurs (2016) ont effectué une revue intégrative de la documentation portant sur les facteurs favorisant le maintien en emploi chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sévère (ex. : anxiété, dépression, schizophrénie). Les résultats de cette étude indiquent que le recours à des stratégies personnelles permettant de gérer les symptômes au travail ainsi que l'utilisation de stratégies de *coping* ou de résolution de problème apparaissent comme étant des facteurs favorables au maintien en emploi. Encore une fois, cette étude indique quelques exemples de stratégies permettant de gérer les symptômes au travail (ex. : adopter une attitude positive, se fixer des objectifs) mais ne fournit pas une liste exhaustive de toutes les stratégies possibles.

Dans une autre perspective, Danielsson et ses collaborateurs (2017) ont réalisé une étude qualitative auprès de 27 travailleurs atteints d'anxiété ou de dépression. Cette étude visait à explorer de quelle façon ces travailleurs parviennent à maintenir leur capacité à travailler en dépit des symptômes associés à l'anxiété et à la dépression. À l'aide de la théorisation ancrée, quatre catégories de stratégies qui permettaient aux participants de minimiser l'impact de leur trouble de santé mentale sur leur travail ont été identifiées : se forcer à rentrer dans le rôle du travail (ex. : travailler sans prendre de pause), se distancer du stress du travail (ex. : s'absenter), s'adapter de façon réflexive (ex. : apprendre à diminuer la charge de travail et à dire non) et récupérer du travail (ex. : faire du sport ou écouter de la musique). Bien que certaines de ces stratégies puissent être considérées comme étant des stratégies d'autogestion (ex. : faire du sport), d'autres amènent les travailleurs à repousser leurs limites et à faire abstraction de leurs symptômes pour pouvoir continuer à travailler. Force est de constater que ces stratégies ne relèvent pas de l'autogestion puisqu'elles ne permettent pas aux travailleurs de gérer efficacement ses symptômes, d'optimiser sa santé et de prévenir les rechutes (Lorig & Holman, 2003). En fait, plusieurs des stratégies proposées dans cette étude reposent sur les principes d'évitement ou de déni, ce qui révèle le besoin d'outiller davantage les travailleurs atteints d'anxiété ou de dépression à utiliser des stratégies plus adaptatives.

Dans la même perspective, une étude de Lork et ses collaborateurs (2019) menée auprès de 19 travailleurs vivant avec l'anxiété ou la dépression a permis d'identifier huit catégories de stratégies (ex. : pratiquer l'acceptation, augmenter la conscience de soi en étant à l'écoute de ses besoins, comprendre les

conséquences de ses pensées et de ses actions, faire une chose à la fois, fixer des limites). Cependant, cette étude s'inscrivait dans le cadre d'une intervention de réinsertion professionnelle où les participants étaient soutenus par des professionnels de la santé, ce qui n'est pas représentatif de la plupart des contextes de travail puisque rares sont les employeurs offrant la possibilité de prendre part à un tel programme.

Par ailleurs, Therrien et ses collaborateurs (2020) ont mené une étude qualitative à cas multiples auprès de cinq travailleurs vivant avec un trouble de santé mentale sévère (ex. : anxiété, trouble obsessionnel compulsif) ainsi que leur personne ressource (ex. : superviseur, conseiller en emploi, membre de la famille). Cinq types de stratégies permettant de concilier le travail et la condition de santé de ces travailleurs ont été identifiées : 1) se préparer pour le travail (ex. : se lever, se laver, déjeuner, prendre sa médication); 2) se rassurer (ex. : utiliser sa voix intérieure pour se calmer); 3) se valider (ex. : téléphoner à sa famille pour obtenir de l'approbation); 4) s'affirmer (ex. : exprimer ses émotions à ses collègues de façon authentique) et 5) faire une transition après le travail / se reposer (ex. : conduire, faire des loisirs). De plus, l'analyse intercas indique que pour activer le schéma d'apprentissage actif autodirigé, se caractérisant par la capacité des travailleurs à sortir de leur zone de confort et d'adopter de nouveaux comportements, les travailleurs avaient recours à quatre conditions spécifiques. La première étant de s'engager à suivre une psychothérapie sur une base régulière; la deuxième étant de prendre la médication appropriée; la troisième étant d'intégrer des activités de pleine conscience au quotidien et la quatrième étant de bénéficier d'écoute active auprès de personnes de confiance. Bien qu'intéressante, cette étude comporte peu d'exemples de stratégies et a été réalisée auprès d'un petit échantillon de travailleurs vivant avec un trouble de santé mentale sévère ($n = 5$).

Ensuite, l'étude de Meunier et ses collaborateurs (2019) a tenté d'identifier les stratégies d'autogestion des troubles anxieux et dépressifs pouvant s'appliquer spécifiquement en milieu de travail. Cette étude Delphi a permis d'identifier une liste de 60 stratégies d'autogestion pouvant être utilisées par des travailleurs vivant avec la dépression ou l'anxiété, selon la perspective de trois panels d'experts (travailleurs, gestionnaires, chercheurs). Toutefois, l'étude de Meunier et ses collaborateurs a été réalisée à partir d'une liste de stratégies préétablies, provenant de l'étude de Villagi et ses collaborateurs (2015) dans laquelle les participants n'étaient pas nécessairement actifs sur le marché du travail. Il est donc possible que certaines stratégies, étant absentes de la liste initiale fournie aux participants, aient été omises dans cette étude. De plus, cette étude s'intéressait uniquement aux stratégies déployées pendant les heures de travail, mais il est possible que certaines stratégies utilisées à l'extérieur du travail favorisent également le fonctionnement (ex. : ne pas prendre ses courriels le soir à la maison). De ce fait, il semble essentiel d'utiliser une démarche inductive pour croiser les résultats des études antérieures s'étant intéressées à l'autogestion des troubles anxieux et dépressifs et, ainsi, nuancer et combler les lacunes de l'état actuel des connaissances à ce sujet.

À cela, plus récemment, s'ajoute l'étude qualitative de Lecours et ses collaborateurs (2021) ayant identifié 49 comportements que les travailleurs peuvent mettre en place afin de favoriser leur santé mentale au travail. Ces 49 comportements sont regroupés en 10 sous-thèmes et en trois principaux thèmes : 1) adopter une pratique réflexive (ex. : s'auto-évaluer); 2) agir pour sa santé mentale (ex. : utiliser les ressources disponibles pour surmonter ses difficultés) et 3) agir pour la santé mentale des autres (ex. : prendre soin de ses collègues). Parmi les comportements identifiés, plusieurs s'apparentent à des stratégies d'autogestion comportementales (ex. : demander de l'aide), cognitives (ex. : reconnaître les signes et les symptômes des problèmes de santé mentale) et affectives (ex. : parler des émotions ressenties au travail). Bien que cette étude comporte de nombreuses pistes intéressantes en matière de comportements visant à favoriser la santé mentale au travail, l'échantillon de participants ayant pris part aux entrevues n'était composé que de six travailleurs proportionnellement à 12 professionnels de la santé au travail (ex. : psychologues organisationnels, gestionnaires des ressources humaines, ergothérapeutes, agents d'assurance) et de quatre chercheurs. Par ailleurs, les travailleurs ayant pris part à l'étude ne présentaient pas nécessairement de difficulté de santé mentale. Ainsi, il demeure important de répliquer ce type d'étude auprès d'une plus grande proportion de travailleurs afin de s'assurer que les comportements recensés sont cohérents avec les besoins particuliers que peuvent avoir les travailleurs ayant des symptômes liés à des troubles de santé mentale tels que l'anxiété ou la dépression.

Parallèlement, Lecours (2021) propose un modèle des comportements préventifs au travail définissant les comportements que peuvent adopter les travailleurs pour favoriser leurs santé, sécurité et bien être. Validé à partir de la méthode Delphi, ce modèle comporte six types de comportements préventifs (1) adopter une pratique réflexive, 2) observer les règles et procédures, 3) prendre des initiatives pour la santé, la sécurité et le bien-être, 4) se soucier des autres, 5) communiquer, 6) adopter un mode de vie sain) ainsi que des facteurs contextuels qui se découpent en deux catégories soit les facteurs individuels (ex. : caractéristiques personnelles, valeurs, ressources personnelles, etc.) et les facteurs organisationnels (ex. : pratiques organisationnelles, soutien social, demandes et ressources, etc.). Ce modèle intègre également les conséquences associées à l'adoption des comportements préventifs (ex. : santé, sécurité et bien-être, motivation, engagement, satisfaction au travail, performance, culture de prévention, etc.) et les influences sociétales (ex. : normes, lois, culture) pouvant les influencer. Les différentes composantes de ce modèle présentent une vision systémique des comportements préventifs en mettant notamment en lumière l'importance des facteurs organisationnels et l'influence de l'environnement de travail sur ceux-ci. Bien que ces derniers soient pertinents, la présente thèse s'attardera plus spécifiquement aux stratégies d'autogestion que peuvent mettre en place les travailleurs afin de gérer leurs symptômes d'anxiété ou de dépression.

Pour l’instant, la grande majorité des études s’étant intéressées à l’autogestion des symptômes d’anxiété et de dépression au travail sont de nature qualitative et ont été réalisées auprès d’un nombre restreint de travailleurs. Ce constat pourrait être dû, entre autres, au fait qu’il n’existe pas pour le moment d’outil psychométrique permettant de mesurer de façon précise les stratégies d’autogestion de la santé mentale en milieu de travail. En effet, les seuls outils psychométriques existant pour mesurer l’autogestion de la santé mentale ne sont pas contextualisés au milieu de travail et ont été développés auprès d’une population clinique, auprès de patients vivant avec un ou des troubles de santé mentale sévères. À cet effet, trois questionnaires visant à mesurer l’autogestion de la santé mentale ont été recensés dans la documentation scientifique : le *Assessment of Self-Management in Anxiety and Depression Questionnaire* (Krijnen-de Bruin et al., 2021), le *Illness Management and Recovery Scale* (Salyers et al., 2007) et le *Mental Health Self-Management Questionnaire* (Coulombe et al., 2015). Il importe de mentionner que ces questionnaires comportent uniquement des stratégies pouvant être principalement utilisées à l’extérieur du milieu de travail. Les principales caractéristiques de ces questionnaires sont décrites dans le tableau 1.1.

Tableau 1.1 Outils mesurant l’autogestion de la santé mentale

Nom du questionnaire	Dimensions, nombre d’items et cohérence interne	Population
<i>Assessment of Self-Management in Anxiety and Depression questionnaire</i> (Krijnen-de Bruin et al., 2021)	1) <i>Seeking support</i> (chercher du soutien; $n = 10$; $\alpha = 0.88$) 2) <i>Daily life strategies</i> (stratégies du quotidien; $n = 8$; $\alpha = 0.86$) 3) <i>Taking ownership</i> (prendre du pouvoir; $n = 3$; $\alpha = 0.76$) n items global = 21; α global = 0.88	Patients ayant un trouble anxieux et/ou dépressif chronique
<i>Illness Management and Recovery Scale</i> (Salyers et al., 2007)	1) <i>Illness self-management and pursuit of recovery goals</i> (autogestion de la maladie et poursuite d’objectifs liés au rétablissement) n items global = 15; α global = inconnu	Patients ayant la schizophrénie ou un trouble de l’humeur
<i>Mental Health Self-Management Questionnaire</i> (Coulombe et al., 2015)	1) <i>Clinical</i> (clinique; $n = 5$, $\alpha = 0.69$) 2) <i>Empowerment</i> (pouvoir d’agir; $n = 9$, $\alpha = 0.81$) 3) <i>Vitality</i> (vitalité; $n = 4$, $\alpha = 0.75$) n items = 18; α global = inconnu	Patients ayant un trouble d’anxiété, de dépression et/ou un trouble bipolaire

En somme, à ce jour, aucune étude n'a identifié de façon exhaustive l'ensemble des stratégies pouvant être utilisées afin de favoriser le fonctionnement optimal des travailleurs présentant des symptômes d'anxiété et de dépression. Par ailleurs, à notre connaissance, il n'existe pas d'outil psychométrique permettant de mesurer les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression dans leur milieu de travail, limitant ainsi les études quantitatives qui désireraient examiner les effets de ce type d'intervention. Jusqu'à maintenant, il demeure donc impossible de mesurer empiriquement les bénéfices potentiels de l'utilisation des stratégies d'autogestion des symptômes d'anxiété ou de dépression utilisées en contexte de travail sur d'autres variables telles que le rétablissement des travailleurs, le fonctionnement, le rendement ou le bien-être au travail.

1.7 Question de recherche et objectifs de recherche

1.7.1 Question de recherche

Dans le but d'amoinrir les conséquences néfastes liées aux symptômes d'anxiété ou de dépression des travailleurs, il semble important d'identifier les stratégies d'autogestion qui pourraient favoriser le fonctionnement des individus atteints de symptômes liés à ces troubles. Il apparaît donc essentiel de répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression afin de favoriser leur fonctionnement au travail ? »

1.7.2 Objectifs de recherche

Afin de répondre à cette question, le présent projet de recherche visait l'atteinte de trois objectifs : 1) identifier les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression afin de favoriser leur fonctionnement au travail; 2) élaborer un questionnaire permettant de mesurer les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail et 3) valider le questionnaire portant sur les stratégies d'autogestion de la santé mentale auprès d'un échantillon de travailleurs.

1.8 Devis de recherche

La méthodologie des deux études sera détaillée dans les chapitres 2 et 3 représentant respectivement chacune des études. Cette section apporte quelques compléments et justifications quant aux choix méthodologiques effectués. La présente thèse comporte deux études et repose sur un devis mixte séquentiel. La première étude s'inscrit dans un projet de recherche de plus grande envergure pour lequel ma directrice de thèse, Sophie Meunier, a obtenu une subvention du Fonds de recherche du Québec – Société et culture

(FRQSC). Cette première étude était de nature qualitative et consistait à mener des entrevues d'incidents critiques (Flanagan, 1954) auprès de travailleurs présentant des symptômes d'anxiété et/ou de dépression afin d'identifier les stratégies qu'ils utilisent pour préserver leur fonctionnement au travail. Les entrevues se sont déroulées d'avril à novembre 2019. La deuxième étude, quant à elle, était de nature quantitative transversale et s'est déroulée de mars 2021 à juillet 2021. Celle-ci avait pour objectif d'élaborer et de valider un questionnaire mesurant les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail à l'aide des stratégies d'autogestion identifiées dans l'étude 1.

1.8.1 Méthodologie étude 1

Afin de réaliser l'étude 1, des entrevues qualitatives semi-structurées ont été menées pour mieux comprendre quelles sont les stratégies pouvant être déployées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression. Les critères d'éligibilité des participants étaient les suivants : 1) être âgé de 18 ans et plus; 2) travailler minimum 21 heures par semaine; 3) avoir un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif ou présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression depuis au moins six mois et 4) ne pas présenter des symptômes d'anxiété ou de dépression sévères. Le seuil de 21 heures de travail par semaine a été utilisé afin de s'assurer que les participants travaillent une quantité suffisante d'heures pour mettre en place des stratégies d'autogestion tout en permettant aux employés à temps partiel d'être éligibles. Le choix de l'entrevue semi-structurée a été retenu pour assurer une certaine uniformité à travers les entrevues, tout en laissant suffisamment de latitude afin que les participants puissent s'exprimer librement à l'égard de leur vécu en tant que travailleur présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression (Kallio et al., 2016; Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2010). Plus précisément, la technique des incidents critiques de Flanagan (1954) a été utilisée. Cette technique consiste en un ensemble de procédures permettant de collecter de l'information à propos d'un comportement observable décrit de façon suffisamment précise pour permettre des inférences à propos de la personne qui émet le comportement (Flanagan, 1954). Les questions du canevas d'entrevue visaient donc à amener les participants à décrire des situations antérieures réelles dans lesquelles ceux-ci ont utilisé des stratégies comportementales, cognitives ou affectives favorables à la saine gestion des symptômes inhérents à l'anxiété ou à la dépression, leur permettant ainsi d'avoir un meilleur fonctionnement au travail.

Afin de déterminer le nombre d'entrevues à effectuer, le principe de saturation théorique, désignant le point lors duquel le chercheur observe que l'ajout de nouvelles données ne contribue plus à une meilleure compréhension du phénomène, a été utilisé (Mucchielli, 2009). La taille d'échantillon requise pour atteindre la saturation des données était estimée entre 12 et 25 étant donné la spécificité de l'étude et l'homogénéité des participants (travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression) (Guest et al., 2006). Le

nombre de participants requis pour l'étude a été déterminé lorsqu'une redondance, c'est-à-dire l'absence de nouvelles informations émergeant des entrevues, a été constatée.

Le paradigme choisi pour la phase qualitative de la présente thèse repose sur le post-positiviste qui se caractérise par une méthode scientifique impliquant l'observation et la description systématique des phénomènes dans le cadre d'un modèle ou d'une théorie (Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2010). Selon ce paradigme, la méthode qualitative a pour objectif d'obtenir un échantillon représentatif afin de répondre à une question de recherche précise (Tracy, 2013). Par opposition au constructivisme se caractérisant par la place importante accordée à la co-construction et à l'interprétation de la réalité découlant de l'interaction entre le sujet et le chercheur ainsi que de leur bagage respectif (Guba & Lincoln, 1994), la posture post-positiviste a été privilégiée. En effet, l'analyse thématique a été effectuée uniquement au niveau sémantique (explicite) n'allant pas au-delà du contenu descriptif des verbatim, faisant ainsi abstraction du niveau latent (interprétatif) (Braun & Clarke, 2006). Toutefois, contrairement au paradigme positiviste stipulant qu'il n'existe qu'une réalité objective absolue, le paradigme post-positiviste reconnaît une réalité objective qu'il est impossible à saisir de façon parfaite (Ponterotto, 2005). Par ailleurs, ce paradigme soutient que l'intelligence humaine n'est pas infaillible et que les phénomènes de la vie sont fondamentalement insolubles. Considérant cela, il serait donc impossible de saisir pleinement la « vraie » réalité (Ponterotto, 2005).

Afin d'adopter une approche rigoureuse, plusieurs critères de rigueur propres à la recherche qualitative ont aussi aiguillé la phase qualitative de la thèse. Pour ce faire, les critères de Lincoln et Guba (1985) ont été considérés afin de guider la posture de la chercheuse lors de l'analyse qualitative. Le tableau 1.2 décrit ces critères de rigueur et indique les moyens utilisés pour les établir dans le cadre de la présente thèse.

Tableau 1.2 Critères de rigueur de Lincoln & Guba (1985)

Description des critères	Moyens utilisés
La crédibilité réfère à la confiance à l'égard de la véracité des résultats et se traduit par l'adéquation entre les points de vue des personnes interrogées et la représentation qu'en fait le chercheur.	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des entrevues a été mené par la chercheuse principale, contribuant ainsi à assurer une uniformité dans la passation de l'entrevue. • Le nombre important d'entrevues ($n = 25$) a permis à la chercheuse principale de s'imprégner pleinement du sujet d'intérêt et a permis d'atteindre la saturation des données. • La tenue d'un journal de bord par la chercheuse pour noter ses impressions a favorisé la réflexivité et lui a permis d'être à l'affût de ses biais. • La conscience de ses aprioris en tant que chercheuse, notamment en lien avec ses connaissances théoriques sur l'autogestion, a été considérée et nommée comme limite.
La transférabilité se définit par l'applicabilité des résultats obtenus dans d'autres contextes.	<ul style="list-style-type: none"> • La description détaillée des paramètres de recherche dans la section <i>méthodologie</i> de l'article 1 (voir chapitre 2) permet le transfert ou la comparaison des résultats obtenus à d'autres contextes.
La fiabilité se caractérise par la documentation du processus de recherche et d'analyse de façon logique et retraceable.	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus d'analyse effectué est décrit en détail dans le tableau 1.1.
La conformité reflète la mesure dans laquelle les interprétations et les résultats reflètent les propos des personnes interrogées et non la partialité, la motivation ou l'intérêt du chercheur.	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs citations extraites des verbatim d'entrevues sont présentées dans la section <i>résultats</i> afin d'appuyer ces derniers. • Un tableau comportant les citations les plus évocatrices, ou <i>golden quotes</i>, a été élaboré afin de s'assurer que chaque stratégie d'autogestion identifiée soit collée au discours des participants.

Pour procéder à l'analyse des verbatim des entrevues, les étapes proposées par la méthode de Braun et Clarke (2006) ont été réalisées. Les six étapes, le processus effectué et les moyens utilisés pour assurer la fiabilité de chaque étape s'appuyant sur les lignes directrices proposées par Nowell et ses collaborateurs (2017) sont décrits au tableau 1.3.

Tableau 1.3 Étapes de l'analyse thématique

Étapes	Processus	Moyens utilisés pour assurer la fiabilité
1) Se familiariser avec les données	<ul style="list-style-type: none"> • Transcrire intégralement les fichiers audio des entrevues sur Word et les exporter dans le logiciel NVivo12. • Lire les verbatim d'entrevues. • Prendre en note les premières idées ayant émergé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentation des réflexions sur les codes/thèmes potentiels. • Stockage des données brutes dans des archives bien organisées.
2) Générer la liste initiale de code	<ul style="list-style-type: none"> • Coder les caractéristiques intéressantes des données de manière systématique pour chaque entrevue (ex. : identification des passages de verbatim référant à des stratégies d'autogestion). • Rassembler les données pertinentes pour chaque code (ex. : extraits de verbatim décrivant des stratégies d'autogestion semblables). 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'une grille pour coder. • Utilisation du logiciel NVivo12 pour classifier les données de façon ordonnée.
3) Chercher les thèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Rassembler les codes en thèmes potentiels (ex. : identification des stratégies d'autogestion ayant des caractéristiques communes). • Regrouper toutes les données pertinentes pour chaque thème potentiel (ex. : extraits de verbatim décrivant des stratégies d'autogestion ayant des caractéristiques communes). • Élaborer une première version de l'arbre thématique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation visuelle permettant de comprendre les liens entre les thèmes. • Documentation de l'évolution des thèmes et de leur hiérarchisation. • Rencontres avec la directrice de recherche pour discuter des thèmes.
4) Réviser les thèmes	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si les thèmes font sens par rapport aux extraits codés (niveau 1) et à l'ensemble des données (niveau 2) (ex. : tableau avec les thèmes, les sous-thèmes et des extraits de verbatim). • Raffiner l'arbre thématique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification de l'adéquation des thèmes et des sous-thèmes en retournant aux données brutes. • Rencontres avec la directrice de recherche pour réviser les thèmes.

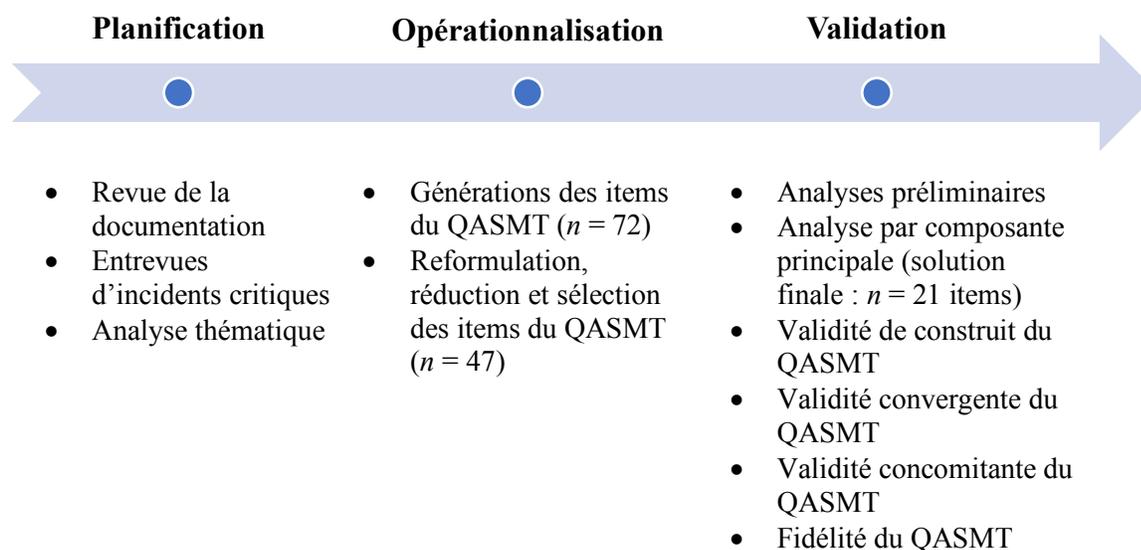
- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| 5) Définir et nommer les thèmes | <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'analyse, de façon itérative, afin de raffiner les spécificités de chaque thème. • S'assurer de la cohérence de l'ensemble des thèmes et du sens qui s'en dégage en s'appuyant sur les données utilisées lors de l'analyse. • Générer les définitions et trouver des noms clairs pour chaque thème. | <ul style="list-style-type: none"> • Documentation de la définition des thèmes. • Rencontres avec la directrice de recherche pour parvenir à un consensus quant aux thèmes. |
| 6) Rédiger l'article | <ul style="list-style-type: none"> • Sélectionner des extraits de verbatim vivides et évocateurs. • Terminer l'analyse finale des extraits sélectionnés. • Mettre en relation l'analyse thématique effectuée avec la question de recherche et la documentation. • Rédiger l'article scientifique. | <ul style="list-style-type: none"> • Description détaillée du processus de codage et d'analyse. • Explication des choix théoriques et méthodologiques dans l'article. • Processus itératif de corrections avec la directrice de recherche. |
-

1.8.2 Méthodologie étude 2

La méthodologie de l'étude 2 emprunte la démarche de conception d'un outil de mesure proposée par Corbière et Fraccaroli (2020) soit la *planification*, l'*opérationnalisation* et la *validation* tel qu'illustré à la figure 1.2. À cet effet, il importe toutefois de spécifier que l'étape de la *planification* a été réalisée par le biais de l'étude 1. L'*opérationnalisation* a été effectuée dans l'étude 2, par le biais de la phase de génération des items découlant de l'analyse des verbatim d'entrevue. Après avoir généré les items, la reformulation, la sélection des items et le choix de l'échelle de réponse ont été effectués avec l'aide d'un comité d'experts. Celui-ci était composé de quatre chercheurs ayant publié des articles dans le domaine de la santé mentale au travail, de quatre praticiens d'une organisation partenaire dans le domaine de la santé mentale au travail, ainsi que de cinq travailleurs présentant des symptômes d'anxiété et ou de dépression ayant pris part aux entrevues lors de l'étude 1. Un indice de validité de contenu a été calculé pour les 72 items de la liste initiale du Questionnaire d'autogestion de la santé mentale au travail (QASMT). Pour ce faire, les 13 experts de contenu ont évalué la pertinence et la clarté des items sur une échelle allant de 1 (*mauvais*) à 4 (*très bon*) à l'aide d'un questionnaire en ligne (voir Annexe F). L'indice de validité du contenu (IVC) développé par Lynn (1986), qui représente la proportion d'experts ayant donné une note de 3 ou 4, a été calculé pour chaque item afin d'en déterminer la pertinence et la clarté. Le comité d'experts a également eu l'occasion d'émettre des commentaires sur les items, les instructions et l'échelle de mesure.

Ensuite, pour la *validation*, le QASMT, visant à mesurer les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail, a été mis à l'épreuve afin d'en tester la validité (convergente et concomitante), la cohérence interne et la fidélité. Pour prendre part à l'étude 2, les travailleurs devaient répondre aux critères d'éligibilité suivants : 1) être âgé de 18 ans et plus; 2) travailler au minimum 15 heures par semaine; 3) ne pas avoir participé aux entrevues qualitatives de l'étude 1. Le seuil de 15 heures de travail par semaine a été utilisé afin de s'assurer que les participants travaillent une quantité d'heures suffisantes pour mettre en place des stratégies d'autogestion tout en permettant aux employés ayant vu leurs heures de travail réduites par la conjoncture économique liée à la pandémie de Covid-19 de participer.

Figure 1.2 Étapes de la conception d'un outil de mesure (inspiré de Corbière et Fraccaroli, 2020)



Les différents outils de mesure utilisés pour procéder à la validation du QASMT sont présentés dans le tableau 1.4. Ces outils ont permis de tester différents types de validité. La validité de construit réfère à l'adéquation entre la définition théorique du concept et ce que l'outil psychométrique mesure (DeVellis, 2016). La validité de construit du QASMT a notamment été examinée à l'aide d'une analyse factorielle par composante principale afin de déterminer la structure factorielle de l'outil psychométrique. La validité de construit peut également être appuyée par la validité convergente et la validité critériée ayant aussi été mesurées.

La validité convergente se définit par la corrélation positive entre des outils qui mesurent des concepts semblables au niveau théorique, mais tout de même distincts (Roussel, 2005). Celle-ci a été mesurée à l'aide de corrélations bivariées entre le QASMT et d'autres questionnaires visant à mesurer des construits liés à l'autogestion, tels que les habiletés liées à l'autogestion en santé mentale (QASM, Coulombe et al., 2015) et le *coping* (Adaptation du Brief-COPE; Baumstarck et al., 2017).

La validité critériée (concomitante) consiste à mesurer le degré de corrélation entre les résultats obtenus à l'instrument à valider et les résultats obtenus à d'autres mesures prises comme critères externes (Penta et al., 2005). Celle-ci a été établie par le biais d'analyses corrélationnelles entre les résultats du QASMT et la mesure des symptômes d'anxiété et de dépression (GAD-7, Spitzer et al., 2006; PHQ-9, Kroenke et al., 2001), du fonctionnement au travail (LEAPS, Lam et al., 2009) et de la santé psychologique au travail (Gilbert et Malo, 2017). Il importe donc de spécifier que seule la validité concomitante du QASMT a été examinée.

À l'exception du QASMT ayant été complété à deux reprises par les participants, l'ensemble des mesures ont été prises au même moment. Cela a permis de tester la fidélité test-retest du QASMT, qui, quant à elle, évalue la stabilité temporelle d'un outil de mesure en comparant les réponses obtenues par les mêmes individus à deux moments différents (Corbière et Fraccaroli, 2014; DeVellis, 2016). Celle-ci a été établie à l'aide d'un coefficient de corrélation entre les résultats de la première passation et de la deuxième passation du QASMT. Un intervalle de deux semaines entre les deux passations a été jugé pertinent afin de limiter un possible effet de maturation tout en étant adéquat pour éviter un effet de mémorisation (DeVellis, 2016; Streiner et al., 2024).

Davantage de détails concernant les analyses effectuées pour évaluer les différents types de validité précédemment abordés sont présentés à même le chapitre trois de la présente thèse.

Tableau 1.4 Validation du QASMT : outils de mesure utilisés

Construit	Outil de mesure	Exemple d'items	Type de validité testé
Autogestion de la santé mentale	Questionnaire d'autogestion de la santé mentale (QASM, Coulombe et al., 2015)	Pour chaque moyen ci-dessous, indiquez à quelle fréquence vous l'avez utilisé dans les 2 derniers mois. « J'essaie de m'aimer comme je suis. » (0 = <i>jamais</i> à 4 = <i>très souvent</i>)	Validité convergente
Stratégies d'adaptation	Adaptation du Brief-COPE (Baumstarck et al., 2017)	Lorsque je fais face à une situation stressante... « Je détermine une ligne d'action et je la suis. » (1 = <i>pas du tout</i> à 4 = <i>toujours</i>)	Validité convergente
Symptômes d'anxiété	General Anxiety Disorder-7 items (GAD-7; Spitzer et al., 2006)	Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé.e par les problèmes suivants? « Difficulté à se détendre. » (0 = <i>jamais</i> à 3 = <i>presque tous les jours</i>)	Validité concomitante

Symptômes de dépression	Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)	Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez- vous été dérangé.e par les problèmes suivants? « Se sentir fatigué.e ou avoir peu d'énergie. » (0 = <i>jamais</i> à 3 = <i>presque tous les jours</i>)	Validité concomitante
Fonctionnement au travail	Lam Employment Absence and Productivity Scale (LEAPS; Lam et al., 2009)	Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez- vous fait face aux problèmes suivants? « Manque d'énergie ou de motivation. » (1 = <i>jamais</i> à 5 = <i>tout le temps</i>)	Validité concomitante
Santé psychologique au travail	Mesure du bien-être psychologique au travail (Gilbert et Malo, 2017)	Ces temps-ci, dans mon emploi : « J'ai le goût d'entreprendre plein de choses. » (1 = <i>toujours</i> à 7 = <i>jamais</i>)	Validité concomitante

CHAPITRE 2

[ARTICLE 1]

IN ACTION AT WORK! MENTAL HEALTH SELF-MANAGEMENT STRATEGIES FOR EMPLOYEES EXPERIENCING ANXIETY OR DEPRESSIVE SYMPTOMS

Paper published in Canadian Journal of Behavioural Science: Roberge, C., Meunier, S., & Cleary, J. (2022). In action at work! Mental health self-management strategies for employees experiencing anxiety or depressive symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science*. <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000346>

2.1 Abstract

The majority of workers experiencing anxiety or depressive symptoms remain employed, but few studies have investigated how they manage their symptoms while working. This study aims to identify the self-management strategies used by these workers to promote their functioning at work. Semi-structured interviews were conducted with workers presenting symptoms of anxiety or depression ($n = 25$). A total of 54 self-management strategies that emerged from thematic analysis were grouped into three main categories: behavioural (managing tasks, worktime, workspace, and relationships; managing boundaries between work and personal life; using time off work to recover energy; taking care of one's physical health and seeking social support), cognitive (practicing self-compassion; managing negative thoughts; adopting a positive outlook; accepting situations as they are; living the present moment; and developing self-awareness), and affective (identifying and managing emotions). The results provide a comprehensive picture of the various self-management strategies that can be included in programs to promote mental health in the workplace and disseminated to employees experiencing symptoms of anxiety or depression.

Public Significance Statement

Various mental health self-management strategies can be implemented by workers experiencing anxiety or depressive symptoms. These strategies can be applied by workers during both work and nonwork hours to enhance functioning at work. Organizations can encourage the use of self-management strategies as concrete avenues of action to promote mental health at work.

Keywords: anxiety, depression, workplace, self-management strategies, qualitative study

Supplemental materials: <https://doi.org/10.1037/cbs0000346.supp>

2.2 Résumé

La majorité des travailleurs souffrant de symptômes d'anxiété ou de dépression conservent leur emploi, mais peu d'études se sont penchées sur la manière dont ils gèrent leurs symptômes au travail. Cette étude vise à identifier les stratégies d'autogestion utilisées par ces travailleurs pour optimiser leur fonctionnement au travail. Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès de travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression ($n = 25$). Au total, l'analyse thématique a permis d'identifier 54 stratégies d'autogestion se regroupant en trois principales catégories : comportementales (gérer la complétion des tâches, le temps de travail, l'espace de travail et les relations; gérer les frontières entre le travail et la vie personnelle; utiliser le temps à l'extérieur des heures de travail afin de récupérer son énergie; prendre soin de sa santé physique et chercher du soutien social), cognitives (pratiquer l'auto-compassion; gérer les pensées négatives; adopter une attitude positive; accepter les situations telles qu'elles sont; vivre le moment présent; développer la conscience de soi) et affectives (identifier et gérer ses émotions). Les résultats

permettent de dresser un portrait exhaustif des différentes stratégies d'autogestion pouvant être incluses dans les programmes de promotion de la santé mentale au travail et diffusées auprès des employés présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression.

