

Les employés de l'industrie minière : une analyse qualitative des perceptions des travailleurs
quant à l'absentéisme et le processus de retour au travail

Par

Caroline Dignard

Thèse présentée pour répondre
à l'une des exigences
de la Maîtrise en kinésie humaine (MKH)

Faculté des études supérieures
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario) Canada

© Caroline Dignard, 2016

THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE
Laurentian Université/Université Laurentienne
Faculty of Graduate Studies/Faculté des études supérieures

Title of Thesis Titre de la thèse	Les employés de l'industrie minière : une analyse qualitative des perceptions des travailleurs quant à l'absentéisme et le processus de retour au travail	
Name of Candidate Nom du candidat	Dignard, Caroline	
Degree Diplôme	Maîtrise en	
Department/Program Département/Programme	Kinésie humaine	Date of Defence Date de la soutenance le 30 juin, 2016

APPROVED/APPROUVÉ

Thesis Examiners/Examineurs de thèse:

Monsieur Michel Larivière
(Supervisor/Directeur(trice) de thèse)

Madame Céline Larivière
(Committee member/Membre du comité)

Monsieur Georges Kpazai
(Committee member/Membre du comité)

Monsieur Sylvain Grenier
(Committee member/Membre du comité)

Madame Sandrine Schoenenberger
(External Examiner/Examineur externe)
supérieures

Approved for the Faculty of Graduate Studies
Approuvé pour la Faculté des études supérieures
Dr. Shelley Watson
Madame Shelley Watson
Acting Dean, Faculty of Graduate Studies
Doyenne intérimaire, Faculté des études

CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS

Je, **Caroline Dignard**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver ma thèse ou mon rapport de projet et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur de la thèse ou du rapport de projet. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de ma thèse ou de mon rapport de projet. J'accepte en outre que la permission de reproduire cette thèse de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de thèse ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de thèse ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de cette thèse ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

Résumé

Malgré la présence de nombreuses études examinant la santé mentale ainsi que ses liens en milieu de travail, force est de constater que peu de recherches se sont centrées spécifiquement sur l'industrie minière. La présente étude, qui s'insère dans une vaste recherche visant à mieux comprendre l'état de santé mentale et de bien-être des travailleurs chez une grande compagnie minière en Ontario, vise à mieux comprendre l'absentéisme et le retour au travail chez cette main-d'œuvre particulière. Après avoir mis en relief les types d'évènements menant à une absence pour des raisons de santé, ainsi que les facilitateurs et les obstacles susceptibles d'expliquer le retour au travail, l'étude termine par l'émission de recommandations en fonction des perceptions des travailleurs par rapport au processus de retour au travail.

Mots clés

Santé mentale, industrie minière, absentéisme, retour au travail, facilitateurs, obstacles

Remerciements

D'abord et avant tout, j'aimerais remercier mon superviseur, Dr Michel Larivière. Merci de m'avoir acceptée en tant qu'étudiante, merci pour cette opportunité incroyable d'être impliquée dans ce projet excitant, mais surtout, merci pour toute l'aide, les conseils, l'appui et les mots d'encouragement. Je me considère extrêmement chanceuse de vous avoir comme superviseur.

À mon comité de thèse, Dr Sylvain Grenier, Dr Georges Kpazai et Dre Céline Larivière, un grand merci pour toute votre aide dans ce processus. J'apprécie grandement le temps que vous avez pris pour m'aider, et tous les conseils que vous m'avez donnés.

À l'équipe de recherche du projet *Mining Mental Health*, particulièrement Dr Behdin Nowrouzi et Dre Zsuzsanna Kerekes, les mots ne peuvent exprimer combien je suis reconnaissante pour toutes les façons par lesquelles vous m'avez guidée et aidée, merci!

À ma famille, particulièrement mes parents et mon frère, qui ne cessent jamais de m'encourager. Merci de toujours être là. Merci de m'encourager. Merci d'être mes plus grands supporteurs. Vous m'avez toujours dit de suivre mes rêves et que j'étais capable d'accomplir n'importe quoi, et vous avez toujours eu confiance en moi, et j'en suis éternellement reconnaissante. Sans vous, je ne serais certainement pas rendue où je le suis. Merci!

Puis, il ne faut certainement pas oublier Dr Dan Andrea, l'École des mines Goodman, M. William Shaver, la Bourse d'études supérieures de l'Ontario, et la Faculté des études supérieures de l'Université Laurentienne. Merci pour l'aide financière m'ayant permis de poursuivre ces études!

Enfin, merci à Vale et au Syndicat des Métallos pour avoir subventionné cette recherche ainsi que pour leur dévouement au projet *Mining Mental Health*.

Table des matières

Résumé	iii
Remerciements.....	iv
Liste des annexes	viii
Chapitre 1 : L'industrie minière	1
1.1 L'industrie minière aux États-Unis	1
Contributions économiques	1
Portrait démographique des mineurs aux États-Unis.....	2
1.2 L'industrie minière au Canada.....	4
Contributions économiques	4
Portrait démographique des mineurs au Canada	7
1.3 L'industrie minière en Ontario.....	9
Contributions économiques	9
Portrait démographique des mineurs en Ontario	11
Chapitre 2 : La santé mentale au Canada	14
2.1 Tendances en fonction de certaines caractéristiques démographiques	17
2.2 Autres facteurs d'influence	20
2.3 Le stress.....	20
2.4 Conséquences économiques	21
2.5 La santé mentale de la population travaillante canadienne	23
Chapitre 3 : La santé mentale en milieu de travail : enjeux, défis et conséquences	26
Chapitre 4 : La santé des mineurs	36
4.1 Santé physique.....	36
Santé respiratoire	36
Cancer	39
Déficience auditive due au bruit	40
Chaleur	41
Vibration.....	42
4.2 Santé psychologique	43

4.3 Habitudes de vie	49
4.4 Travail par postes.....	51
Chapitre 5 : Méthodologie	53
5.1 Problématique, objectifs et questions de recherche	53
5.2 Stratégie de recherche	56
5.3 Recrutement.....	57
5.4 Participants	57
5.5 Procédure de collecte de données	58
Phase 1 : Administration du questionnaire	58
Phase 2 : Groupes de discussion	59
Phase 3 : Entrevues individuelles	60
5.6 Stratégie d'analyse des données.....	61
5.7 Validité et fidélité	61
5.8 Réflexivité	62
Chapitre 6 : Résultats	64
6.1 Genres d'évènements entraînant une absence.....	64
6.2 Facilitateurs et obstacles au retour au travail	67
6.2.1 Appui et services	67
6.2.2 Stress financier	70
6.2.3 Lacunes de connaissances et de sensibilisation en matière de santé mentale.....	71
6.3 Comment améliorer le retour au travail	72
6.3.1 Formation des superviseurs	72
6.3.2 Avoir un plan d'action	73
6.3.3 Sensibilisation en matière de santé mentale	73
Chapitre 7 : Discussion	75
7.1 Genres d'évènements précipitant une absence	75
7.2 Facilitateurs et obstacles au retour au travail	77
7.3 Améliorer le retour au travail	81
7.4 Limites et pistes pour recherches futures	83
Conclusion	85
Références	86

Annexe 1.....	99
Annexe 2.....	100

Liste des annexes

Annexe 1 – Questions pour les groupes de discussion

Annexe 2 – Questions d'entrevue

Chapitre 1 : L'industrie minière

L'industrie minière est présente dans plusieurs pays du monde. En effet, la compagnie minière Vale à elle seule opère dans près de 30 pays (Vale, 2015). Sachant qu'il existe plus de 2000 compagnies minières à travers le monde (Natural Resources Canada, 2013), il devient évident que l'industrie minière a une importance mondiale. Dans cette section, les caractéristiques de l'industrie minière des États-Unis, du Canada, et plus précisément, de l'Ontario seront présentées. Plus spécifiquement, les contributions économiques de l'industrie minière dans ces différentes régions ainsi qu'un aperçu de la démographie des employés qui constituent cette main-d'œuvre seront présentés.