Mots-clés : anxiété, dépression, lieu de travail, stratégies d'autogestion, étude qualitative

2.3 Introduction

According to the World Economic Forum, the financial burden associated with mental health disorders will reach a staggering 6 trillion dollars by 2030, partly due to workplace mental health issues (Dewa, 2017). Anxiety and depression are among the most prevalent mental health disorders in the workplace (Canadian Mental Health Association, 2016; Memish et al., 2017), experienced by, respectively, 7.9% and 5.2% of the Canadian workforce (Sutherland, 2015). The majority of individuals living with these disorders remain employed (Shields, 2006; Statistics Canada, 2014). Nevertheless, several studies indicate that the symptoms caused by anxiety and depression are likely to significantly affect work functioning, even when they are below the usually recognized clinical thresholds (Beck et al., 2014; Prater & Smith, 2011). These symptoms can lead to more presenteeism, defined as being present at work but experiencing impaired functioning related to one's health status (Schultz et al., 2009). The costs associated with this presenteeism are 5–10 times higher than those caused by absenteeism (Dewa et al., 2007). Self-management, defined as behavioural, cognitive, or affective strategies used by an individual to manage their symptoms, optimize their health, and prevent relapse (Barlow et al., 2005; Lorig & Holman, 2003), seems a promising avenue to help reduce this presenteeism and promote the functioning of employees living with anxiety or depressive symptoms (Bertilsson et al., 2013; Danielsson et al., 2019; Hjarsbech et al., 2015; Lork et al., 2019). However, studies on this topic report only a few examples of concrete strategies that are not exclusively adaptive (e.g., alcohol consumption). Studies are therefore needed to identify exhaustively the self-management strategies that can be implemented by employees presenting anxiety or depressive symptoms in order to enable them to maintain optimal functioning at work.

2.3.1 Anxiety and Depressive Symptoms at Work

Symptoms associated with anxiety and depression are usually characterized by sadness, loss of interest, fatigue, lack of concentration, and excessive nervousness (American Psychiatric Association, 2013). In the workplace context, several studies indicate a negative relationship between these symptoms and work functioning (Dewa, 2017; Memish et al., 2017). More specifically, Haslam et al. (2005) have found that fatigue and lack of concentration are associated with increased risk of errors and accidents at work. Moreover, difficulties in managing emotions can make interpersonal relationships more difficult (Bertilsson et al., 2013). These disorders are also associated to greater difficulty with time management, decision-making, and problem-solving (Bertilsson et al., 2013; Lerner et al., 2010). Given their significant negative effects and high prevalence among workers, several scholars have investigated factors that can promote the work functioning of employees experiencing anxiety or depressive symptoms (LaMontagne et al., 2007; Plaisier et al., 2012; Williams et al., 2016). Among these factors, the different strategies adopted by workers

to manage their symptoms on a daily basis seem to be a promising option (Williams et al., 2016). These types of strategies, which emphasize the proactive role of the worker, refer to the concept of self-management.

2.3.2 Self-Management

Self-management draws its foundations from the literature on chronic disease and medical rehabilitation (Sterling et al., 2010). From this perspective, individuals living with a health condition that is chronic or has a high rate of recurrence, such as anxiety or depression, are led to become their own primary caregivers and must implement a set of strategies on a daily basis throughout their lives to manage their symptoms (Lorig & Holman, 2003). As suggested by Villaggi et al. (2015), self-management can in turn positively influence the various dimensions of recovery (i.e., social, existential, functional, physical, and clinical). To date, several studies have identified a fairly large number of self-management strategies that can be used by individuals with anxiety or depressive symptoms (e.g., Chambers et al., 2015; Morgan et al., 2016; van Grieken et al., 2013; Villaggi et al., 2015). Given their high rate of comorbidity, anxiety and depressive symptoms are often studied simultaneously (Pollack, 2005). These strategies can be behavioural (e.g., taking medication), cognitive (e.g., restructuring thoughts), or affective (e.g., managing negative emotions). Fewer studies have specifically examined the self-management of anxiety and depressive symptoms in a sample of workers. However, since the work context has its own constraints, such as a schedule to respect, performance requirements to meet, and harmonious interpersonal relationships to maintain, some strategies may be specific to the workplace (Bertilsson et al., 2013). Thus, while the strategies identified in the studies listed above are effective in promoting the recovery of individuals living with anxiety or depressive symptoms, little is currently known about strategies that also promote functioning at work. In this regard, the qualitative study by Hjarsbech et al. (2015), conducted with employees living with depression, indicates that these employees often perceive their work environment as difficult to change and find that using strategies related to elements over which they have control is more effective (e.g., managing their own symptoms). Moreover, self-management strategies can represent an interesting complement or alternative to psychotherapy and pharmacology, which some workers are sometimes reluctant to undertake, particularly because of the stigma surrounding mental health problems in many workplaces (Reavley et al., 2018). Thus, self-management strategies seem to be an interesting avenue to promote well-being and functioning at work.

2.3.3 Self-Management Strategies for Workers with Anxiety and Depressive Symptoms

A few qualitative studies have looked at strategies used by workers with depression or anxiety to manage their symptoms, hold on to their job, and promote their work functioning. First, a study by Danielsson et al.

(2019) identified four categories of strategies that allow individuals to remain employed despite symptoms associated with anxiety or depression: forcing the work role (i.e., extending present capacities and pushing limits), warding off work strain (i.e., pushing back the tension of work by taking time off work or denying symptoms), reflexive adaptation (i.e., using adaptive strategies to keep working, such as noticing signs of instability and, in response, seeking help), and recuperating from work (i.e., recuperating and recharging to keep up the usual pace at work). While some of these can be considered self-management strategies, others are more related to avoidance or denial and do not fall under the heading of self-management, since they do not make it possible to effectively manage one's symptoms, optimize one's health, and prevent relapses (Lorig & Holman, 2003). In the same vein, a study by Lork et al. (2019) identified several strategies used by workers suffering from anxiety or depression to maintain their employment (e.g., practicing acceptance, increasing self-awareness by listening to one's needs, understanding the consequences of one's thoughts and actions, doing one thing at a time, setting limits). However, this study was part of an employment rehabilitation intervention in which participants were supported by health professionals, which is not representative of most work contexts. Finally, a study by Meunier et al. (2019) identified 60 self-management strategies for anxiety and depressive disorders that could be specifically applied in the workplace. However, this study, using the Delphi method, was based on a list of strategies from the Villaggi et al.'s (2015) study in which participants were not necessarily active in the workforce. Therefore, it is possible that some strategies were omitted from this study because they were not included in the initial list provided to the three panels of experts. In addition, this study was only interested in strategies implemented during working hours. However, some strategies used outside of work might also support employees' functioning at work (e.g., not checking email at night at home). In order to fill in the gaps of the current literature on workplace mental health self-management, it seems essential to use an inductive approach that draws on the real-life experiences of workers presenting symptoms of anxiety or depression. The purpose of this study is therefore to explore and identify in a comprehensive manner the self-management strategies used by these workers during or outside their working hours to promote their functioning at work. The results will give workers concrete strategies among which they can choose to manage their mental health and enhance their functioning at work. The present study will also contribute to the theoretical knowledge on self-management by validating empirically the three dimensions of the definition suggested by Barlow et al. (2005). Moreover, it will pave the way for future studies seeking to measure self-management strategies in a workplace context and examine their associations with various occupational variables such as job satisfaction, work functioning, and performance.

2.4 Methodology

Since this study explores a subject on which there is little scientific literature, a qualitative approach was chosen. Qualitative semi-structured interviews were conducted with workers living with symptoms of anxiety or depression in order to identify the self-management strategies they use to manage their symptoms and promote their functioning at work.

2.4.1 Recruitment

A total of 28 participants were recruited through an ad posted on social media such as Facebook and LinkedIn. Several mental health organizations (e.g., Relief, Canadian Mental Health Association) also posted the ad on their social media page or in their newsletter. The ad was also sent by email to members of the second author's research lab participant bank. To be eligible to participate in the study, participants had to (a) be 18 years of age or older, (b) have at least mild-to-moderate symptoms of anxiety or depression for at least 6 months or have a diagnosis of an anxiety or depressive disorder for at least 6 months, and (c) be currently employed for at least 21 hr per week. The only exclusion criterion was to have severe symptoms of anxiety or depression that could cause unwanted discomfort during the interview. All eligibility criteria were verified during a telephone pre-interview in which the French versions of the Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7; Vasiliadis et al., 2015) and the Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9; Arthurs et al., 2012) were administered to assess anxiety and depressive symptoms, respectively. These two questionnaires are both validated tools with excellent psychometric qualities and are based on the clinical criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV). Moreover, these questionnaires are frequently used by clinicians to measure the intensity of anxiety and depression symptoms and to establish a clinical diagnosis (Costantini et al., 2021; Sapra et al., 2020). Participants with scores revealing severe symptoms of anxiety (GAD-7 score > 15) or depression (PHQ-9 score > 20) were excluded from the study and referred to resources offering psychological support ($n = 3$), bringing the number of participants to 25.

2.4.2 Procedure

Eligible participants were invited to a one-on-one interview that lasted, on average, from 60 to 90 min. Interviews were conducted at "Université du Québec à Montréal" ($n = 16$) or by videoconference (Zoom) when participants resided off Montreal ($n = 9$). Before starting the interview, participants were asked to read and sign the consent form approved by the *Université du Québec à Montréal* Institutional Human Research Ethics Board. After the interview, participants received 25 in financial compensation.

2.4.3 Participants

A total of 25 participants from 20 to 60 years old ($M = 35$ years, $SD = 12.75$) from a variety of employment sectors (e.g., legal, administrative, education) took part in the interview. Of these, nine were males and 16 were females. Participants worked between 25 and 90 hr per week ($M = 35$ hr, $SD = 12.75$ hr). Of the participants, 52% had predominantly anxious symptoms, 36% had predominantly depressive symptoms, while 12% had mixed symptoms (anxious and depressive).

2.4.4 Interview Guide

The semi-structured interview guide was developed based on Flanagan's (1954) critical incident technique. This technique consists of a set of procedures to collect information about an observable behaviour described in sufficient detail to allow inferences about the person performing the behaviour (Flanagan, 1954). More precisely, participants were asked to recall and describe situations in which they used strategies to manage their symptoms in a healthy way, thereby promoting their functioning at work. Questions were also included to cover all types of strategies (behavioural, cognitive, or affective) and to take into account strategies used both during work hours and outside of work hours. The interview guide was pretested with a worker who met the study's eligibility criteria. The saturation principle (Firmin, 2008) was used to determine the number of participants required.

2.4.5 Analyses

The 25 interviews were recorded and transcribed in full. The verbatims were then exported and analysed using NVivo Version 12 software. A hybrid method combining deductive and inductive approaches (Fereday & Muir-Cochrane, 2006) was used to identify participants' self-management strategies as well as the themes these strategies represent. Indeed, the original code list was inspired by strategies identified in previous studies (Barlow et al., 2005; Lorig & Holman, 2003). However, new codes emerging from participants' answers were added to the list throughout the analysis. A thematic analysis based on the guidelines of Braun and Clarke's (2006) six step approach was conducted: (a) becoming familiar with the data by reading the verbatim; (b) generating the initial codes; (c) combining the codes to form themes; (d) revising the themes; (e) defining and naming the themes; (f) reporting the findings. All of the analysis was conducted by the first author, and the codes and themes identified were discussed several times with the second author in order to refine them and arrive at a final list. Subsequently, a committee composed of 13 experts (4 researchers and 4 practitioners in the field of occupational mental health, and 5 workers who had participated in the qualitative study) was formed to evaluate the relevance of the self-management

strategies identified by the thematic analysis by assigning a rating from 1 to 4 (1 = *poor*, 4 = *very good*). A mean score was calculated for each strategy.

2.5 Results

The thematic analysis identified 54 self-management strategies that fall into three broad categories: behavioural, cognitive, and affective. These broad categories were subdivided according to 16 themes, as presented in the thematic tree (see Figure 2.1) and described below. The average score of the relevance rating of the expert committee for each strategy is presented in Table 2.1. All but two strategies were rated as good or very good by the experts (scores ranging from 3 to 4).

Figure 2.1 Coding tree of thematic analysis

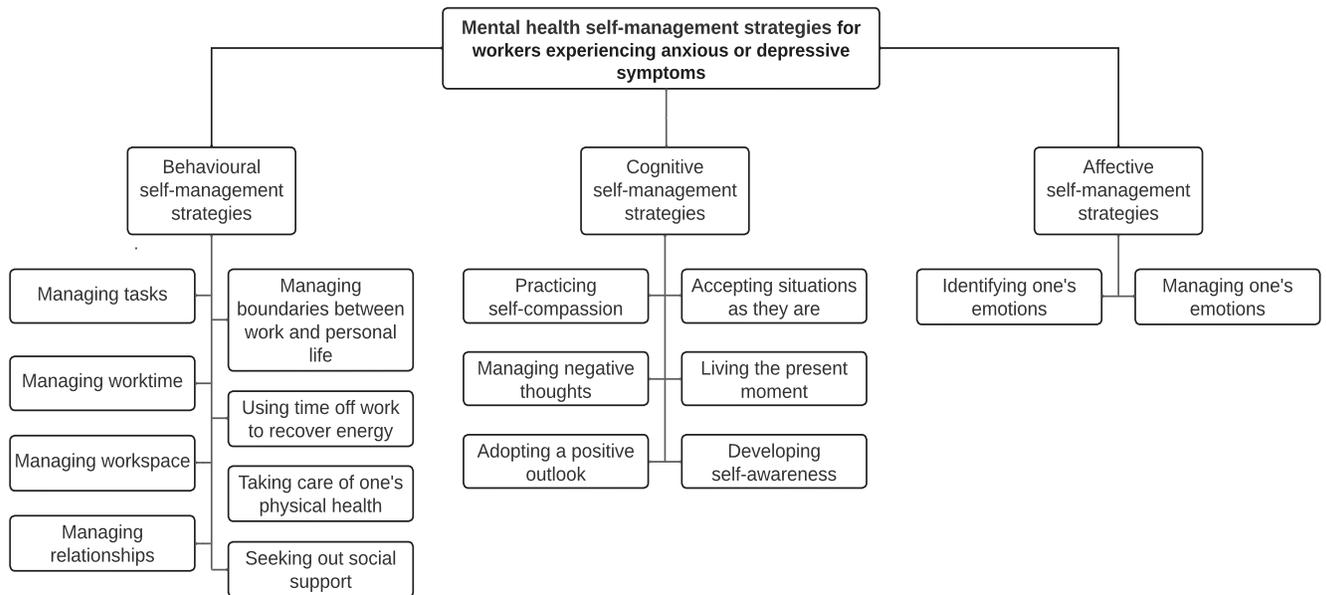


Figure 1. Coding tree of thematic analysis

Table 2.1 Relevance score by strategy according to the expert committee

Strategies	Mean
Behavioural	
Creating a transition time between work and nonwork time	3,92
Engaging in activities that allow you to detach psychologically from work during off hours	3,92
Engaging in pleasant activities	3,92
Adopting good sleep patterns and eating healthy	3,92
Knowing when to ask for help and daring to do so	3,92
Limit contact with the workplace outside of work hours	3,85
Engaging in activities that help you to relax	3,85
Engaging in physical activities	3,85
Choosing with whom to discuss your psychological difficulties at work	3,77
Finding out the order of priority for tasks	3,77
Engaging in activities in which you can feel competent and useful	3,77
Seeking professional support in the community or at work	3,73
Implementing reminders to reduce forgetfulness	3,69
Clarifying expectations with your supervisor or colleagues	3,69
Using time management tools	3,69
Making your workspace comfortable and ergonomic	3,69
Informing your colleagues or your supervisor when you're having a hard day	3,69
Following a daily schedule	3,69
Taking your medication	3,69
Confiding in someone who has been through similar mental health challenges.	3,69
Seeking advice from friends and relatives about problematic situations experienced at work	3,69
Setting realistic objectives for yourself	3,62
Creating a separate workspace when you work from home	3,62
Allowing yourself to take breaks to recover your energy	3,59
Adopting healthy personal hygiene habits and take care of your physical appearance	3,54
Asking for feedback from colleagues or supervisor	3,46

Keeping your workspace clean and organized	3,38
Setting up your workspace to reflect who you are	3,31
Deciding which tasks to undertake based on your psychological state	3,23
Choosing your workplace based on your psychological state	3,08
Determining your own work schedule based on your psychological state	2,92
Choosing which colleagues to have professional or friendly relationships with	2,85
Cognitive	
Remaining vigilant to warning signs of a relapse	4,00
Humbly accepting that your tasks at work or at home are not always done perfectly	3,92
Learning to de-dramatize situations	3,92
Learning to identify which elements are beyond one's control and letting them go	3,92
Focusing on the present moment	3,92
Learning to recognize and value your achievements	3,85
Defining yourself by more than your work	3,85
Becoming aware of your inner voice and intercepting your automatic negative thoughts	3,77
Adopting a kind inner voice	3,69
Perceiving mistakes as a learning opportunity	3,69
Choosing your employer or mandates according to your values, strengths and interests	3,65
Being grateful for positive work experiences (e.g., challenging assignments, positive relationships with colleagues)	3,62
Focusing your attention on something other than your negative thoughts or symptoms (e.g., physical sensations, tasks to be performed, client requests)	3,54
Telling yourself that the situation is temporary when you face adversity	3,54
Learning to look on the bright side in every situation	3,54
Accepting and learning to live with mental health difficulties	3,54
Distancing oneself from one's thoughts	3,46
Reminding yourself of positive affirmations (e.g., mantras)	3,08
Living one day at a time	3,08
Affective	

Learning to recognize and express one's emotions	3,92
Taking a step back to avoid being overwhelmed by the negative emotions of others or by your own emotions	3,77
Venting to colleagues or relatives	3,50

Note. The average score (mean) was calculated on the basis of the evaluation of the relevance of each strategy according to the members of the expert committee. Relevance score was ranging from 1 = *poor*; 2 = *medium*; 3 = *good*; 4 = *very good*

2.5.1 Behavioural Self-Management Strategies

These strategies refer to concrete behaviours adopted by the participants in order to manage their anxiety or depressive symptoms and promote their functioning at work. As presented in Table 2.2, behavioural self-management strategies were reported by participants in greater numbers than any other category ($n = 32$) and were classified according to eight themes representing strategies that could be adopted at work (e.g., managing tasks), at home (e.g., activities to recover energy), or in both contexts (e.g., seeking social support).

Table 2.2 Behavioural self-management strategies

Themes	Strategies
Managing tasks	1. Deciding which tasks to undertake based on your psychological state
	2. Setting realistic objectives for yourself
	3. Implementing reminders to reduce forgetfulness
	4. Finding out the order of priority for tasks
	5. Clarifying expectations with your supervisor or colleagues
Managing worktime	6. Determining your own work schedule based on your psychological state
	7. Using time management tools
	8. Allowing yourself to take breaks to recover your energy
Managing workspace	9. Setting up your workspace to reflect who you are
	10. Making your workspace comfortable and ergonomic
	11. Keeping your workspace clean and organized
	12. Choosing your workplace based on your psychological state

Managing relationships	13. Choosing which colleagues to have professional or friendly relationships with
	14. Choosing with whom to discuss your psychological difficulties at work
	15. Informing your colleagues or your supervisor when you're having a hard day
	16. Asking for feedback from colleagues or supervisor
Managing boundaries between work and personal life	17. Limit contact with the workplace outside of work hours
	18. Creating a transition time between work and nonwork time
	19. Creating a separate workspace when you work from home
Using time off work to recover energy	20. Engaging in activities that allow you to detach psychologically from work during off hours
	21. Engaging in activities that help you to relax
	22. Engaging in activities in which you can feel competent and useful
	23. Engaging in pleasant activities
Taking care of one's physical health	24. Following a daily schedule
	25. Adopting good sleep patterns and eating healthy
	26. Adopting healthy personal hygiene habits and take care of your physical appearance
	27. Taking your medication
	28. Engaging in physical activities
Seeking out social support	29. Knowing when to ask for help and daring to do so
	30. Confiding in someone who has been through similar mental health challenges.
	31. Seeking advice from friends and relatives about problematic situations experienced at work.
	32. Seeking professional support in the community or at work.

Note. Strategies in bold were rated as most relevant by the expert panel.

To *manage their tasks*, participants used several strategies such as setting realistic objectives and deciding which tasks to undertake according to their psychological state. Thus, participants reported that, depending on their level of energy or concentration, they appreciated having the freedom to perform more or less complex tasks. In addition, taking notes or asking colleagues for reminders appeared to be strategies that enabled participants to reduce forgetfulness and calm down, and facilitated their functioning. Regularly informing one's supervisor of the order of priority of tasks was another strategy used by participants. At the same time, clarifying expectations about roles and responsibilities with colleagues or supervisors was a particularly useful strategy.

What I had picked up on was mostly the expectations of me, I think I had misunderstood them. So every time I'm given a task that I'm more or less comfortable with, I just say, "Okay, what are your expectations? What are your deadlines?". [P-4]

In order to *manage their worktime*, some participants mentioned the importance of determining their schedule according to their energy and psychological state: "If it's tougher times like in the fall, then I'll do less overtime. I'll be more realistic with how my energy level is" [P-16]. On the other hand, only a few participants had the flexibility to implement this strategy. Using effective time management tools to plan their schedules (e.g., using a planner) was also a strategy mentioned by participants to manage their work time optimally. For example, planning one's schedule so as to have uninterrupted work periods and planning a buffer in one's schedule to better juggle the unexpected enabled participants to reduce their stress level and improve their functioning at work. Third, allowing oneself to take breaks in order to recover one's energy was another effective strategy that was used by participants. They emphasized the importance of disconnecting from work during these breaks: "Sometimes I can eat at home. Again, it's all about the break. Distancing myself a bit, getting away from work and taking a step back" [P-25]. Participating in physical (e.g., walking), relaxing (e.g., breathing exercises, meditation), or recreational activities (e.g., surfing social networks, reading a book) during the lunch hour were also found to be beneficial.

In an attempt to *manage their workspace*, participants reported a few behavioural strategies, including setting up their workspace to reflect their self-image, for example, by decorating it with photos, plants, or accessories. Ensuring that their workspace is comfortable, and ergonomic was another strategy that a few participants used. This sometimes involved making requests to their immediate supervisor to improve their physical work environment. On the other hand, keeping one's workspace clean and organized seemed important to many participants: "My stress ... really decreased because I took 10 minutes to put everything in my filing cabinet. It has a major impact when there's a lot of stuff on my desk" [P-9]. Finally, deciding where to work based on one's psychological state, that is, choosing between telecommuting or office-based work, was a beneficial strategy for the few participants who had this flexibility.

To *manage their relationships*, many participants chose which colleagues they had professional or friendly relationships with. Indeed, some participants explained that they sometimes preferred cordial and formal relationships to more informal ones with coworkers with whom they had less affinity. In the same vein, choosing with whom to discuss their psychological difficulties at work appeared to be an important strategy for many participants. In addition, informing one's colleagues or supervisor on days when symptoms were more present was a strategy used by several participants to moderate expectations towards them and respect their need to be alone.

On the hardest days, when I feel more depressed and anxious, I try to warn the people around me. To tell them: "not a good day, I'm not doing so well. I feel like being in my bubble." So people know that at that time, don't talk to me too much. I talk to my bosses too and I tell them, "Not a good day today, I'm not at my best. I won't be coming to see you as often." They're like, "No problem". [P-9]

Finally, asking colleagues or their immediate supervisor for feedback on the quality of their work was a strategy mentioned by many participants to highlight their strengths and areas for improvement in order to better understand their functioning.

To *manage the boundaries between work and personal life*, participants used three main behavioural strategies. First, limiting their contact with the workplace in the evenings, on weekends, and during vacations was seen as a very useful strategy (e.g., avoid reading their email outside of their work shift). Second, creating a transition time between their workday and the rest of their day was also seen as useful for separating work and personal life. Several participants used the time spent commuting to and from work to create this moment of transition. Finally, creating a separate workspace when working from home, for example, by avoiding working in areas designated for relaxation, such as the living room or bedroom, was a strategy used by participants to define the boundaries between their work and personal lives.

Participants also shared several behavioural strategies related to *using time off work to recover their energy*. First, engaging in activities that allow for psychological detachment from work was a strategy implemented by the majority. These included activities characterized by the activation of functional systems different from those used in the participants' work (e.g., renovation, gardening, household chores). Second, engaging in activities that promote relaxation, such as low-intensity physical activity (e.g., walking, yoga), passive leisure activities (e.g., reading a book, listening to music, watching television), artistic activities (e.g., mandalas, scrapbooking), or being in a natural environment (e.g., hiking, camping), was identified as particularly helpful for participants in terms of recovering their energy. Third, engaging in activities that generate feeling of competence and usefulness was another strategy brought up by several participants. In fact, learning new skills outside of work, such as taking courses of all kinds (e.g., dance, painting, music, kickboxing) was mentioned by several participants who said that it gave them a sense of competence and accomplishment different from that generated by their work. From another perspective, performing activities that allowed them to help others, such as volunteering, was identified by participants as helping them feel useful. Finally, engaging in pleasant activities outside of work hours was a strategy implemented by many participants (e.g., watching a movie at the theatre, cooking and sharing a good meal with loved ones, taking care of or playing with a pet). These activities, varying from one individual to another, allowed participants to recharge their batteries and function better at work afterwards.

Participants also identified several strategies for *taking care of their physical health*. Following a daily schedule provided participants with a stable and reassuring structure. In the same vein, adopting good sleep patterns and eating healthy were considered beneficial strategies for maintaining good physical health and improving work functioning. In addition, limiting alcohol consumption was seen as a positive strategy for many participants. Adopting healthy personal hygiene habits, including taking care of their physical appearance, was considered a helpful strategy for some participants since it made them feel better about themselves and more confident. For participants with a medical prescription from their health care provider, taking their medication was also reported as a strategy that made a difference in managing their symptoms on a daily basis: "I take x (name of medication), I guess that helps. I don't realize it on a daily basis. But that too is something I imagine helps me in my work" [P-5]. Finally, engaging in physical activities was a strategy repeatedly reported by participants, as it allowed them to release tension accumulated during their workday and promoted optimal recovery.

Seeking social support emerged as another major theme among behavioural strategies that was of particular importance to participants' work functioning. First, knowing when to ask for help and daring to do so was seen as a key strategy for many participants. In other words, not waiting until one is completely overwhelmed before asking for help was important to them. Second, knowing whom to ask for help was also important. More specifically, several participants reported that confiding in people who has been through similar mental health challenges was a useful strategy because they felt better understood. In addition, seeking advice from family members (e.g., spouse, parents) and friends about problematic situations experienced at work allowed participants to obtain a different point of view and to put certain situations into perspective. Finally, seeking professional support available in the community (e.g., psychotherapy, support group) or within one's organization (e.g., employee assistance programme) was a very beneficial strategy mentioned by the majority of participants.

2.5.2 Cognitive Self-Management Strategies

These strategies refer to all the mental processes and thoughts that helped participants to manage their anxiety or depressive symptoms and promote their functioning at work. These strategies were used both on and off the job. Cognitive self-management strategies were classified according to six themes, presented in Table 2.3.

Table 2.3 Cognitive self-management strategies

Themes	Strategies
Practicing self-compassion	1. Adopting a kind inner voice
	2. Learning to recognize and value your achievements
	3. Humbly accepting that your tasks at work or at home are not always done perfectly
Managing negative thoughts	4. Becoming aware of your inner voice and intercepting your automatic negative thoughts
	5. Focusing your attention on something other than your negative thoughts or symptoms (e.g., physical sensations, tasks to be performed, client requests)
	6. Telling yourself that the situation is temporary when you face adversity
	7. Learning to de-dramatize situations
Adopting a positive outlook	8. Learning to look on the bright side in every situation
	9. Perceiving mistakes as a learning opportunity
	10. Reminding yourself of positive affirmations (e.g., mantras)
	11. Being grateful for positive work experiences (e.g., challenging assignments, positive relationships with colleagues)
Accepting situations as they are	12. Accepting and learning to live with mental health difficulties
	13. Learning to identify which elements are beyond one's control and letting them go
Living the present moment	14. Focusing on the present moment
	15. Living one day at a time
	16. Distancing oneself from one's thoughts
Developing self-awareness	17. Remaining vigilant to warning signs of a relapse
	18. Choosing your employer or mandates according to your values, strengths and interests
	19. Defining yourself by more than your work

Note. Strategies in bold were rated as most relevant by the expert panel.

First, *practicing self-compassion* emerged as a central theme in the interviews. Several examples of strategies related to this theme were mentioned by participants, including adopting a kind inner voice: "Basically, I pay attention to how I talk to myself. [...] That, I admit, is an important element. The way I speak to myself in specific situations" [P-20]. Then, learning to recognize and value their achievements was also a strategy used by the participants: "At home, I use it to write down my good deeds of the day, to show that there is not only negative in a day, there is also positive" [P-7]. Finally, humbly accepting that one's

tasks at work or at home (e.g., household chores) are not always done perfectly allowed participants to be kind to themselves, thus relieving the pressure that some of them tended to self-impose.

Participants also used different cognitive strategies to *manage their negative thoughts*. In this regard, becoming aware of one's internal voice, intercepting automatic negative thoughts (e.g., "Well, that's it, I'm getting sick again" [p. 16]) and transforming them into something more positive was a strategy mentioned by several participants. Focusing on something else (e.g., physical sensations, tasks to be done, client requests) was also considered useful by participants, as it allowed them to take their mind off their symptoms. In addition, acknowledging that the situation is temporary when faced with adversity was identified as beneficial to manage symptoms and increase work functioning. Finally, learning to dedramatize situations was a strategy that was repeatedly mentioned by participants. Specifically, remembering that the situation is not life-threatening was often reported: "Look, we're not doing open heart surgery. Sometimes you have to put things in perspective" or "We're not flying a plane" [P-5].

In addition to managing their negative thoughts, participants mentioned that *adopting a positive outlook* helped them to generate positive thoughts and function better in their work. In this regard, learning to look on the bright side in every situation was a strategy mentioned by the participants. Reminding themselves of positive affirmations (e.g., mantras) and being grateful for positive work experiences (e.g., challenging assignments, positive relationships with colleagues) also emerged as favourable strategies since they generated positive cognitions in participants: "I think to myself how lucky I am to be able to work on this project, on a project that I find so extraordinary" [P-6]. Finally, perceiving mistakes as a learning opportunity was also a particularly useful strategy as it allowed participants to grow and take a step back rather than ruminate about their mistakes.

Now I know that what I did was not the right thing. Well look, it doesn't matter, I can't change it. It's understanding that what's done is done. I can't change it, but I can work to prevent it from happening again or to improve. It's this kind of inner talk that I have with myself. [P-1]

On another level, *accepting situations as they are* represents another major theme among cognitive strategies. Participants reported two strategies related to this theme, the first being to accept and learn to live with their mental health difficulties. For some participants, comparing their mental health difficulties to a physical illness promoted acceptance and seemed to help normalize them. Second, participants mentioned that it was helpful for them to learn to identify elements beyond their control in order to be able to let go.

And at some point, you learn to let go. Because if you don't, you won't survive. And I think that's why I'm able to be a teacher today. Letting go. I can't control everything. And that's it. It works well for me. [P-1]

Other cognitive strategies participants used to manage their symptoms were related to *living in the present moment*. Making a conscious effort to focus on what is happening in the present moment allowed participants to fully enjoy and savour the moment in the here and now: "I go to see my son at his karate class, but I'm not looking at my cell phone. I'm watching him do his karate" [P-5]. Living 1 day at a time was another strategy that participants used to reduce some of their concerns. Finally, some participants mentioned that distancing themselves from their thoughts by writing them down without judgement, for example, was a helpful strategy.

The last theme among cognitive strategies relates to *developing self-awareness*, particularly by remaining vigilant for any signs of symptoms resurfacing in order to be more proactive in managing them. Strategies within this theme also include choosing one's employer or mandates according to one's values, strengths, and interests, in order to avoid going against one's own nature.

The best advice I can give is: shop around for a workplace. Look at what you can do for your workplace but look at what they can do for you too. [...] Instead of trying to fit into an environment where you just don't fit, shop around. [P-6]

Finally, defining oneself by something more than one's work appeared to be a favourable strategy since it helped participants to have a more positive view of themselves and to value themselves in ways other than their work performance: "I don't just want to be valued, I don't just want to be recognized for doing my job, there's more to me than just that" [P-11].

2.5.3 Affective Self-Management Strategies

These strategies refer to all the regulation processes that helped participants to deal with their emotions in order to manage their anxiety or depressive symptoms and promote their functioning at work. Although less numerous than behavioural and cognitive strategies, affective self-management strategies were used just as much at work as outside of work to promote both functioning and well-being. These self-management strategies were classified according to two themes as presented in Table 2.4.

Table 2.4 Affective self-management strategies

Themes	Strategies
Identifying one's emotions	1. Learning to recognize and express one's emotions
Managing one's emotions	2. Venting to colleagues or relatives 3. Taking a step back to avoid being overwhelmed by the negative emotions of others or by your own emotions

Note. The strategy in bold was rated as the most relevant by the expert panel.

First, *identifying one's emotions* and naming them was a useful affective strategy since it allowed participants to express their feelings in words and thus acknowledge their emotions.

I identify my emotion and I'm like, Okay this is it, here I can rationalize. So, instead of trying to hide all the time, and be like: "No, I'm not living like that, it's stupid to live like that." Well, stop feeling stupid for having an emotion. Live it. After that, it's much easier to set it aside. [P-13]

Then, to *manage their emotions*, participants used two main strategies. The first was to vent to their colleagues or relatives in order to release their emotions. The second was to step back to avoid being overwhelmed by the negative emotions of others or by their own emotions.

[...] I am aware that sometimes there are clients who get angry at us because they don't like what we say, because it's just not what they want to hear. But often they come in and they're already angry, so at that point I really try to put a wall between them and me. And I keep telling myself that: if it had been my colleague, they would have done the same. [P-13]

2.6 Discussion

The purpose of this study was to explore and identify in a comprehensive manner the self-management strategies used by individuals with symptoms of anxiety or depression in order to promote their functioning at work. This study identified a significant number of self-management strategies ($n = 54$) that could be used during or outside of work hours. These strategies were grouped into three broad categories: behavioural, cognitive, and affective. Behavioural and cognitive self-management strategies were the most frequently reported by participants. It is possible that the critical incident technique, on which the interview guide was based, led participants to describe more of those strategies, thus giving less importance to the affective component. However, affective self-management strategies should not be overlooked. Indeed, a study by Compare et al. (2014) revealed that emotional regulation strategies (adaptive or nonadaptive) could

act as a mediating variable in the relationship between emotions and cognition in people living with depression. In other words, by identifying emotions, naming, and accepting them, the person frees up the cognitive resources essential to adapting to a complex situation (Wegner, 1994), such as symptom management. In addition, a neuroimaging meta-analysis demonstrated that labelling one's emotional experiences and perceptions can alter those states (Brooks et al., 2017): "When you see a yellow light, you hit the brakes. When you put feelings into words, it's like you are hitting the brakes on your emotional responses." (Wolpert, 2007). Consequently, it seems that naming one's emotions could also help identify warning symptoms and thus impede relapses. The present study adds to this current knowledge by showing how these beneficial effects of affective self-management strategies can in turn promote work functioning. Future studies should try to explore affective strategies more intentionally in order to describe them in more detail and elucidate their role in the definition of self-management itself.

On another level, many of the themes identified in the present study could be related to other well-known concepts or theories. More specifically, many of the behavioural strategies identified here could be associated with the concept of job crafting, referring to actions employees take to shape, mould, and redefine their jobs (Wrzesniewski & Dutton, 2001). According to Wrzesniewski and Dutton (2001), employees craft their job by altering their tasks, the relationships they have at work, and their cognitions about their jobs. The present study identified strategies relating to these three types of job crafting, as well as others related to environmental job crafting, which involves employees' choices about their work environment (Sturges, 2012). Job crafting can therefore be a promising individual strategy for employees living with symptoms of anxiety or depression, particularly for acting on aspects of their work that they can control. However, it should be noted that job crafting theoretically differs from self-management in that it is described as a virtuous circle in which motivated employees engage in proactive changes that enhance their resources and, in turn, their motivation (Bakker & Demerouti, 2017). On the other hand, individuals usually engage in self-management when they are struggling with symptoms related to a chronic physical or psychological condition (Barlow et al., 2002). In future studies, it would thus be interesting to investigate if self-management strategies that are similar to job crafting could apply to less motivated workers who present more serious symptoms of depression and anxiety. Also, while self-management appears to be more adaptable to different job types and situations (at work and off work), job crafting aims to change the job role rather than leisure time use and applies to a job with a clear description and specified tasks. However, not all types of jobs offer much control over one's work (e.g., food and beverage industry, customer service, health care sector, etc.), and it would be interesting for future studies to investigate how self-management strategies that involve job crafting could apply in these specific contexts.

Another important theme identified in the present study refers to the separation of work from personal life and the use of time off to recover energy. These two themes have been addressed comprehensively in the literature on work–life balance and recovery experiences. Indeed, several studies have also indicated that a lack of segmentation between work and private life can lead to negative consequences on mental health (Bellavia & Frone, 2005; Berkowsky, 2013; Sato et al., 2021). It therefore seems important to equip workers with strategies that allow them to clearly set their personal boundaries (Ashforth et al., 2000; Kreiner et al., 2009) and to engage in recovery activities when they are at home. In this regard, the self-management strategies used by participants to recover their energy were similar to the four main types of recovery experiences suggested by Sonnentag and Fritz (2007), namely psychological detachment from work, relaxation, mastery, and control. Well-known recovery activities such as exercising (Conn, 2010a, 2010b) or getting enough sleep (Magnavita & Garbarino, 2017) were also identified in the present study as efficient for managing symptoms and promoting work functioning. In a world where telecommuting is becoming increasingly common and blurring the line between work and nonwork (Delanoeije et al., 2019), these strategies appear to be particularly important for preserving workers' mental health.

Seeking social support was also linked to several behavioural strategies implemented by the participants through both their social ties at work and outside of work. This finding is in line with a recent meta-analysis on social support indicating that it may act as a protective factor against mental illness (Gariépy et al., 2016). In this regard, the IGLOO (I [Individual level], G [Group level], L [Leader level], O [Organization level], O [Over arching level/social context]) framework developed by Nielsen et al. (2018) sheds light on the importance of group level (e.g., colleague) and leader level (e.g., supervisor) support to achieve a sustainable return to work in workers with common mental disorders. This highlights the importance of enabling workers suffering from anxiety or depressive symptoms to include seeking social support among the self-management strategies they adopt. Finally, confiding in someone who has been through similar mental health challenges was identified as an important strategy in the present study. Interestingly, a study by Vogel et al. (2007) suggested that knowing someone who had sought help for a mental health issue was linked to more positive attitudes toward seeking help and the intention to seek help.

Several of cognitive self-management strategies could be associated with the second or third wave of cognitive–behavioural therapy (CBT). More precisely, strategies referring to cognitive restructuring (e.g., becoming aware of one's self-talk and intercepting negative thoughts) are rooted in second-wave CBT. On the other hand, strategies focusing on acceptance, self-compassion, self-awareness, and living the present moment are similar to third-wave acceptance and commitment therapy's principles (Harris, 2006). The

complementarity of these two waves of CBT is an interesting asset to underline, since the types of cognitive strategies used can vary depending on the context and, especially, individual preferences (Corrigan, 2015).

Although some of the self-management strategies identified in the present study echo those investigated in previous research (Danielsson et al., 2019; Lork et al., 2019; Meunier et al., 2019), this study provides a more comprehensive and integrative inventory of strategies. Indeed, this study contributes to the literature by shedding light on strategies that can be applied during both work and off-work hours and that can contribute not only to symptom management but also enhance worker functioning. The present study also brings together strategies that align with different theories in psychology and management that are often considered in isolation. On a practical level, the strategies identified may be an excellent foundation for developing tools to promote mental health self-management in the workplace. Indeed, such practical tools integrating all of these strategies could enable each worker to experiment and find the strategies that fit their reality, since self-management is not "one size fits all" (Trappenburg et al., 2013).

However, although self-management represents an interesting individual approach to consider from a workplace mental health perspective, it is far from being the only relevant one, and interventions at the group, organizational and social levels are also essential (Nielsen et al., 2018). Indeed, it is important to keep in mind that mental health is a shared responsibility which relies on the individual, their organization, and society in general.

2.7 Limits

The present article has some limitations that should be mentioned. First, the use of a convenience sample resulted in some job types, such as manual or manufacturing jobs, being underrepresented. Therefore, the results should be interpreted with caution, and future studies should focus more specifically on these occupations. Second, the individuals who volunteered to participate in this study were probably people whose mental health was sufficiently optimal to have the interest and energy to take part in the interview. As a result, the strategies documented in this study should be interpreted as winning strategies implemented by individuals who are succeeding in maintaining their employment. Nevertheless, future studies should examine the factors that may influence the use of self-management strategies (e.g., intensity of symptoms, job demands, job resources, work environment, etc.), as well as the strategies that appear to be the most useful to manage workplace mental health and work functioning. The insight from the expert committee consulted in the present study was enlightening but should be interpreted with caution. Future larger scale studies are required before conclusions can be drawn. To this end, it would be essential to develop and validate a questionnaire for measuring the use of self-management strategies for mental health at work in

order to quantitatively test the link between the use of such strategies and other variables such as functioning and psychological health at work.

2.8 Conclusion

In conclusion, this study identified a wide range of self-management strategies integrating various frameworks in psychology and management. These strategies could be a foundation for the development of a psychometric tool to empirically measure their use and to test their influence on other variables in future research agenda. Finally, from a practical point of view, this study offers concrete avenues of action so that organizations can promote these self-management strategies and thus support employees in taking care of their mental health. In doing so, the workplace can be part of the solution to promote the mental health of individuals experiencing anxiety or depressive symptoms.

CHAPITRE 3

[ARTICLE 2]

DEVELOPMENT AND INITIAL VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE MEASURING SELF-MANAGEMENT STRATEGIES THAT PROMOTE PSYCHOLOGICAL HEALTH AT WORK

Paper published in Journal of Occupational Rehabilitation: Roberge, C., & Meunier, S. (2023). Development and Initial Validation of a Questionnaire Measuring Self-management Strategies that Promote Psychological Health at Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10926-023-10131-5>

3.1 Abstract

Background: Self-management strategies have been identified as a promising avenue to promote mental health and functioning at work. However, the absence of a validated questionnaire to assess the use of strategies that can be adopted in the workplace has limited empirical research on this topic. This study seeks to develop and validate a questionnaire measuring mental health self-management strategies used by workers to promote their mental health and functioning at work: the Workplace Mental Health Self-Management Questionnaire (WMHSQ). **Methods:** An initial list of 72 self-management strategies was generated from the content of 25 interviews conducted with workers experiencing depressive or anxiety symptoms. Content experts on mental health at work identified the 47 most relevant items. To validate the WMHSQ, 365 workers completed the WMHSQ and criterion-related measures (depressive and anxiety symptoms, work functioning, self-management and coping). Two weeks later, 235 participants completed the WMHSQ once again. **Results:** Principal Component Analysis revealed a four-factor solution composed of 21 self-management strategies: Managing Thoughts and Emotions, Managing Recovery, Managing Relationships and Managing Tasks. The WMHSQ shows adequate internal consistency and test-retest reliability. Correlational analyses support convergent and concurrent validity. **Limitations:** Since this is an initial psychometric validation of the WMHSQ, only an exploratory factor analysis was performed. It will therefore be important to validate the structure of this new psychometric tool through confirmatory factor analysis in a subsequent study. **Conclusions:** The strategies identified in the WMHSQ can form the basis for developing practical tools and interventions to promote mental health self-management at work.

Keywords: Self-management, Strategies, Mental health, Psychological health, Work, Questionnaire

3.2 Introduction

Mental health in the workplace is a growing concern for workers, employers and policy makers. Mental health disorders are one of the most prevalent and expensive causes of disability and thus represent an important challenge (Dewa, 2017). According to the Center for Addiction and Mental Health, the functioning of close to a half a million Canadian workers is impaired by a mental health problem every week, resulting in costs of over \$51 billion CAD annually (Center for Addiction and Mental Health, 2022). Furthermore, the symptoms associated with psychological distress in the workforce have been exacerbated by the COVID-19 pandemic (Boulet & Parent-Lamarche, 2020). Employees affected by psychological distress (e.g., symptoms of anxiety or depression) are likely to experience more presenteeism, defined as being present at work but experiencing impaired functioning related to one's health status (Schultz et al., 2009). In this regard, several studies indicate that the economic burden associated with mental health related presenteeism exceeds the costs of absenteeism, mainly because of the associated loss of productivity (Evans-Lacko & Knapp, 2016; Lack, 2011; Miraglia & Kinman, 2017). Self-management, defined as behavioral, cognitive or affective strategies used by an individual to manage their symptoms, optimize their health and prevent relapse (Barlow et al., 2005; Lorig & Holman, 2003), seems to be a promising avenue to minimize the negative consequences of psychological distress and to promote optimal functioning at work (Meunier et al., 2019). However, only a few qualitative studies have focused on self-management of mental health at work (Danielsson et al., 2019; Lork et al., 2021; Roberge et al., 2022), since no psychometric tool has been developed to measure the adoption of these strategies and enable the use of a quantitative research design. The present study therefore aimed to develop and validate a questionnaire measuring self-management strategies that promote psychological health at work. The resulting questionnaire will pave the way for further research using a quantitative design on a larger scale in order to examine the effects of self-management strategies on different workplace outcomes (e.g., psychological well-being at work, performance, health-related absenteeism).

3.2.1 Mental health self-management at work

Symptoms of psychological distress (e.g., anxiety, depression) are likely to affect the functioning and well-being of workers, even when they are below the clinical threshold (Beck et al., 2011; Dewa et al., 2004; Goetzl et al., 2018). Indeed, these symptoms are associated with greater difficulty with time management, interpersonal relationships, concentration, decision making, and problem solving (Bertilsson et al., 2013; Haslam et al., 2005; Lerner et al., 2010). Moreover, psychological distress at work resulting from depressive and anxious symptoms can be expressed through active emotional reactions (e.g., yelling at a colleague) or passive reactions (e.g., crying), withdrawal behaviors (e.g., participating less in social activities with

coworkers), lateness and increased absenteeism as well as changes in performance in terms of quantity or quality of work accomplished (Dimoff & Kelloway, 2019). In this regard, a few qualitative studies emphasize the importance of the active role that workers can take by adopting self-management strategies that enable them to continue to perform their work despite the presence of anxious or depressive symptoms (Bertilsson et al., 2013; Danielsson et al., 2019; Hjarsbech et al., 2015; Lork et al., 2019).

Self-management is characterized by strategies used by an individual to manage their symptoms, optimize their health and prevent relapse (Lorig & Holman, 2003). According to Barlow et al. (2005), effective self-management refers to the ability to monitor one's condition and implement behavioral (e.g., doing physical activity), cognitive (e.g., focusing on the present moment) and affective (e.g., venting to relatives) strategies in order to maintain a satisfactory quality of life. Self-management differs from other related concepts such as coping. While coping strategies are core skills for self-management (Doran et al., 2002; Slade, 2009), they are distinct from self-management strategies in that they may be adaptive or non-adaptive (e.g., denial, substance use) (Carver, 1997). In contrast, self-management encompasses only those adaptive strategies that are favorable to the functioning or recovery of individuals with chronic health conditions (Coulombe et al., 2016). In addition, self-management strategies can be used preventively to optimize health or avoid relapses (Lorig & Holman, 2003), whereas coping strategies are used mostly in reaction to a stressor (Lazarus & Folkman, 1984). Although self-management is most commonly used for chronic physical health conditions, more and more studies have confirmed its effectiveness for managing mental health (Coulombe et al., 2015; Houle et al., 2013; Villaggi et al., 2015). Also, recent qualitative studies have identified self-management strategies that are specific to workplace mental health (Meunier et al., 2019; Roberge et al., 2022). These strategies appear to be particularly effective for promoting psychological well-being as well as functioning at work (Danielsson et al., 2019; Lork et al., 2019; Therrien et al., 2020).

However, to date, no quantitative study could be carried out to empirically validate the link between the use of self-management strategies and psychological health and functioning at work, since no psychometric tool has been available to measure the use of such strategies in the workplace. To the best of our knowledge, the three questionnaires that measure mental health self-management, the *Mental Health Self-Management Questionnaire* (MHSQ; Coulombe et al., 2015) the *Illness Management and Recovery Scale* (IMR; Salyers et al., 2007) and the *Assessment of Self-Management in Anxiety and Depression* (ASAD; Krijnen-de Bruin et al., 2021), were developed with a clinical population and are not adapted to the workplace. Yet, the workplace is a specific environment that may call for specific self-management strategies (Meunier et al., 2019; Roberge et al., 2022). In addition, workers with psychological distress symptoms could also benefit from these strategies in a preventive approach, even if their symptoms are below the clinical threshold. The

present study therefore aimed to fill this gap and to develop and validate a questionnaire measuring self-management strategies that promote psychological health at work.

3.3 Method

3.3.1 Item generation and reduction

In order to develop an initial version of the Workplace Mental Health Self-management Questionnaire (WMHSQ), a total of 72 items (see supplementary material S1) were generated by the two authors based on the self-management strategies identified in a qualitative study previously conducted among 25 workers active in the workforce while living with anxiety or depression symptoms that ranged from minimal to moderate intensity (GAD-7 score [0-14]; PHQ-9 score [0-19]; see supplementary material S2 for descriptive statistics on the degree of symptomatology of participants) (Roberge et al., 2022). Subsequently, a committee composed of 13 content experts (four researchers in the field of occupational mental health, four practitioners working in the field of occupational mental health and five workers who had participated in the qualitative study) was formed to evaluate the relevance and clarity of the items by assigning a rating from one to four (1 = Poor, 4 = Very Good). The experts were also given the opportunity to provide feedback by making comments about the items, the instruction, and the measurement scale. The Content Validity Index (CVI) developed by (Lynn, 1986), which represents the proportion of experts who gave a score of three or four, was calculated for each item to determine its relevance. A total of 25 items were removed because they had a validity index below .85. An index similar to the CVI was calculated from the score assigned to assess the clarity of each item, and resulted in eight items with a clarity index below .85 being reworded. In addition, 11 items were slightly modified to reflect relevant comments made by the experts. In summary, 25 items were removed while 19 items were modified in this initial phase of item reduction, resulting in a pool of 47 items for psychometric validation of the questionnaire. The questionnaire instruction (i.e., "For each strategy, please indicate how often you have used it in the past two months") and the five-point response scale (1 = Never used, 5 = Very often used) were not modified since they were deemed appropriate by the expert committee. The two-month reference period was chosen based on its use in other studies with a methodology similar to the one used here (e.g., Coulombe et al., 2015). Moreover, two months is a realistic time frame. It is likely that the person completing the questionnaire would have had an opportunity to adopt the self-management strategies in the WMHSQ within that time.

3.3.2 Recruitment

Participants were recruited between March and July 2021 through an advertisement containing a link to the study questionnaire. Recruitment was carried out by various channels. First, the principal investigator posted the study announcement on Facebook page run by the second investigator (Laboratoire de recherche en santé psychologique appliquée aux communautés en milieu de travail). The ad was also posted on LinkedIn and on various Facebook groups for workers, such as Human resources management, Québec self-employed workers, Association of independent artists and cultural workers, and Nurses of Quebec, as well as on student groups such as Psycho UQAM, Psycho UDES, and HEC Montréal. Finally, organizations that promote mental health, such as Global Watch, Relief, Canadian Association for Mental Health and Mouvement Santé mentale Québec, were approached to share the study announcement on their social media or in their newsletters. To participate in the study participants had to: 1) be 18 years of age or older, 2) work at least 15 hours/week, and 3) not have participated in the qualitative study from which the items have been excerpted (Roberge et al., 2022). To enhance recruitment, participants had a chance to win \$100 (CAD) for each measurement time.

3.3.3 Procedure

This study was approved by the "Université du Québec à Montréal" research ethics review board. The questionnaires were administered on a secure online platform (Qualtrics) in a confidential and anonymous manner. After reading and accepting the consent form, participants were asked to answer questions to validate their eligibility. Eligible participants first completed the WMHSQ and then a series of questionnaires to measure the criterion validity of the WMHSQ. In order to assess the test-retest reliability of the questionnaire, participants were given the opportunity to indicate their interest in completing the WMHSQ a second time two weeks after they first completed it.

3.3.4 Measures

3.3.4.1 Workplace Mental Health Self-Management Questionnaire (WMHSQ)

The initial version of the WMHSQ that was validated includes a total of 47 items divided into three dimensions excerpted from Barlow's definition of self-management: behavioral self-management strategies ($n = 23$), cognitive self-management strategies ($n = 21$) and affective self-management strategies ($n = 3$) (see supplementary material S1). Using a five-point response scale ranging from 1 (*Never used*) to 5 (*Very often used*), participants had to indicate how often they had used the strategies in the past two months.

3.3.4.2 Self-management related measures

Two questionnaires were included to measure the convergent and discriminant validity of the WHSMQ. The Mental Health Self-Management Questionnaire (MHSQ; Coulombe et al., 2015) consists of 18 items divided into three dimensions, namely *Vitality* (e.g., "I do activities I like to maintain an active lifestyle"; $\alpha = .74$), *Empowerment* (e.g., "I try to solve my problems one step at a time"; $\alpha = .81$), and *Clinical* (e.g., "I keep myself informed about the resources available to help me with my difficulties"; $\alpha = .75$). Participants had to indicate on a 5-point scale ranging from 0 (*never*) to 4 (*very often*) how often they had used each of the self-management strategies in the last two months. Coping strategies were assessed using a modified version of the Brief Coping Orientation to Problems Experienced inventory (Brief-Cope; Carver, 1997). In order to shorten the scale, the four items with the best loading for each dimension of the four-factors version of Baumstarck et al. (2017) were selected (16 rather than 28 items). The four factors were respectively *Social Support* (e.g., "I've been getting comfort and understanding from someone"; $\alpha = .87$), *Problem solving* (e.g., "I've been taking action to try to make the situation better"; $\alpha = .84$), *Avoidance* (e.g., "I've been using alcohol or other drugs to help me get through it"; $\alpha = .62$) and *Positive thinking* (e.g., "I've been learning to live with it" $\alpha = .80$). Participants had to indicate on 4-point scale ranging from 1 (*not at all*) to 4 (*always*) how often they had used each of the coping strategies.

3.3.4.3 Symptomatology measurement

To assess the intensity of participants' psychological distress symptoms (i.e. anxiety and depression), the General Anxiety Disorder-7 items (GAD-7; Spitzer et al., 2006) and the Patient Health Questionnaire-9 items (PHQ-9; Kroenke et al., 2001) were used. For both questionnaires, participants had to indicate on a 4-point scale ranging from 0 (*not at all*) to 3 (*nearly every day*) how often they had been bothered by any of the following problems over the last 2 weeks (e.g., "Feeling nervous, anxious or on edge", GAD-7; e.g., "Feeling down, depressed, or hopeless", PHQ-9). The internal consistency of the GAD-7 ($\alpha = .91$) and the PHQ-9 ($\alpha = .85$) was satisfactory.

3.3.4.4 Work functioning measurement

In an attempt to evaluate work functioning, symptoms of presenteeism and psychological well-being at work were measured. Symptoms of presenteeism were measured using the seven items from the Lam Employment Absence and Productivity Scale (LEAPS; Lam et al., 2009). Participants had to indicate on a 5-point scale ranging from 0 (*none of the time; 0%*) to 4 (*all the time; 100%*) how often they had experienced problems such as "Making more mistakes" in the past 2 months. The internal consistency of the LEAPS was

adequate ($\alpha = .84$). Psychological well-being was measured through the Psychological Well-Being at Work scale (PWBW; Gilbert & Malo, 2017), which includes nine items. Participants had to indicate on a 7-point scale ranging from 1 (*never*) to 7 (*always*) how they currently feel about their job (e.g., "I feel energetic"; "I feel appreciated by others"). The internal consistency of the PWBW was adequate ($\alpha = .88$).

3.3.4.5 Social desirability

To measure social desirability, the Marlowe & Crown short version composed of 13 items (Reynolds, 1982) was administered. For each item, participants had to answer true or false (e.g., "I am sometimes irritated by people who ask favors of me"; *true* = 0; *false* = 1). A high score reveals a higher propensity for social desirability while a low score indicates the opposite. The Kuder–Richardson 20 coefficient was calculated and demonstrated acceptable internal consistency (KR20 = .68).

3.3.4.6 Socio-demographic characteristics

In order to characterize the sample of the present study, participants had to indicate their gender, age, native country, highest degree obtained, marital status and income. Questions related to job characteristics and the organization in which the participants worked were also asked.

3.3.5 Analyses

Preliminary analyses were performed to examine the normality of the data (skewness and kurtosis ± 2.00), univariate outliers (Z-score ± 3.29), multivariate outliers (Mahalanobis distance $X^2 p > .001$) and missing data (Tabachnick & Fidell, 2013). Three items with poor psychometric qualities were removed from the WMHSQ. The first item had an abnormal distribution (kurtosis above 2), the second item showed a positive and moderate correlation with the social desirability scale ($r(358) = .352, p < .01$), which is not recommended when developing a psychometric tool (DeVellis, 2016), and for the third, the presence of a univariate outlier was detected. In addition, 11 participants were excluded from the analysis because their response pattern suggested that they were multivariate outliers (Mahalanobis distance $X^2 p > .001$). All items from MHWSQ had less than 5% missing values that were randomly distributed.

To perform an initial validation, the structure of the Mental Health at Work Self-Management Questionnaire (MHWSQ) was explored through principal component analysis using SPSS 21. Cronbach's alpha was computed to assess internal consistency both at the scale and subscale level. Correlations were used to verify the stability of the questionnaire over time, with a two-week period between each measurement time.

Criterion validity (convergent, concurrent and discriminant validity; DeVon et al., 2007) was tested by examining Pearson correlations between the subscales of the WMHSQ and criterion variables. Independent-sample t tests were performed to examine if the WMHSQ scores differed according to gender or country of birth.

3.4 Results

3.4.1 Participants

The socio-demographic characteristics of the participants are presented in Table 3.1, and their job characteristics in Table 3.2. A total of 365 workers from various job sectors took part in the first measurement time, while 235 took part in the second one (attrition rate = 64.4 %). The majority of participants identified themselves as female (83.6%), were born in Canada and had a university degree. Over half of the participants earned over \$50,000 annually. About half of the participants ($n = 186$; 51 %) were working remotely at least part-time, while the remaining participants were working on-site ($n = 179$; 49 %). Concerning job tenure, the majority of participants (63 %) had been in their current job for less than 4 years. The vast majority of participants had symptoms of anxiety ($n = 281$; 78.6%) and depression ($n = 260$; 72.6%) below the clinical threshold (see supplementary material S3 for descriptive statistics on the degree of symptomatology of participants). An analysis of variance indicates that participants experiencing anxiety symptoms above the clinical threshold ($GAD-7 \geq 10$) did not significantly differ from participants experiencing depressive symptoms above the clinical threshold ($PHQ-9 \geq 10$) in MHWSQ scores. On the other hand, there were significant differences between participants experiencing anxiety AND depression ($GAD-7 \geq 10$ and $PHQ-9 \geq 10$) versus those below the clinical threshold in MHWSQ scores. There were no differences in MHWSQ score between participants who responded at both measurement times ($n = 235$) and those who only responded at the first measurement time ($t(363) = -.645, p = .519$). Participants who responded at both measurement times were older ($t(344) = -.205, p = .039, d = -.235$) and had a higher level of education $X^2(4, n = 347) = 16.69, p < .05$.

Table 3.1 Socio-demographic characteristics of participants

Characteristics	n	%
Gender		
Female	291	83.6
Male	54	15.5
Non-binary	3	.9
Age	<i>M</i> = 36.4	<i>SD</i> = 12.6
Native country		
Canada	300	86.2
Other	48	13.8
Education		
Without high school degree	1	.3
High school degree	5	1.4
Vocational degree	14	4
College degree	67	19.3
University degree	260	74.9
Marital status		
Married or in a couple	247	71
Widowed or divorced	9	2.6
Single	92	26.4
Annual individual income (CAN \$)		
Less than \$20,000	46	13.8
\$20,000 to less than \$40,000	71	21.2
\$40,000 to less than \$60,000	95	28.3
\$60,000 to less than \$80,000	43	12.9
\$80,000 to less than \$100,000	42	12.6
\$100,000 and more	38	11.4

Note. Variations in the number of responses are due to missing data.

Table 3.2 Job characteristics of participants

Characteristics	n	%
Size of organization		
Very small business (< 10 employees)	58	16
Small business (10-49 employees)	75	20.7
Medium business (50-499 employees)	98	27
Large business (> 500 employees)	106	29.2
"I don't know"	26	7.2
Employment category		
Manual jobs (e.g., day laborer, operator, laborer, mechanic)	9	2.5
Office jobs (e.g. administrative assistant, receptionist)	57	15.7
Customer service jobs (e.g. cashier, customer service representative, clerk)	27	7.4
Technician jobs (computer technician, general civil technician, legal technician)	15	4.1
Professionals (lawyer, psychologist, engineer)	130	35.6
Executive or management (supervisor, team leader, manager)	43	11.8
Others	83	22.7
Type of employee		
Unionized employee	169	46.3
Non-unionized employee	175	47.9
Self-employed	21	5.8
Job tenure		
Less than one year	66	18.1
One to two years	85	23.3
Three to four years	79	21.6
Five to six years	25	6.8
Seven to eight years	24	6.6
Nine to ten years	11	3.0
Ten years and more	75	20.5
Hours worked per week	<i>M</i> = 34.43	<i>SD</i> = 10.55

Note. Variations in the number of responses are due to missing data

3.4.2 Internal structure validity

A principal component analysis was conducted to examine the structure of the MHWSQ. Bartlett's test of sphericity (Bartlett, 1954) and the Kaiser-Meier-Olkin test of sampling adequacy (Kaiser, 1974) were calculated first, and results indicated that the data were suitable for analysis ($KMO = .87$). Principal component analysis with varimax rotation indicated the presence of 11 factors with eigenvalues exceeding one. However, examination of the scree plot (Cattell, 1966) suggested a break between four and five factors. A second and third principal component analysis were thus conducted by forcing four and five factors. The five-factor structure was not optimal, given that only two or three items loaded on one of the factors, which is not recommended (Hinkin, 2005; Tabachnick & Fidell, 2013). Consequently, a four-factor structure was chosen. Through an iterative process, items that cross-loaded on two factors (with less than .20 difference

between loading) and those that loaded under .40 on their factor were eliminated (Pituch & Stevens, 2015). In addition, given that many items loaded above .40 under factor one ($n = 17$), only the six items with the highest saturation weight were retained in order to have a balanced number of items per factor.

As seen in Table 3.3, the final solution included 21 items and explained 51.32 % of the variance. A total of six items loaded on factor 1, "*Managing thoughts and emotions*", which groups together the mental processes that workers can use as strategies to manage their anxiety or depressive symptoms. Factor 2, "*Managing recovery*", contains four items that focus on different ways to use break time to maximize workers' recovery. Factor 3, "*Managing relationships*", includes six items that represent proactive strategies for seeking social support from colleagues or supervisor. Finally, the five items in factor 4, "*Managing tasks*", are strategies that can be used to successfully complete tasks at work. The MHWSQ shows adequate internal consistency, both at the scale and subscale level (whole questionnaire $\alpha = .80$, *Managing thoughts and emotions* subscale $\alpha = .85$, *Managing recovery* subscale $\alpha = .80$, *Managing relationships* subscale $\alpha = .70$ and *Managing tasks* subscale $\alpha = .64$). As the last factor has a lower internal consistency index, a future validation study should retest its consistency.

Table 3.3 Results of principal component analysis

Items	Factor loadings			
	Factor 1 Managing thoughts and emotions	Factor 2 Managing recovery	Factor 3 Managing relationships	Factor 4 Managing tasks
1. I learn to see things in a positive light.	.806			
2. I avoid letting myself be overwhelmed by my negative emotions.	.791			
3. I pay attention to my negative thoughts and try to modify them.	.755			
4. I avoid letting myself be overwhelmed by the negative emotions of others.	.735			
5. I learn to identify elements that are beyond my control and let them go.	.717			
6. I make sure to be kind when I talk to myself (inner voice).	.679			
7. I take a break from work to get some fresh air outside.		.831		
8. I take advantage of my breaks at work to be physically active (e.g., take walk).		.825		
9. I leave my work environment during breaks to take my mind off things.		.756		
10. I take a break from my work to do a relaxing activity (e.g., stretching, meditation, breathing exercises, etc.).		.655		
11. I talk with colleagues who have experienced or are experiencing difficulties similar to mine.			.770	
12. I validate my perception with trustworthy colleagues when I face a problematic situation.			.675	
13. I let my colleagues or supervisor know when I am having a hard day.			.674	

14. I choose with whom to discuss my psychological difficulties at work.				.615	
15. I use breaks to socialize with my colleagues.				.541	
16. When necessary, I do not hesitate to ask for help to do my tasks at work.				.491	
17. I make lists of tasks to be done according to the order of priorities at work.					.766
18. I divide my tasks into several small steps.					.684
19. I set realistic work goals for myself.					.634
20. I use time management tools to facilitate my work schedule planning (e.g., agenda, automated reminders with notifications, etc.).					.562
21. I plan free periods in my work schedule to better manage unforeseen events.					.435
Eigenvalues	4.548	2.368	2.129	1.731	
% of variance	21.659	11.277	10.140	8.244	
Factor correlations					
Factor 1	—				
Factor 2	.258**	—			
Factor 3	.178**	.158**	—		
Factor 4	.259**	.262**	.156**	—	

* $p < .05$.

** $p < .01$.

3.4.3 Test-retest reliability

Test-retest reliability over a two-week period was adequate (whole questionnaire: $r(233) = .79, p < .01$; *Managing thoughts and emotions*: $r(231) = .77, p < .01$; *Managing recovery*: $r(232) = .78, p < .01$; *Managing relationships*: $r(232) = .70, p < .01$; *Managing tasks*: $r(232) = .79, p < .01$). As the satisfaction threshold is generally set at .60 (Vallerand, 1989), the MHWSQ can be considered stable measurement tool, as it showed adequate temporal stability.

3.4.4 Construct and criterion validity

It was expected that the MHWSQ would be associated with conceptually related constructs such as mental health self-management (MHSQ) and coping (Brief-COPE), thus supporting its convergent validity. A negative relationship with symptoms of anxiety, depression and presenteeism, as well as a positive relationship with psychological well-being at work, were also anticipated to support the concurrent validity of the MHWSQ. Associations between the MHWSQ and these criterion variables are displayed in Table 3.4. The most salient results are discussed below.

Table 3.4 Correlations between WMHSQ subscales and other criterion measures, and descriptive statistics

Workplace Mental Health Self-Management Questionnaire (WMHSQ)					
Measure	Managing thoughts and emotions	Managing recovery	Managing relationships	Managing tasks	Whole questionnaire
Mental health self-management (MHSQ)	.45**	.25**	.26**	.30**	.49**
Clinic	-.02	.05	.16**	.08	.10
Empowerment	.59**	.18**	.22**	.31**	.51**
Vitality	.29**	.34**	.15**	.20**	.38**
Coping (Brief-Cope)					
Social support	.03	.09	.37**	.14*	.26**
Problem solving	.44**	.13*	.17**	.31**	.41**
Avoidance	-.38**	-.03	.10	-.12	-.17**
Positive thinking	.50**	.17**	.14*	.09	.37**
Anxiety (GAD-7)	-.48**	-.15**	.01	-.11*	-.29**
Depression (PHQ-9)	-.36**	-.10	-.05	-.10	-.25**
Symptoms of presenteeism (LEAPS)	-.35**	-.06	-.12*	-.14*	-.26**
Psychological Well-Being at Work (PWBW)	.42**	.10	.26**	.24**	.40**
<i>M</i>	3.55	2.58	3.22	3.66	3.30
<i>SD</i>	.75	1.04	.80	.73	.52
Skewness	-.04	.29	-.29	-.87	-.17
Kurtosis	-.48	-.70	-.37	.89	.01

* $p < .05$.

** $p < .01$.

As expected, all subscales of the MHWSQ were positively correlated with those of the Mental Health Self-Management Questionnaire (MHSQ), except for the *Clinic* subscale (MHSQ), which was only weakly associated with the *Managing relationships* subscale (MHWSQ). The highest correlation ($r = .59$) was between the *Managing thoughts and emotions* subscale (MHWSQ) and the *Empowerment* subscale (MHSQ). However, this correlation did not exceed .85 as required to establish discriminant validity (Garson, 2002).

As anticipated, *Managing relationships* (MHWSQ) was moderately and positively related with the *Social support* dimension of Coping (Brief-Cope). In addition, all subscales of the MHWSQ were positively related to the *Problem solving* dimension of Coping (Brief-Cope) and three out of four subscales of the MHWSQ (*Managing thoughts and emotions*, *Managing recovery* and *Managing relationships*) were positively associated with the *Positive thinking* dimension of Coping (Brief-Cope). As expected, no subscale of the MHWSQ was correlated with the *Avoidance* dimension of Coping (Brief-Cope), except for the *Managing thoughts and emotions* subscale (MHWSQ), which was negatively correlated. The highest correlation ($r = .50$) was between the *Managing thoughts and emotions* subscale (MHWSQ) and the *Positive thinking* dimension of Coping (Brief-Cope). Regarding concurrent validity, all MHWSQ subscales were negatively related to anxiety symptoms (GAD-7), except for the *Managing relationships* subscale. Contrary to expectations, only the *Managing thoughts and emotions* subscale (MHWSQ) was negatively related to depression symptoms (PHQ-9), while the other three subscales were not significantly correlated. The *Managing thoughts and emotions* subscale (MHWSQ) had the strongest negative correlation with both anxiety and depressive symptoms.

Regarding work functioning, three out of four subscales of the MHWSQ (*Managing thoughts and emotions*, *Managing relationships* and *Managing tasks*) were negatively correlated with presenteeism symptoms (LEAPS), whereas these same three subscales were positively related to Psychological Well-Being at Work (PWBW).

3.4.5 Differences according to gender and native country

Independent-sample t tests revealed that there were no statistically significant differences between male ($M = 3.29$; $SD = .59$) and female ($M = 3.30$; $SD = .50$) participants on the WMHSQ total score $t(343) = -.139$, $p = .083$. In addition, no difference was observed between Canadian-born participants ($M = 3.29$; $SD = .50$) and those born in another country ($M = 3.34$; $SD = .60$) on the WMHSQ total score $t(346) = -.549$, $p = .159$.

3.5 Discussion

The aim of the present study was to develop a questionnaire to measure self-management strategies for mental health at work and to conduct an initial validation of this new psychometric tool. Principal component factor analysis revealed that the self-management strategies assessed by the WMHSQ are distributed among four dimensions: *Managing thoughts and emotions*, *Managing recovery*, *Managing relationships* and *Managing tasks*. The first dimension (*Managing thoughts and emotions*) includes cognitive and affective strategies, while the other three comprise behavioral strategies. Although a three-factor PCA was attempted, it did not load in three factors, as could be expected, given the three dimensions of Barlow's definition. One possible explanation is that the number of items per dimension was very unevenly distributed among behavioral self-management strategies ($n = 23$), cognitive self-management strategies ($n = 21$) and affective self-management strategies ($n = 3$). Another possible explanation is that Barlow's definition was based on a clinical population whose strategies were implemented outside the workplace. The questionnaire thus includes the three types of strategies mentioned in Barlow's definition of self-management (i.e., affective, cognitive and behavioral), but the behavioral ones seem to be more represented. The structure obtained in the present study also differs from the components of other general measures of self-management (e.g., seeking support, daily life strategies, taking ownership dimensions in Krijnen-de Bruin et al. (2021); vitality, clinical and empowerment dimensions in Coulombe et al. (2015); highlighting the specificity of the work environment and the population considered (non-clinical population of workers). Indeed, the moderate amplitude of the correlation with the QASM as well as the Brief-Cope inventory support the convergent validities. Nevertheless, the percentage of shared variance was limited (between 2.6% and 34.8%), underlying that WMHSQ measures a different construct.