1.1 L'industrie minière aux États-Unis

Contributions économiques

L'industrie minière est indispensable pour l'économie des États-Unis, car elle contribue de façon importante à la capacité de cette dernière d'être en concurrence internationale. De plus, elle est source de revenu pour un grand nombre d'Américains qui dépendent de leur emploi dans ce secteur pour subvenir à leurs besoins (National Mining Association, 2014b). En effet, en 2012, les mines aux États-Unis comptaient au-delà de 634 000 emplois. D'ailleurs, l'industrie minière a aussi su créer, de façon directe et indirecte, plus de 1,9 million nouveaux emplois à temps partiel et à temps plein cette même année. Puis, près d'un autre 1,27 million d'emplois d'autres industries ont vu le jour grâce à l'industrie minière des États-Unis en 2012 (National Mining Association, 2014b).

Le travail minier aux États-Unis est de diverses natures et multiforme. Il a lieu dans tous les coins du pays et englobe une grande variété d'emplois. En effet, d'un point de vue économique, chaque état est affecté d'une manière ou d'une autre par l'industrie minière, bien que certains états contribuent de façon plus importante au produit intérieur brut (PIB) que d'autres (National Mining Association, 2014b). Ainsi, comme toute industrie, l'industrie minière doit payer des taxes. Par ce fait même, elle contribue à l'économie des États-Unis. En 2012, l'exploitation minière a produit 46 \$ milliards en taxes : 28 \$ milliards au niveau fédéral et 18 \$ milliards au niveau des états et des municipalités (National Mining Association, 2014b). Bref, par sa présence à travers le pays, les nombreux emplois qu'elle crée, ainsi que sa grande contribution à l'économie, l'industrie minière est indispensable à l'économie des États-Unis.

Portrait démographique des mineurs aux États-Unis

Selon le *National Survey of the Mining Population Part I: Employees du Department of Health and Human Services*, du *Centers for Disease Control and Prevention*, et du *National Institute for Occupational Safety and Health*, il existe quatre grandes catégories d'emplois que peuvent occuper les employés des mines aux États-Unis (McWilliams, Lenart, Lancaster, & Zeiner Jr., 2012a). La première catégorie est celle englobant les travaux administratifs et professionnels, dont le personnel de bureau, le personnel professionnel, le personnel de sécurité et les superviseurs. La deuxième catégorie est celle de l'entretien, soit spécialisé, soit d'appui. La troisième catégorie, celle de la production, regroupe les conducteurs d'équipement, le travail d'extraction, la préparation des matériaux, la transformation et le personnel d'appui. Puis, la dernière catégorie, celle des services utilitaires, comprend la main-d'œuvre générale et d'appui. Parmi toutes ces catégories et sous-catégories de travail, la plus grande portion des employés,

soit 21,6 %, sont des conducteurs d'équipement, suivi de près par les superviseurs, qui représentent 17,7 % des employés des mines aux États-Unis (McWilliams et al., 2012a). Pour donner un aperçu plus global, selon ce même rapport de 2012, environ 90 495 personnes, représentant 39,4 % des employés des mines aux États-Unis, travaillent dans la catégorie de la production. 62 646 personnes, donc 27,2 % des employés des mines, sont employées dans la catégorie des travaux administratifs et professionnels. 18,2 %, donc 41 851 personnes, ont des emplois de la catégorie des services utilitaires. Puis, un autre 15,3 %, c'est-à-dire 35 276 personnes, sont employées dans la catégorie de l'entretien. D'autre part, il est important de noter que les mines utilisent aussi, de façon régulière, des employés contractuels. C'est-à-dire, des travailleurs de compagnies externes sont souvent embauchés pour travailler dans les mines (McWilliams, Lenart, Lancaster, & Zeiner Jr., 2012b). Ces derniers sont typiquement embauchés pour le forage et le dynamitage, la construction et la reconstruction des mines, la réparation d'équipement et la manutention des matériaux (McWilliams et al., 2012b). En effet, en 2012, 32,5 % des travailleurs miniers étaient des employés contractuels (Centers for Disease Control and Prevention & Office of Mine Safety and Health Research, 2014).

Par ailleurs, le travail minier est varié, non seulement selon les diverses catégories d'emplois, mais aussi en fonction des lieux de travail possibles. Aux États-Unis, la majorité des mines, soit 94,1 %, sont des mines de surface alors que 5,9 % d'entre elles sont souterraines (Centers for Disease Control and Prevention & Office of Mine Safety and Health Research, 2014). En 2012, 34,1 % des employés des mines aux États-Unis travaillaient dans les mines de surface (McWilliams et al., 2012a). Les usines de concentration, les usines de préparation et les concasseurs sont classés au deuxième rang par rapport aux lieux de travail les plus communs, avec 23 % des employés travaillant à ces endroits. Le travail dans les mines souterraines se situe

au troisième rang, représentant le lieu de travail de 18,3 % des employés. Les autres lieux de travail possibles incluent les lieux de travail de surface pour les mines souterraines, les lieux de travail de surface dans les mines de charbon, et les bureaux, pour en nommer quelques-uns (McWilliams et al., 2012a).

Maintenant que les catégories ainsi que les lieux de travail sont connus, il est important de jeter un coup d'œil sur les caractéristiques des mineurs, c'est-à-dire, toutes ces personnes qui travaillent dans ces divers endroits et qui occupent divers rôles dans le travail minier. Tout d'abord, la grande majorité de cette main-d'œuvre constitue des hommes. En effet, en 2012, 92,5 % des travailleurs dans les mines des États-Unis étaient des hommes (McWilliams et al., 2012a). D'ailleurs, 93,3 % d'entre eux étaient de race blanche. La moyenne d'âge de ces mineurs est de 43,3 ans. D'un point de vue éducationnel, 65 % sont des diplômés de l'école secondaire puis 24,1 % ont un niveau d'éducation post secondaire. En termes d'expérience, il est estimé que la moyenne d'années d'expérience est de 12,9 ans dans l'industrie minière en général, 9 ans à l'endroit actuel, puis 7,1 ans dans son poste actuel. Finalement, le salaire annuel moyen d'un mineur aux États-Unis, selon le National Mining Association, était de 72 512 \$ en 2013 (National Mining Association, 2014a).

1.2 L'industrie minière au Canada

Contributions économiques

Au Canada, l'industrie des minéraux et des métaux contribue de façon importante à l'économie. En plus d'avoir comme produit final une grande étendue de produits de consommation, cette industrie est subdivisée en plusieurs secteurs : l'extraction, la transformation et la fabrication. Ces derniers contribuent, chacun à son niveau, de façon

particulière à l'économie canadienne (Natural Resources Canada, 2014a). En effet, un rapport de l'Association Minière du Canada, publié en 2013, souligne que la contribution de l'industrie minière au PIB du Canada en 2012 était de 52,6 \$ milliards, dont 20,5 \$ milliards du volet de l'extraction, puis au-delà de 32 \$ milliards des volets de la transformation puis de la fabrication (The Mining Association of Canada, 2014). Selon ce même rapport, les taxes et les redevances payées par l'industrie minière depuis dix ans s'élèvent à un total d'environ 71 \$ milliards. Par ailleurs, l'industrie minière est la quatrième plus grande des 18 industries au Canada. Seules les industries des services, des affaires immobilières et le secteur manufacturier sont plus importants que l'industrie minière (The Mining Association of Canada, 2014).

Du point de vue international, le Canada se situe parmi les plus grands producteurs de métaux et de minéraux, et est un leader dans l'industrie minière mondiale. En effet, en 2012, le Canada était la première destination de choix pour investir dans l'exploration, représentant 16 % de l'investissement global. Au deuxième rang se situait l'Australie, représentant 12 %, suivi des États-Unis à 8 %, et du Mexique représentant 6 % (The Mining Association of Canada, 2014). En ce qui concerne les exportations de produits, 20,4 % des produits exportés du Canada en 2012 découlaient de l'industrie minière. Parmi les minéraux les plus communément exportés, il y a le cuivre, le nickel, l'or, l'aluminium et les diamants, pour en nommer quelques-uns. À l'inverse, plusieurs compagnies minières canadiennes font de l'exploration minière dans d'autres pays. En fait, plus de 800 compagnies canadiennes sont actives dans au-delà de 100 pays. Notamment, en 2011, des compagnies minières canadiennes étaient présentes dans 48 des 55 pays de l'Afrique et dans chacun des pays de l'Amérique Latine (The Mining Association of Canada, 2014).

Au demeurant, la contribution de l'industrie minière à l'économie canadienne se voit aussi de façon moins directe. En l'occurrence, plusieurs autres industries et secteurs dépendent de

l'industrie minière. Par exemple, l'industrie minière constitue le plus grand client du secteur du transport au Canada. Plus spécifiquement, 51 % de ce qui est transporté par l'industrie ferroviaire canadienne constitue des minéraux et du charbon. De façon semblable, plusieurs ports canadiens dépendent de l'industrie minière. Par exemple, les produits miniers constituaient 42 % des cargaisons de marchandises sèches en vrac du Port de Montréal en 2012 (The Mining Association of Canada, 2014). Puis, près de 55 % du volume total des cargaisons de la Voie maritime du St-Laurent étaient des produits miniers. Par ailleurs, bien qu'il soit de moins grande importance, le camionnage dépend aussi de l'industrie minière. En 2011, 10 % des exportations transportées par camions étaient des métaux usuels ou des produits de métaux usuels (The Mining Association of Canada, 2014). Finalement, plus de 3200 autres compagnies sont associées à l'industrie minière. Entre autres, il faut considérer les compagnies d'équipement, les compagnies d'ingénieurs, les compagnies environnementales, les compagnies financières et les compagnies d'aide légale (The Mining Association of Canada, 2014).

L'industrie minière au Canada est présente dans toutes les provinces et tous les territoires. Cependant, cette présence est plus forte dans certaines régions que dans d'autres. Ainsi, toutes les provinces ne produisent pas les mêmes minéraux. En 2013, l'Ontario s'est classé au premier rang pour la plus grande contribution économique de l'industrie minière au Canada, avec une production d'une valeur de 9,8 \$ milliards (Natural Resources Canada, 2014a). Le Québec s'est classé deuxième avec 8,2 \$ milliards, suivi de la Saskatchewan avec 7,2 \$ milliards, et de la Colombie-Britannique avec 7,0 \$ milliards (Natural Resources Canada, 2014a). Ce sont ces quatre provinces qui ont contribué près de 75 % de la valeur de la production minérale du Canada en 2013. En effet, l'Ontario comptait 22,5 % de la production minérale du Canada en 2013. Le Québec en comptait 19,9 %, la Saskatchewan, 16,4 %, puis la Colombie-Britannique,

16,0 %. Par rapport au nombre de mines, spécifiquement les mines métalliques, c'est le Québec qui se classait au premier rang avec 22 mines, suivi de l'Ontario avec 19 mines, en 2012. La Colombie-Britannique comptait 10 mines métalliques en 2012 (The Mining Association of Canada, 2014). Pour leur part, les Territoires du Nord-Ouest ont une importante contribution de diamants. D'autre part, l'Ontario et le Québec fournissent la plus grande quantité d'or. La Saskatchewan, elle, fournit tout l'uranium du Canada, puis la Colombie-Britannique est une importante source de charbon métallurgique. Finalement, Terre-Neuve et le Labrador, accompagnés du Québec, produisent la plus grande quantité de minerai de fer (The Mining Association of Canada, 2014). Un autre moyen par lequel l'industrie minière contribue à l'économie canadienne est par les nombreux emplois qu'elle crée. En 2013, 383 000 personnes travaillaient à temps plein pour l'industrie minière canadienne. De plus, 47 % des personnes employées pour les diverses industries canadiennes axées sur les ressources travaillaient pour le secteur minier. Par ailleurs, un rapport de Ressources Naturelles Canada (2014), souligne la prédiction du Conseil des ressources humaines de l'industrie minière qu'il faudra entre 117 000 et 199 000 nouveaux employés dans l'industrie minière par l'année 2023 (Natural Resources Canada, 2014b)

Portrait démographique des mineurs au Canada

Selon le Conseil des ressources humaines de l'industrie minière, il y avait plus de 235 000 personnes employées directement par l'industrie minière au Canada en 2012. De ces 235 000 personnes, environ 30 % travaillaient dans le secteur de l'extraction, 22 % d'entre elles occupaient un emploi relatif à l'exploration minière, puis 17 % travaillaient pour le secteur des services de soutien et d'approvisionnement miniers. Finalement, la première transformation des

métaux comptait environ 31 % de ces travailleurs (Mining Industry Human Resources Council, 2013).

Une particularité importante de cette main-d'œuvre est sa nature vieillissante. Une grande portion des travailleurs de l'industrie minière canadienne sont plus âgés. En effet, au-delà de 25 % des travailleurs de l'industrie minière de 2011 étaient âgés de 45 à 54 ans. De plus, moins de jeunes travailleurs cherchent à travailler dans cette industrie (Mining Industry Human Resources Council, 2013). Par rapport au niveau d'éducation, il est plus commun de détenir un certificat professionnel ou une formation en apprentissage dans l'industrie minière comparativement aux autres industries. Cependant, les études universitaires sont plus communes chez l'ensemble de la classe ouvrière canadienne que chez les travailleurs de l'industrie minière, où elles sont moins communes (Mining Industry Human Resources Council, 2013).