The first dimension measured by the questionnaire, *Managing thoughts and emotions*, includes six self-management strategies, some of which can be linked to the concept of psychological flexibility, which is defined as the ability to persist or change the course of an action, despite the presence of unpleasant thoughts, sensations and emotions, in order to live in the present moment while remaining congruent with one's personal values (Hayes et al., 2004). Several strategies of this dimension (e.g., avoid letting oneself overwhelmed by one's negative emotions) can be useful to foster the psychological flexibility that allows people not to be invaded or guided by unwanted thoughts and emotions (Bond & Flaxman, 2006). In this regard, many studies have indicated that psychological flexibility is associated with reduced stress, anxiety, depression, and increased wellbeing in clinical and non-clinical samples (Bluett et al., 2014; Dawson & Golijani-Moghaddam, 2020; Gloster et al., 2017; Kashdan & Rottenberg, 2010; Masuda & Tully, 2012). In addition, studies conducted among workers showed that higher levels of psychological flexibility predicted better mental health and job performance (Bond & Bunce, 2003; Bond & Flaxman, 2006; Onwezen et al.,

2014). Other strategies of this dimension (e.g., paying attention to one's negative thoughts and trying to change them, or learning to see things positively) are related to cognitive restructuring, which is defined as identifying negative and false thoughts and replacing them with other more realistic and useful ones (Beck, 1967; Ellis, 2003). In this regard, for many years, studies have demonstrated the benefits of cognitive restructuring on psychological health in various contexts (Chaloult, 2008; Clark, 2013; Leahy & Rego, 2012). Thus, when implemented, the self-management strategies of the *Managing thoughts and emotions* dimension could promote the mental health and functioning of workers. In the present study, this dimension of the MHWSQ seems to play a particularly important role, since it obtains the highest correlations with the criterion variables (e.g., anxiety symptoms, depressive symptoms, presenteeism, psychological well-being). These strategies involve cognitive processes, and consequently they can be used often by workers and can be adapted to a variety of work contexts. This could contribute to their potential higher efficacy. However, this hypothesis remains to be tested.

The second dimension, *Managing recovery*, includes four self-management strategies that reflect different ways of taking breaks during working hours to recover energy and maximize functioning at work (e.g., taking a break from work to do a relaxing activity). From this perspective, several studies have suggested that taking short breaks to engage in non-work activities is beneficial, and helps employees recover from work-related stress (Trougakos et al., 2008; Trougakos & Hideg, 2009). It also appears that micro-breaks, which are defined as short and informal respite activities engaged in voluntarily between two tasks (Kim et al., 2017; Trougakos & Hideg, 2009), can increase positive and reduce negative emotions (Chong et al., 2020; Kim et al., 2018), which in turn can contribute to the well-being and psychological health of employees as well as to workplace productivity (Hunter & Wu, 2016; Kim et al., 2018; Nie et al., 2021). Most importantly, during breaks, workers should perform activities that reduce the demands on their energy resources and allow these resources to be restored (Trougakos & Hideg, 2009). In the same vein, a randomized controlled trial study by Díaz-Silveira et al. (2020) revealed that practicing meditation or engaging in physical activity during lunchtime (two activities included among recovery dimension strategies) are associated with a decrease of perceived stress after five weeks. In addition, this same study indicated that meditating during the lunch break can improve employees' overall mental health. In the present study, the use of strategies related to the *Managing Recovery* dimension was negatively related to the presence of anxiety symptoms, but was unrelated to depressive symptoms, presenteeism and psychological well-being at work. This negative association with anxiety corroborates findings in other studies indicating that work breaks may have a beneficial effect on stress (Trougakos et al., 2008; Trougakos & Hideg, 2009). Breaks could also have a more indirect effect on the other criterion variable, through positive emotions, for example (Kim et al., 2017). This indirect effect could be tested in future studies to

gain a better understanding of the mechanism explaining the association between self-management strategies related to work breaks and various work outcomes (e.g., psychological health at work, performance).

The third dimension, *Managing relationships*, encompasses six strategies that represent different ways of seeking social support in the workplace to take care of one's psychological health and optimize one's functioning at work (e.g., validating one's perception with trustworthy colleagues when facing a problematic situation). In the present study, strategies related to the *Managing Relationships* dimension were negatively associated to symptoms of presenteeism and positively related to psychological well-being at work. In the same vein, a few studies have indicated that social support from the supervisor alleviates the negative consequences of occupational stress, which in turns helps to promote the psychological health of workers (Brough & Pears, 2004; Schirmer & Lopez, 2001). Similarly, Charbonneau et al. (2005) reported that employees are often reluctant to seek professional help for difficulties with their psychological health, which suggests that turning to informal peer-based support could be an appealing option for employees. However, these strategies were not related to depressive or anxious symptoms, contradicting other studies that found a negative association between social support and psychological distress (Harandi et al., 2017). The fact that this dimension of the questionnaire exclusively targeted social support from the workplace (i.e., supervisor and colleagues) could explain its stronger association with work related variables. Furthermore, although this dimension correlated with the *Social Support* dimension of the Brief-Cope inventory, the moderate magnitude of the correlation indicates the conceptually distinct nature of this subscale of the WMHSQ, whose strategies relate primarily to instrumental and emotional support.

The fourth and final dimension, *Managing tasks*, consists of five strategies aimed at modifying the way tasks are performed at work to promote the psychological health and functioning of workers (e.g., Setting realistic work objectives for oneself). A few studies have shown that symptoms of depression (Beck et al., 2011; Lam & Bond, 2012) or anxiety (McKnight et al., 2016) can interfere with work functioning, thus leading to difficulties in carrying out one's tasks at work. In this regard, a study conducted by Lam and Bond (2012) among 164 patients revealed that depressive symptoms interfered with work functioning since they are associated with concentration and memory problems. Similarly, a meta-analysis conducted by McKnight et al. (2016) reports occupational impairment linked to anxiety-related disorders (e.g., decrease in work productivity as a result of increased worry regarding both work-related and unrelated topics; difficulties performing job-related tasks). The strategies in this fourth dimension can help overcome these difficulties and allow workers to feel better at work. In the present study, the *Managing tasks* subscale was positively related to the Empowerment dimension of the QASM, the Problem-solving dimension of the Brief-Cope

inventory and psychological well-being at work. This suggests that adopting strategies to foster task completion can be beneficial on many levels.

3.5.1 Psychometric qualities of the WMHSQ

Results support the psychometric properties of WMHSQ. Concerning reliability, the whole questionnaire demonstrates good internal consistency at the scale level, and for three out of four WMHSQ subscales (*Managing thoughts and emotion*, *Managing recovery*, *Managing relationships*). Nevertheless, the *Managing tasks* subscale presents a lower internal consistency ($\alpha = .64$) which will require further investigation in a future validation study. It is possible that the context of use and application (e.g., degree of autonomy) of the different strategies related to this dimension of the WMHSQ varies considerably from one job or one participant to another, which could explain the lower internal consistency for this dimension. In addition, a small number of items ($n = 5$) could also provide a partial explanation of the lower alpha value obtained for this dimension (Gliem & Gliem, 2003). Temporal stability was adequate, given that the reliability coefficients (Pearson's r) between the administrations of the WMHSQ carried out at 2-week intervals are all above .60 (DeVellis, 2016), both at the global scale and subscale level. These coefficients are similar to what was found for temporal stability in a study by Coulombe et al. (2015).

Finally, the content validity of the WMHSQ is also supported by the fact that all the items of the first version were initially assessed as relevant to workplace mental health self-management by a committee of content 13 experts in the field. Concerning criterion validity, the negative associations with symptoms of anxiety and depression as well as presenteeism, and the positive association with psychological well-being at work and the WMHSQ global score are all in the expected direction. These results suggest that the use of self-management strategies for mental health at work may contribute to workers' psychological health and functioning. Further quantitative studies will be necessary to test the predictive role of self-management strategies for mental health at work on these different variables.

3.6 Limits

This study has a few limitations that should be mentioned. First, since this is an initial psychometric validation of the WMHSQ, only an exploratory factor analysis was performed. It would therefore be important to validate the structure of this new psychometric tool through confirmatory factor analysis in a subsequent study. In addition, it would be interesting to replicate this study with a larger and more diversified sample, since, in the present study, the vast majority of participants were women (84%) from wealthy backgrounds working in the tertiary service sector. It should be mentioned that the anxiety and

depression symptoms of participants interviewed in both the earlier process of item generation and the present validation study of the WHSMQ were quite similar and seem representative of the symptomology among the general population in Canada. Indeed, a recent study by Guerrero and Barnes (2022) measuring anxiety and depression symptoms using the GAD-7 and PHQ-9 revealed that two-thirds (65.70%) of Canadian adults ($n = 22,721$) were classified below the clinical threshold of anxiety and depression, representing a proportion similar to our sample. However, it would be more cautious to replicate the present study to verify whether the WHSMQ is indeed well suited to the general population. It should also be noted that it was not possible to evaluate whether working remotely or on-site influenced results. Considering that the WHSMQ included 47 items, the size of the sample did not meet the required ratio of a minimum of five to ten subjects per item (Osborne, 2004) to split the sample and run the PCA to test the consistency of the final WHSMQ solution according to whether participants worked remotely ($n = 186$) or worked on-site ($n = 179$). It would be therefore important for future studies to verify that the structure of the WHSMQ holds, taking into account this very important variable in today's working environment, given that more and more people are working from home. Also, due to its transversal design, the present study cannot establish the predictive validity of the use of self-management strategies for mental health at work on other outcomes related to psychological health and work functioning. It would therefore be interesting for future studies to use a longitudinal design in order to measure the impact of adopting self-management strategies among workers presenting symptoms of psychological distress. Finally, although self-management is a promising and interesting individual resource to promote, other levels of organizations and society in general also have an important role in the prevention of mental health at work, as highlighted by the IGLOO model (Individual, Group, Leader, Organization, Overarching; Nielsen et al., 2018). Future studies on self-management of mental health in the workplace should thus integrate these variables to obtain a more comprehensive picture of the individual, organizational and societal factors that can have an influence on workers' mental health.

3.7 Conclusion

The present study provides an initial validation of a questionnaire to measure self-management strategies that can be implemented in the workplace to promote psychological health and optimize work functioning. The study makes a contribution to the organizational literature since this is, to our knowledge, the first questionnaire designed to measure mental health self-management strategies contextualized to the workplace. This psychometric tool presents satisfactory reliability and validity overall. The four-dimensional structure of the WMHSQ lays the foundation for future quantitative studies on the concept of self-management of mental health at work. The results of the present study may also inspire the development

of a practical tool for employees to help them adopt healthy self-management strategies to foster their mental health at work.

Funding

This study was supported by a grant for Ph.D. Candidate (Camille Roberge) from the *Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en Sécurité du travail*.

Conflict of interest

The authors have no conflicts of interest to declare

Table 3.5 Item generation and reduction (S1)

#	Full initial 72-item questionnaire	CVI	Decision	Abridged and modified 47-item questionnaire	Dimension of self-management – Barlow’s definition	Dimension of WMHSQ
1.	I set realistic work goals for myself. (OVF : Je me fixe des objectifs de travail réalistes.)	1.00	Unchanged	I set realistic work goals for myself. (OVF : Je me fixe des objectifs de travail réalistes.)	Behavioral	Managing tasks
2.	I use time management tools to help me plan my work schedule (diary, automated notifications or reminders, etc.). (OVF : J'utilise des outils de gestion du temps pour faciliter la planification de mon horaire de travail (agenda, notifications ou rappels automatisés).)	1.00	Slightly modified	I use time management tools to facilitate my work schedule planning (e.g., agenda, automated reminders with notifications, etc.). (OVF : J'utilise des outils de gestion du temps pour faciliter la planification de mon horaire de travail (agenda, rappels automatisés avec notifications, etc.).)	Behavioral	Managing tasks
3.	When necessary, I do not hesitate to ask for help to do my tasks at work. (OVF : Lorsque nécessaire, je n'hésite pas à demander de l'aide pour réaliser mes tâches au travail.)	1.00	Unchanged	When necessary, I do not hesitate to ask for help to do my tasks at work. (OVF : Lorsque nécessaire, je n'hésite pas à demander de l'aide pour réaliser mes tâches au travail.)	Behavioral	Managing relationships
4.	I use the support available in my organization (e.g., employee assistance program, coach, co-development groups). (OVF : J'utilise le soutien disponible dans mon organisation (ex. : programme d'aide aux employés, coach, groupes de codéveloppement).)	.92	Unchanged	I use the support available in my organization (e.g. employee assistance program, coach, co-development groups). (OVF : J'utilise le soutien disponible dans mon organisation (ex. : programme d'aide aux employés, coach, groupes de codéveloppement).)	Behavioral	
5.	I leave my work environment during breaks to take my mind off things (e.g., getting a coffee, eating outside my work environment at lunchtime). (OVF : Je me change les idées en sortant de mon milieu de travail lors des pauses (ex. : aller me chercher un café, manger à l'extérieur de mon environnement de travail le midi).)	1.00	Slightly modified	I leave my work environment during breaks to take my mind off things. (OVF : Je me change les idées en sortant de mon milieu de travail lors des pauses.)	Behavioral	Managing recovery

6.	I create a bubble for myself to respect my need to be alone at work at times. (OVF : Je me crée une bulle pour respecter mon besoin d'être seul par moment au travail.)	.92	Reworded	I create a bubble for myself to respect my need to be alone at work sometimes (e.g., retreat to a secluded area, put on my headphones, etc.). (OVF : Je me crée une bulle pour respecter mon besoin d'être seul(e) par moment au travail (ex. : me retirer dans un endroit isolé, mettre mes écouteurs, etc..))	Behavioral	
7.	I validate my perception with trustworthy colleagues when I face a problematic situation. (OVF : Je valide ma perception auprès de collègues dignes de confiance lorsque je fais face à une situation problématique.)	1.00	Unchanged	I validate my perception with trustworthy colleagues when I face a problematic situation. (OVF : Je valide ma perception auprès de collègues dignes de confiance lorsque je fais face à une situation problématique.)	Behavioral	Managing relationships
8.	I take advantage of my breaks at work to be physically active (OVF : Je profite de mes pauses au travail pour faire de l'activité physique.)	.92	Slightly modified	I take advantage of my breaks at work to be physically active (e.g., take a walk). (OVF : Je profite de mes pauses au travail pour faire de l'activité physique (ex. : prendre une marche).)	Behavioral	Managing recovery
9.	I make lists of tasks to be done according to the order of priorities at work. (OVF : Je me fais des listes de tâches à effectuer selon l'ordre des priorités au travail.)	1.00	Unchanged	I make lists of tasks to be done according to the order of priorities at work. (OVF : Je me fais des listes de tâches à effectuer selon l'ordre des priorités au travail.)	Behavioral	Managing tasks
10.	I choose with whom to discuss my psychological difficulties at work. (OVF : Je choisis à qui parler de mes difficultés de santé mentale au travail.)	.92	Unchanged	I choose with whom to discuss my psychological difficulties at work. (OVF : Je choisis à qui parler de mes difficultés de santé mentale au travail.)	Behavioral	Managing relationships
11.	I make sure my workspace is comfortable and ergonomic. (OVF : Je m'assure que mon espace de travail est confortable et ergonomique.)	.92	Unchanged	I make sure my workspace is comfortable and ergonomic. (OVF : Je m'assure que mon espace de travail est confortable et ergonomique.)	Behavioral	
12.	I inform my colleagues or my superior when I am having a hard day. (OVF : J'informe mes collègues ou mon supérieur lorsque je suis dans une journée plus difficile.)	.92	Reworded	I let my colleagues or supervisor know when I am having a hard day. (OVF : J'informe mes collègues ou mon supérieur lorsque je vis une journée plus difficile.)	Behavioral	Managing relationships
13.	I plan ahead in my work schedule to better juggle the unexpected. (OVF : Je prévois du jeu à mon horaire de travail pour mieux jongler avec les imprévus.)	.92	Reworded	I plan free periods in my work schedule to better manage unforeseen events. (OVF : Je prévois des périodes libres à mon horaire de travail pour mieux gérer les imprévus.)	Behavioral	Managing tasks

14.	I clarify expectations, roles and responsibilities with my colleagues. (OVF : Je clarifie les attentes, rôles et responsabilités auprès de mes collègues.)	.92	Reworded	I clarify with my colleagues what is expected of me (e.g., roles and responsibilities). (OVF : Je clarifie ce qui est attendu de moi auprès de mes collègues (ex. : rôles et responsabilités).)	Behavioral	
15.	I take a break from work to get some fresh air outside. (OVF : Je prends une pause du travail pour aller respirer l'air frais dehors.)	.92	Unchanged	I take a break from work to get some fresh air outside. (OVF : Je prends une pause du travail pour aller respirer l'air frais dehors.)	Behavioral	Managing recovery
16.	I talk with people who are experiencing or have experienced or difficulties similar to mine. (OVF : J'échange avec des personnes vivant ou ayant vécu des difficultés similaires aux miennes.)	1.00	Reworded	I talk with colleagues who have experienced or are experiencing difficulties similar to mine. (OVF : J'échange avec des collègues ayant vécu ou vivant des difficultés similaires aux miennes.)	Behavioral	Managing relationships
17.	I break down my mandates into several small steps. (OVF : Je décortique mes mandats en plusieurs petites étapes.)	.92	Slightly modified	I divide my tasks into several small steps. (OVF) Je sépare mes mandats en plusieurs petites étapes.	Behavioral	Managing tasks
18.	I give myself the freedom to choose the communication channel I am most comfortable with (e.g., email, phone) to address more sensitive topics at work. (OVF : Je me laisse la liberté de choisir le canal de communication avec lequel je suis plus à l'aise (ex. : courriel, téléphone) pour aborder des sujets plus sensibles au travail.)	.92	Slightly modified	I give myself permission to communicate in the way I feel most comfortable (e.g., e-mail, telephone) when addressing more sensitive subjects at work. (OVF : Je me laisse la liberté de choisir la façon de communiquer avec laquelle je suis plus à l'aise (ex. : courriel, téléphone) pour aborder des sujets plus sensibles au travail.)	Behavioral	
19.	I take a break from my work to do a relaxing activity. (OVF : Je prends une pause de mon travail pour faire une activité relaxante.)	1.00	Slightly modified	I take a break from my work to do a relaxing activity (e.g., stretching, meditation, breathing exercises, etc.). (OVF : Je prends une pause de mon travail pour faire une activité relaxante (ex. : étirements, méditation, exercices de respiration, etc..))	Behavioral	Managing recovery
20.	I take notes to limit my forgetfulness at work.* (OVF : Je prends des notes pour limiter mes oublis au travail.)*	1.00	Unchanged	I take notes to limit my forgetfulness at work.* (OVF : Je prends des notes pour limiter mes oublis au travail.)*	Behavioral	
21.	I clarify expectations, roles and responsibilities with my superior. (OVF : Je clarifie les attentes, rôles et responsabilités auprès de mon supérieur.)	.92	Reworded	I clarify with my superior what is expected of me (e.g., roles and responsibilities). (OVF : Je clarifie ce qui est attendu de moi auprès de mon supérieur (ex. : rôles et responsabilités).)	Behavioral	
22.	I use breaks to socialize with my colleagues. (OVF : J'utilise les temps de pause pour socialiser avec mes collègues.)	.92	Unchanged	I use breaks to socialize with my colleagues. (OVF : J'utilise les temps de pause pour socialiser avec mes collègues.)	Behavioral	Managing relationships

23.	I put limits on the time and energy I can devote to work (e.g. learning to say no). (OVF : Je mets mes limites quant au temps et à l'énergie que je peux dédier au travail (ex. : apprendre à dire non).)	.92	Slightly modified	I learn to say no to avoid being overloaded. (OVF : J'apprends à dire non pour éviter d'être surchargé(e).)	Behavioral	
24.	I choose my mandates according to my values, strengths and interests. (OVF : Je choisis judicieusement mes mandats en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.)	1.00	Unchanged	I choose my mandates according to my values, strengths and interests. (OVF : Je choisis judicieusement mes mandats en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.)	Cognitive	
25.	When I face adversity, I tell myself it's only temporary. (OVF : Lorsque je fais face à des situations d'adversité, je me dis que cela est temporaire.)	.92	Unchanged	When I face adversity, I tell myself it's only temporary. (OVF : Lorsque je fais face à des situations d'adversité, je me dis que cela est temporaire.)	Cognitive	
26.	I learn to identify my achievements. (OVF : J'apprends à identifier mes réussites.)	1.00	Unchanged	I learn to identify my achievements. (OVF : J'apprends à identifier mes réussites.)	Cognitive	
27.	I define myself by things other than my work. (OVF : Je me définis par autre chose que mon travail.)	1.00	Unchanged	I define myself by things other than my work. (OVF : Je me définis par autre chose que mon travail.)	Cognitive	
28.	I accept that I am not always perfect in what I do. (OVF : J'accepte de ne pas toujours être parfait dans ce que j'entreprends.)	1.00	Unchanged	I accept that I am not always perfect in what I do. (OVF : J'accepte de ne pas toujours être parfait dans ce que j'entreprends.)	Cognitive	
29.	I learn to identify and name my emotions. (OVF : J'apprends à identifier et à nommer mes émotions.)	1.00	Unchanged	I learn to identify and name my emotions. (OVF : J'apprends à identifier et à nommer mes émotions.)	Affective	
30.	I take the time to do one thing at a time (OVF : Je prends le temps de faire une chose à la fois.)	.92	Unchanged	I take the time to do one thing at a time (OVF : Je prends le temps de faire une chose à la fois.)	Cognitive	
31.	I make sure to be kind when I talk to myself (inner voice). (OVF : Je m'assure de faire preuve de gentillesse lorsque je me parle (discours intérieur).)	.92	Unchanged	I make sure to be kind when I talk to myself (inner voice). (OVF : Je m'assure de faire preuve de gentillesse lorsque je me parle (discours intérieur).)	Cognitive	Managing thoughts and emotion
32.	I choose my employer according to my values, strengths and interests. (OVF : Je choisis judicieusement mon employeur en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.)	.92	Unchanged	I choose my employer according to my values, strengths and interests. (OVF : Je choisis judicieusement mon employeur en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.)	Cognitive	

33.	I quickly get into solution mode when faced with a problem) (OVF : Je me mets rapidement en mode solution face à un problème.)*	1.00	Unchanged	I quickly get into solution mode when faced with a problem) (OVF : Je me mets rapidement en mode solution face à un problème.)*	Cognitive	
34.	I identify the warning signs that my mental health is deteriorating. (OVF : J'identifie les signes avant-coureurs d'une détérioration de ma santé mentale.)	1.00	Slightly modified	I identify the warning signs that my mental health is deteriorating (e.g., irritability, increased fatigue, reduced motivation, etc.). (OVF : J'identifie les signes avant-coureurs d'une détérioration de ma santé mentale (ex. : irritabilité, fatigue accrue, baisse de motivation, etc.).)	Cognitive	
35.	I avoid letting myself be overwhelmed by the negative emotions of others. (OVF : J'évite de me laisser envahir par les émotions négatives des autres.)	1.00	Unchanged	I avoid letting myself be overwhelmed by the negative emotions of others. (OVF : J'évite de me laisser envahir par les émotions négatives des autres.)	Affective	Managing thoughts and emotion
36.	I recall positive situations at work (stimulating assignments, positive relationships with colleagues). (OVF : Je repense à des situations positives vécues au travail (mandats stimulants, relations positives avec mes collègues).)	1.00	Unchanged	I recall positive situations at work (stimulating assignments, positive relationships with colleagues). (OVF : Je repense à des situations positives vécues au travail (mandats stimulants, relations positives avec mes collègues).)	Cognitive	
37.	I pay attention to my negative thoughts and intercept them. (OVF : Je porte attention à mes pensées négatives et les intercepte.)	1.00	Reworded	I pay attention to my negative thoughts and try to modify them. (OVF : Je porte attention à mes pensées négatives et tente de les modifier.)	Cognitive	Managing thoughts and emotion
38.	I compare my mental health difficulties to physical health problems. (OVF : Je compare mes difficultés de santé mentale à des problèmes de santé physique.)	.92	Slightly modified	I compare my mental health difficulties to physical health problems. (OVF : Je compare les difficultés liées à ma santé mentale à des problèmes de santé physique.)	Cognitive	
39.	I focus on the present moment. (OVF : Je me concentre sur ce qui se passe dans le moment présent.)	1.00	Unchanged	I focus on the present moment. (OVF : Je me concentre sur ce qui se passe dans le moment présent.)	Cognitive	
40.	I perceive mistakes as a learning opportunity. (OVF : Je vois mes erreurs comme une opportunité d'apprentissage.)	1.00	Unchanged	I perceive mistakes as a learning opportunity. (OVF : Je vois mes erreurs comme une opportunité d'apprentissage.)	Cognitive	
41.	I learn to see the positive in every situation. (OVF : J'apprends à trouver du positif dans chaque situation.)	.92	Reworded	I learn to see things in a positive light. (OVF : J'apprends à voir les choses de façon positive.)	Cognitive	Managing thoughts and emotion

42.	I avoid letting myself be overwhelmed by my negative emotions. (OVF : J'évite de me laisser envahir par mes émotions négatives.)	1.00	Unchanged	I avoid letting myself be overwhelmed by my negative emotions. (OVF : J'évite de me laisser envahir par mes émotions négatives.)	Affective	Managing thoughts and emotion
43.	I learn to accept compliments. (OVF : J'apprends à accepter les compliments.)	.92	Unchanged	I learn to accept compliments. (OVF : J'apprends à accepter les compliments.)	Cognitive	
44.	I am being grateful for professional opportunities. (OVF : Je suis reconnaissant envers les opportunités professionnelles qui s'offrent à moi.)	.92	Unchanged	I am grateful for the professional opportunities that come my way. (OVF : Je suis reconnaissant envers les opportunités professionnelles qui s'offrent à moi.)	Cognitive	
45.	I learn to downplay the importance of situations. (OVF : J'apprends à dédramatiser les situations.)*	1.00	Unchanged	I learn to downplay the importance of situations. (OVF : J'apprends à dédramatiser les situations.)*	Cognitive	
46.	I learn to identify the elements over which I have no control in order to let go. (OVF : J'apprends à identifier les éléments sur lesquels je n'ai pas de contrôle afin de lâcher prise.)	1.00	Slightly modified	I learn to identify elements that are beyond my control and let them go. (OVF : J'apprends à identifier les éléments que je ne contrôle pas afin de lâcher prise.)	Cognitive	Managing thoughts and emotion
47.	I write down my thoughts to gain the perspective I need. (OVF : Je mets mes pensées sur papier afin de prendre le recul nécessaire.)	.92	Slightly modified	I write down my thoughts to get the distance I need. (OVF : J'écris mes pensées pour prendre le recul nécessaire.)	Cognitive	
48.	I decide which tasks to undertake based on my energy. (OVF : Je décide de mes tâches au travail en fonction de mon niveau d'énergie.)	.85	Removed		Behavioral	
49.	I ask my colleagues to remind me of things I do not want to forget (e.g., a task I have to do). (OVF : Je demande à mes collègues de me faire un rappel concernant des éléments que je ne veux pas oublier (ex. : tâche).)	.38	Removed		Behavioral	
50.	I take on challenges in my work. (OVF : Je relève des défis dans le cadre de mon travail.)	.69	Removed		Behavioral	
51.	I choose my work schedule based on my psychological state. (OVF : Je décide de mon horaire de travail selon mon état.)	.69	Removed		Behavioral	

52.	I plan my schedule to have periods of uninterrupted work. (OVF : Je planifie mon horaire pour avoir des périodes de travail sans interruption.)	.77	Removed	Behavioral
53.	I set up my workspace to reflect who I am (e.g., decoration, picture, etc.). (OVF : J'aménage mon espace de travail à mon image (ex. : décorations, photos, etc.).)	.85	Removed	Behavioral
54.	I choose my workplace (e.g., remote work) based on my psychological state. (OVF : Je décide de mon lieu de travail (ex. : télétravail) selon mon état.)	.69	Removed	Behavioral
55.	I keep my workplace clean and organized. (OVF : Je garde mon espace de travail propre et ordonné.)	.85	Removed	Behavioral
56.	I choose which colleagues to have professional or friendly relationships with. (OVF : J'entretiens des relations davantage professionnelles qu'amicales avec certains collègues.)	.69	Removed	Behavioral
57.	I choose to surround myself with positive colleagues. (OVF : Je choisis de m'entourer de collègues positifs.)	.85	Removed	Behavioral
58.	I ask my colleagues for feedback on my work to find out about my strengths and weaknesses. (OVF : Je demande de la rétroaction à mes collègues à propos de mon travail pour connaître mes forces et mes faiblesses.)	.77	Removed	Behavioral
59.	I ask my superior for feedback on my work to find out about my strengths and weaknesses. (OVF : Je demande de la rétroaction à mon supérieur à propos de mon travail pour connaître mes forces et mes faiblesses.)	.85	Removed	Behavioral
61.	I offer support to my customers. (OVF : J'offre du soutien à mes clients.)	.62	Removed	Behavioral
62.	I take a break from work to eat a snack. (OVF : Je prends une pause du travail pour manger une collation.)	.77	Removed	Behavioral

63.	I pause briefly to look outside. (OVF : Je prends un bref temps d'arrêt pour regarder dehors.)	.85	Removed	Behavioral
64.	I do fun activities during my lunch hour at work (e.g., surfing social networks or reading a book) (OVF : Je fais des activités ludiques sur mon heure de lunch au travail (ex. : naviguer sur les réseaux sociaux ou lire un livre).)	.77	Removed	Behavioral
65.	I focus my attention on something other than my symptoms (e.g., physical sensations, tasks to be done, customer requests). (OVF : Je me concentre sur autre chose (ex. : sensations physiques, tâches à effectuer, demandes des clients) que mes symptômes.)	.77	Removed	Cognitive
66.	I learn to be self-mocking. (OVF : J'apprends à faire preuve d'autodérision à mon égard.)	.85	Removed	Cognitive
67.	I remind myself of positive affirmations (e.g., mantras). (OVF : Je me remémore des affirmations positives (ex. : mantras).)	.62	Removed	Cognitive
68.	I accept living with mental health difficulties. (OVF : J'accepte mes difficultés de santé mentale.)	.85	Removed	Cognitive
69.	I live one day at the time. (OVF : Je vis un jour à la fois.)	.69	Removed	Cognitive
70.	I identify the causes of my mental health difficulties, (OVF : J'identifie les causes de mes difficultés de santé mentale.)	.77	Removed	Cognitive
71.	I vent to my friend and family (OVF : Je ventile auprès de mon entourage.)	.85	Removed	Affective
72.	I vent to colleagues. (OVF : Je ventile auprès de mes collègues.)	.77	Removed	Affective

Note. OFV = original French version. All items were administered in French. English translations for communication purposes

Note. Items with $CVI \leq .85$ were removed.

Note. Items with an asterisk were removed due to poor psychometric properties (Item #5 had an abnormal distribution; item #44 was moderately correlated with the social desirability scale; and for item #48, a univariate outlier was detected.)

Note. Items included in the final solution version are identified in bold.

Table 3.6 Participants' symptom intensity in the earlier questionnaire development process (S2)

Symptom intensity	n	%
Anxiety (GAD-7)		
Minimal (0-4)	8	32
Mild (5-9)	11	44
Moderate (10-14)	6	24
Severe (15-21)	0	0
Anxiety (GAD-7)		
Below clinical threshold	19	76
Above clinical threshold	6	24
Depression (PHQ-9)		
Minimal (0-4)	8	32
Mild (5-9)	8	32
Moderate (10-14)	7	28
Moderately severe (15-19)	2	8
Severe (20-27)	0	0
Depression (PHQ-9)		
Below clinical threshold	16	64
Above clinical threshold	9	36

Note. A score of 10 or higher represents a reasonable cut-off score for identifying cases of generalized anxiety disorder (GAD-7; Spritzer et al., 2006) as well as major depressive disorder (PHQ-9; Kronke et al., 2002).

Table 3.7 Participants' symptom intensity baseline while completing the WMHSQ (S3)

Symptom intensity	n	%
Anxiety (GAD-7)		
Minimal (0-4)	172	48.1
Mild (5-9)	109	30.5
Moderate (10-14)	54	15.1
Severe (15-21)	22	6.2
Anxiety (GAD-7)		
Below clinical threshold	281	78.6
Above clinical threshold	76	12.3
Depression (PHQ-9)		
Minimal (0-4)	129	36
Mild (5-9)	131	36.6
Moderate (10-14)	65	18.1
Moderately severe (15-19)	21	5.9
Severe (20-27)	12	3.4
Depression (PHQ-9)		
Below clinical threshold	260	72.6
Above clinical threshold	98	27.4

Note. Variations in the number of responses are due to missing data.

Note. A score of 10 or higher represents a reasonable cut-off score for identifying cases of generalized anxiety disorder (GAD-7; Spritzer et al., 2006) as well as major depressive disorder (PHQ-9; Kronke et al., 2002).

CHAPITRE 4

[DISCUSSION GÉNÉRALE]

Ce dernier chapitre a pour objectif de mettre en lumière les principales contributions de cette thèse et compte six sections. La première section présente un survol des objectifs et des principaux résultats de la thèse. La deuxième et la troisième sections portent respectivement sur les contributions théoriques et les implications pratiques découlant de la présente thèse. La quatrième section, quant à elle, expose les limites associées aux deux études de cette thèse, alors que la cinquième section présente les pistes de recherches futures. Finalement, la sixième et dernière section fait office de brève conclusion.

4.1 Objectifs et résultats

Les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression sont susceptibles de vivre une détérioration de leur bien-être et de leur fonctionnement au travail (Deady et al., 2022). L'autogestion, définie comme l'ensemble des stratégies comportementales, cognitives ou affectives qu'un individu met en place pour gérer ses symptômes, optimiser sa santé et prévenir les rechutes (Barlow et al., 2002; Lorig & Holman, 2003), constitue une avenue peu étudiée qui semble prometteuse afin de soutenir le fonctionnement optimal au travail des individus présentant des symptômes associés à ces troubles. Bien que plusieurs études aient porté sur les stratégies d'autogestion pouvant être mises en place pour apprendre à cohabiter avec un trouble de santé mentale sévère chronique ou un trouble de santé physique chronique, rares sont les études qui se sont intéressées aux stratégies d'autogestion pouvant être utilisées en contexte de travail chez les individus présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression. Par ailleurs, aucun outil permettant de mesurer ces dites stratégies en contexte de travail n'a été élaboré jusqu'à présent.

Dans le but d'amoinrir les conséquences néfastes liées aux symptômes d'anxiété ou de dépression des travailleurs, il apparaissait d'abord important d'identifier les stratégies d'autogestion pouvant s'avérer bénéfiques au fonctionnement des individus atteints de symptômes liés à ces troubles. Pour ce faire, la présente thèse puise ses fondements dans la question de recherche suivante: « Quelles sont les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression afin de favoriser leur fonctionnement au travail ? »

En réponse à cette question, la première étude de la thèse a permis d'élargir de façon considérable le champ de connaissances entourant l'autogestion de la santé mentale au travail et de recenser 54 stratégies différentes se découpant en trois grandes catégories : 1) les stratégies d'ordre comportementales; 2) les

stratégies d'ordre cognitives et 3) les stratégies d'ordre affectives. Ces trois catégories viennent d'ailleurs corroborer la définition de l'autogestion proposée par Barlow et ses collaborateurs (2002). La pertinence de l'ensemble de ces stratégies d'autogestion, à l'exception de deux, a été évaluée comment étant bonne ou très bonne par un comité d'experts œuvrant dans le domaine de la santé mentale au travail.

Parmi les stratégies d'autogestion comportementales ($n = 32$), qui réfèrent aux comportements adoptés pour gérer ses symptômes d'anxiété ou de dépression afin d'optimiser son fonctionnement au travail, huit thèmes ont été identifiés : 1) gérer la complétion de ses tâches; 2) gérer son temps de travail; 3) s'approprier son espace de travail; 4) remodeler ses relations et ses interactions sociales; 5) séparer le travail de la vie personnelle; 6) utiliser le temps à l'extérieur du travail afin de récupérer son énergie; 7) prendre soin de sa santé physique et 8) chercher du soutien social. Quant aux stratégies d'autogestion cognitives ($n = 19$), qui se définissent comme étant tous les processus mentaux et les pensées pouvant aider à gérer ses symptômes d'anxiété ou de dépression en vue de soutenir son fonctionnement au travail, six thèmes ont émergé : 1) faire preuve de bienveillance et de compassion envers soi; 2) gérer ses pensées négatives; 3) adopter une posture positive; 4) accepter les situations telles qu'elles sont; 5) vivre le moment présent et 6) développer une meilleure connaissance de soi. Finalement, parmi les stratégies d'autogestion affectives ($n = 3$), qui se caractérisent par les processus de régulation émotionnelle permettant de gérer ses symptômes d'anxiété ou de dépression afin d'améliorer son fonctionnement au travail, deux thèmes sont ressortis : 1) identifier ses émotions et 2) gérer ses émotions. La présente thèse visait également à élaborer et à valider un questionnaire permettant de mesurer les stratégies d'autogestion des symptômes d'anxiété ou de dépression utilisées en milieu de travail, ouvrant ainsi la voie à des études quantitatives sur l'autogestion de la santé mentale en milieu de travail.