Une autre caractéristique particulière à l'industrie minière est son ratio homme-femme. Bien que le nombre de femmes travaillant dans l'industrie minière soit peu élevé, représentant 16 % de la main-d'œuvre de cette industrie au Canada en 2012, il est tout de même plus élevé que le pourcentage de femmes travaillant dans les industries forestières et de la pêche, soit respectivement 7 % et 14 %. Toutefois, les industries du pétrole et du gaz ainsi que les services publics comptent 30 % et 24 % de travailleurs qui sont des femmes. Quoi qu'il en soit, il faut sans doute une augmentation chez l'industrie minière pour que cette dernière rejoigne le pourcentage canadien de femmes faisant partie de la population active dans le monde du travail qui s'élève à 48 % (The Mining Association of Canada, 2014).

En ce qui concerne les salaires, les mineurs sont parmi les travailleurs les mieux payés des diverses industries canadiennes. À vrai dire, les salaires payés dans l'industrie minière sont

plus hauts que les salaires de toutes autres industries canadiennes (The Mining Association of Canada, 2014). En 2012, le salaire hebdomadaire moyen d'un travailleur de l'industrie minière était de 1559,00 \$. Ce qui est 57 % plus élevé que le salaire moyen d'un travailleur de l'industrie forestière, 55 % plus élevé que celui d'un travailleur de l'industrie manufacturière, 43 % plus élevé que le salaire d'un travailleur du secteur financier, puis 36 % plus élevé qu'un travailleur en construction (The Mining Association of Canada, 2014).

1.3 L'industrie minière en Ontario

Contributions économiques

La section précédente a su donner un aperçu de l'industrie minière au Canada dans son ensemble. Dans cette section, les particularités de l'industrie minière en Ontario seront présentées. À l'instar de l'ensemble de l'industrie minière au Canada, celle en Ontario a un grand impact sur l'économie de la province. Sa contribution s'élève à environ 10 \$ milliards en revenu par année (Ontario Mining Association, 2012a). En 2011, environ 992 \$ millions d'impôts sur les bénéfices ont été payés par l'industrie minière au niveau fédéral. Ce montant s'élevait à 811 \$ millions au niveau provincial. Puis, les cotisations sociales payées par les employeurs de l'industrie minière s'élevaient à 170 \$ millions (Dungan & Murphy, 2012). La grande diversité des minéraux pouvant être extraits en Ontario contribue sans doute à cette importante contribution à l'économie. Pour en nommer quelques-uns, l'Ontario a des dépôts de nickel, d'or, de diamants et de cuivre (Dungan & Murphy, 2012). De plus, les mines sont répandues dans plusieurs endroits de la province, pour un total de plus de 35 mines actives, selon le dernier rapport de l'Ontario Mining Association (OMA) (2012). En ce qui concerne les taux de production, l'Ontario a la plus grande production minérale de toutes les provinces du pays, y

compris les territoires. En fait, 30 % de la production minérale du Canada en 2011 provenait de l'Ontario (Dungan & Murphy, 2012). En 2013, l'Ontario comptait 22,5 % de la production minérale du Canada (The Mining Association of Canada, 2014). Ainsi, en 2011 ce sont les compagnies minières ontariennes qui ont mené dans la production d'or, soit 52 % de la production totale du Canada. Aussi, 43 % du nickel et 38 % du cuivre ont été extraits en Ontario cette même année. De plus, la production ontarienne de métaux du groupe des platineux, également la plus grande du Canada, représentait 84 % de la production totale du pays. D'ailleurs, l'Ontario mène aussi dans la production de sel et de matériaux de gros œuvres (chaux, gravier, ciment, etc.). Cette province produit aussi beaucoup de diamants, mais se classe plutôt au deuxième rang, les Territoires du Nord-Ouest ayant la plus grande production de ces derniers (Dungan & Murphy, 2012).

Par ailleurs, selon ce même rapport de 2012, il y a plus de 330 compagnies minières à travers le monde, y compris au Canada, qui font de l'exploration dans la province de l'Ontario. Effectivement, plus de 600 projets d'explorations étaient en cours au moment de la publication de ce rapport (Dungan & Murphy, 2012). Ceci est sans doute bénéfique à l'économie ontarienne. Justement, l'ouverture d'une seule nouvelle mine d'or, par exemple, peut générer plus de 102 \$ millions en impôts pour une seule année, sans compter les nombreux emplois que cela crée (Ontario Mining Association, 2012a). Un exemple d'un tel projet actuel est la réouverture d'une mine d'or à Detour Lake, laquelle devrait être productive pendant plus de 20 ans (Dungan & Murphy, 2012). Un deuxième exemple démontrant l'impact de l'ouverture d'une seule mine est le projet du *Ring of Fire*. Cet énorme dépôt minéral situé au nord-est de la province est prédit de permettre plusieurs années, voire même de nombreuses décennies d'exploitation minière. De plus, cette exploitation va exiger la construction d'une nouvelle infrastructure routière ainsi

qu'une nouvelle fonderie, qu'une compagnie s'engage déjà à construire à Sudbury. Bref, cette vaste étendue riche en minéraux va également permettre la création de plusieurs emplois. Non seulement faudra-t-il des gens pour travailler pour les mines directement et dans la fonderie à Sudbury, il faudra aussi des gens pour construire le chemin avant que le tout puisse commencer (Dungan & Murphy, 2012). Cela mène donc à l'importance de noter la contribution de l'industrie minière à d'autres industries et secteurs. Notamment, le secteur du transport dépend beaucoup de l'industrie minière car cette dernière réclame beaucoup ses services (Ontario Mining Association, 2012b). C'est par ce dernier que plusieurs travailleurs sont déplacés aux divers lieux de mines, car plusieurs d'entre eux sont isolés, puis que les produits des mines sont transportés (Dungan & Murphy, 2012). Bref, dans son dernier rapport, l'OMA présente les résultats d'une étude menée par l'Université de Toronto qui démontre qu'une seule mine crée environ 2280 emplois dont 480 sont directs, 1100 emplois indirects concernant les services de soutien et d'approvisionnement miniers, et 700 emplois indirects relatifs au secteur de la vente (Ontario Mining Association, 2012b). Somme toute, l'industrie minière regroupe un grand nombre d'emplois diversifiés. Les détails à cet égard seront présentés dans la section qui suit.

Portrait démographique des mineurs en Ontario

Tout d'abord, une des catégories d'emplois dans l'industrie minière en Ontario est celle de l'ingénierie minière et de la production. Cette catégorie englobe 70,9 % des emplois de l'industrie minière ontarienne. Les travaux administratifs sur les lieux représentent 12,3 % des emplois tandis que ceux des bureaux principaux comptent pour 8 % des emplois. Quant aux emplois liés à l'exploration, ils représentent 7,1 % de tous les emplois de l'industrie minière en Ontario. En fin, 1,8 % des emplois sont en lien avec la recherche et le développement (Dungan & Murphy,

2012). Il est important de noter, par contre, que ces pourcentages sont pour l'exploitation minière des métaux et des non-métaux seulement, l'exploitation des matériaux de gros œuvres n'étant pas comprise dans ces données. D'ailleurs, non seulement les emplois de l'industrie minière comptent plusieurs catégories, l'exploitation minière ontarienne peut être classée en trois branches : l'exploitation minière des métaux, l'exploitation minière des non-métaux et l'exploitation minière des matériaux de gros œuvres. En Ontario, il s'agit de l'exploitation minière des métaux qui est prédominante. En fait, en 2011, elle comptait plus de 63 % des employés de l'industrie minière ontarienne. De plus, près de 38 % de toutes les personnes employées dans l'exploitation minière des métaux au Canada le sont en Ontario. Toutes les branches d'exploitation minière canadiennes combinées, les employés de l'Ontario constituaient plus de 28 % de tous les employés cette même année (Dungan & Murphy, 2012). En ce qui concerne la dispersion du travail minier dans la province, 35,8 % des emplois de l'industrie minière ontarienne en 2011 étaient à Sudbury. Le nord-est de la province comptait 30,5 % des emplois puis le nord-ouest en comptait 19,2 %. Seulement 14,5 % des emplois de l'industrie minière ontarienne étaient au sud de la province (Dungan & Murphy, 2012).

Étant donné la grandeur de l'industrie minière en Ontario, il importe d'examiner les caractéristiques des personnes qui font partie de cette main-d'œuvre. D'abord, en 2011, 27 % des employés de l'industrie minière ontarienne étaient âgés de moins de 35 ans. Il s'agit d'une augmentation assez importante depuis 2004, où cette catégorie d'âge constituait 18 % de l'effectif. Pour ceux âgés de 36 à 55 ans, il y a eu une diminution entre 2004 et 2011. En 2004, 68 % des travailleurs faisaient partie de cette catégorie d'âge, alors qu'en 2011, cette proportion n'était que de 58 %. Finalement, 15 % des employés de l'industrie minière ontarienne étaient âgés de plus de 55 ans en 2011, ce pourcentage ne différant pas tellement du 14 % en 2004 (Dungan

& Murphy, 2012). Par ailleurs, la composition de cette main-d'œuvre est aussi unique en matière de proportion des sexes. En 2011, seulement 11,1 % des employés des mines ontariennes étaient des femmes, ce qui est inférieur au pourcentage national de 2012 qui s'élève à 16 %. Puis, 9,7 % des employés de 2011 étaient autochtones. Au total, 16 067 personnes étaient employées de l'industrie minière ontarienne en 2011. De ces 16 067 employés, 35,5 % étaient membres d'un syndicat (Dungan & Murphy, 2012). En ce qui concerne les salaires, la paie hebdomadaire moyenne est environ 60 % plus élevée dans l'industrie minière que dans toute autre industrie ontarienne (Ontario Mining Association, 2012b). En 2011, elle s'élevait à plus de 1400 \$ pour l'exploitation minière comme telle, et à près de 1800 \$ pour les activités de soutien à cette dernière. Il est estimé que plus de 1,7 \$ milliards a été payé en salaires par l'industrie minière en Ontario pendant cette même année (Dungan & Murphy, 2012).

Chapitre 2 : La santé mentale au Canada

Selon l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 1946), « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition, élaborée selon une approche holistique, illustre très clairement l'implication et l'importance du bien-être mental à la santé. Effectivement, l'OMS stipule que « la santé mentale fait partie intégrante de la santé ; en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale » (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Puis, « la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles » (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Certains de ces troubles mentaux, les conséquences qu'ils peuvent engendrer, ainsi que leur prévalence dans la population canadienne seront alors discutés dans les pages qui suivent.

Il existe plusieurs preuves, à l'échelle mondiale, que les troubles mentaux sont liés à d'autres maladies, souvent d'ordre physique, dont divers cancers et maladies cardiovasculaires. En fait, les personnes atteintes de la dépression sont plus à risque de développer le diabète ou de souffrir un infarctus du myocarde. Puis, à l'inverse, ces deux conditions augmentent le risque de dépression (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Justement, les personnes souffrant de dépression sont quatre fois plus susceptibles de faire une crise cardiaque (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009). De plus, les personnes atteintes d'un trouble mental ont des taux d'incapacité et de mortalité supérieurs à la moyenne. Effectivement, chez ceux atteints de schizophrénie et de dépression majeure, le risque de mourir de façon prématurée en raison d'un trouble de santé physique associé est augmenté de 40 à 60 % en comparaison à la population

générale (Organisation mondiale de la Santé, 2013). D'ailleurs, « la dépression et le stress psychologique chez les personnes souffrant d'une maladie physique » (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009) sont « le plus grand facteur prédisposant aux visites chez le médecin et à l'hospitalisation » (Ibid.).

Au Canada, plus de 6,7 millions de personnes étaient atteintes d'un trouble ou d'une maladie de santé mentale quelconque en 2011. Cela représente une personne sur cinq de façon annuelle, soit environ 20 % de la population. En comparaison, seulement 2,2 millions de personnes étaient atteintes du diabète de type 2 cette même année. De façon semblable, 1,4 million de personnes étaient atteintes d'une maladie cardiovasculaire. En ce qui concerne l'âge d'apparition des problèmes de santé mentale, ils se manifestent généralement tôt dans la vie d'une personne. En effet, plus de 28 % des personnes âgées de 20 à 29 ans feront l'expérience d'un tel trouble chaque année. De plus, la prévalence des troubles mentaux ne fait qu'augmenter avec l'âge. Par l'âge de 40 ans, une personne sur deux souffrira, ou aura souffert à un moment donné dans sa vie, d'un problème de santé mentale quelconque (Mental Health Commission of Canada, 2013d).

Il est important, avant de poursuivre, de bien identifier en quoi consiste la santé mentale. Bien qu'une définition ait été présentée ci-haut, il importe d'aller plus loin afin de clarifier certaines particularités. Tout d'abord, tel est le cas pour la santé globale, qui ne constitue pas uniquement l'absence de la maladie, la santé mentale ne consiste pas uniquement en une absence de troubles mentaux. En l'occurrence, « La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté »

(Organisation mondiale de la Santé, 2014). Indubitablement, une bonne santé mentale permet aussi de lutter contre le développement de divers troubles mentaux (Mental Health Commission of Canada, 2013d).

Les troubles mentaux sont vastes et variés. Ils englobent un grand nombre d'états émotionnels et de comportements qui les caractérisent. Ces troubles affectent généralement divers aspects de la vie d'une personne, dont son travail, sa performance à l'école, ses interactions sociales et familiales, et sa capacité de vivre de façon indépendante. Ces troubles incluent l'anxiété et divers troubles de l'humeur, dont les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. La schizophrénie est aussi un exemple de trouble mental. Souvent, les personnes rapportant qu'ils souffrent d'un tel trouble ont reçu un diagnostic médical formel quelconque (Mental Health Commission of Canada, 2013d).