Une deuxième étude a donc été menée afin de répondre à cet objectif. À partir des stratégies d'autogestion identifiées dans l'étude 1, une liste de 72 items a d'abord été générée. La phase de réduction des items a permis d'en retrancher 25 et d'en modifier 19, menant à la version initiale du questionnaire d'autogestion de la santé mentale au travail composé de 47 items regroupés selon les trois dimensions de la définition proposée par Barlow et ses collaborateurs (2002), soit 23 stratégies d'autogestion comportementales, 21 stratégies d'autogestion cognitives et trois stratégies d'autogestion affectives.

Les résultats de l'analyse par composante principale ont révélé une structure divisée en quatre dimensions regroupant 21 stratégies d'autogestion : 1) *Gérer ses pensées et ses émotions* ($n = 6$); 2) *Gérer sa récupération* ($n = 4$); 3) *Gérer ses relations* ($n = 6$) et 4) *Gérer ses tâches* ($n = 5$). Le questionnaire d'autogestion de la santé mentale au travail présente une cohérence interne adéquate, tant au niveau du

questionnaire global que des sous-échelles (questionnaire global $\alpha = .80$, *Gérer ses pensées et ses émotions* $\alpha = .85$; *Gérer sa récupération* $\alpha = .80$; *Gérer ses relations* $\alpha = .70$ et *Gérer ses tâches* $\alpha = .64$). Considérant que la dernière sous-échelle présente un indice de cohérence interne plus faible, une attention particulière devra être portée lors d'une future étude de validation. La fiabilité test-retest du questionnaire a également été démontrée tant pour le questionnaire global ($r(233) = .79, p < .01$) que pour chacune des sous-échelles (r allant de $.70$ à $.79, p < .01$). De plus, les analyses corrélationnelles effectuées avec les mesures critériées (symptômes d'anxiété et de dépression, fonctionnement au travail, autogestion et *coping*) confirment la validité convergente et concurrente du questionnaire. Dans l'ensemble, le QASMT présente des propriétés psychométriques adéquates.

4.2 Contributions théoriques

Cette thèse apporte quatre principales contributions théoriques à la recherche portant sur l'autogestion de la santé mentale au travail, permettant ainsi d'enrichir les connaissances entourant les stratégies d'autogestion susceptibles d'aider les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression. Premièrement, la notion d'autogestion est clarifiée par le biais de l'exploration de son réseau nomologique ainsi que l'examen de sa validité convergente et divergente, ce qui permet de nuancer la conceptualisation de l'autogestion tant sur le plan théorique qu'empirique. Deuxièmement, la thèse a permis de dresser une première liste exhaustive de stratégies d'autogestion des symptômes de dépression et d'anxiété au travail. Troisièmement, l'étude 2 propose le tout premier questionnaire psychométrique permettant de mesurer l'utilisation des stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail. Quatrièmement, l'étude 2 s'avère la première étude à avoir testé les associations entre l'utilisation des stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail et différentes variables (ex. : anxiété, dépression, bien-être psychologique au travail, fonctionnement au travail). Chacune de ces contributions est décrite plus en détail dans les pages suivantes.

4.2.1 Clarification de la notion d'autogestion de la santé mentale au travail

La première contribution théorique de cette thèse réside dans l'exploration du réseau nomologique de l'autogestion, c'est-à-dire des relations avec d'autres variables connexes, permettant ainsi de dégager une compréhension et une délimitation plus fine de l'autogestion (Rolland, 2004). En effet, la revue des différentes définitions et modèles liés à l'autogestion effectuée dans le premier chapitre de cette thèse permet de positionner le concept de l'autogestion par rapport aux concepts de *coping*, *self-help* et de *self-care*. Alors que les résultats de l'étude 1 permettent d'appuyer la définition initiale de l'autogestion de la santé mentale proposée par Barlow et ses collaborateurs (2002) en indiquant que ces stratégies peuvent être à la fois comportementales, affectives ou cognitives, l'étude 2 apporte certaines nuances en suggérant une sous-

échelle se rattachant aux dimensions cognitives et affectives (*Gérer ses pensées et ses émotions*) et trois sous-échelles sous-jacentes à la dimension comportementale (*Gérer ses tâches, Gérer ses relations et Gérer sa récupération*). Par ailleurs, l'étude 2 a permis d'établir la validité convergente de l'autogestion de la santé mentale au travail par le biais des analyses corrélationnelles avec d'autres construits proches mais distincts tels que l'autogestion de la santé mentale (MHSQ, Coulombe et al., 2015) et les stratégies de *coping* (Brief-Cope, Baumstarck et al., 2017; Carver, 1997). Considérant la taille des coefficients significatifs obtenus (< .59), les résultats confirment la validité convergente et appuient la validité discriminante du QASMT lorsque comparé au MHSQ et au Brief-Cope.

4.2.2 Identification d'une liste exhaustive de stratégies d'autogestion des symptômes d'anxiété de dépression au travail

La seconde contribution théorique concerne l'identification d'une liste exhaustive de stratégies d'autogestion des symptômes d'anxiété et de dépression visant à favoriser la santé mentale et le fonctionnement au travail. Bien que quelques stratégies aient déjà été identifiées dans d'autres études réalisées en milieu de travail (Danielsson et al., 2017; Hjarsbech et al., 2015; Lecours et al., 2021; Lork et al., 2019; Meunier et al., 2019; Therrien et al., 2020; Williams et al., 2016), l'étude 1 de la thèse constitue à notre connaissance, la première à établir une liste de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail aussi exhaustive ($n = 54$). Ce grand nombre de stratégies d'autogestion corrobore avec la nature idiosyncratique de l'autogestion de la santé mentale (Trappenburg et al., 2013) et permet à l'individu de choisir les stratégies qui lui conviennent le mieux.

Également, bien que certaines stratégies de cette liste puissent s'appliquer dans la vie de tous les jours (ex. : apprendre à identifier et exprimer ses émotions, percevoir les erreurs comme des opportunités d'apprentissage), plusieurs des stratégies identifiées reflètent les particularités que comporte le milieu de travail telles qu'un horaire et un agenda à respecter, des exigences face au rendement à fournir ainsi que le maintien de relations interpersonnelles harmonieuses avec les pairs et le supérieur (Bertilsson et al., 2013). De plus, plusieurs stratégies répertoriées se distinguent de celles identifiées dans les études antérieures. À titre d'exemple, certaines stratégies visent à gérer la complétion de ses tâches (ex. : décider de ses tâches en fonction de son état de santé psychologique), gérer son temps de travail (ex. : s'autoriser à prendre des pauses pour récupérer son énergie), s'appropriier son espace de travail (ex. : décider de son lieu de travail selon son état de santé psychologique) ou encore à remodeler ses relations et ses interactions sociales avec ses collègues ou son supérieur immédiat (ex. : informer ses collègues ou son supérieur immédiat lors des journées plus difficiles). En plus de leur exhaustivité et du fait qu'elles soient contextualisées au milieu de travail, les stratégies identifiées se démarquent par leur pertinence, l'approche *bottom up* utilisée dans

l'étude 1 ayant contribué à soutenir la validité de contenu des stratégies identifiées (Braun & Clarke, 2021). En effet, les entrevues ont été menées auprès de travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression, mais parvenant tout de même à demeurer en poste, lesquels peuvent être considérés comme des experts de contenu (Paillé & Mucchielli, 2021).

4.2.3 Questionnaire pionnier mesurant l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail

La troisième contribution de cette thèse réside dans l'élaboration et la validation du tout premier outil psychométrique visant à mesurer l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail. Les résultats obtenus dans l'étude 1 ont jeté les bases pour la deuxième étude, pour sa part quantitative, et dans laquelle une première version du QASMT a été élaborée et ensuite validée. Il s'agit d'une contribution importante puisque le QASMT constitue le seul questionnaire visant à mesurer l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail. En effet, à notre connaissance, les autres questionnaires mesurant l'autogestion ne sont pas contextualisés au travail, ce qui pourrait nuire à leur validité de construit ainsi qu'à leur validité apparente s'ils sont utilisés pour mesurer l'autogestion de la santé mentale au travail. Par ailleurs, le QASMT permettra d'ouvrir la voie aux recherches s'intéressant à l'influence de l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale sur d'autres variables telles que l'intensité des symptômes d'anxiété ou de dépression, la satisfaction au travail, l'engagement au travail, le bien-être psychologique au travail ou le fonctionnement au travail, pour n'en nommer que quelques-unes. Le QASMT pourra également être utilisé dans le cadre d'études quantitatives à grande échelle afin de valider dans quelles conditions (ex. : soutien du gestionnaire, soutien des collègues, conditions de travail) et pour quels types d'employés (ex. : employés manuels, employés de bureau, employés dans le service à la clientèle, professionnels, gestionnaires, etc.) les stratégies d'autogestion sont les plus efficaces et les plus utilisées. En somme, ce nouvel outil psychométrique permettra de faire progresser les connaissances sur l'autogestion de la santé mentale au travail en permettant à des études quantitatives et empiriques d'être réalisées à l'aide d'un questionnaire validé scientifiquement.

4.2.4 Étude préliminaire des associations entre les stratégies d'autogestion et différentes variables liées à la santé mentale et au fonctionnement au travail

La quatrième et dernière contribution de cette thèse relève de l'étude préliminaire des associations entre les stratégies d'autogestion et différentes variables liées à la santé mentale et au fonctionnement au travail. Bien que les analyses aient été effectuées dans le cadre de la validation de l'outil psychométrique, l'étude 2 s'avère l'une des premières à avoir testé quantitativement les liens entre l'adoption de stratégies

d'autogestion et les variables suivantes : symptômes d'anxiété (GAD-7; Spitzer et al., 2006) et de dépression (PHQ-9; Kroenke et al., 2001), le fonctionnement au travail (LEAPS; Lam et al., 2009) ainsi que la santé psychologique au travail (SPT; Gilbert & Malo, 2017). Les résultats des analyses corrélationnelles révèlent un lien significatif entre l'utilisation des stratégies d'autogestion que comporte le QASMT et les quatre variables précédemment mentionnées (QASMT et GAD-7 : $r = -.29^{**}$; QASMT et PHQ-9 : $r = -.25^{**}$; QASMT et LEAPS $r = -.26^{**}$; QASMT et SPT $r = .40^{**}$). Par ailleurs, lorsque l'on s'attarde aux résultats des analyses corrélationnelles obtenus entre les sous-échelles du QASMT et les symptômes d'anxiété et de dépression, le fonctionnement au travail et la santé psychologique au travail, il est possible de constater que les corrélations pour la dimension *Gérer ses pensées et ses émotions* sont plus élevées que pour les trois autres sous-dimensions de nature comportementale (voir p. 76 table 3.4). À cet égard, plusieurs des stratégies que comporte la dimension *Gérer ses pensées et ses émotions* (ex. : « Je porte attention à mes pensées négatives et tente de les modifier. »; « J'évite de me laisser envahir par mes émotions négatives. ») s'apparentent respectivement à des concepts liés à la thérapie cognitive comportementale de deuxième (ex. : restructuration cognitive) et de troisième vague (ex. : défusion) ayant fait leurs preuves pour aider à traiter l'anxiété et la dépression (Cuijpers et al., 2014; Twomey et al., 2015). Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence puisque le devis transversal ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail et ces variables. Des études longitudinales devront être effectuées afin de confirmer ou d'infirmer ces liens.

4.3 Implications pratiques

Au-delà des implications théoriques, cette thèse comporte plusieurs implications pratiques. Alors que l'absentéisme, le présentéisme et l'invalidité de courte et de longue durée étant associés aux difficultés de santé mentale sont de plus en plus onéreux pour les organisations et la société (Association canadienne pour la santé mentale, 2023), les résultats découlant de la thèse amènent plusieurs pistes d'action concrètes pour aider les employés et les employeurs à faire équipe afin de favoriser la santé mentale au travail. Ces pistes d'action offrent également une avenue intéressante pour de nombreux travailleurs qui sont réticents à aller chercher l'aide d'un professionnel de la santé ou à utiliser le programme d'aide aux employés de leur organisation (Kulkarni, 2013; Langlieb et al., 2021) ou encore qui sont inscrits sur les listes d'attente pour obtenir du soutien psychologique, listes qui ont connu une hausse alarmante lors des dernières années (Agresta et al., 2022). En effet, les stratégies d'autogestion recensées dans la présente thèse offrent une base substantielle pour l'élaboration de formations et d'outils portant sur l'autogestion de la santé mentale au travail.

Tout d'abord, les résultats de la thèse pourraient sans doute être mis à profit dans l'élaboration d'une formation sur l'autogestion de la santé mentale au travail destinée aux employés. Il serait pertinent, entre autres, de sensibiliser les travailleurs à repérer en amont d'éventuels signes avant-coureurs indiquant une détérioration de leur santé mentale (ex. : irritabilité, fatigue accrue, isolement, erreurs plus fréquentes, maux physiques) et à les outiller à prendre action en choisissant des stratégies qui leur conviennent parmi le vaste éventail de stratégies d'autogestion recensées dans la thèse. Cette formation pourrait prendre la forme de brèves capsules vidéo et de groupes de discussion animés par un professionnel de la santé mentale afin de stimuler les échanges et les réflexions entourant l'autogestion de la santé mentale au travail.

En plus de potentiellement atténuer les effets néfastes liés aux symptômes d'anxiété et de dépression sur le plan du bien-être psychologique et du fonctionnement des travailleurs, cette formation permettrait notamment de renforcer leur pouvoir d'agir à l'égard de leur santé mentale. Le pouvoir d'agir se définit comme étant la reconnaissance du pouvoir et des capacités que les individus possèdent en eux afin de faciliter l'expression de leurs ressources malgré les contraintes inhérentes aux structures sociales existantes (Dunst et al., 1994; Saleebey, 1996). À cet effet, quelques études ont mis en lumière l'importance du pouvoir d'agir dans la prise en charge de sa santé mentale (Fitzsimons & Fuller, 2002; Ryan et al., 2012). La formation suggérée contribuerait donc à construire un bagage constitué de moyens concrets à la portée des travailleurs tout en augmentant leur pouvoir d'agir.

Dans la même perspective, il serait pertinent d'accompagner les gestionnaires en élaborant une formation afin de les habiliter à soutenir les comportements d'autogestion de leurs employés. Plus précisément, cette formation pourrait notamment sensibiliser les gestionnaires à ce qu'est l'autogestion, ses impacts positifs et comment ceux-ci peuvent contribuer à instaurer des conditions propices à l'autogestion. À cet effet, différentes études laissent croire que le soutien social du superviseur et le soutien à l'autonomie pourraient favoriser l'adoption de comportement d'autogestion. À titre d'exemple, Dimoff & Kelloway (2016) soutiennent que les employés ayant un gestionnaire qui aborde ouvertement la santé mentale au travail et qui diffuse de l'information sur les différentes ressources d'aide à la disposition des employés sont plus enclins à recourir aux ressources disponibles. De plus, non seulement les gestionnaires peuvent partager les ressources et les programmes disponibles (ex. : programme d'aide aux employés), mais ils peuvent également jouer le rôle de « première ligne de défense » en reconnaissant les problèmes potentiels ou les signes avant-coureurs d'un employé en difficulté (Dimoff & Kelloway, 2019; Fleten & Johnsen, 2006) et en proposant l'utilisation de stratégies d'autogestion au besoin. Par ailleurs, le soutien à l'autonomie de la part des collègues et du superviseur (ex. : considérer les points de vue des autres, accompagner les demandes ou les décisions d'une explication valable, encourager le sens de l'initiative ou offrir des choix) est reconnu

comme étant positivement lié à la santé mentale au travail (Moreau & Mageau, 2012) et pourrait agir comme facteur prédisposant à l'adoption de stratégies d'autogestion puisque les employés disposeraient d'une plus grande latitude pour mettre en œuvre leurs stratégies. En somme, le soutien des collègues et du gestionnaire sont susceptibles de favoriser l'adoption de stratégies d'autogestion; il est donc pertinent de les former à cet effet.

Néanmoins, il sera important que les deux types de formations précédemment suggérées soient élaborées en étroite collaboration avec les principaux utilisateurs et adaptées aux milieux de travail visés afin de favoriser le transfert des connaissances. L'institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2024) propose des pistes de réflexion porteuses à ce sujet : identifier *pourquoi* (quel est le besoin de transfert de connaissances ?), *à qui* (quels sont les besoins spécifiques du public cible) et *quoi* (quelles connaissances sont pertinentes à transférer ?).

Dans un autre ordre d'idées, un outil pratique sur l'autogestion de la santé mentale, élaboré à partir des résultats de la présente thèse, est actuellement en cours de validation dans le cadre d'une subvention Actions concertées du Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) dirigée par P^{re} Sophie Meunier. L'outil est présenté sous la forme d'un PDF interactif permettant aux travailleurs de repérer les signes d'une détérioration de leur santé mentale, de prendre connaissance de différentes stratégies d'autogestion puis d'élaborer un plan de match en fonction des stratégies choisies. Une fois la validation de l'outil pratique terminé, une application mobile sera élaborée. L'utilisateur pourrait d'abord être amené à identifier les symptômes avant-coureurs d'une détérioration de sa santé mentale au travail au moyen de diverses questions. Selon plusieurs études, les changements les plus fréquemment observés au niveau de la santé mentale au travail se situent sur le plan physique (ex. : fatigue, insomnie, tensions musculaires, maux de tête ou de ventre), sur le plan des comportements au travail (ex. : isolement social, difficultés de concentration, oublis ou erreurs plus fréquentes, retard, absence) et sur le plan de l'humeur (ex. : irritabilité, tristesse, diminution de l'énergie, de la motivation ou de l'estime de soi) (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (APSAM), 2021; Dimoff & Kelloway, 2019; Endicott & Nee, 1997; Gilbert et al., 2011; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), 2020; Lam et al., 2009). Enfin, l'utilisateur pourrait sélectionner l'ensemble des stratégies qu'il souhaite mettre à l'essai et déterminer à quelle fréquence il souhaite recevoir une notification lui rappelant de mettre en place la stratégie et d'évaluer l'efficacité perçue des stratégies d'autogestion mises en place ainsi que l'évolution des symptômes de santé mentale au travail. À titre d'exemple, l'outil « [Aller mieux à ma façon](#) » (Houle et al., 2019), une plateforme web interactive sur laquelle les usagers peuvent bâtir leur plan d'autogestion sur mesure à partir d'une banque d'idées, pourrait servir de source d'inspiration pour le développement d'une application

d'autogestion de la santé mentale au travail. Bien qu'ambitieuse, l'idée de développer une application s'avère une idée prometteuse puisqu'une récente *scoping review* suggère que les applications mobiles de promotion de la santé mentale seraient effectivement efficaces pour améliorer la santé mentale de la population générale (Hwang et al., 2021).

Finalement, les stratégies d'autogestion recensées dans la présente thèse pourraient être diffusées auprès de professionnels de la santé (ex. : médecins de famille, psychologues, travailleurs sociaux) afin d'être explorées avec leurs clients. Comme le travail représente une grande partie de notre vie, il est important pour les professionnels d'en tenir compte dans le cadre de leurs interventions. En effet, en moyenne, les Canadiens passent au-delà de 1 800 heures à travailler par année, ce qui représente une quantité de temps non négligeable (Statistique Canada, 2018). Ainsi, les résultats de la thèse peuvent être une source d'inspiration pour soutenir leur client concernant les enjeux spécifiques à la santé mentale en milieu de travail. Les stratégies d'autogestion peuvent donc être un complément intéressant à la psychothérapie ou à la pharmacologie puisqu'elles offrent une grande latitude à la personne qui les met en place. En ce sens, l'individu a notamment le pouvoir d'action de décider quelles stratégies (quoi ?), la quantité de stratégies d'autogestion et la fréquence d'utilisation de celles-ci (combien ?) et le moment qui lui convient (quand ?) pour mettre en place les stratégies qu'il aura jugées les plus pertinentes pour lui (Lorig et al., 2013).

4.4 Limites de la thèse

Bien que cette thèse apporte plusieurs contributions à l'avancement des connaissances sur l'autogestion de la santé mentale au travail, elle comporte néanmoins quelques limites qui méritent d'être abordées. En effet, les résultats présentés dans le cadre de la présente thèse doivent être interprétés avec prudence en raison de certaines limites méthodologiques.

Tout d'abord, une première limite concerne la technique d'échantillonnage utilisée dans les deux études, soit des échantillons non probabilistes. Plus précisément, ce type d'échantillon, également désigné sous le terme d'échantillon de convenance, réfère à un échantillon dont les participants sont sélectionnés selon leur disponibilité et leur volonté à prendre part à l'étude (Wang & Cheng, 2020). Or, ce type d'échantillonnage peut induire un biais, ce qui pourrait avoir teinté les résultats obtenus et ainsi limiter la représentativité de ceux-ci (Sharma, 2017). À cet égard, il importe de mentionner que les échantillons étaient composés majoritairement d'individus francophones nord-américains. De plus, le secteur tertiaire était plus largement représenté dans les deux études. Il apparaît donc pertinent que des études futures s'intéressent aux stratégies d'autogestion propres à certains secteurs d'emploi moins typiques tels que la restauration ou le secteur de la construction afin de tenir compte de leurs particularités. Par ailleurs, l'échantillon de l'étude quantitative

était composé en très grande majorité de femmes ($n = 283$; 83.6 %) ayant un niveau de scolarité et un statut social élevés. Il serait donc important de poursuivre la validation du QASMT auprès d'un échantillon plus diversifié sur le plan de la scolarité et comportant davantage d'hommes afin de pouvoir approfondir les connaissances sous l'angle de variables identitaires. Les hommes étant parfois plus susceptibles d'être une population difficile à recruter dans le cadre d'études portant sur la promotion de la santé (Sinclair & Alexander, 2012), il serait intéressant d'avoir recours à des instances syndicales ou des associations de travailleurs dans des milieux plus typiquement masculin. Cela permettrait notamment de vérifier si les stratégies d'autogestion diffèrent selon le genre auquel les travailleurs s'identifient afin d'en tenir compte dans les activités de promotion de la santé mentale au travail.

Dans la même perspective, une autre limite qu'il importe de considérer est le grand pourcentage de travailleurs qui ne présentaient peu ou pas de symptômes d'anxiété (48.1 %) ou de dépression (36 %) dans l'étude 2. Cela pourrait notamment expliquer pourquoi certaines stratégies jugées pertinentes par le comité d'experts ont été retranchées lors des analyses effectuées durant la validation de l'outil. Il serait donc important de reproduire l'étude en ajoutant un critère d'inclusion au niveau de l'intensité de la symptomatologie ou du diagnostic d'anxiété ou de dépression afin de voir si les résultats se maintiennent.

Dans le même ordre d'idées, il serait pertinent de répliquer l'étude 2 auprès d'un plus vaste échantillon afin de pouvoir effectuer des analyses confirmatoires permettant de confirmer la structure du QASMT. Pour ce faire, Thompson (2007) suggère un ratio minimal de 10 cas par item à évaluer, portant à 210 participants la taille minimale de l'échantillon requis pour valider les 21 items que comporte la version initiale du QASMT. De plus, la réplification de cette étude permettrait de tester à nouveau la cohérence interne de la sous-échelle *Gérer ses tâches* dont l'alpha de Cronbach est plus faible ($\alpha = .64$).

Ensuite, une autre limite relève du devis de recherche utilisé pour l'étude 2. Bien que la stabilité temporelle du QASMT ait été mesurée avec un intervalle test-retest de deux semaines, le devis de cette étude était de nature transversale pour l'ensemble des mesures critériées (*coping*, autogestion de la santé mentale, symptômes d'anxiété et de dépression, fonctionnement au travail, santé psychologique au travail). Or, le devis transversal ne permet pas d'inférer de causalité entre l'utilisation de stratégies d'autogestion de la santé mentale et d'autres variables d'intérêt (Wang & Cheng, 2020). Il serait intéressant que de futures recherches longitudinales soient effectuées afin de mieux comprendre la portée de l'adoption de stratégies d'autogestion et la direction des liens entre l'adoption des stratégies d'autogestion ainsi que les différentes variables critères. En effet, un devis longitudinal permettrait de tester différentes hypothèses afin de mesurer

l'impact de l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail chez les travailleurs présentant des symptômes de détresse psychologique.

De plus, une limite à prendre en compte concerne l'utilisation de mesures auto-rapportées dans l'étude 2. Bien que la désirabilité sociale ne soit pas nécessairement un comportement délibéré, cette dernière peut refléter une tendance inconsciente à créer une impression positive, à éviter les critiques ou à obtenir une approbation positive (Crowne et al., 1964). Ainsi, des biais de désirabilité sociale et de variance commune ne peuvent être exclus étant donné l'utilisation de ce type de questionnaires. Toutefois, il importe de spécifier que la désirabilité sociale a été mesurée à l'aide de la version courte de l'échelle de Marlowe et Crown (Reynolds, 1982) et qu'un item du QASMT a été retiré lors des analyses préliminaires puisque celui-ci présentait une corrélation significative modérée avec l'échelle de désirabilité sociale, ce qui n'est pas recommandé lors de l'élaboration d'un outil psychométrique (DeVellis, 2016).

Finalement, une dernière limite à prendre en considération concerne le recrutement de l'étude quantitative qui s'est déroulée de mars 2021 à juillet 2021, soit lors de la troisième vague de pandémie de Covid-19. Force est de constater que les habitudes des travailleurs ont été chamboulées lors de cette période de constante adaptation, ce qui pourrait avoir teinté les résultats obtenus dans l'étude 2. En effet, il est bien établi que la pandémie mondiale que nous avons connue pourrait avoir engendré des impacts psychologiques importants (Rajkumar, 2020). Dans l'univers du travail, les changements provoqués par la Covid-19, notamment dans la façon d'effectuer les activités professionnelles, semblent avoir joué un rôle important dans la santé mentale des travailleurs et dans leur capacité à s'adapter aux défis inhérents à la réorganisation du travail imposée par la situation de crise (Giorgi et al., 2020). De plus, une étude menée par Arora et Grey (2020) révèle que la Covid-19 aurait eu une influence importante sur l'adoption de comportements de santé liés au sommeil, à l'alimentation, à la consommation de substance et à l'exercice physique. Par le fait même, cela porte à croire que la Covid-19 ait également pu influencer l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale des travailleurs ayant participé à l'étude de validation du QASMT. Dans cette optique, il serait important de répliquer cette étude dans un contexte de retour à la normale, ou du moins de plus grande stabilité, afin de voir si les résultats se maintiennent dans le temps.

4.5 Pistes de recherches futures

Au-delà des pistes de recherches futures associées aux limites présentées dans la section précédente, les résultats des deux études menées dans cette thèse ouvrent la porte à plusieurs recherches portant sur l'autogestion de la santé mentale au travail.

Bien que traduit en anglais pour des raisons d'accessibilité scientifique, le QASMT a été validé uniquement en français jusqu'à présent. Il serait donc intéressant de procéder à la traduction renversée parallèle en s'appuyant sur la méthode de Brislin (1970) nécessitant deux traducteurs indépendants : le premier ayant pour objectif de traduire les items originaux vers la langue ciblée (ex. : du français vers l'anglais) et le second ayant pour tâche de retraduire ces items vers la langue originale (ex. : de l'anglais vers le français) sans avoir pris connaissance de la version originale. Ensuite, il pourrait également être pertinent de procéder à la validation transculturelle en se référant à la méthodologie proposée par Vallerand (1989). Celle-ci repose sur les sept étapes suivantes : 1) préparation de version préliminaire par traduction renversée parallèle (idem à Brislin, 1970); 2) évaluation des versions préliminaires et préparation d'une version expérimentale par approche de type comité; 3) prétest de la version expérimentale par la méthode du sondage aléatoire ou celle du test-retest; 4) validité concomitante et de contenu par approche des sujets bilingues; 5) analyse de fidélité par la consistance interne et la stabilité temporelle; 6) évaluation de la validité de construit par l'étude de la structure de l'instrument (analyse factorielle et patrons des corrélations inter-échelles) et par l'étude des effets du construit (tests d'hypothèses issues de la théorie en recherche) et 7) établissement des normes par le choix de la population et les indices statistiques (non applicable dans le cas du QASMT puisqu'il ne s'agit pas d'un outil diagnostique). Cette piste de recherche permettrait d'élargir l'utilisation du QASMT de façon considérable.

Ensuite, pour tenir compte des réalités de plus en plus communes que sont le télétravail et le travail hybride, il pourrait s'avérer intéressant de mener une étude afin d'examiner l'applicabilité et l'utilité perçue des différentes stratégies d'autogestion répertoriées dans la présente thèse en fonction de la modalité de travail principale des employés (ex. : télétravail, présentiel ou hybride). En effet, certaines stratégies d'autogestion pourraient avoir été jugées moins applicables ou pertinentes par les membres du comité d'experts ayant évalué la liste initiale de stratégies d'autogestion ($n = 72$) alors que le télétravail était beaucoup moins répandu. À titre d'exemple, des stratégies d'autogestion telles que « Je décide de mon horaire selon mon état » ou « Je décide de mes tâches selon mon niveau d'énergie » ont été éliminées d'emblée par le comité d'experts puisque ces dernières s'appliquaient plus difficilement pour des employés en présentiel. Inversement, il est probable que certaines stratégies retenues apparaissent comme étant moins favorables en télétravail (ex. : « Utiliser ses temps de pause pour socialiser avec ses collègues »). Il serait donc pertinent de mener une étude permettant de distinguer les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail qui s'appliquent universellement peu importe la modalité de travail et celles qui apparaissent comme étant plus favorables à une modalité de travail particulière (ex. : télétravail, présentiel ou hybride).

Parallèlement, il serait important d'étudier les facteurs organisationnels (ex. : soutien du superviseur et des collègues, conditions de travail, environnement de travail, culture organisationnelle) susceptibles de jouer un rôle important dans le soutien à l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail auprès de travailleurs qui présentent des symptômes d'anxiété ou de dépression, sans toutefois atteindre le seuil clinique. À cet égard, Dollard et Bakker (2010) suggèrent que l'instauration d'un climat de sécurité psychosociale favoriserait l'implantation d'initiatives visant à favoriser la santé mentale au travail. Ce type de climat nécessiterait les quatre conditions suivantes: 1) l'engagement des dirigeants et des gestionnaires à l'égard de la santé et de la sécurité au travail; 2) une communication impliquant toutes les strates de l'organisation, 3) la participation et l'implication des employés concernant la santé et la sécurité au travail et 4) l'écoute de l'organisation quant aux propositions des travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail. Il serait donc intéressant d'inclure des variables liées au climat de sécurité psychosocial dans les futures études afin de mieux comprendre ce qui peut contribuer ou nuire à l'adoption de stratégies d'autogestion en contexte de travail. Dans la même lignée d'idées, une récente revue systématique de Velando-Soriano et ses collaborateurs (2020) ainsi que quelques autres études (Brough & Pears, 2004; Patterson, 2003; Sinokki et al., 2009) indiquent que le soutien social des collègues et du superviseur joue un rôle important à l'égard de la santé mentale. Parallèlement à l'influence du soutien social, il serait également pertinent que les études futures s'attardent au stigma encore présent en milieu de travail à l'égard des troubles de santé mentale (Corbière et al., 2012) puisque cela pourrait nuire à l'adoption de certaines stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail. Ce faisant, il serait important de se pencher sur le rôle que peuvent jouer le soutien social et le stigma en milieu de travail dans l'adoption de stratégies d'autogestion de la santé mentale chez les travailleurs.

Dans un autre ordre d'idées, il pourrait être pertinent de mener des études afin de cibler à quel moment dans le cycle de fonctionnement du travailleur qui présente des symptômes d'anxiété ou de dépression l'adoption de stratégies d'autogestion est la plus utile. Dans cette perspective, Henderson et ses collaborateurs (2011) proposent un modèle décrivant le parcours du travailleur allant de l'apparition des symptômes jusqu'au retrait du marché du travail. Plus précisément, ce modèle comporte les cinq stades suivants : 1) travailleur en santé asymptomatique; 2) travailleur dont les symptômes apparaissent; 3) travailleur qui maintient son emploi tout en faisant du présentéisme OU travailleur en invalidité de courte durée; 4) travailleur en invalidité longue durée et 5) travailleur qui se retire du marché du travail. Selon la perspective d'Henderson et ses collaborateurs (2011), le retour au travail est possible lors des stades trois à cinq et amènera le travailleur à se retrouver au stade 1) ou 2) selon son niveau de rétablissement. Au-delà du critère de participation au travail requis comme critère d'inclusion pour les deux études de la présente thèse et de la mesure de l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression, aucune information colligée ne permettait

d'établir avec certitude à quel stade du cycle les travailleurs ayant pris part aux études se trouvaient. Des études futures pourraient donc pallier cette lacune en s'attardant à l'utilité et à l'efficacité des stratégies d'autogestion en fonction de la gravité des symptômes, mais aussi du stade où le travailleur se situe dans son cycle de fonctionnement.

Finalement, il serait intéressant de se pencher sur un modèle intégrateur de l'autogestion de la santé mentale au travail qui inclurait les antécédents et les conséquences de l'adoption de stratégies d'autogestion pour favoriser la santé mentale au travail. Cela permettrait de mieux comprendre le processus par lequel s'opère l'autogestion et d'avoir une approche plus holistique de l'autogestion de la santé mentale au travail. À cet égard, le modèle de la théorie d'autogestion individuelle et familiale proposé par Ryan et Sawin (2009) pourrait servir de base afin d'être adapté au contexte de travail. En effet, ce modèle met notamment en lumière l'importance du contexte de l'individu qui comporte des facteurs de protection et de risque susceptibles d'influencer l'adoption de comportements d'autogestion (ex. : environnement physique et social, famille et entourage). Transposés au contexte du travail, certains de ces facteurs ne sont pas sans rappeler l'importance de l'environnement dans lequel évoluent les travailleurs, environnement qui aura un impact important sur la capacité à adopter des stratégies d'autogestion afin de favoriser leur santé mentale. D'ailleurs, plusieurs recherches soulignent l'importance de s'attarder à l'influence de l'environnement de travail, notamment en s'assurant d'offrir un contexte organisationnel qui permet aux travailleurs d'adopter des comportements promoteurs de santé (Lecours, 2021; Lecours & Therriault, 2017; Sain & Kraimer, 2004). Tout compte fait, il serait intéressant que ce modèle intégrateur puisse tenir compte des différentes composantes du modèle IGLOO (I [Individu], G [Groupe], L [Leader], O [Organisation], O [*Over arching level/social context*]; Nielsen et al., 2018) afin d'englober la complexité du milieu de travail et du rôle que peuvent jouer les collègues, le superviseur et l'organisation dans l'utilisation de stratégies d'autogestion au travail. En somme, bien que l'autogestion de la santé mentale au travail soit une ressource individuelle, il n'en demeure pas moins que la promotion de la santé mentale au travail s'avère une responsabilité partagée entre l'employeur, le gestionnaire et l'employé. Il apparaît donc important de s'y attarder avec une approche holistique pour avoir un portrait nuancé des différents facteurs susceptibles d'influencer l'adoption et l'efficacité de ces stratégies.

CONCLUSION

La présente thèse avait pour objectif de mieux cerner quelles sont les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression afin de favoriser leur fonctionnement au travail. Plus spécifiquement, l'atteinte des trois objectifs suivants était poursuivie : 1) identifier les stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression afin de favoriser leur fonctionnement au travail; 2) élaborer un questionnaire permettant de mesurer les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail et 3) valider le questionnaire portant sur les stratégies d'autogestion auprès d'un échantillon de travailleurs.

Afin de répondre à ces objectifs, deux études ont été menées. Par l'entremise d'une étude qualitative transversale, 25 entrevues ont été effectuées auprès de travailleurs vivant des symptômes d'anxiété ou de dépression. Les données recueillies ont permis d'identifier 32 stratégies d'autogestion comportementales, 19 stratégies d'autogestion cognitives et 3 stratégies d'autogestion affectives. Ces résultats indiquent que nombreuses sont les stratégies d'autogestion de la santé mentale pouvant être mises en place par les travailleurs pour favoriser leur fonctionnement. Cette grande diversité de stratégies fait miroiter l'aspect idiosyncratique de l'autogestion de la santé mentale au travail.