Dans l'une de leurs études, la Commission de la santé mentale du Canada a su déterminer qu'en 2011, près de 4 millions de Canadiens avaient un trouble d'anxiété ou un trouble de l'humeur quelconque; ces genres de troubles mentaux sont les plus communs au Canada. De plus, elle prédit une augmentation de ce nombre à près de 4,9 millions de personnes par l'année 2041. En 2011, le nombre de personnes atteintes d'un trouble mental représentait une personne sur cinq au Canada. Pour le diabète, ce ratio n'était que d'une personne sur quinze. Puis, les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire représentaient une personne sur vingt-cinq cette même année (Mental Health Commission of Canada, 2013d). Parmi ces 6,7 millions de personnes au Canada en 2011 souffrant d'un trouble mental, plus d'un million d'entre elles étaient des enfants et des adolescents âgés de 9 à 19 ans. À l'autre extrême de l'étendue, les personnes atteignant l'âge de 90 ans auront ou auront eu, à un moment donné dans leur vie, dans 65 % des cas chez les hommes et 70 % des cas chez les femmes, un trouble mental quelconque. D'ailleurs,

les troubles mentaux affectent aussi la famille et les proches de ceux atteints. Dans cette optique, presque tous les Canadiens et toutes les Canadiennes auront, à un moment donné de leur vie, été affectés par un trouble mental (Mental Health Commission of Canada, 2013d).

2.1 Tendances en fonction de certaines caractéristiques démographiques

En 2011, 18,7 % des hommes et 20,9 % des femmes étaient atteints d'un trouble mental quelconque, pour un total de 19,8 % de la population canadienne. Les troubles de l'humeur et l'anxiété étaient les plus communs, représentant 11,7 % de tous les troubles, l'abus de substance en représentant 5,9 %. Peu importe le groupe d'âge, les troubles de l'humeur et l'anxiété demeurent les conditions prévalentes. 12,1 % des jeunes âgés de 9 à 19 ans étaient atteints d'un de ces troubles en 2011. En termes de groupes d'âge, les personnes âgées de 20 à 39 ans étaient les plus affectées par les troubles mentaux cette même année. Cependant, prises de façon individuelle, certaines catégories de troubles sont plus communes à un sexe qu'à un autre. Notamment, l'anxiété et les troubles de l'humeur sont plus de deux fois plus communs chez les femmes que chez les hommes. Puis, la prévalence de ces derniers est à son plus haut dans les vingtaines chez les femmes, mais dans les trentaines chez les hommes. Par rapport aux troubles d'abus de substances, par contre, ce sont les hommes qui sont plus de deux fois plus probables d'être atteints. La prévalence est typiquement à son plus haut entre les âges de 20 et 29 ans pour les troubles d'abus de substances, à la fois chez les hommes et chez les femmes. En ce qui concerne la schizophrénie, sa prévalence a tendance à augmenter avec l'âge, mais varie peu selon le sexe (Mental Health Commission of Canada, 2013d).

Chez les plus jeunes, c'est-à-dire les enfants et les adolescents âgés de 9 à 19 ans, certaines tendances se ressemblent alors que d'autres se distinguent. Puis, certains autres troubles

entrent en jeu. D'abord, l'anxiété et les troubles de l'humeur demeurent les troubles les plus communs, affectant, comme mentionné ci-haut, 12,1 % de ces jeunes. Au total, 23,4 % des jeunes de ce groupe d'âge étaient atteints d'un trouble mental quelconque en 2011, représentant un d'entre eux sur quatre. Une importante conséquence de cette tendance est que les enfants et les adolescents atteints d'un trouble mental sont à risque accru d'être atteints comme adultes (Mental Health Commission of Canada, 2013d). D'ailleurs, les troubles spécifiques aux enfants et aux adolescents, dont le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, le trouble oppositionnel avec provocation et les troubles de comportements, sont beaucoup plus communs chez les garçons que chez les filles. En fait, 87 % des jeunes atteints du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention en 2011 étaient des garçons. Pour revenir sur l'une des conséquences de ces tendances, un adolescent qui souffre du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention est deux fois plus probable de développer l'anxiété ou un trouble d'abus de substance en tant qu'adulte. Cette tendance est la même pour les adolescents souffrant du trouble oppositionnel avec provocation (Mental Health Commission of Canada, 2013d).

Pour sa part, Statistique Canada mène également des recherches concernant la santé mentale des Canadiens. La plus récente, qui utilise le *Canadian Community Health Survey – Mental Health*, a permis de recueillir des données concernant certaines conditions de santé mentale des Canadiens âgés de 15 ans et plus en 2012. Les résultats de cette étude ont démontré que 10,1 % de ces Canadiens, soit environ 2,8 millions, ont rapporté des symptômes de dépression majeure, de trouble bipolaire, du trouble d'anxiété généralisée ou d'abus ou de dépendance à l'alcool, au cannabis ou à une autre substance, cette même année. Toutefois, il faut considérer que ce taux augmente considérablement lorsque toutes ces incidences pendant la vie d'une personne sont considérées. Effectivement, environ 9,1 millions de Canadiens, donc 1 sur 3

d'entre eux, c'est-à-dire 33,1 %, ont ou avaient eu des symptômes de l'une des conditions énumérées ci-haut à un moment dans leur vie. Pris séparément, l'abus de substance avait affecté environ 6 millions de Canadiens, soit 21,6 % d'entre eux. La substance la plus communément abusée était l'alcool, représentant 18,1 % des cas d'abus ou de dépendance de substance. Ce taux s'élevait à 6,8 % pour l'abus ou la dépendance au cannabis, puis à 4 % pour toutes autres substances (Pearson, Janz, & Ali, 2013). Pour les troubles de l'humeur énumérés ci-haut, 12,6 %, ou environ 3,5 millions des Canadiens ont été atteints à un moment de leur vie. 11,3 % du 12,6 %, ou 3,2 des 3,5 millions avaient souffert de dépression majeure, constituant alors la condition la plus commune. Le trouble bipolaire ne comptait que 2,6 % des cas. En ce qui concerne le trouble d'anxiété généralisée, 2,4 millions de Canadiens ont rapporté des symptômes qui caractérisent cette condition (Pearson et al., 2013).

En 2012, peu importe le groupe d'âge, les femmes avaient des taux de dépression plus élevés que les hommes. Puis, peu importe le sexe, les personnes âgées de 15 à 24 ans étaient celles avec la plus forte prévalence de ce trouble. Plus spécifiquement, chez les hommes, les taux étaient de 5,3 % pour ceux âgés de 15 à 24 ans, 4,1 % pour ceux âgés de 25 à 44 ans et 3,4 % pour ceux âgés de 45 à 64 ans. Chez les femmes, ces taux s'élevaient à 9 % pour celles âgées de 15 à 24 ans, 6,8 % pour celles âgées de 25 à 44 ans et 5,6 % pour celles âgées de 45 à 64 ans. Compte tenu de certaines limitations statistiques, les taux des personnes âgées de 65 ans et plus n'ont pas été rapportés.