Quant à la deuxième étude, elle aura permis dans un premier temps d'élaborer une version préliminaire d'un outil psychométrique permettant de mesurer l'utilisation de stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail à partir des stratégies identifiées dans l'étude précédente. Dans un deuxième temps, le questionnaire a été mis à l'épreuve afin de procéder à sa validation initiale. Les résultats de cette seconde étude ont mené à un questionnaire qui compte 21 stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail réparties en quatre dimensions soient 1) *Gérer ses pensées et ses émotions*; 2) *Gérer sa récupération*; 3) *Gérer ses relations* et 4) *Gérer ses tâches*. Les quatre facteurs se dégageant de la structure du QASMT apportent un éclairage nouveau à l'autogestion de la santé mentale au travail.

Les résultats de la présente thèse pourront servir d'assise pour les études futures qui s'intéresseront à l'autogestion de la santé mentale à titre de mécanisme de promotion et de prévention de la santé mentale au travail. Parmi les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail identifiées dans la présente thèse, bon nombre d'entre elles se distinguent des stratégies d'autogestion ayant été identifiées jusqu'à présent dans la documentation scientifique. Cela met en lumière l'apport et la singularité de cette thèse dans le domaine de l'autogestion de la santé mentale.

En somme, l'autogestion de la santé mentale au travail s'avère un outil précieux qui gagne à être connu des travailleurs afin de compléter leur coffre à outils et d'ainsi optimiser leur bien-être et leur fonctionnement au travail. Il importe toutefois de conclure en précisant que l'employeur a également un rôle prépondérant à jouer puisque la santé mentale au travail est une responsabilité qui doit être partagée.

ANNEXE A
[CERTIFICAT ÉTHIQUE ARTICLE 1]



No du certificat : 2855_e_2018

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé qu'il est conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2015).

Protocole de recherche

Chercheuse principale : Sophie Meunier

Unité de rattachement : Département de psychologie

Équipe de recherche

Étudiante réalisant un projet de recherche dans le cadre de cette demande : Camille Roberge (UQAM)

Titre du protocole de recherche : *Travailler avec un trouble anxieux ou dépressif : identification des stratégies d'autogestion et des caractéristiques favorables du milieu de travail*

Sources de financement (le cas échéant) : FRQSC

Durée du projet : 4 ans

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comitéⁱ.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **30 septembre 2019**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificatⁱⁱ.

Julie Cloutier, Ph.D.
Professeure
Vice-présidente

30 octobre 2018

Date d'émission initiale du certificat

ⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html>

ⁱⁱ <http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html>

ANNEXE B
[FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ARTICLE 1]



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION
À UNE ENTREVUE DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE :

**« TRAVAIL, SYMPTÔMES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS, UNE RÉALITÉ À
APPRIVOISER ! »**

Chercheuse principale : Sophie Meunier, Ph. D.,
Professeure, Université du Québec à Montréal

Coordonnatrice de recherche : Camille Roberge, candidate au Ph. D./Psy D.,
Université du Québec à Montréal

Introduction : Vous êtes invité(e) à participer à une étude qui s'adresse à toute personne adulte aillant reçu un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif depuis au moins six mois ou présentant des symptômes anxieux ou dépressifs depuis au moins six mois et occupant un emploi à raison d'un minimum de 21h par semaine. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet : L'objectif principal de cette recherche est de mieux comprendre vos stratégies d'autogestion (actions concrètes que vous faites pour mieux gérer vos symptômes au travail) et les caractéristiques de votre milieu de travail (ex : environnement de travail physique, soutien des collègues ou du supérieur) qui favorisent ou nuisent à votre fonctionnement au travail.

Participation demandée : Afin de participer à cette étude, vous devez : être âgé(e) de 18 ans et plus; avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif depuis au moins six mois ou présenter des symptômes anxieux ou dépressifs depuis au moins six mois; occuper un emploi au moins 21h par semaine et posséder une bonne compréhension du français. Au total, environ 30 personnes seront recrutées pour participer à cette étude.

Votre participation consistera à : Si vous acceptez les conditions énoncées ici, vous devrez participer à une entrevue d'une durée de 90 minutes qui sera menée par une assistante de recherche. Certaines questions porteront sur votre fonctionnement au travail. Il y aura aussi des questions par rapport aux actions concrètes que vous prenez pour bien fonctionner au travail. Enfin, quelques questions serviront à identifier d'autres facteurs qui peuvent vous aider ou nuire à votre fonctionnement au travail.

Avantages et bénéfices : Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à cette étude. Toutefois, en participant, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'autogestion des symptômes d'anxiété et de dépression en milieu de travail.

Risques et inconvénients :

Cette étude ne comporte pas de risque majeur pour votre santé. Toutefois, même si les entrevues portent sur des stratégies visant à promouvoir la santé au travail et à décrire les caractéristiques favorables du milieu de travail, l'étude porte tout de même sur les symptômes anxieux et dépressifs. Une liste de ressources d'aide psychologique vous sera présentée à la fin de l'entrevue. Vous pourrez entrer en contact avec ces ressources dans le cas où l'entrevue susciterait chez vous des émotions plus négatives. Au besoin, vous pourrez aussi communiquer avec la chercheuse principale. Le seul autre inconvénient associé à votre participation à l'étude est le temps que vous consacrez à y participer (total d'environ 90 minutes).

Compensation : Une compensation de 25 \$ (CAD) vous sera remise à la fin de l'entrevue.

Clause de responsabilité : En cas de préjudice lié à votre participation à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Confidentialité : Les entrevues se dérouleront dans les locaux de l'UQAM ou sur la plateforme Zoom si votre lieu de résidence est situé à l'extérieur de l'île de Montréal et de ses environs. Seules des questions nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet vous seront demandés. Votre adresse courriel vous sera également demandée dans le but de vous envoyer, si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche. Afin de pouvoir mener à bien ce projet, les entrevues seront enregistrées. Par la suite, les enregistrements seront transcrits par l'équipe de recherche. Une fois la retranscription terminée, les fichiers audio seront supprimés. Les informations seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme. Un code non-nominal vous sera attribué et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces informations. La chercheuse principale ainsi que tous les membres de l'équipe de recherche s'engagent à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Les informations seront conservées sur le serveur institutionnel de l'Université du Québec à Montréal. Les données seront conservées pendant huit ans et seront par la suite détruites de façon sécuritaire.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIERH).

Aucune publication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements à votre sujet qui sont conservés par les chercheurs. Vous avez également le droit de demander à ce que toute inexactitude soit corrigée.

Communication des résultats généraux : À la fin du présent formulaire, vous aurez la possibilité de nous indiquer si vous désirez recevoir un résumé des résultats de notre étude par courriel.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude : Votre participation à cette entrevue est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps en mettant fin à l'entrevue sans la compléter.

Personnes-ressources : Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pourrez en tout temps communiquer avec la coordonnatrice du projet à l'adresse courriel suivante roberge.camille@courrier.uqam.ca ou avec la chercheuse principale, Mme Sophie Meunier au (514) 987-3000 poste 7923 ou à l'adresse courriel suivante meunier.sophie@uqam.ca. Le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIERH) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du CIERH, par l'intermédiaire de son secrétariat au (514) 987-3000 poste 7753 ou par courriel à CIERH@UQAM.CA. Pour toute question concernant vos droits à titre de participant ou pour toute plainte, vous pouvez contacter l'Ombudsman de l'UQAM au (514) 987-3151 ou à l'adresse courriel suivante ombudsman@uqam.ca.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche de l'UQAM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Consentement : J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie que j'ai eu l'occasion de contacter l'équipe de recherche afin de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche. Dans le cas où j'ai effectivement contacté l'équipe de recherche, je confirme qu'on a répondu à toutes mes questions à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer de cette étude en tout temps.

J'accepte de participer à cette étude.

Oui

Non

Nom du participant (en lettres moulées) : _____

Signature du participant : _____

ANNEXE C
[INSTRUMENTS DE MESURE ARTICLE 1]

CANEVAS PRÉ-ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

TRAVAIL, SYMPTÔMES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS... UNE RÉALITÉ À APPRIVOISER!

Date du premier contact : (JJ/MM/AAAA)

Non-éligibilité : _____ Raison : _____

Refuse : _____

Accepte : _____ Numéro de participant (potentiel) : _____

1-CONTEXTE, INFORMATIONS ET IMPLICATION

Introduction

Tout d'abord je me présente, je suis Camille Roberge, la coordonnatrice du projet. L'équipe de recherche tient à vous remercier de l'intérêt que vous accordez au projet. Je vais donc vous expliquer en quoi consiste ce projet. Ne vous gênez pas pour m'arrêter à tout moment si vous avez des questions.

Objectif du projet

L'objectif principal de ce projet est d'identifier les facteurs ou les éléments qui aident ou nuisent au fonctionnement des travailleurs vivant avec des symptômes anxieux ou dépressifs.

Implication du participant

Je souhaite vous donner quelques informations sur les implications liées à votre participation. Dans quelques instants, nous discuterons des conditions à remplir afin de pouvoir participer. Si vous remplissez ces conditions, nous aimerions vous inviter à participer à une entrevue en face à face. D'une durée d'environ 90 minutes, cette entrevue se déroulera dans les locaux de l'UQÀM**. L'entrevue vise à recueillir des informations à propos des thèmes suivants : votre fonctionnement au travail, les facteurs qui l'influencent, ainsi que des stratégies que vous utilisez pour maximiser votre fonctionnement au travail malgré la présence de symptômes associés à l'anxiété ou à la dépression.

** Si l'entrevue ne peut se faire à l'UQAM, proposer au participant de la faire sur ZOOM. Il faut prévoir une pièce où le participant pourra être seul, favorisant ainsi des réponses les plus honnêtes possible. La présence de membres de la famille ou d'amis dans la même pièce peut biaiser les réponses données.

Dédommagement

Vous recevrez une compensation financière de 25\$ CAD pour votre participation à cette étude.

Avez-vous des questions jusqu'à présent?

Êtes-vous intéressé à participer à cette recherche? Si oui, l'entrevue continue. Si non, nous remercions la personne pour le temps accordé et nous mettons un terme à l'entrevue.

No participant : _____

PHQ-9 (dépression)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? **

Pendant les deux semaines de votre vie où vous avez été le plus triste ou le plus déprimé (si pas diagnostic), à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? **

** Si le participant a un dx, poser les questions uniquement pour la période des deux dernières semaines. Si le participant n'a pas de dx, poser les questions pour les deux pires semaines de sa vie ET pour les deux dernières semaines.

Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
0	1	2	3

	2 pires semaines	2 dernières semaines	
a)			Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses
b)			Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)
c)			Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir
d)			Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie
e)			Peu d'appétit ou trop manger
f)			Une mauvaise perception de vous-même - ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille
g)			Difficultés à se concentrer sur des choses telle que lire le journal ou regarder la télévision
h)			Vous bougez ou parlez si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude
i)			Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre

_____ Score PHQ-9 (Range : 0-27)

Si le participant a un diagnostic :	Si le participant <u>n'a pas</u> de diagnostic :
PHQ-9 : score total en bas de 19 inclusivement = inclusion	PHQ-9 : score total entre 5 et 19 inclusivement = inclusion

No participant : _____

GAD-7 (anxiété)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? **

Pendant les deux semaines de votre vie où vous avez été le plus stressé ou le plus anxieux (si pas diagnostic), à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? **

** Si le participant a un dx, poser les questions uniquement pour la période des deux dernières semaines. Si le participant n'a pas de dx, poser les questions pour les deux pires semaines de sa vie et pour les deux dernières semaines.

Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
0	1	2	3

	2 pires semaines	2 dernières semaines	
a)			Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension
b)			Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes
c)			Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien
d)			Difficulté à se détendre
e)			Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille
f)			Devenir facilement contrarié(e) ou irritable
g)			Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver

_____ Score au GAD-7
(Range : 0-21)

GAD-7: score total de 15 ou += anxiété sévère = exclusion

Si le participant a un diagnostic :	Si le participant <u>n'a pas</u> de diagnostic :
GAD-7 : score total en bas de 14 inclusivement = inclusion	GAD-7 : score total entre 5 et 14 inclusivement = inclusion

Participant éligible : Votre participation sera officiellement confirmée par l'agente de recherche lors de l'entrevue. Les questions posées aujourd'hui ne sont qu'une pré-sélection.

Participant non éligible à cause de symptômes trop élevés : Malheureusement, vous ne pourrez pas participer à cette étude, car vous ne répondez pas aux conditions de participation. Je vous invite à rencontrer votre médecin, à prendre rdv à votre CLSC ou à contacter l'organisme Revivre qui offre des services d'aide pour les troubles (*anxieux ou dépressifs selon le cas*) par téléphone au (514) REVIVRE ou sur leur site internet à l'adresse : www.revivre.org. Je vais également vous envoyer une liste de ressources d'aide psychologique à contacter en cas de besoin.

No participant : _____

3-COORDONNÉES DU (DE LA) PARTICIPANT(E)

NOM :	# DE PARTICIPANT
TÉLÉPHONE	
	
COURRIEL :	
Peut-on laisser un message sur votre répondeur? OUI NON	

4- DATE ET LIEU DE L'ENTREVUE AVEC L'AGENTE DE RECHERCHE

Date : _____

Heure : _____

Lieu : SU-4025

*pour les participants venant à l'UQÀM, donner l'adresse et le # de local du laboratoire de recherche en santé au travail: SU-4025

Désirez-vous que nous confirmions le rendez-vous la veille de l'entrevue?

Par téléphone Par courriel Non, pas nécessaire

Entrevue confirmée de vive voix le : _____

Message de confirmation laissé le : _____

COMMENTAIRES

No participant : _____

CANEVAS ENTREVUE

Fonctionnement au travail des employés présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression

N.B. Dans le cas où le participant répond de façon spontanée à l'une des questions ou des sous-questions du canevas sans que celle-ci n'ait été posée, veuillez passer à la question suivante.

Introduction

Remerciement : Tout d'abord, au nom du Laboratoire en Recherche sur la Santé au Travail, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Votre participation est grandement appréciée puisque celle-ci nous permettra de mieux comprendre votre expérience en tant que travailleur vivant avec des symptômes d'anxiété ou de dépression. Les informations que vous nous partagerez sont très précieuses et permettront de mieux outiller d'autres travailleurs qui sont eux aussi touchés par des symptômes d'anxiété ou de dépression.

Déroulement : L'entrevue se déroulera en trois temps. Premièrement, nous allons discuter de votre fonctionnement au travail. Deuxièmement, je vais vous demander de penser à des actions concrètes que vous prenez pour bien fonctionner au travail. Troisièmement, je vais vous demander de penser à d'autres facteurs qui peuvent vous aider ou nuire à votre fonctionnement au travail. Je tiens à vous rappeler qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Je vous invite à répondre de façon spontanée. Le contenu de l'entrevue restera confidentiel et anonyme.

Consentement : Avant d'aller plus loin, j'aimerais que vous preniez le temps de prendre connaissance du formulaire de consentement et que vous le signiez. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser.

Fonctionnement au travail

1. Afin de nous mettre en contexte, pouvez-vous me décrire votre emploi actuel ainsi que les différentes tâches que vous effectuez?
2. Comment le fait de vivre avec des symptômes anxieux ou dépressifs affecte-t-il votre fonctionnement au travail et la réalisation de ces tâches?
 - Quels sont les aspects de votre travail qui sont le plus touchés par vos symptômes? (concentration, rapidité d'exécution, relations interpersonnelles, motivation...)

3. Imaginez une échelle de 1 à 10 qui représente le fonctionnement d'un travailleur. 1 correspond à un faible fonctionnement au travail tandis que 10 correspond à un fonctionnement optimal au travail.
- a) En tant que travailleur, pouvez-vous me décrire une journée où vous vous sentez près du 10/10?
- Décrivez-moi comment se déroulerait votre journée si vous étiez à 10.
 - Que feriez-vous?
 - Comment vous sentiriez-vous?
- b) En tant que travailleur, pouvez-vous me décrire une journée où vous vous sentez davantage près du 1/10?
- Décrivez-moi comment se déroulerait votre journée si vous étiez à 1.
 - Que feriez-vous?
 - Comment vous sentiriez-vous?
- c) Pensez à votre fonctionnement dans les deux dernières semaines de travail, à quel endroit vous situeriez-vous sur l'échelle de 1 à 10?
- Qu'est-ce qui vous amène à vous donner cette note?
 - Qu'est-ce que ça prendrait pour atteindre un 10 ?

Stratégies d'autogestion

4. Maintenant, nous allons nous concentrer sur ce que **vous** vous faites pour maximiser votre **fonctionnement au travail** malgré la présence de symptômes liés à l'anxiété ou à la dépression. Autrement dit, nous allons nous intéresser à ce que vous faites pour surmonter les défis du quotidien **dans votre vie de travailleur**. Je vais vous demander de penser à des situations précises ayant eu lieu pendant vos quarts de travail dans lesquelles étiez dérangé par vos symptômes anxieux et dépressifs. Qu'avez-vous fait pour mieux fonctionner au travail ? Pourriez-vous me décrire ces situations?
- a) Pourriez-vous me parler un peu plus du contexte de travail qui vous a amené à faire ... (*reprendre la stratégie mentionnée précédemment*)
- b) Parlez-moi de ce que vous avez fait concrètement au travail. Par exemple un geste, une action, une pensée que vous avez eue.
- c) Quels ont été les impacts de ... (*reprendre la stratégie mentionnée précédemment*) sur votre travail?
- Qu'est-ce que ça vous a fait ?

- Comment ça vous a aidé ?
5. Pour l'instant, nous avons discuté de ce que vous faites au travail pour vous aider à mieux fonctionner malgré la présence de symptômes anxieux ou dépressifs. Maintenant, je vais vous demander de penser à ce que vous faites **à l'extérieur du travail**, mais qui vous aide à optimiser votre fonctionnement en tant que travailleur. Pourriez-vous me décrire ce que vous faites?
- a) Pourriez-vous me parler un peu plus du contexte qui vous a amené à faire ...
(*reprendre la stratégie mentionnée précédemment*)
- b) Parlez-moi de ce que vous avez fait concrètement. Par exemple un geste, une action, une pensée que vous avez eue.
- c) Quels ont été les impacts de ... (*reprendre la stratégie mentionnée précédemment*) sur votre travail?
- Qu'est-ce que ça vous a fait?
 - Comment ça vous a aidé?
6. Parmi les stratégies que vous avez mentionnées, laquelle jugez-vous la plus utile? Pourquoi?

Si le temps le permet, demandez jusqu'à 4 ou 5 exemples au total.

Autres facteurs qui aident ou nuisent au fonctionnement

7. Jusqu'à maintenant, nous avons discuté des choses que **vous** vous faites pour fonctionner le mieux possible au travail. Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui influencent **positivement** votre fonctionnement au travail? Je vais vous demander de penser à des situations dans lesquelles vous étiez dérangé par vos symptômes anxieux et dépressifs au travail et que quelque chose d'externe à vous-même vous a permis de surmonter un moment plus difficile. Pourriez-vous me décrire ces situations?

Au besoin spécifiez : Ça peut être des gens (ex : collègues, supérieur, entourage), des éléments de votre environnement de travail (ex. : environnement physique) ou encore autre chose.

- a) Pouvez-vous me décrire quels ont été les impacts de ... (*reprendre ce qui a été mentionné précédemment*) sur votre fonctionnement au travail?
- Qu'est-ce que ça vous a fait? Comment vous êtes-vous senti?
 - De quelle façon ça vous a aidé?

8. Au contraire, est-ce qu'il y a d'autres éléments qui influencent votre **négalement** fonctionnement au travail? Je vais vous demander de penser à des situations dans lesquelles vous étiez dérangé par vos symptômes anxieux et dépressifs au travail et que quelque chose d'externe à vous-même a rendu la situation encore plus difficile. Pourriez-vous me décrire ces situations?
- a) Pouvez-vous me décrire quels ont été les impacts de ... (*reprendre ce qui a été mentionné précédemment*) sur votre fonctionnement travail?
- De quelle façon ça vous a nuit?
 - Qu'est-ce que ça vous a fait? Comment vous êtes-vous senti?
- À demander seulement si ces points n'ont pas été déjà abordés par le participant.*
9. Si vous pensez aux personnes qui vous entourent (famille, amis, collègues, supérieur immédiat), est-ce certains d'entre eux vous aident à mieux fonctionner au travail malgré la présence de symptômes anxieux ou dépressifs?
- Comment ces personnes s'y prennent-elles?
10. Est-ce que votre supérieur immédiat vous aide à mieux fonctionner au travail malgré la présence de symptômes anxieux ou dépressifs?
- Comment celui-ci s'y prend-t-il?
11. Est-ce que certaines de vos conditions de travail ont un impact sur la gestion de vos symptômes et votre fonctionnement au travail.
- Si oui, de quelle façon?
12. Est-ce que votre environnement physique de travail a un impact sur la gestion de vos symptômes et votre fonctionnement au travail.
- Si oui, de quelle façon?
13. En terminant, quel conseil aimeriez-vous donner à un travailleur qui vit avec de l'anxiété ou de la dépression? Quels sont les facteurs de succès qui vous permettent de bien fonctionner au travail malgré la présence de l'anxiété ou de la dépression?

Remerciements

L'entrevue est maintenant terminée. Ce que vous m'avez dit nous permettra de mieux outiller les travailleurs vivant avec un trouble anxieux ou dépressif. Merci beaucoup d'avoir donné de votre temps et d'avoir accepté de partager votre expérience avec moi. Seriez-vous intéressé à connaître les résultats de cette étude? Également, suite à l'analyse des entrevues, je vais élaborer un questionnaire sur les stratégies d'autogestion dans le cadre

de ma thèse et j'aimerais savoir si vous seriez intéressé à répondre à un questionnaire d'une vingtaine de minutes qui vise à évaluer ce nouveau questionnaire.

Si oui, prendre en note le courriel du participant. Référez à la page facebook du Laboratoire de Recherche sur la Santé au Travail (LRST).

Remettre la compensation financière (25 \$ CAD) et faire signer le reçu de paiement.



ANNEXE D [CERTIFICAT ÉTHIQUE ARTICLE 2]

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet: Stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail : élaboration et validation d'un questionnaire
Nom de l'étudiant: Camille ROBERGE
Programme d'études: Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche: Sophie MEUNIER

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE E
[FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ARTICLE 2]

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À
UNE ÉTUDE VISANT À VALIDER UN QUESTIONNAIRE SUR LES STRATÉGIES
D'AUTOGESTION DE LA SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL**

Chercheuse principale : Camille Roberge, candidate au Ph.D./Psy D.,
Université du Québec à Montréal

Introduction : Vous êtes invité(e) à participer à une étude qui s'adresse à toute personne occupant un emploi rémunéré à raison d'un minimum de 15h par semaine. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet : L'objectif principal de cette recherche est de valider un questionnaire permettant de mesurer les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail. Les stratégies d'autogestion se traduisent par les actions concrètes qui peuvent être posées au quotidien pour gérer ses symptômes de détresse psychologique et favoriser sa santé mentale au travail.

Participation demandée : Afin de participer à cette étude, vous devez : être âgé(e) de 18 ans et plus et occuper un emploi au moins 15h par semaine. Au total, environ 300 personnes seront recrutées pour participer à cette étude.

Votre participation consistera à : Si vous acceptez les conditions énoncées ici, vous serez invité(e) à remplir un questionnaire en ligne qui prend environ 20 à 30 minutes à compléter. Certaines questions porteront sur les symptômes anxieux et dépressifs, sur votre fonctionnement et votre bien-être au travail ainsi que sur les stratégies que vous adoptez pour gérer votre santé mentale en tant que travailleur.

Avantages et bénéfices : Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à cette étude. Toutefois, en participant, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'autogestion de la santé mentale au travail.

Risques et inconvénients :

Cette étude ne comporte pas de risque majeur pour votre santé. Toutefois, même si les le questionnaire porte sur des stratégies visant à promouvoir la santé au travail, certaines questions pourraient susciter un inconfort ou raviver des souvenirs liés à des situations négatives. Une liste de ressources d'aide psychologique est mise à votre disposition ici et sera également accessible à la fin du questionnaire. Vous pourrez entrer en contact avec ces ressources dans le cas où la passation du questionnaire susciterait chez vous des émotions plus négatives. Au besoin, vous pourrez aussi communiquer avec la chercheuse principale. Le seul autre inconvénient associé à votre participation à l'étude est le temps que vous consacrez à y participer (total d'environ 20 à 30 minutes).

Compensation : En complétant le questionnaire, vous courez la chance de gagner un montant de 100 \$ CAD qui sera transmis sous forme de virement interac électronique.

Clause de responsabilité : En cas de préjudice lié à votre participation à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Confidentialité : Seules des questions nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet vous seront demandées. Votre adresse courriel vous sera également demandée dans le but de vous envoyer, si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche. Un code non-nominal vous sera attribué et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces informations. Votre adresse courriel vous sera également demandée dans le but de vous envoyer, si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche, ou de vous solliciter, avec votre consentement, à participer à d'autres études. La chercheuse principale ainsi que tous les membres de l'équipe de recherche s'engagent à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Les informations seront conservées sur le serveur institutionnel de l'Université du Québec à Montréal. Les données seront conservées pendant sept ans et seront par la suite détruites de façon sécuritaire.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité institutionnel d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'UQAM (CERPÉ).

Aucune publication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements à votre sujet qui sont conservés par les chercheurs. Vous avez également le droit de demander à ce que toute inexactitude soit corrigée.

Communication des résultats généraux : Au début du questionnaire, vous aurez la possibilité de nous indiquer si vous désirez recevoir un résumé des résultats de notre étude par courriel.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude : Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps en mettant fin au questionnaire.

Personnes-ressources : Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pourrez en tout temps communiquer avec la chercheuse principale du projet à l'adresse courriel suivante roberge.camille@courrier.uqam.ca ou avec sa directrice de recherche, Mme Sophie Meunier, au 514 987-3000 poste 7923 meunier.sophie@uqam.ca.

Le comité institutionnel d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer (CERPÉ). Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du CERPE, par courriel à cerpe.fsh@uqam.ca. Pour toute question concernant vos droits à titre de participant ou pour toute plainte, vous pouvez contacter l'Ombudsman de l'UQAM au (514) 987-3151 ou à l'adresse courriel suivante ombudsman@uqam.ca.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche de l'UQAM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Engagement de la chercheuse

Je certifie a) que nous nous sommes rendus disponibles pour expliquer au participant les termes du présent formulaire de consentement ; b) qu'on lui a clairement indiqué par le présent formulaire qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Camille Roberge



Nom de la chercheuse

Signature de la chercheuse

Informations de type administratif :

- En acceptant de participer à cette étude, l'équipe de recherche recevra l'acceptation du participant. Cette information sera conservée de façon confidentielle au bureau de recherche de l'UQAM.
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le comité institutionnel d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) le 26 février 2021.
- No de référence : 4889

Remerciements : Votre collaboration à notre projet de recherche est précieuse pour nous et nous tenons à vous en remercier.

Consentement : Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter la responsable du projet (ou son délégué) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que, s'il y a lieu, l'on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Oui

Non

LISTE DE RESSOURCES D'AIDE PSYCHOLOGIQUE

POUR UN SOUTIEN IMMÉDIAT :

Sos suicide

Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Centre de références

Tel : 1 866 APPELLE (277-3553)

<https://www.aqps.info/>

Cette ligne d'appel peut être utilisée par les personnes en détresse ou par leurs proches. Les appels sont anonymes et confidentiels. Les intervenants sont outillés afin de mettre les appelants directement en lien avec les ressources les plus appropriées de leur région. La ligne est ouverte 24 h par jour, 7 jours sur 7.

Suicide Action Montréal

Ligne d'écoute

Tel : 1 866 277-3553

<https://suicideactionmontreal.org/jai-besoin-daide/>

Cette ligne d'écoute offre un service d'écoute en français et en anglais, gratuit, anonyme et confidentiel, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Les intervenants sont formés pour faire équipe avec vous, pour vous aider à trouver vos solutions.

Regroupement des services d'intervention de crise du Québec

Centres de crise

Tel : Veuillez consulter le site internet pour obtenir le numéro de téléphone du centre le plus près de chez vous.

<https://www.centredecrise.ca/listecentres>

Les centres de crise du Québec une réponse immédiate et proposent une gamme complète de services spécialisés en intervention de crise gratuits et confidentiels. Ces centres sont des organismes communautaires à but non lucratif de première ligne qui offrent des services gratuits spécialisés en intervention de crise, et ce, 24 heures par jour, 7 jours sur 7.

Tel-aide

Ligne d'écoute

Tel : 514 935-1101

<http://www.telaide.org/>

Cette ligne d'écoute offre un service d'écoute en français et en anglais, gratuit, anonyme et confidentiel, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Les écoutants offrent une écoute active centrée sur la personne en difficulté.

Écoute entraide

Ligne d'écoute

Tel : 1 855 EN LIGNE (365-4463)

<http://www.ecoute-entraide.org/ligne-decoute/>

Cette ligne d'écoute s'adresse à toute personne aux prises avec des difficultés émotionnelles. Ce service téléphonique d'écoute et de référence est gratuit, anonyme et confidentiel est offert 7 jours par semaine, de 8 h à minuit.

AUTRES RESSOURCES :

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

Services professionnels de santé

Tel : Veuillez consulter le site internet pour obtenir le numéro de téléphone du CISSS ou CIUSSS le plus près de chez vous.

<https://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/votre-cisss-ciuuss/>

Les CISSS et CIUSSS offrent des soins de 1ère ligne en cas de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux. Les personnes peuvent y recevoir les services appropriés ou être dirigés vers d'autres ressources faisant partie du réseau territorial de ressources.

Relief (anciennement Revivre)

Ligne d'information et de références

Tel : 1 866 REVIVRE (798-4873)

<https://www.revivre.org/>

Relief (anciennement Revivre) est une association visant à aider les personnes vivant avec des troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. Ce service téléphonique d'écoute et de référence est gratuit, anonyme et confidentiel est offert du lundi au vendredi entre 9h00 et 17h00. Des groupes d'entraide sont aussi disponibles trois fois par semaine.

Association canadienne pour la santé mentale

Informations et références en santé mentale

<https://cmha.ca/fr>

Cette association promeut la santé mentale des Canadiens ainsi que le rétablissement des personnes touchées par un problème de santé mentale. Le site internet de cette association contient des informations pour mieux comprendre la santé et la maladie mentale. Des ressources d'aide y sont également disponibles.

Ordre des psychologues du Québec

Informations et références en santé mentale

Tel : 514 738-1223 / 1 800 561-1223

<https://www.ordrepsy.qc.ca/trouver-de-aide>

Le site internet de l'Ordre des psychologues contient des informations sur la santé mentale ainsi qu'un outil permettant de trouver un psychologue en fonction de la problématique rencontrée et de l'approche souhaitée. Un service de référence téléphonique est également disponible du lundi au vendredi.

Centre de services psychologiques de l'Université du Québec à Montréal

514 987-0253

<https://psychologie.uqam.ca/centre-de-services-psychologiques.html>

L'université du Québec à Montréal offre des services psychologiques à prix modiques. Les services sont offerts par des étudiants au doctorat en psychologie, encadrés par une équipe de psychologues qualifiés et accrédités par l'ordre des psychologues.

Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal

514 343-7725

<https://psy.umontreal.ca/ressources-services/clinique-universitaire-de-psychologie/>

L'université de Montréal offre des services psychologiques à prix modiques. Les services sont offerts par des étudiants au doctorat en psychologie, encadrés par une équipe de psychologues qualifiés et accrédités par l'ordre des psychologues.

RESSOURCES CONCERNANT LA SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL

Portail santé et mieux-être du gouvernement du Québec

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/>

Ce site regroupe de l'information sur la santé mentale au travail, ses répercussions ainsi que ses facteurs de risque. Il contient également des conseils pouvant être appliqués afin de maintenir une bonne santé mentale au travail.

Passeport-santé - Stress au travail

https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/ArticleComplementaire.aspx?doc=travail_stress_sourees_dorces_do

Ce dossier complet sur le stress au travail contient de nombreuses informations concernant des thèmes intimement liés à la santé mentale au travail (ex. : conciliation travail-famille, harcèlement psychologique, satisfaction au travail, etc.). Ce site contient aussi plusieurs capsules interactives visant à contrecarrer le stress en milieu de travail ainsi que ses effets nocifs (relaxation/méditation, exercices d'étirements).

Les programmes d'aide aux employés

Plusieurs entreprises possèdent des programmes d'aide aux employés. Informez-vous auprès de votre employeur au sujet de la présence d'un tel service et n'hésitez pas à l'utiliser. L'utilisation de ce service est confidentielle.

ANNEXE F [INSTRUMENTS DE MESURE ARTICLE 2]

Version préliminaire du QASMT, questionnaire destiné au comité d'experts

Bloc de questions par défaut

Questionnaire sur les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail - Version préliminaire

Ce questionnaire a pour objectif de mesurer les stratégies d'autogestion pouvant être utilisées par les travailleurs présentant des symptômes de détresse psychologique (symptômes d'anxiété ou de dépression) afin de favoriser leur bien-être et leur fonctionnement au travail.

Nous souhaitons obtenir votre avis d'expert quant aux différents éléments qu'il contient, soit les instructions, les échelles de réponse et les énoncés. Les énoncés que comporte ce questionnaire ont été générés à la suite d'entrevues réalisées auprès de travailleurs présentant des symptômes d'anxiété ou de dépression. Ce questionnaire a été conçu afin d'être utilisé dans le cadre de projets de recherche portant sur la santé mentale et le fonctionnement des travailleurs.

À noter que les indications en italique bleu sont présentes à titre indicatif pour la version préliminaire du questionnaire uniquement.

Nous vous remercions grandement de votre rétroaction et de votre précieux temps!

Veillez sélectionner la réponse qui vous correspond le mieux.

- J'ai participé à l'entrevue du projet de recherche « Au travail, En action! ».
- Je suis praticien(ne) dans le domaine de la santé mentale au travail.
- Je suis chercheur(e) dans le domaine de la santé mentale au travail.

Introduction

Ce questionnaire s'intéresse aux **stratégies utilisées par les travailleurs afin de favoriser leur santé mentale et leur fonctionnement au travail**. Ces stratégies réfèrent à tous les petits gestes qui peuvent être posés au quotidien pour gérer ses symptômes de détresse psychologique et favoriser sa santé mentale au travail. Le questionnaire contient **deux sections** :

- La **première** section porte sur les stratégies d'autogestion pouvant être utilisées **sur les lieux de travail**.
- La **seconde** section porte sur les stratégies d'autogestion étant utilisées uniquement à **l'extérieur des lieux de travail**, mais qui permettent de favoriser le bien-être et le fonctionnement des travailleurs par la suite.

Instructions

Voici les instructions qui seront transmises aux participants lors de la validation du questionnaire. Nous vous invitons à en prendre connaissance et à indiquer vos commentaires dans les cases prévues à cet effet.

Pour chaque stratégie, veuillez indiquer à quelle fréquence vous avez utilisé la stratégie au cours des deux derniers mois. Pour ce faire, veuillez répondre à l'aide de l'échelle de réponse allant de « Jamais utilisé » à « Très souvent utilisé ».

À noter qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons connaître votre réalité!

Commentaires sur les instructions :

Que pensez-vous des instructions (ex : clarté, précision) ? Quelle modification ou spécification apporteriez-vous ?

Échelle de réponse

Voici l'échelle de réponse qui sera transmise aux participants lors de la validation du questionnaire. Nous vous invitons à en prendre connaissance et à indiquer vos commentaires dans les cases prévues à cet effet.

Chaque énoncé correspond à une stratégie d'autogestion pour laquelle les participants doivent répondre à la question ci-dessous. Voici un exemple d'énoncé afin de vous permettre de visualiser la question et l'échelle de réponse qui s'y rattache.

	À quelle fréquence avez-vous utilisé cette stratégie au cours des deux derniers mois ?				
	Jamais utilisé	Rarement utilisé	Parfois utilisé	Souvent utilisé	Très souvent utilisé
Je mets mes limites quant au temps et à l'énergie que je peux dédier au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires sur les échelles de réponse :

Que pensez-vous de la question qui est posée ? Que pensez-vous du choix de réponse qui se rattache à la question ?

Dans les pages suivantes, vous trouverez 95 énoncés qui consistent en la **version préliminaire** du questionnaire. Chaque énoncé représente une stratégie d'autogestion pouvant être utilisée par les travailleurs présentant des symptômes de détresse psychologique (symptômes d'anxiété ou de dépression) afin de favoriser leur bien-être et leur fonctionnement au travail.

Nous avons regroupé les stratégies selon l'analyse thématique réalisée par notre équipe de recherche ainsi que selon la nature des stratégies, c'est-à-dire comportementales, cognitives ou affectives. Dans le questionnaire final, les stratégies seront mélangées et ne seront donc pas regroupées par thème conceptuel comme c'est actuellement le cas. En contrepartie, les deux grandes sections « 1) stratégies d'autogestion pouvant être utilisées **sur les lieux du travail** » et « 2) stratégies d'autogestion pouvant être utilisées **à l'extérieur du travail** » seront maintenues afin faciliter la compréhension des participants quant au contexte d'utilisation des stratégies d'autogestion ».

Nous vous invitons à prendre position sur la **pertinence** et la **clarté** de chaque énoncé à l'aide des **deux** échelles de réponse figurant à droite de chaque énoncé. Vous pouvez également indiquer un commentaire si vous le souhaitez.

Section 1 – Stratégies d'autogestion pouvant être utilisées **sur les lieux de travail**

Stratégies comportementales

Développer son pouvoir d'agir en façonnant les caractéristiques de son travail

Gérer la complétion de ses tâches

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
1. Je décide de mes tâches au travail en fonction de mon niveau d'énergie.	<input type="radio"/>								
2. Je me fixe des objectifs de travail réalistes.	<input type="radio"/>								
3. Je décortique mes mandats en plusieurs petites étapes.	<input type="radio"/>								
4. Je me fais des listes de tâches à effectuer selon l'ordre des priorités au travail.	<input type="radio"/>								
5. Je prends des notes pour limiter mes oublis au travail.	<input type="radio"/>								
6. Je demande à mes collègues de me faire un rappel concernant des éléments que je ne veux pas oublier (ex : tâche).	<input type="radio"/>								
7. Je relève des défis dans le cadre de mon travail.	<input type="radio"/>								

Gérer son temps de travail

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
8. Je mets mes limites quant au temps et à l'énergie que je peux dédier au travail (ex : apprendre à dire non).	<input type="radio"/>								

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
9. Je décide de mon horaire de travail selon mon état.	<input type="radio"/>								
10. J'utilise des outils de gestion du temps pour faciliter la planification de mon horaire de travail (agenda, notifications ou rappels automatisés).	<input type="radio"/>								
11. Je planifie mon horaire pour avoir des périodes de travail sans interruption.	<input type="radio"/>								
12. Je prévois du jeu à mon horaire de travail pour mieux jongler avec les imprévus.	<input type="radio"/>								

S'approprier son espace de travail

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
13. J'aménage mon espace de travail à mon image (ex : décorations, photos, etc.).	<input type="radio"/>								
14. Je décide de mon lieu de travail (ex : télétravail) selon mon état.	<input type="radio"/>								
15. Je m'assure que mon espace de travail est confortable et ergonomique.	<input type="radio"/>								
16. Je garde mon espace de travail propre et ordonné.	<input type="radio"/>								

Remodeler ses relations et ses interactions sociales

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
17. J'entretiens des relations davantage professionnelles qu'amicales avec certains collègues.	<input type="radio"/>								
18. Je choisis de m'entourer de collègues positifs.	<input type="radio"/>								
19. Je choisis à qui parler de mes difficultés de santé mentale au travail.	<input type="radio"/>								
20. Je me crée une bulle pour respecter mon besoin d'être seul par moment au travail.	<input type="radio"/>								
21. J'informe mes collègues ou mon supérieur lorsque je suis dans une journée plus difficile.	<input type="radio"/>								
22. Je me laisse la liberté de choisir le canal de communication avec lequel je suis plus à l'aise (ex : courriel, téléphone) pour aborder des sujets plus sensibles au travail.	<input type="radio"/>								
23. Je demande de la rétroaction à mes collègues à propos de mon travail pour connaître mes forces et mes faiblesses.	<input type="radio"/>								
24. Je demande de la rétroaction à mon supérieur à propos de mon travail pour connaître mes forces et mes faiblesses.	<input type="radio"/>								
25. Je clarifie les attentes, rôles et responsabilités auprès de mes collègues.	<input type="radio"/>								
26. Je clarifie les attentes, rôles et responsabilités auprès de mon supérieur.	<input type="radio"/>								
27. Je mets en place des petites attentions pour prendre soin de mes collègues.	<input type="radio"/>								

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
28. J'offre du soutien à mes clients.	<input type="radio"/>								

Chercher du soutien social

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
29. Lorsque nécessaire, je n'hésite pas à demander de l'aide pour réaliser mes tâches au travail.	<input type="radio"/>								
30. J'échange avec des personnes vivant ou ayant vécu des difficultés similaires aux miennes.	<input type="radio"/>								
31. Je valide ma perception auprès de collègues dignes de confiance lorsque je fais face à une situation problématique.	<input type="radio"/>								
32. J'utilise le soutien disponible dans mon organisation (ex : programme d'aide aux employés, coach, groupes de co-développement).	<input type="radio"/>								

S'autoriser à prendre des pauses afin de récupérer son énergie

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
33. Je me change les idées en sortant de mon milieu de travail lors des pauses (ex : aller me chercher un café, manger à l'extérieur de mon environnement de travail le midi).	<input type="radio"/>								
34. Je prends une pause du travail pour manger une collation.	<input type="radio"/>								
35. Je prends un bref temps d'arrêt pour regarder dehors.	<input type="radio"/>								
36. Je prends une pause du travail pour aller respirer l'air frais dehors.	<input type="radio"/>								
37. Je profite de mes pauses au travail pour faire de l'activité physique.	<input type="radio"/>								
38. Je prends une pause de mon travail pour faire une activité relaxante.	<input type="radio"/>								
39. Je fais des activités ludiques sur mon heure de lunch au travail (ex : naviguer sur les réseaux sociaux ou lire un livre).	<input type="radio"/>								
40. J'utilise les temps de pause pour socialiser avec mes collègues.	<input type="radio"/>								

Stratégies cognitives

Gérer ses pensées négatives

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
41. Je porte attention à mes pensées négatives et les intercepte.	<input type="radio"/>								
42. Lorsque je fais face à des situations d'adversité, je me dis que cela est temporaire.	<input type="radio"/>								
43. Je me concentre sur autre chose (ex : sensations physiques, tâches à effectuer, demandes des clients) que mes symptômes.	<input type="radio"/>								

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
44. J'apprends à dédramatiser les situations.	<input type="radio"/>								
45. J'apprends à faire preuve d'autodérision à mon égard.	<input type="radio"/>								

Adopter une posture positive

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
46. J'apprends à trouver du positif dans chaque situation.	<input type="radio"/>								
47. Je vois mes erreurs comme une opportunité d'apprentissage.	<input type="radio"/>								
48. Je me mets rapidement en mode solution face à un problème.	<input type="radio"/>								
49. Je me remémore des affirmations positives (ex : mentras).	<input type="radio"/>								
50. Je repense à des situations positives vécues au travail (mandats stimulants, relations positives avec mes collègues).	<input type="radio"/>								
51. Je suis reconnaissant envers les opportunités professionnelles qui s'offrent à moi.	<input type="radio"/>								

Faire preuve de compassion et de bienveillance envers soi

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
52. Je m'assure de faire preuve de gentillesse lorsque je me parle (discours intérieur).	<input type="radio"/>								
53. J'apprends à identifier mes réussites.	<input type="radio"/>								
54. J'apprends à accepter les compliments.	<input type="radio"/>								
55. J'accepte de ne pas toujours être parfait dans ce que j'entreprends.	<input type="radio"/>								

Accepter les situations telles qu'elles sont

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
56. J'accepte mes difficultés de santé mentale.	<input type="radio"/>								
57. Je compare mes difficultés de santé mentale à des problèmes de santé physique.	<input type="radio"/>								
58. J'apprends à identifier les éléments sur lesquels je n'ai pas de contrôle afin de lâcher prise.	<input type="radio"/>								

Vivre le moment présent

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
59. Je me concentre sur ce qui se passe dans le moment présent.	<input type="radio"/>								
60. Je prends le temps de faire une chose à la fois.	<input type="radio"/>								
61. Je vis un jour à la fois.	<input type="radio"/>								
62. Je mets mes pensées sur papier afin de prendre le recul nécessaire.	<input type="radio"/>								

Développer une meilleure connaissance de soi

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
63. J'identifie les signes avant-coureurs d'une détérioration de ma santé mentale.	<input type="radio"/>								
64. J'identifie les causes de mes difficultés de santé mentale.	<input type="radio"/>								
65. Je choisis judicieusement mon employeur en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.	<input type="radio"/>								
66. Je choisis judicieusement mes mandats en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.	<input type="radio"/>								
67. Je me définis par autre chose que mon travail.	<input type="radio"/>								

Stratégies affectives

Identifier ses émotions

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
68. J'apprends à identifier et à nommer mes émotions.	<input type="radio"/>								

Gérer ses émotions

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
69. Je ventile auprès de mon entourage .	<input type="radio"/>								
70. Je ventile auprès de mes collègues .	<input type="radio"/>								
71. J'évite de me laisser envahir par mes émotions négatives	<input type="radio"/>								
72. J'évite de me laisser envahir par les émotions négatives des autres .	<input type="radio"/>								

Section 2 – Stratégies d'autogestion pouvant être utilisées à l'extérieur des lieux de travail

Stratégies comportementales

Séparer le travail de la vie personnelle

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
73. Je coupe le contact avec mon milieu de travail lorsque je ne travaille pas.	<input type="radio"/>								
74. Je crée un moment de transition entre ma journée de travail et la suite de ma journée.	<input type="radio"/>								
75. Je sépare mon espace de travail des autres aires de vie lorsque je travaille de la maison.	<input type="radio"/>								

Effectuer des activités qui permettent de se détacher psychologiquement du travail

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
76. Pour décrocher du travail, je fais des tâches différentes de celles que je fais dans le cadre de mon emploi.	<input type="radio"/>								

Effectuer des activités qui permettent de relaxer

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
77. Je fais de l'activité physique à faible intensité pour me détendre (ex : marche, méditation, yoga).	<input type="radio"/>								
78. Je fais des activités de détente qui me permettent de relaxer (ex : lire, écouter de la musique, écouter la télévision, prendre un bain).	<input type="radio"/>								
79. Je fais des activités en nature pour me détendre (ex : pêche, randonnée, camping).	<input type="radio"/>								
80. Je fais des activités artistiques qui me permettent de relaxer (ex : mandalas, scrapbooking).	<input type="radio"/>								

Effectuer des activités qui permettent d'avoir du plaisir

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
81. Je fais des activités que je trouve plaisantes.	<input type="radio"/>								
82. Je fais des activités avec des gens que j'apprécie.	<input type="radio"/>								
83. Je prends soin de mon animal de compagnie	<input type="radio"/>								

Effectuer des activités qui nourrissent le sentiment de compétence et d'utilité

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
84. Je me réalise dans l'apprentissage de nouvelles habiletés à l'extérieur du travail.	<input type="radio"/>								
85. J'effectue des activités qui me permettent de venir en aide à autrui et de me sentir utile (ex. : bénévolat) à l'extérieur du travail.	<input type="radio"/>								
86. Je relève des défis sportifs.	<input type="radio"/>								

Chercher du soutien social à l'extérieur du travail

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
87. Je demande des conseils à mon entourage (ex : conjoint, parents, amis) à propos de situations vécues au travail.	<input type="radio"/>								
88. Je consulte des professionnels de la santé à l'extérieur de mon milieu de travail (ex. : psychologue, groupe de soutien).	<input type="radio"/>								

Prendre soin de sa santé physique

	Pertinence				Clarté				Section
	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Faible	Moyenne	Bonne	Très bonne	Commentaires (facultatif)
89. J'organise mon horaire autour d'une routine quotidienne.	<input type="radio"/>								
90. J'adopte de saines habitudes de sommeil.	<input type="radio"/>								
91. J'adopte de saines habitudes alimentaires.	<input type="radio"/>								
92. Je limite ma consommation d'alcool (ex : boire en quantité modérée).	<input type="radio"/>								
93. Je prends ma médication.	<input type="radio"/>								
94. Je fais de l'activité physique.	<input type="radio"/>								
95. Je prends le temps de soigner mon apparence physique.	<input type="radio"/>								

Produit par Qualtrics

Questionnaire d'autogestion de la santé mentale au travail et ensemble de questionnaires ayant servi à la validation du QASMT

Bloc de questions par défaut

Étude sur l'autogestion de la santé mentale au travail



Nous vous remercions de votre intérêt pour cette étude portant sur l'autogestion de la santé mentale au travail. Avant de débiter, veuillez lire attentivement le formulaire d'information et de consentement. Si vous consentez à participer, vous serez redirigé.e vers le questionnaire.

I. Consentement à la participation

Chercheuse principale : Camille Roberge, candidate au Ph.D./Psy D.
Université du Québec à Montréal

Introduction : Vous êtes invité.e à participer à une étude qui s'adresse à toute personne occupant un emploi rémunéré à raison d'un minimum de 15h par semaine. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nature et objectifs du projet : L'objectif principal de cette recherche est de valider un questionnaire permettant de mesurer les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail. Les stratégies d'autogestion se traduisent par les actions concrètes qui peuvent être posées au quotidien pour gérer ses symptômes de détresse psychologique et favoriser sa santé mentale au travail.

Participation demandée : Afin de participer à cette étude, vous devez : être âgé.e de 18 ans et plus et occuper un emploi au moins 15h par semaine. Au total, environ 300 personnes seront recrutées pour participer à cette étude.

Votre participation consistera à : Si vous acceptez les conditions énoncées ici, vous serez invité.e à remplir un questionnaire en ligne qui prend environ 20 à 30 minutes à compléter. Certaines questions porteront sur les symptômes anxieux et dépressifs, sur votre fonctionnement et votre bien-être au travail ainsi que sur les stratégies que vous adoptez pour gérer votre santé mentale en tant que travailleur.

Avantages et bénéfices : Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à cette étude. Toutefois, en participant, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur l'autogestion de la santé mentale au travail.

Risques et inconvénients : Cette étude ne comporte pas de risque majeur pour votre santé. Toutefois, même si les questions portent sur des stratégies visant à promouvoir la santé au travail, certaines questions pourraient susciter un inconfort ou raviver des souvenirs liés à des situations négatives. Une liste de ressources d'aide psychologique est mise à votre disposition [ici](#) et sera également accessible à la fin du questionnaire. Vous pourrez entrer en contact avec ces ressources dans le cas où la passation du questionnaire susciterait chez vous des émotions plus négatives. Au besoin, vous pourrez aussi communiquer avec la chercheuse principale. Le seul autre inconvénient associé à votre participation à l'étude est le temps que vous consacrez à y participer (total d'environ 20 à 30 minutes).

Compensation : En complétant le questionnaire, vous courez la chance de gagner un montant de 100 \$ CAD qui sera transmis sous forme de virement interac électronique.

Clause de responsabilité : En cas de préjudice lié à votre participation à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou les établissements de leur responsabilité civile et professionnelle.

Confidentialité : Seules des questions nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet vous seront demandées. Votre adresse courriel vous sera également demandée dans le but de vous envoyer, si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche. Un code non-nominal vous sera attribué et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces informations. Votre adresse courriel vous sera également demandée dans le but de vous envoyer, si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche, ou de vous solliciter, avec votre consentement, à participer à d'autres études. La chercheuse principale ainsi que tous les membres de l'équipe de recherche s'engagent à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Les informations seront conservées sur le serveur institutionnel de l'Université du Québec à Montréal. Les données seront conservées pendant sept ans et seront par la suite détruites de façon sécuritaire.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité institutionnel d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'UQAM (CERPÉ).

Aucune publication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements à votre sujet qui sont conservés par les chercheurs. Vous avez également le droit de demander à ce que toute inexactitude soit corrigée.

Communication des résultats généraux : Au début du questionnaire, vous aurez la possibilité de nous indiquer si vous désirez recevoir un résumé des résultats de notre étude par courriel.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude : Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps en mettant fin au questionnaire.

Personnes-ressources : Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pourrez en tout temps communiquer avec la chercheuse principale du projet à l'adresse courriel suivante roberge.camille@courrier.uqam.ca ou avec sa directrice de recherche, Mme Sophie Meunier, au 514 987-3000 poste 7923 meunier.sophie@uqam.ca.

Le comité institutionnel d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer (CERPÉ). Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du CERPE, par courriel à cerpe.fsh@uqam.ca. Pour toute question concernant vos droits à titre de participant ou pour toute plainte, vous pouvez contacter l'Ombudsman de l'UQAM au (514) 987-3151 ou à l'adresse courriel suivante ombudsman@uqam.ca.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche de l'UQAM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Engagement de la chercheuse : Je certifie a) que nous nous sommes rendus disponibles pour expliquer au participant les termes du présent formulaire de consentement ; b) qu'an lui a clairement indiqué par le présent formulaire qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Camille Roberge



Nom de la chercheuse

Signature de la chercheuse

Informations de type administratif :

- En acceptant de participer à cette étude, l'équipe de recherche recevra l'acceptation du participant. Cette information sera conservée de façon confidentielle au bureau de recherche de l'UQAM.
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le comité institutionnel d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) le 26 février 2021.
- No de référence : 4889

Remerciements : Votre collaboration à notre projet de recherche est précieuse pour nous et nous tenons à vous en remercier.

Vous pouvez cliquer sur [ce lien](#) pour télécharger une copie du formulaire de consentement.

Consentement : Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter la responsable du projet (ou son délégué) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que, s'il y a lieu, on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.



Vous devez fournir votre consentement afin de pouvoir participer à l'étude.

Si vous vous êtes trompé.e, vous pouvez cliquer sur la flèche de gauche pour revenir à la page précédente ou cliquer sur « recommencer l'enquête » en haut à gauche.

II. Questions préliminaires

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette étude importante qui s'intéresse aux stratégies d'autogestion utilisées par les travailleurs.euses afin de favoriser leur santé mentale et leur fonctionnement au travail. L'ensemble du questionnaire devrait prendre environ 20 à 30 minutes à compléter. En guise de remerciement, **vous courez la chance de gagner un montant de 100\$ CAD.**

Êtes-vous âgé.e de 18 ans ou plus ?

- Oui
 Non

Malheureusement vous devez être âgé.e. de 18 ans et plus et travailler minimum 15 heures par semaine pour participer à l'étude.

Présentement travaillez-vous au moins 15 heures par semaine ?

- Oui
 Non

Malheureusement vous devez être âgé.e. de 18 ans et plus et travailler minimum 15 heures par semaine pour participer à l'étude.

Avez-vous participé à l'entrevue* qualitative de l'étude « Au travail, En action! » ?

***Les entrevues ont eu lieu entre avril 2019 et octobre 2020 dans les locaux de l'UQAM ou via Zoom.**

- Oui Non

Malheureusement vous ne devez pas avoir participé à l'entrevue pour pouvoir participer à l'étude.

Afin que nous puissions communiquer avec le gagnant du tirage au sort (100 \$ CAD), veuillez indiquer votre adresse courriel* :

*Un code non-nominal sera associé à votre adresse courriel afin de préserver l'anonymat de vos réponses.

Veuillez confirmer votre adresse courriel en la saisissant à nouveau :

Je souhaite recevoir les résultats de l'étude à l'adresse courriel mentionnée ci-dessus.

- Oui
 Non

J'accepte d'être contacté.e par courriel afin d'être invité.e à participer aux prochaines études menées par le Laboratoire de Recherche sur la Santé au Travail.

- Oui
 Non

Autogestion de ma santé mentale au travail

Ce questionnaire s'intéresse aux stratégies utilisées par les travailleurs.euses afin de favoriser leur santé mentale et leur fonctionnement au travail. Ces stratégies réfèrent à tous les petits gestes qui peuvent être posés au quotidien pour gérer ses symptômes de détresse psychologique et favoriser sa santé mentale au travail.

Stratégies d'autogestion pouvant être utilisées pendant les heures de travail

Pour chaque stratégie, veuillez indiquer à quelle fréquence vous avez utilisée au cours des deux derniers mois **pendant vos heures de travail**. Pour ce faire, veuillez répondre à l'aide de l'échelle de réponse allant de « Jamais utilisée » à « Très souvent utilisée ».

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons connaître votre réalité!

	À quelle fréquence avez-vous utilisé cette stratégie au cours des deux derniers mois pendant vos heures de travail ?				
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
Je me fixe des objectifs de travail réalistes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'utilise des outils de gestion du temps pour faciliter la planification de mon horaire de travail (ex. : agenda, rappels automatisés avec notifications, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque nécessaire, je n'hésite pas à demander de l'aide pour réaliser mes tâches au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'utilise le soutien disponible dans mon organisation (ex. : programme d'aide aux employés, coach, groupes de co-développement, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	À quelle fréquence avez-vous utilisé cette stratégie au cours des deux derniers mois pendant vos heures de travail ?				
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
Je me change les idées en sortant de mon milieu de travail lors des pauses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me crée une bulle pour respecter mon besoin d'être seule par moment au travail (ex. : me retirer dans un endroit isolé, mettre mes écouteurs, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je valide ma perception auprès de collègues dignes de confiance lorsque je fais face à une situation problématique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je profite de mes pauses au travail pour faire de l'activité physique (ex. : prendre une marche).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
Je me fais des listes de tâches à effectuer selon l'ordre des priorités au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je choisis à qui parler de mes difficultés de santé mentale au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'assure que mon espace de travail est confortable et ergonomique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'informe mes collègues ou mon supérieur lorsque je vis une journée plus difficile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prévois des périodes libres à mon horaire de travail pour mieux gérer les imprévus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je clarifie ce qui est attendu de moi auprès de <u>mes collègues</u> (ex. : rôles et responsabilités).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends une pause du travail pour aller respirer l'air frais dehors.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'échange avec des collègues ayant vécu ou vivant des difficultés similaires aux miennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
Je sépare mes mandats en plusieurs petites étapes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me laisse la liberté de choisir la façon de communiquer avec laquelle je suis plus à l'aise (ex. : courriel, téléphone, etc.) pour aborder des sujets plus sensibles au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends une pause de mon travail pour faire une activité relaxante (ex. : étirements, méditation, exercices de respiration, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends des notes pour limiter mes oublis au travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je clarifie ce qui est attendu de moi auprès de <u>mon supérieur</u> (ex. : rôles et responsabilités).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'utilise les temps de pause pour socialiser avec mes collègues.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	À quelle fréquence avez-vous utilisé cette stratégie au cours des deux derniers mois pendant vos heures de travail ?				
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
J'apprends à dire non pour éviter d'être surchargé.e.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je choisis judicieusement mes mandats en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stratégies d'autogestion pouvant être utilisées pendant les heures de travail ou en dehors des heures de travail

Pour chaque stratégie, veuillez indiquer à quelle fréquence vous l'avez utilisée au cours des deux derniers mois **pendant vos heures de travail ou en dehors de vos heures de travail**. Pour ce faire, veuillez répondre à l'aide de l'échelle de réponse allant de « Jamais utilisée » à « Très souvent utilisée ».

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons connaître votre réalité!

	À quelle fréquence avez-vous utilisé cette stratégie au cours des deux derniers mois pendant vos heures de travail ou en dehors de vos heures de travail ?				
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
Lorsque je fais face à des situations d'adversité, je me dis que cela est temporaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprends à identifier mes réussites.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me définis par autre chose que mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'accepte de ne pas toujours être parfaite dans ce que j'entreprends.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprends à identifier et à nommer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je prends le temps de faire une chose à la fois.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'assure de faire preuve de gentillesse lorsque je me parle (discours intérieur).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je choisis judicieusement <u>mon employeur</u> en fonction de mes valeurs, de mes forces et de mes intérêts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me mets rapidement en mode solution face à un problème.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'identifie les signes avant-coureurs d'une détérioration de ma santé mentale (ex. : irritabilité, fatigue accrue, baisse de motivation, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évite de me laisser envahir par les émotions négatives <u>des autres</u> .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	À quelle fréquence avez-vous utilisé cette stratégie au cours des deux derniers mois pendant vos heures de travail ou en dehors de vos heures de travail ?				
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
Je repense à des situations positives vécues au travail (ex. : mandats stimulants, relations positives avec mes collègues, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je porte attention à mes pensées négatives et tente de les modifier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je compare les difficultés liées à ma santé mentale à des problèmes de santé physique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me concentre sur ce qui se passe dans le moment présent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je vois mes erreurs comme une opportunité d'apprentissage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais utilisée	Rarement utilisée	Parfois utilisée	Souvent utilisée	Très souvent utilisée
J'apprends à voir les choses de façon positive.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évite de me laisser envahir par mes émotions négatives.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprends à accepter les compliments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis reconnaissant.e envers les opportunités professionnelles qui s'offrent à moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprends à dédramatiser les situations.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprends à identifier les éléments que je ne contrôle pas afin de lâcher prise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'écris mes pensées pour prendre le recul nécessaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acceptez-vous d'être contacté.e par courriel par notre équipe de recherche dans environ 2 semaines afin de compléter une seconde fois le questionnaire portant sur les stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail (durée approximative de 10 minutes)*?

*En guise de récompense, **un deuxième tirage au sort de 100\$ CAD sera effectué** parmi les participant.e.s ayant complété une seconde fois le questionnaire.

- Oui
 Non

Mes caractéristiques en tant que travailleur.euse

Quel est le titre de votre emploi ?

Dans quelle catégorie votre emploi se situe-t-il ?

- Emploi manuel (ex. : journalier, opérateur, ouvrier, mécanicien, etc.)
- Emploi de bureau (ex. : adjoint administratif, réceptionniste, etc.)
- Emploi lié au service à la clientèle (ex. : caissier, représentant service à la clientèle, commis, etc.)
- Technicien (technicien en informatique, technicien en génie civil, technicien juridique, etc.)
- Professionnel (avocat, psychologue, ingénieur, etc.)
- Cadre ou direction (superviseur, chef d'équipe, directeur, etc.)
- Autre :

Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi ?

Veillez sélectionner l'affirmation qui représente le mieux votre situation :

- Travailleur.euse autonome
- Travailleur.euse au sein d'une organisation non-syndiquée
- Travailleur.euse au sein d'une organisation syndiquée

À l'aide du curseur, veuillez indiquer combien d'heures par semaine (en moyenne) vous travaillez :



Présentement, êtes-vous en télétravail ?

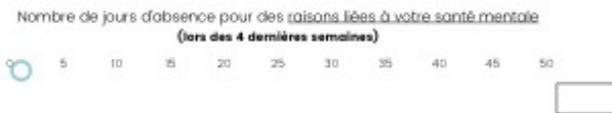
- Oui
- Non

À l'aide du curseur, veuillez indiquer combien de jour(s) par semaine vous êtes **en télétravail** présentement :



Votre organisation compte environ combien d'employés ?

À l'aide du curseur, veuillez indiquer combien de jours vous avez dû vous absenter du travail au cours des **quatre dernières semaines**, pour des raisons liées à votre santé mentale.



Santé psychologique au travail (Gilbert et Malo, 2017)

Les prochains énoncés décrivent comment les gens peuvent se sentir au travail. Veuillez sélectionner le choix de réponse qui correspond le mieux à votre situation.

Ces temps-ci dans mon emploi...

	Jamais (1)	Presque jamais (2)	Rarement (3)	Parfois (4)	Fréquemment (5)	Presque toujours (6)	Toujours (7)
J'ai le goût d'entreprendre plein de choses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens appréciée des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai des buts.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je demeure moi-même avec quiconque.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve mon travail stimulant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai du plaisir dans mes relations.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens énergique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai un bon moral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais (1)	Presque jamais (2)	Rarement (3)	Parfois (4)	Fréquemment (5)	Presque toujours (6)	Toujours (7)
Je me sens équilibré(e) émotionnellement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonctionnement au travail (LEAPS; Lam, 2009)

Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous fait face aux problèmes suivants?

Vos réponses doivent s'appliquer uniquement au temps passé au travail.

	Jamais (0 %)	Quelques fois (25 %)	La moitié du temps (50 %)	La plupart du temps (75 %)	Tout le temps (100 %)
Manque d'énergie ou de motivation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés de concentration ou perte de mémoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anxiété ou irritabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminution de la somme de travail effectué	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail de piètre qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreurs plus nombreuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relations interpersonnelles conflictuelles ou tendance à éviter les gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Désirabilité sociale (Reynolds, 1982)

Lisez chaque énoncé et indiquez s'il est vrai ou faux en ce qui vous concerne.

	Vrai	Faux
Je trouve parfois difficile de continuer à travailler si on ne m'encourage pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens parfois de la rancœur quand je ne peux pas faire les choses à ma façon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À quelques occasions, il m'est arrivé de renoncer à ce que j'avais entrepris parce que je ne croyais pas avoir les habiletés nécessaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quelques fois, j'ai eu envie de me rebeller contre des gens qui exercent l'autorité même si je savais qu'ils avaient raison.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peu importe la personne qui me parle, j'écoute toujours très bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'est déjà arrivé de profiter de quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lorsque je fais une erreur, je suis toujours prête à l'admettre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Vrai	Faux
J'essaie parfois de me venger plutôt que de pardonner et d'oublier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis toujours poli.e même avec les gens désagréables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai jamais été contrarié.e lorsque les gens exprimaient des idées très différentes des miennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il m'est arrivé d'être assez jaloux.se de la chance des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens parfois initié.e lorsque des gens me demandent des faveurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'ai jamais dit délibérément quelque chose qui pouvait blesser quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment je me sens en général

À l'aide du curseur, veuillez indiquer à quel point la situation entourant le coronavirus (COVID-19) est une source de stress pour vous.



Symptômes de dépression (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)

Au cours des **deux dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été dérangé.e par les problèmes suivants?

Veuillez sélectionner le choix qui correspond le mieux à votre situation.

	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de la moitié des jours (2)	Presque tous les jours (3)
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir triste, déprimé.e ou désespéré.e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés à s'endormir ou à rester endormi.e, ou trop dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentir fatigué.e ou avoir peu d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peu d'appétit ou trop manger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de la moitié des jours (2)	Presque tous les jours (3)
Mauvaise perception de vous-même, ou vous pensez que vous êtes une perdant.e ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité.e que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vous avez pensé que vous seriez mieux mort.e, ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Symptômes d'anxiété (GAD-7; Spitzer et al., 2006)

Au cours des **deux dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été dérangé.e par les problèmes suivants?

Veuillez sélectionner le choix qui correspond le mieux à votre situation.

	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de la moitié des jours (2)	Presque tous les jours (3)
Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à se détendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de la moitié des jours (2)	Presque tous les jours (3)
Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Devenir facilement contrarié.e ou irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionnaire d'autogestion de la santé mentale (QASMT; Coulombe et al., 2015)

Autogestion de ma santé mentale

Les prochaines questions s'intéressent aux moyens utilisés par les personnes qui vivent de la détresse psychologique pour préserver leur équilibre et leur santé mentale. Les personnes diffèrent quant aux moyens qu'elles utilisent. Ci-dessous, vous trouverez une liste de moyens que vous utilisez peut-être pour aller mieux et pour maintenir une bonne santé mentale.

Pour chaque moyen ci-dessous, indiquez à quelle fréquence vous l'avez utilisé dans les 2 derniers mois, en choisissant un chiffre sur l'échelle allant de (0) Jamais à (4) Très souvent. Si cette stratégie ne s'applique pas à votre situation, veuillez sélectionner « Ne s'applique pas ». Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais (0)	Très rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Très souvent (4)	Ne s'applique pas
Je me tiens informé.e des ressources disponibles pour m'aider avec les difficultés que je vis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je consulte un professionnel (médecin, psychologue, travailleur social, etc.) pour mes difficultés de santé mentale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'implique activement dans le processus thérapeutique avec le(s) professionnel(s) de la santé que je consulte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je participe à un groupe de soutien ou d'entraide pour m'aider à gérer les difficultés que je vis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais (0)	Très rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Très souvent (4)	Ne s'applique pas
Je prends des médicaments pour mon problème de santé mentale selon les indications d'un professionnel de la santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie de résoudre les problèmes qui m'arrivent en y allant une étape à la fois.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais (0)	Très rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Très souvent (4)	Ne s'applique pas
Je suis attentif aux signes avant-coureurs d'une difficulté de santé mentale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'apprends à faire la distinction entre mes difficultés de santé mentale et moi en tant que personne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je concentre mon attention sur le moment présent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie de mieux vivre avec mes limites.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me félicite pour mes réussites, petites ou grandes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie de m'aimer comme je suis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jamais (0)	Très rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Très souvent (4)	Ne s'applique pas
Je gère mon horaire en fonction de mes capacités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je trouve du réconfort, de l'écoute auprès de mon entourage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais des activités que j'aime pour garder un rythme de vie actif.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je fais du sport, de l'activité physique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai une alimentation saine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais (0)	Très rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Très souvent (4)	Ne s'applique pas
Je fais des exercices pour me relaxer (yoga, tai-chi, techniques de respiration, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Stratégies d'adaptation (Adptation de Baumstarck et al., 2017)

Faire face au stress

La prochaine série de questions concerne la façon dont vous réagissez au stress de façon générale dans votre quotidien. Chaque énoncé présente une façon différente d'y faire face et nous voulons savoir à quel point cela s'applique à vous. Sachez qu'il n'y a aucune bonne réponse et que nous cherchons à obtenir le reflet le plus près de votre réalité.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément en sélectionnant une réponse allant de (1) Pas du tout à (4) Toujours.

Lorsque je fais face à une situation stressante ...

	Pas du tout (1)	De temps en temps (2)	Souvent (3)	Toujours (4)
Je détermine une ligne d'action et je la suis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout (1)	De temps en temps (2)	Souvent (3)	Toujours (4)
Je me critique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	De temps en			
	Pas du tout (1)	temps (2)	Souvent (3)	Toujours (4)
Je prends la situation avec humour.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	De temps en			
	Pas du tout (1)	temps (2)	Souvent (3)	Toujours (4)
J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je planifie les étapes à suivre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me reproche les choses qui m'arrivent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'amuse de la situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mes caractéristiques

À l'aide du curseur, veuillez indiquer votre âge :

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

À quel genre vous identifiez-vous ?

- Homme
- Femme
- Non binaire
- Je préfère ne pas répondre

Dans quel pays êtes-vous né.e ?

- Canada
- Autre :

Quel est votre statut actuel ?

- Mariée ou en couple
- Veuf, ve, divorcée ou séparée
- Célibataire
- Autre :

Quel était votre revenu annuel pour la dernière année ?

***Nous voulons savoir la somme totale de votre revenu brut (en dollar canadien) avant impôts et déductions.**

Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez terminé (ou l'équivalent si vous avez effectué votre scolarité ailleurs qu'au Québec) ?

- Sans diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études professionnelles
- Diplôme d'études collégiales (pré-universitaire ou technique)
- Diplôme d'études universitaires (certificat, baccalauréat, maîtrise, doctorat)

Merci ! Le questionnaire est maintenant complété.

Nous vous remercions sincèrement pour votre participation et vous invitons à partager le lien de cette étude dans votre entourage! Nous communiquerons avec le gagnant du tirage au sort lorsque le recrutement de cette étude sera terminé. Si vous avez indiqué votre intérêt pour compléter une seconde fois le questionnaire portant sur l'autogestion de la santé mentale au travail, nous vous contacterons dans environ deux semaines.