Dans l'ensemble, les troubles de l'humeur considérés dans cette étude étaient plus communs chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, peu importe le sexe, de même pour les troubles d'abus de substance. Pour sa part, le trouble d'anxiété généralisée était plus commun chez les femmes (3,2 %) que chez les hommes (2 %). Puis, contrairement aux autres conditions, il n'y

avait pas de différence significative entre les groupes d'âge quant au trouble d'anxiété généralisée (Pearson et al., 2013).

2.2 Autres facteurs d'influence

Comme la définition de la santé de l'OMS (1946) l'a démontré, la santé est multidimensionnelle. En effet, la santé peut être classifiée selon six dimensions : physique, mentale, émotive, sociale, spirituelle et environnementale (Chevalier, 2006). Dans un rapport de Statistique Canada concernant la santé mentale des Canadiens, l'interaction entre ces dimensions a su être démontrée. D'une part, d'un point de vue environnemental, les résultats du *Canadian Community Health Survey – Mental Health* de 2012 ont démontré que les personnes demeurant en milieux ruraux étaient significativement plus probables d'avoir une santé mentale complète, celle-ci étant définie comme n'ayant aucun trouble mental, en plus d'avoir des émotions fortement positives et un fonctionnement fortement positif, que les personnes demeurant en milieux urbains (Gilmour, 2014). D'autre part, d'un point de vue spirituel, on définit la santé spirituelle comme étant « la capacité à adopter un ensemble de valeurs et de principes qui donnent un sens et un but à sa vie » (Chevalier, 2006). Selon cette même étude de Statistique Canada, les résultats révèlent que les personnes ayant une forte spiritualité étaient significativement plus probables d'avoir une santé mentale complète (Gilmour, 2014) que celles étant moins spirituels.

2.3 Le stress

Le stress est souvent classifié comme concept isolé, quoiqu'il influe fortement sur la santé mentale. À vrai dire, le stress peut avoir plusieurs conséquences, tant sur la santé mentale que sur

la santé physique. Notamment, au niveau physique, le stress peut mener à divers troubles cardiovasculaires, à des troubles du système digestif, à des fluctuations du poids et à un affaiblissement du système immunitaire, pour en nommer quelques-unes (Santé Canada, 2008). En effet, au Canada, 43 % des adultes « ont une mauvaise santé à cause du stress » (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009). Du côté psychologique, le stress peut augmenter le risque d'abus d'alcool ou d'autres substances (Santé Canada, 2008). Puis, le stress est associé à l'anxiété et la dépression (Thoits, 2013). En 2013, 23 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus, donc 6,6 millions d'entre eux, ont rapporté qu'ils étaient « assez » ou « extrêmement » stressés la plupart des jours. De plus, ceux rapportant ces niveaux de stress avaient tendance à avoir une moins bonne satisfaction avec leur vie. Des différences entre les taux de stress selon le sexe ont aussi été observées, le taux étant de 24,6 % chez les femmes et de 21,3 % chez les hommes. La différence entre les sexes a été la plus grande chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. Chez les garçons, le taux était de 11,7 % alors qu'il était de 23 % chez les filles. Pour les groupes d'âges de 35 à 44 ans et de 45 à 54 ans, il n'y avait pas de différence significative entre les sexes (Statistics Canada, 2014).

2.4 Conséquences économiques

En plus de ses conséquences sur la santé, peu importe laquelle des dimensions, les troubles mentaux peuvent aussi avoir d'autres conséquences. Entre autres, les conséquences économiques liées à l'absence de santé mentale sont bien documentées. Les problèmes de santé mentale sont associés à une variété de coûts directs et indirects. Notamment, les coûts directs englobent les frais rattachés aux diverses formes de traitement, que ce soit les médicaments, la psychothérapie, l'hospitalisation, etc. Essentiellement, ce sont tous les coûts reliés aux services

sociaux et communautaires, aux services médicaux ainsi qu'aux prestations de soutien de revenu. Les coûts indirects sont les coûts rattachés à la perte de productivité au travail, l'absentéisme, la performance réduite et l'incapacité en milieu de travail (Mental Health Commission of Canada, 2013d). Pour mettre le tout en perspective, les troubles mentaux coûtent au moins 50 \$ milliards à l'économie canadienne par année ce qui représente 2,8 % du produit intérieur brut du Canada en 2011. Ainsi, en 2011, les coûts directs imputables à la maladie mentale s'élevaient à 42,3 \$ milliards. Puis, la Commission de la santé mentale du Canada prévoit une augmentation de ces coûts à 290,9 \$ milliards par l'année 2041. De plus, cette dernière souligne que ces estimations sont prudentes, car certains facteurs, dont certains coûts relatifs aux soins et les coûts autres que ceux rattachés à la santé, comme les coûts juridiques, n'ont pas été considérés. En ce qui concerne les coûts indirects, ces derniers s'élevaient à plus de 6,4 \$ milliards en 2011, avec une augmentation prévue à 16 \$ milliards par l'année 2041. Dès lors, les coûts annuels combinés sont prévus de passer de 50 \$ milliards à 307 \$ milliards par l'année 2041 (Mental Health Commission of Canada, 2013d). D'ailleurs, pour mieux illustrer certaines de ces conséquences économiques de façon plus spécifique, voici quelques exemples : afin de supporter une seule personne vivant avec une maladie mentale grave au Canada, les coûts s'élèvent à 34 418 \$ par année. De plus, l'hospitalisation d'une telle personne coûte 170 820 \$ par année. Par surcroît, les Canadiens se classent au « premier rang par habitant dans le monde pour la consommation de médication psychiatrique » (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009). En fait, en 2007, l'achat d'antidépresseurs a coûté 1,16 milliards \$ aux Canadiens, soit 35,00 \$ par personne. Puis, ce coût était davantage élevé en Ontario et à l'Île du Prince-Edouard, où le montant par personne s'élevait à 75,00 \$. En ce qui concerne les séjours dans les hôpitaux, les personnes qui sont hospitalisées pour des raisons concernant la santé mentale passent deux fois

plus de temps à l'hôpital que les personnes ayant été hospitalisées pour des raisons non attribuables à leur santé mentale, entraînant donc des plus grands coûts (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009). Bref, l'absence de santé mentale a des conséquences économiques multiples. Dans cette section, un aperçu global suivi d'exemples de coûts directs ont été illustrés. Des exemples plus concrets des coûts indirects, notamment les conséquences en milieu de travail, seront davantage discutées dans les pages qui suivent.

2.5 La santé mentale de la population travaillante canadienne

Il a été souligné, dans la section précédente, que les conséquences économiques indirectes de la maladie mentale découlent surtout des conséquences en milieu de travail. Il importerait donc d'obtenir un aperçu de la santé mentale des travailleurs canadiens. Selon une étude menée par Statistique Canada, en 2010, plus de 1 travailleur sur 4 qualifiait sa vie quotidienne de « très stressante ». Plus spécifiquement, cela représente 6,69 millions de personnes qui travaillent âgées de 20 à 64 ans, donc 27 % de cette population. Puis, un autre 6,3 millions de personnes travaillantes âgées de 20 à 64 ans, donc 46 % d'entre elles, qualifiaient leur vie quotidienne d'« un peu stressante » (Crompton, 2011). D'ailleurs, en 2013, les taux de stress parmi la population canadienne étaient les plus élevés chez les personnes âgées de 35 à 54 ans, soit le noyau de la population active. Ces taux s'élevaient à environ 30 % pour ce groupe d'âge (Statistics Canada, 2014). À cet égard, il est important de noter que les troubles mentaux comme tel, dont l'anxiété et la dépression qui sont les plus communs, ont tendance à survenir lorsqu'une personne est stressée, d'où l'importance de connaître la prévalence du stress chez les travailleurs (Canadian Mental Health Association, 2015).