Produit par Qualtrics

RÉFÉRENCES

- Agresta, S., Devault-Tousignant, C., Esteban, F., Fontaine, P., Gauthier, K., Huberdeau, A. J., La Haye-Caty, N., Monnier, J., & Trinh, S. (2022). *Accès aux soins en santé mentale : Un portrait québécois alarmant*. <https://psychotherapeutesquebec.ca/wp-content/uploads/2022/06/Acce%CC%80s-aux-soins-en-sante%CC%81-mentale-Rapport-annuel-2022-MQRP-1.pdf>
- Alverson, M., Becker, D. R., & Drake, R. E. (1995). An ethnographic study of coping strategies used by people with severe mental illness participating in supported employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 115–128. <https://doi.org/10.1037/h0095476>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed., Vol. 10). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1–280. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Arora, T., & Grey, I. (2020). Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini-review. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1155–1163. <https://doi.org/10.1177/135910532093705>
- Arthurs, E., Steele, R. J., Hudson, M., Baron, M., Thombs, B. D., & Canadian Scleroderma Research, G. (2012). Are scores on English and French versions of the PHQ-9 comparable? An assessment of differential item functioning. *PloS One*, 7(12), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052028>
- Ashforth, B. E., Kreiner, G. E., & Fugate, M. (2000). All in a day's work: Boundaries and micro role transitions. *Academy of Management Review*, 25(3), 472–491. <https://doi.org/10.5465/amr.2000.3363315>
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2016). *Le stress*. <https://cmha.ca/fr/brochure/le-stress/>
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2023). *Norme nationale*. <https://commissionsantementale.ca/norme-nationale/>
- Association canadienne pour la santé mentale (ACSM). (2024). *L'importance de la promotion et de la prévention pour une population en bonne santé mentale*. <https://acsmmontreal.qc.ca/limportance-de-la-promotion-et-de-la-prevention-pour-une-population-en-bonne-sante-mentale/>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail (APSAM). (2021). *Santé psychologique au travail : une nouvelle fiche pour reconnaître et agir*. <https://www.apsam.com/actualites/sante-psychologique-au-travail-une-nouvelle-fiche-pour-reconnaitre-et-agir>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285. <https://dx.doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Baraldi, R., Bordeleau, M., Plante, N., & Joubert, K. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-Santé mentale*

- 2012-Portrait chiffré. Institut de la statistique du Québec.
<https://policycommons.net/artifacts/3690268/portrait-statistique-de-la-sante-mentale-des-quebecois/4496138/>
- Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(4), 272–285. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00499.x>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, *48*(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Barnard, S. A., Alexander, B. A., Lockett, A. K., Lusk, J. J., Singh, S., Bell, K. P., & Harbison, L. A. (2020). Mental health and self-care practices among dental hygienists. *American Dental Hygienists' Association*, *94*(4), 22–28.
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various χ^2 approximations. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, *16*(2), 296–298. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1954.tb00174.x>
- Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: A new French four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0581-9>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A., Crain, A. L., Solberg, L. I., Unützer, J., Glasgow, R. E., Maciosek, M. V., & Whitebird, R. (2011). Severity of depression and magnitude of productivity loss. *The Annals of Family Medicine*, *9*(4), 305–311. <https://doi.org/10.1370/afm.1260>
- Beck, A., Crain, A. L., Solberg, L. I., Unützer, J., Glasgow, R. E., Maciosek, M. V., & Whitebird, R. (2014). Does severity of depression predict magnitude of productivity loss? *The American Journal of Managed Care*, *20*(8), 294–301.
- Bellavia, G. M., & Frone, M. K. (2005). Work-family conflict. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (pp. 113–148). Sage Publications. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412975995.n6>
- Benjamin, B., & Boyer, C. (2019). *Canada's mental health agenda should address mental health in the workplace*. <https://www.conferenceboard.ca/insights/blogs/canada-s-mental-health-agenda-shouldaddress-mental-health-in-the-workplace>
- Berkowsky, R. W. (2013). When you just cannot get away. *Information, Communication & Society*, *16*(4), 519–541. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2013.772650>
- Bertilsson, M., Petersson, E.-L., Östlund, G., Waern, M., & Hensing, G. (2013). Capacity to work while depressed and anxious—a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, *35*(20), 1705–1711. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.751135>
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(6), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>

- Bodenheimer, T. (2003). Interventions to improve chronic illness care: Evaluating their effectiveness. *Disease Management*, 6(2), 63–71. <https://doi.org/10.1089/109350703321908441>
- Bodenheimer, T. (2005). Helping patients improve their health-related behaviors: What system changes do we need? *Disease Management*, 8(5), 319–330. <https://doi.org/10.1089/dis.2005.8.319>
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*, 288(14), 1775–1779. <https://doi:10.1001/jama.288.14.1775>
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057–1067. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
- Bond, F. W., & Flaxman, P. E. (2006). The ability of psychological flexibility and job control to predict learning, job performance, and mental health. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1–2), 113–130. https://doi.org/10.1300/J075v26n01_05
- Boulet, M., & Parent-Lamarche, A. (2020). Le bien-être psychologique et la performance au travail en temps de pandémie COVID-19? *Le carrefour des acteurs publics*, 7(2), 1–7.
- Bower, P., Richards, D., & Lovell, K. (2001). The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 51(471), 838–845.
- Bowman, J. (2007). Dealing with job stress: Peer support, time management, and self-care are key. *Professional Case Management*, 12(5), 252–253. <https://doi.org/10.1097/01.PCAMA.0000291422.69234.3e>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>
- Brooks, J. A., Shablack, H., Gendron, M., Satpute, A. B., Parrish, M. H., & Lindquist, K. A. (2017). The role of language in the experience and perception of emotion: A neuroimaging meta-analysis. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(2), 169–183. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw121>
- Brough, P., & Pears, J. (2004). Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. *International Journal of Organisational Behaviour*, 8(2), 472–485.
- Canadian Mental Health Association. (2017). *Mental illness in the workplace*. <https://cmha.ca/resources/mental-illness-in-the-workplace>

- Cancio, E. J., Larsen, R., Mathur, S. R., Estes, M. B., Johns, B., & Chang, M. (2018). Special education teacher stress: Coping strategies. *Education and Treatment of Children, 41*(4), 457–482. <https://www.jstor.org/stable/26535287>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*(2), 245–276. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10
- Center for Addiction and Mental Health. (2022). CAMH's Workplace mental health playbook for business leaders. CAMH. <https://www.camh.ca/en/health-info/workplace-mental-health-playbook-for-business-leaders>
- Chaloult, L. (2008). La thérapie cognitivo-comportementale: Théorie et pratique. G. Morin.
- Chambers, E., Cook, S., Thake, A., Foster, A., Shaw, S., Hutten, R., . . . Ricketts, T. (2015). The self-management of longer-term depression: Learning from the patient, a qualitative study. *BMC Psychiatry, 15*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0550-6>
- Charbonneau, A., Bruning, W., Titus-Howard, T., Ellerbeck, E., Whittle, J., Hall, S., Campbell, J., Lewis, S. C., & Munro, S. (2005). The community initiative on depression: Report from a multiphase work site depression intervention. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47*(1), 60–67. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000147211.63924.87>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttrop, M. J., Hilton, L., Rhodes, S., & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine, 143*(6), 427–438. . <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00007>
- Chong, S., Kim, Y. J., Lee, H. W., Johnson, R. E., & Lin, S.-H. (Joanna). (2020). Mind your own break! The interactive effect of workday respite activities and mindfulness on employee outcomes via affective linkages. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 159*, 64–77. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2019.11.001>
- Clark, D. A. (2013). Cognitive restructuring. In the Wiley handbook of cognitive behavioral therapy (pp. 1–22). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt02>
- Clinique de psychologie Québec. (2019). *Anxiété, stress, angoisse : comment les distinguer ?* <https://cliniquepsychologiequebec.com/anxiete-stress-angoisse-comment-les-distinguer/>
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs, 28*(1), 75–85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>
- Commission de la santé mentale du Canada (2023). *Norme nationale*. <https://commissionsantementale.ca/norme-nationale/>

- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., & Marconi, C. (2014). Emotional regulation and depression: A potential mediator between heart and mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2014/324374>
- Conference Board of Canada. (2012). Mental health issues in the labour force: Reducing the economic impact on Canada. Conference Board of Canada.
- Conn, V. S. (2010a). Anxiety outcomes after physical activity interventions: Meta-analysis findings. *Nursing Research*, 59(3), 224–231. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181dbb2f8>
- Conn, V. S. (2010b). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: Meta-analysis findings. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(2), 128–138. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9172-x>
- Corbière, M., & Fraccaroli, F. (2020). La conception, la validation, la traduction et l'adaptation transculturelle d'outils de mesure: Des exemples en santé mentale et travail. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2^e édition: Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 703–752). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1c29qz7.32>
- Corbiere, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J. F. (2012). Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: Perspectives from different stakeholders. *The Scientific World Journal*, 2012. <https://doi.org/10.1100/2012/516358>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). Unending work and care: Managing chronic illness at home. Jossey-Bass.
- Corrigan, P. W. (2015). *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination* (Vol. 1). American Psychological Association.
- Costantini, L., Pasquarella, C., Odone, A., Colucci, M. E., Costanza, A., Serafini, G., ... & Amerio, A. (2021). Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 279, 473–483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.131>
- Coulombe, S., de Lafontaine, M.-F., Gauthier, C.-A. (2022). Portrait 2022 de la santé mentale des travailleuses et travailleurs de PME au Canada. Chaire de recherche Relief en santé mentale, autogestion et travail, Université Laval.
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D., & Houle, J. (2016). Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: A person-centered exploration of people's engagement in self-management. *Frontiers in Psychology*, 7, 1–21. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00584>
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Trépanier, S.-G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., Meunier, S., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders*, 181, 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.007>
- Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Self management. In A. Baum, S. Newman, & J. Weinman (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology Health and Medicine*. Cambridge University Press.

- Creer, T. L., Renne, C. M., & Christian, W. P. (1976). Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehabilitation Literature*.
- Crowne, D. P., Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1964). The approval motive: Studies in evaluative dependence. Wiley.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A., & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: A meta-analysis. *PloS One*, *6*(6), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021274>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(2), 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.002>
- Daly, M. (2022). Prevalence of psychological distress among working-age adults in the United States, 1999–2018. *American Journal of Public Health*, *112*(7), 1045–1049. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306828>
- Danielsson, L., Elf, M., & Hensing, G. (2017). Strategies to keep working among workers with common mental disorders – a grounded theory study. *Disability and Rehabilitation*, *41*(7), 786–795. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1408711>
- Dawson, D. L., & Golijani-Moghaddam, N. (2020). COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *17*, 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.010>
- Deady, M., Collins, D. A. J., Johnston, D. A., Glozier, N., Calvo, R. A., Christensen, H., & Harvey, S. B. (2022). The impact of depression, anxiety and comorbidity on occupational outcomes. *Occupational Medicine*, *72*(1), 17–24. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab142>
- Delanoëije, J., Verbruggen, M., & Germeys, L. (2019). Boundary role transitions: A day-to-day approach to explain the effects of home-based telework on work-to-home conflict and home-to-work conflict. *Human Relations*, *72*(12), 1843–1868. <https://doi.org/10.1177/0018726718823071>
- DeVellis, F. R. (2016). Scale development: Theory and applications. Sage Publications, Inc. <https://b-ok.cc/book/5005126/ae5b5e>
- DeVon, H. A., Block, M. E., Moyle-Wright, P., Ernst, D. M., Hayden, S. J., Lazzara, D. J., Savoy, S. M., & Kostas-Polston, E. (2007). A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship*, *39*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x>
- Dewa, C. (2017). Les coûts des troubles mentaux en milieu de travail peuvent-ils être réduits ? *Santé mentale au Québec*, *42*(2), 31–38. <https://doi.org/10.7202/1041912ar>
- Dewa, C. S., McDaid, D., & Ettner, S. L. (2007). An international perspective on worker mental health problems: Who bears the burden and how are costs addressed? *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(6), 346–356. <https://doi.org/10.1177/070674370705200603>
- Dewa, C., Lesage, A., Goering, P., & Caveen, M. (2004). Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers*, *5*(2), 12–25. <https://doi.org/10.12927/hcpap..16820>

- Dimoff, J. K., & Kelloway, E. K. (2016). Resource utilization model: Organizational leaders as resource facilitators. *The Role of Leadership in Occupational Stress*, 14, 141–160. <https://doi.org/10.1108/S1479-355520160000014006>
- Dimoff, J. K., & Kelloway, E. K. (2019). Signs of struggle (SOS): The development and validation of a behavioural mental health checklist for the workplace. *Work & Stress*, 33(3), 295–313. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1503359>
- Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 579–599. <https://doi.org/10.1348/096317909X470690>
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29–39. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x>
- Duggal, H. S. (2019). Self-management of depression: Beyond the medical model. *The Permanente Journal*, 23, 18–295. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-295>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & LaPointe, N. (1994). *Meaning and key characteristics of empowerment* (p. 28). Brookline Books.
- Ellis, A. (2003). *Cognitive restructuring of the disputing of irrational beliefs*. John Wiley & Sons Hoboken.
- Elsayed, S., Hasan, A. A., & Musleh, M. (2018). Work stress, coping strategies and levels of depression among nurses working in mental health hospital in Port-Said city. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(2), 157–170. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1343859>
- Endicott, J., & Nee, J. (1997). Endicott work productivity scale (EWPS): A new measure to assess treatment effects. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 13–16.
- Epping-Jordan, J. E., Harris, R., Brown, F. L., Carswell, K., Foley, C., García-Moreno, C., ... & van Ommeren, M. (2016). Self-Help Plus (SH+): A new WHO stress management package. *World Psychiatry*, 15(3), 295. <https://doi.org/10.1002/wps.20355>
- Evans-Lacko, S., & Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525–1537. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1278-4>
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80–92. <https://doi.org/10.1177/160940690600500107>
- Firmin, M. (2008). Themes. In L. M. Given (Ed.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods* (p. 1072). Sage publications.
- Fitzsimons, S., & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health*, 11(5), 481–499. <https://doi.org/10.1080/09638230020023>

- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358. <https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Fleten, N., & Johnsen, R. (2006). Reducing sick leave by minimal postal intervention: A randomised, controlled intervention study. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(10), 676–682. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2005.020438>
- Ford, M. T., Cerasoli, C. P., Higgins, J. A., & Decesare, A. L. (2011). Relationships between psychological, physical, and behavioural health and work performance: A review and meta-analysis. *Work & Stress*, 25(3), 185–204. <https://doi.org/10.1080/02678373.2011.609035>
- Gaillard, R., Gourion, D., & Llorca, P. M. (2013). L'anhédonie dans la dépression. *L'encéphale*, 39(4), 296–305.
- Ganster, D. C., Hennessey, H. W., & Luthans, F. (1983). Social desirability response effects: Three alternative models. *Academy of Management Journal*, 26(2), 321–331. <https://doi.org/10.5465/255979>
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- George, D., & Mallery, P. (2019). IBM SPSS Statistics 26 step by step: A simple guide and reference (6th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429056765>
- Gilbert, M.-H., & Malo, M. (2017). *Psychological health at work: A measurement scale validation*. [Communication orale réalisée dans le cadre d'un symposium]. 18th European Congress of Work and Organizational Psychology, Dublin, Ireland.
- Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195–203. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001>
- Giorgi, G., Lecca, L. I., Alessio, F., Finstad, G. L., Bondanini, G., Lulli, L. G., Arcangeli, G., & Mucci, N. (2020). COVID-19-related mental health effects in the workplace: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–22. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217857>
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261–1267. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.8.1261>
- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). *Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales*. Midwest research-to-practice conference in adult, continuing, and community education. <https://scholarworks.iupui.edu/handle/1805/344>
- Gloster, A. T., Meyer, A. H., & Lieb, R. (2017). Psychological flexibility as a malleable public health target: Evidence from a representative sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.003>
- Goetzl, R. Z., Roemer, E. C., Hologue, C., Fallin, M. D., McCleary, K., Eaton, W., ... & Mattingly, C. R. (2018). Mental health in the workplace: A call to action proceedings from the mental health in the

- workplace—Public Health Summit. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), 322–330.
- Gouvernement du Québec. (2019). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/programme-quebecois-de-psychotherapie-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>
- Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., Nabitz, U. W., & Schene, A. H. (2015). Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expectations*, 18(5), 1339–1348. <https://doi.org/10.1111/hex.12112>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of Qualitative Research*, 2(163-194), 105–117.
- Guerrero, M. D., & Barnes, J. D. (2022). Profiles of mental health and their association with negative impacts and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: A Canadian perspective. *Health reports*, 33(8), 19–30.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59–82.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43(1), 39–48. <https://doi:10.1017/S0033291712002395>
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70–76. <https://doi.org/10.3316/informit.545561433272993>
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. S., & Haslam, R. A. (2005). Anxiety and depression in the workplace: Effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.07.009>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3–29). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- Henderson, M., Harvey, S. B., Øverland, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2011). Work and common psychiatric disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(5), 198–207. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.100231>
- Hinkin, T. R. (2005). Scale development principles and practices. In R. A. Swanson & E. F. Holton (Eds.), *Research in organizations: Foundational principles, processes, and methods of inquiry* (pp. 161–179). Berrett-Koehler Press.
- Hjarsbech, P. U., Nielsen, M. B. D., Andersen, M. F., Rugulies, R., & Christensen, U. (2015). Struggling at work – a qualitative study of working Danes with depressive symptoms. *Disability and Rehabilitation*, 37(18), 1674–1682. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.973970>
- Houle, J., Gascon-Depatie, M., Bélanger-Dumontier, G., & Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.012>

- Houle, J., Radziszewski, S., Labelle, P., Coulombe, S., Menear, M., Roberge, P., ... & Cloutier, G. (2019). Getting better my way: Feasibility study of a self-management support tool for people with mood and anxiety disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 158–168. <https://doi.org/10.1037/prj0000331>
- Hunter, E. M., & Wu, C. (2016). Give me a better break: Choosing workday break activities to maximize resource recovery. *Journal of Applied Psychology*, 101(2), 302–311. <https://doi.org/10.1037/apl0000045>
- Hwang, W. J., Ha, J. S., & Kim, M. J. (2021). Research trends on mobile mental health application for general population: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–20. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052459>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020). *COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie*. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4062371>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2024). *Transfert de connaissances*. <https://www.inesss.qc.ca/formations-et-outils/transfert-de-connaissances.html>
- Kadu, M. K., & Stolee, P. (2015). Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 16, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0219-0>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31–36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kalef, L., Rubin, C., Malachowski, C., & Kirsh, B. (2016). Employers' perspectives on the Canadian National standard for psychological health and safety in the workplace. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 28, 101–112. <https://doi.org/10.1007/s10672-015-9270-9>
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 23–52. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000323>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kim, S., Park, Y., & Headrick, L. (2018). Daily micro-breaks and job performance: General work engagement as a cross-level moderator. *The Journal of Applied Psychology*, 103(7), 772–786. <https://doi.org/10.1037/apl0000308>
- Kim, S., Park, Y., & Niu, Q. (2017). Micro-break activities at work to recover from daily work demands. *Journal of Organizational Behavior*, 38(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/job.2109>
- Kreiner, G. E., Hollensbe, E. C., & Sheep, M. L. (2009). Balancing borders and bridges: Negotiating the work-home interface via boundary work tactics. *Academy of Management Journal*, 52(4), 704–730. <https://doi.org/10.5465/amj.2009.43669916>

- Krijnen-de Bruin, E., Draisma, S., Muntingh, A. D. T., Evers, A., van Straten, A., Sinnema, H., Spijker, J., Batelaan, N. M., & van Meijel, B. (2021). Self-management in anxiety and depression: A psychometric evaluation of a questionnaire. *Frontiers in Psychology, 12*, 694583. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.694583>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kulkarni, M. (2013). Help-seeking behaviors of people with disabilities in the workplace. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 25*(1), 41–57. <https://doi.org/10.1007/s10672-012-9202-x>
- Lack, D. M. (2011). Presenteeism revisited: A comprehensive review. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 59*(2), 77–91. <https://doi.org/10.1177/216507991105900205>
- Lam, R. W., Michalak, E. E., Bond, D. J., Tam, E. M., Axler, A., & Yatham, L. N. (2012). Which depressive symptoms and medication side effects are perceived by patients as interfering most with occupational functioning? *Depression Research and Treatment, 1*–6. <https://doi.org/10.1155/2012/630206>
- Lam, R., Michalak, E., & Yatham, L. (2009). A new clinical rating scale for work absence and productivity: Validation in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry, 9*, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-78>
- LaMontagne, A. D., Keegel, T., & Vallance, D. (2007). Protecting and promoting mental health in the workplace: Developing a systems approach to job stress. *Health Promotion Journal of Australia, 18*(3), 221–228. <https://doi.org/10.1071/HE07221>
- Langlieb, A. M., Langlieb, M. E., & Xiong, W. (2021). EAP 2.0: Reimagining the role of the employee assistance program in the new workplace. *International Review of Psychiatry, 33*(8), 699–710. <https://doi.org/10.1080/09540261.2021.2013172>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leahy, R. L., & Rego, S. A. (2012). Cognitive restructuring. In *Cognitive behavior therapy: Core principles for practice* (pp. 133–158). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118470886.ch6>
- Lecours, A. (2021). Validation du modèle des comportements préventifs au travail : une étude Delphi. <https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/0b88b400-ed1-4c78-8388-d5f4e436ce67>
- Lecours, A., St-Hilaire, F., & Daneau, P. (2021). Moving toward an integrated prevention approach for mental health at work: Promoting workers' involvement through concrete actions. *Work, 69*(1), 295–306. <https://doi.org/10.3233/WOR-213478>
- Lerner, D., Adler, D. A., Rogers, W. H., Chang, g., Lapitsky, L., McLaughlin, T., & Reed, J. (2010). Work performance of employees with depression: The impact of work stressors. *American Journal of Health Promotion, 24*(3), 205–213. <https://doi.org/10.4278/ajhp.090313-QUAN-103>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

- Lorig, K. (1996). Chronic disease self-management: A model for tertiary prevention. *American Behavioral Scientist*, 39(6), 676–683. <https://doi.org/10.1177/000276429603900600505>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr, B. W., Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 1217–1223.
- Lorig, K., Holman, H., & Sobel, D. (2013). *Living a healthy life with chronic conditions: For ongoing physical and mental health conditions*. Bull Publishing Company.
- Lorig, K., Ritter, P. L., Pifer, C., & Werner, P. (2014). Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: A translation study. *Community Mental Health Journal*, 50, 96–103. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9615-5>
- Lork, K., Holmgren, K., & Danielsson, L. (2019). A short work-directed rehabilitation to promote work capacity while depressed and anxious: A qualitative study of workers' experiences. *Disability and Rehabilitation*, 43(17), 2487–2496. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1704893>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382–385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- Magnavita, N., & Garbarino, S. (2017). Sleep, health and wellness at work: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph14111347>
- Martin, A., Sanderson, K., & Cocker, F. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 7–18. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1295>
- Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66–71. <https://doi.org/10.1177/2156587211423400>
- McKnight, P. E., Monfort, S. S., Kashdan, T. B., Blalock, D. V., & Calton, J. M. (2016). Anxiety symptoms and functional impairment: A systematic review of the correlation between the two measures. *Clinical Psychology Review*, 45, 115–130. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.005>
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., & Sanderson, K. (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines. *Preventive Medicine*, 101, 213–222. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.017>
- Meunier, S., Roberge, C., Coulombe, S., & Houle, J. (2019). Feeling better at work! Mental health self-management strategies for workers with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 254, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.011>

- Mills, H., Mulfinger, N., Raeder, S., Rüscher, N., Clements, H., & Scior, K. (2020). Self-help interventions to reduce self-stigma in people with mental health problems: A systematic literature review. *Psychiatry Research*, 284, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112702>
- Miraglia, M., & Johns, G. (2016). Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(3), 261–283. <https://doi.org/10.1037/ocp0000015>
- Miraglia, M., & Kinman, G. (2017). The hidden costs of working while sick. *The Psychologist*, 30(8), 36–40.
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761. <https://doi.org/doi:10.1017/S0033291710002291>
- Moorman, R. H., & Podsakoff, P. M. (1992). A meta-analytic review and empirical test of the potential confounding effects of social desirability response sets in organizational behaviour research. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65(2), 131–149. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1992.tb00490.x>
- Moreau, E., & Mageau, G. A. (2012). The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! *Motivation and Emotion*, 36(3), 268–286. <https://doi.org/10.1007/s11031-011-9250-9>
- Morgan, A. J., Chittleborough, P., & Jorm, A. F. (2016). Self-help strategies for sub-threshold anxiety: A Delphi consensus study to find messages suitable for population-wide promotion. *Journal of Affective Disorders*, 206, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.024>
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Armand Colin.
- Nie, Q., Zhang, J., Peng, J., & Chen, X. (2021). Daily micro-break activities and workplace well-being: A recovery perspective. *Current Psychology*, 42, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02300-7>
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work and Stress*, 32(4), 400–417. <https://doi.org/10.1080/02678373.2018.1438536>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Onwezen, M. C., van Veldhoven, M. J. P. M., & Biron, M. (2014). The role of psychological flexibility in the demands–exhaustion–performance relationship. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(2), 163–176. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.742242>
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OCDE) (2013), OECD Employment Outlook 2013, Éditions OCDE, https://doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-en.
- Organisation mondiale de la santé (2023). *Interventions d'auto-prise en soin*. https://www.who.int/fr/health-topics/self-care#tab=tab_1

- Organisation mondiale de la santé. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).
- Osborne, J. W., & Costello, A. B. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 9(1), 11.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales—5^e éd.* Armand Colin.
- Patterson, G. T. (2003). Examining the effects of coping and social support on work and life stress among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 31(3), 215–226. [https://doi.org/10.1016/S0047-2352\(03\)00003-5](https://doi.org/10.1016/S0047-2352(03)00003-5)
- Penta, M., Arnould, C. & Decruynaere, C. (2005). Chapitre 6. Les qualités psychométriques de l'échelle. Dans : M. Penta, C. Arnoul & C. Decruynaere (dir.), *Développer et interpréter une échelle de mesure: Applications du modèle de Rasch* (pp. 115–140). Mardaga.
- Pituch, K. A., & Stevens, J. P. (2015). Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS. Routledge.
- Plaisier, I., de Graaf, R., de Bruijn, J., Smit, J., van Dyck, R., Beekman, A., & Penninx, B. (2012). Depressive and anxiety disorders on-the-job: The importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 200(2), 382–388. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.016>
- Pollack, M. H. (2005). Comorbid anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(8), 22–29.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126–135. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Prater, T., & Smith, K. (2011). Underlying factors contributing to presenteeism and absenteeism. *Journal of Business & Economics Research*, 9(6), 1–14. <https://doi.org/10.19030/jber.v9i6.4374>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2018). Disclosure of mental health problems: Findings from an Australian national survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 346–356. <https://doi:10.1017/S204579601600113X>
- Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1) 119–125. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198201\)38:1<119::AID-JCLP2270380118>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198201)38:1<119::AID-JCLP2270380118>3.0.CO;2-I)
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255–264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>
- Roberge, C., Agouès-Richard, C., Meunier, S., Coulombe, S., Lauzier-Jobin, F., & Houle, J. (2022). The role of work in recovery from anxiety or mood disorders: An integrative model based on empirical data. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(3), 263–273. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00255-3>

- Rolland, J. (2004). Chapitre 3. Réseau nomologique, éléments de validité. Dans : J. Rolland, L'évaluation de la personnalité: Le modèle en cinq facteurs (pp. 57–73). Mardaga.
- Roussel, P. (2005). Chapitre 9. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. Dans : P. Roussel & F. Wacheux (dir.), *Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 245–276). De Boeck Supérieur.
<https://10.3917/dbu.rouss.2005.01.0245>
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217–225.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Ryan, P., Ramon, S., & Greacen, T. (2012). *Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: Towards a new paradigm*. Springer.
- Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296–305. <https://doi.org/10.1093/sw/41.3.296>
- Salyers, M. P., Godfrey, J. L., Mueser, K. T., & Labriola, S. (2007). Measuring illness management outcomes: A psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 459–480.
<https://doi.org/10.1007/s10597-007-9087-6>
- Sanchez-Reilly, S., Morrison, L. J., Carey, E., Bernacki, R., O'Neill, L., Kapo, J., Periyakoil, V. S., & Thomas, J. deLima. (2013). Caring for oneself to care for others: Physicians and their self-care. *The Journal of Supportive Oncology*, 11(2), 75–81. <https://doi.org/10.12788/j.suponc.0003>
- Sandqvist, J. L., & Henriksson, C. M. (2004). Work functioning: A conceptual framework. *Work*, 23(2), 147–157.
- Sapra, A., Bhandari, P., Sharma, S., Chanpura, T., & Lopp, L. (2020). Using generalized anxiety disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a primary care setting. *Cureus*, 12(5), 1–5.
<https://doi:10.7759/cureus.8224>
- Sato, K., Sakata, R., Murayama, C., Yamaguchi, M., Matsuoka, Y., & Kondo, N. (2021). Changes in work and life patterns associated with depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: An observational study of health app (CALO mama) users. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(9), 632-637. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106945>
- Schilling, L. S., Grey, M., & Knafl, K. A. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 87–99. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02061.x>
- Schirmer, L. L., & Lopez, F. G. (2001). Probing the social support and work strain relationship among adult workers: Contributions of adult attachment orientations. *Journal of Vocational Behavior*, 59(1), 17–33. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1777>
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N., & Whittemore, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136–144. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>

- Schultz, A. B., Chen, C.-Y., & Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers. *Pharmacoeconomics*, 27(5), 365–378. <https://doi.org/10.2165/00019053-200927050-00002>
- Shanafelt, T. D., Novotny, P., Johnson, M. E., Zhao, X., Steensma, D. P., Lacy, M. Q., Rubin, J., & Sloan, J. (2005). The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the north central cancer treatment group. *Oncology*, 68(1), 23–32. <https://doi.org/10.1159/000084519>
- Sharma, G. (2017). Pros and cons of different sampling techniques. *International Journal of Applied Research*, 3(7), 749–752.
- Shepardson, R. L., Tapio, J., & Funderburk, J. S. (2017). Self-management strategies for stress and anxiety used by nontreatment seeking veteran primary care patients. *Military Medicine*, 182(7), e1747–e1754. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00378>
- Shields, M. (2006). Le stress et la dépression au sein de la population occupée. *Rapports sur la santé*, 17(4), 11–31.
- Sinclair, A., & Alexander, H. A. (2012). Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make?. *Public Health*, 126(2), 87–95.
- Sinokki, M., Hinkka, K., Ahola, K., Koskinen, S., Kivimäki, M., Honkonen, T., Puukka, P., Klaukka, T., Lönnqvist, J., & Virtanen, M. (2009). The association of social support at work and in private life with mental health and antidepressant use: The Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 115(1), 36–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.009>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Smetanin, P., Briante, C., Khan, M., Stiff, D., & Ahmad, S. (2015). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada /: Economic impact of major mental illnesses in Canada*. <https://policycommons.net/artifacts/1218759/the-life-and-economic-impact-of-major-mental-illnesses-in-canada/1771835/>
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The recovery experience questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(3), 204–221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>
- Spector, P. E. (1987). Method variance as an artifact in self-reported affect and perceptions at work: Myth or significant problem? *Journal of Applied Psychology*, 72(3), 438–443. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.72.3.438>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Statistics Canada. (2014). *Mood and anxiety disorders in Canada: Fast facts from the 2014 survey on living with chronic diseases in Canada*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/mood-anxiety-disorders-canada.html>

- Statistique Canada. (2018). *Moyenne des heures habituellement et effectivement travaillées durant la semaine de référence selon le genre de travail (temps plein et temps partiel), données annuelles*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410004301>
- Statistique Canada. (2023). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>
- Statistiques Canada (2014). *Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada. Points saillants de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/troubles-anxieux-et-humeur-canada.html>
- Sterling, E. W., von Esenwein, S. A., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. G. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 130–138. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9276-6>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2024). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford University Press.
- Sturges, J. (2012). Crafting a balance between work and home. *Human Relations*, 65(12), 1539–1559. <https://doi.org/10.1177/0018726712457435>
- Sutherland, G. (2015). *The footprint of mental health conditions: Healthy brains at work*. The Conference Board of Canada. https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About Group Benefits/Focus Update/2015/504/Healthy Brains Report 1_EN.pdf
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6, pp. 497–516). Pearson.
- Therrien, D., Corbière, M., & Collette, K. (2020). Workers with severe mental illness coping with clinical symptoms: Self-directed learning of work-health balance strategies. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(4), 341–349. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12662>
- Thompson, B. (2007). Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. *Applied Psychological Measurement*, 31(3), 245–248. <https://doi.org/10.1037/10694-000>
- Thorne, S., Paterson, B., & Russell, C. (2003). The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1337–1352. <https://doi.org/10.1177/10497323032580>
- Tims, M., Bakker, A. B., & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80(1), 173–186. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2011.05.009>
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods*. Wiley-Blackwell Chichester.
- Trappenburg, J., Jonkman, N., Jaarsma, T., van Os-Medendorp, H., Kort, H., de Wit, N., . . . Schuurmans, M. (2013). Self-management: One size does not fit all. *Patient Education and Counseling*, 92(1), 134–137. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.009>
- Trougakos, J. P., & Hideg, I. (2009). Momentary work recovery: The role of within-day work breaks. In S. Sonnentag, P. L. Perrewé, & D. C. Ganster (Eds.), *Research in Occupational Stress and Well-being*, 7, 37–84. [https://doi.org/10.1108/S1479-3555\(2009\)0000007005](https://doi.org/10.1108/S1479-3555(2009)0000007005)

- Trougakos, J. P., Beal, D. J., Green, S. G., & Weiss, H. M. (2008). Making the break count: An episodic examination of recovery activities, emotional experiences, and positive affective displays. *Academy of Management Journal*, 51(1), 131–146. <https://doi.org/10.5465/amj.2008.30764063>
- Turner III, D. W. (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3), 754–761. <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol15/iss3/19>
- Twomey, C., O'Reilly, G., & Byrne, M. (2015). Effectiveness of cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: A meta-analysis. *Family practice*, 32(1), 3–15. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu060>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662–679. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C. E., Koeter, M. W. J., Nabit, U. W., & Schene, A. H. (2013). Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expectations*, 18(5), 1339–1348. <https://doi.org/10.1111/hex.12112>
- Vasiliadis, H.-M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., & Prévile, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler psychological distress scale (K10) and the 7-item generalized anxiety disorder scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89–94. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.019>
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), e12269. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*, 2, 1–15. <https://doi.org/10.1177/2333393615606092>
- Vogel, D. L., Wade, N. G., Wester, S. R., Larson, L., & Hackler, A. H. (2007). Seeking help from a mental health professional: The influence of one's social network. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 233–245. <https://doi.org/10.1002/jclp.20345>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: Strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1, Supplement), S65–S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2015). Self-care in health: We can define it, but should we also measure it? *SelfCare Journal*. <https://selfcarejournal.com/article/self-care-in-health-we-can-define-it-but-should-we-also-measure-it/>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wepfer, A. G., Allen, T. D., Brauchli, R., Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2018). Work-life boundaries and well-being: Does work-to-life integration impair well-being through lack of recovery? *Journal of Business and Psychology*, 33(6), 727–740. <https://doi.org/10.1007/s10869-017-9520-y>

- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, *61*(12), 1248–1250. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.12.1248>
- Williams, A. E., Fossey, E., Corbière, M., Paluch, T., & Harvey, C. (2016). Work participation for people with severe mental illnesses: An integrative review of factors impacting job tenure. *Australian Occupational Therapy Journal*, *63*(2), 65–85. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12237>
- Wirth, T., Mette, J., Prill, J., Harth, V., & Nienhaus, A. (2019). Working conditions, mental health and coping of staff in social work with refugees and homeless individuals: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, *27*(4), e257–e269. <https://doi.org/10.1111/hsc.12730>
- Wolpert, S. (2007). Putting feelings onto words produces therapeutic effects in the brain; UCLA neuroimaging study supports ancient buddhist teachings. *UCLA Newsroom*, *21*, 132–138. <https://newsroom.ucla.edu/releases/Putting-Feelings-Into-Words-Produces-8047>
- World Health Organization. (2022). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- Wrzesniewski, A., & Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *Academy of Management Review*, *26*(2), 179–201. <https://doi.org/10.5465/amr.2001.4378011>