Les statistiques qui suivent, tirées de l'étude de Crompton (2011) pour Statistique Canada, englobent l'ensemble des travailleurs de 20 à 64 ans ayant rapporté être un peu ou très stressés. Cela représente 73 % de la population active de ce groupe d'âge : 37 % d'entre eux qui sont très stressés et 63 % qui sont moins stressés. Parmi ces travailleurs, 62 % de ceux qui ont qualifié leur santé mentale de moins que bonne étaient ceux qui étaient très stressés. Les travailleurs occupant des emplois administratifs, professionnels ou des postes de gérants étaient plus probables de rapporter être très stressés que les travailleurs cols bleus. Ainsi, ceux ayant un salaire annuel inférieur à 40 000 \$ ou supérieur à 80 000 \$ et les travailleurs autonomes, c'est-à-dire, ceux étant auto-employés, étaient un peu plus probables d'être très stressés. Puis, le fait d'avoir un ou deux enfants augmentait la probabilité que ces travailleurs soient très stressés. Cependant, le niveau d'éducation et le sexe des travailleurs n'ont pas eu d'influence sur leur tendance à qualifier leur vie de très stressante (Crompton, 2011).

Toutes ces statistiques considérées, il importe de connaître les raisons pour lesquelles les travailleurs canadiens sont stressés. Dans le cadre de cette étude, la source principale de stress des travailleurs a été classifiée selon 5 catégories. Elles sont : le travail, les inquiétudes financières, la famille, le manque de temps, la santé, et autres raisons (dont les travaux scolaires, les relations interpersonnelles, les responsabilités, etc.). Dans 62 % des cas, le travail était la source principale de stress chez ceux rapportant être très stressés. Les autres sources étaient beaucoup moins communes, le stress financier et le manque de temps représentant seulement 12 % des cas chacun. En fait, les 4 autres catégories de sources de stress principales combinées ne représentaient que 38 % au total. Par ailleurs, les 62 % attribuant la plus grande portion de leur stress à leur travail avaient tendance à avoir un niveau d'éducation assez élevé, près de 75 % d'entre eux ayant une éducation collégiale ou universitaire. Puis, plus de la moitié d'entre eux

étaient des cols blancs. De plus, environ 75 % de ces travailleurs très stressés identifiant leur travail comme source principale de stress demeuraient dans de grands milieux urbains (Crompton, 2011).

Bien que le travail soit la source de stress prévalente chez les travailleurs très stressés, il importe aussi de tenir compte des caractéristiques des autres travailleurs stressés qui ont d'autres sources de stress principales. Notamment, les travailleurs très stressés identifiant le stress financier comme source de stress principale avaient tendance à être moins éduqués, seulement 54 % d'entre eux ayant une éducation postsecondaire. Puis, seulement 29 % d'entre eux étaient des cols blancs. De plus, ils étaient beaucoup plus probables d'être auto-employés et d'avoir un revenu familial annuel inférieur à 60 000 \$. 65 % d'entre eux avaient aussi des enfants. Finalement, pour résumer les caractéristiques des autres travailleurs stressés identifiant les autres sources de stress principales, ceux rapportant un manque de temps étaient plus probables d'avoir des enfants que ceux étant principalement stressés par le travail. Cependant, leur niveau d'éducation, leurs salaires ainsi que les catégories d'emplois occupées ne différaient pas tellement de ces derniers. Dans le cas des travailleurs étant principalement très stressés par la famille, environ 2 tiers constituaient des femmes. Puis, ceux très stressés pour d'autres raisons personnelles avaient des caractéristiques semblables à ceux très stressés par le travail. Bref, certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques diffèrent selon la source principale de stress des travailleurs très stressés. Malgré tout, le fait demeure que le travail est la plus commune source de stress principale chez les travailleurs très stressés (Crompton, 2011).

Chapitre 3 : La santé mentale en milieu de travail : enjeux, défis et conséquences

La santé psychologique des personnes est influencée par une abondance de facteurs. Entre autres, le milieu de travail a une place importante dans la vie quotidienne des gens et a donc un impact important sur leur santé psychologique (CSA Group & Bureau de Normalisation du Québec, 2013). Or, la plupart des adultes passent la plus grande partie de leur temps lorsqu'éveillés au travail, d'où l'importance d'étudier la question de santé mentale dans cet environnement, d'autant plus que le milieu de travail permet aux gens de se sentir productifs, contribuant ainsi à leur bien-être. En d'autres mots, le milieu de travail a un important rôle à jouer pour préserver la santé mentale. Cependant, tel n'est pas nécessairement le cas, car le milieu de travail peut souvent être un milieu stressant au détriment de la santé mentale. Dès lors, il ne faut pas négliger de considérer la santé mentale dans la définition de la santé et sécurité au travail, car cette dernière est aussi importante que la santé physique (Mental Health Commission of Canada, 2015b).

Au Canada, lors d'une semaine typique, il y a plus de 500 000 personnes qui s'absentent du travail pour des raisons de santé mentale (Mental Health Commission of Canada, 2015a). De plus, « le taux de chômage chez les personnes atteintes de maladie mentale grave [est de] 70 % à 90 % » (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009). Les possibilités de contribuer activement à l'économie et à la communauté sont donc restreintes pour ces personnes (Mental Health Commission of Canada, 2013b). Pourtant, 80 % d'entre elles veulent travailler (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2009). D'ailleurs, ce sont des personnes qui ont, effectivement, les habiletés et les connaissances nécessaires pour le faire. De plus, occuper un emploi leur permettrait d'être en meilleure santé et d'avoir une meilleure estime de soi (Mental

Health Commission of Canada, 2013b). À l'inverse, le stress, l'abus de substance et les problèmes d'estime de soi sont parmi les conséquences d'être sur le chômage. Puis, ne pas occuper un emploi est aussi associé à un risque accru de mort par le suicide (Mental Health Commission of Canada, 2013b). Néanmoins, le fait demeure qu'un grand nombre de personnes atteintes de maladie mentale sont sans emploi au Canada (Mental Health Commission of Canada, 2013a).

Une façon par laquelle le taux de chômage élevé peut s'expliquer est l'important manque d'appui. En fait, la Commission de la santé mentale du Canada souligne que plusieurs personnes qui sont atteintes de problèmes de santé mentale ont tout de même de quoi offrir et pourraient sans doute occuper un emploi et contribuer de façon importante au marché du travail. Cependant, sans soutien adéquat, il est très difficile pour ces personnes de trouver et de garder un emploi, d'où l'importance de mettre en place des systèmes d'appui fondés sur des recherches validant leur efficacité. À vrai dire, avec un tel appui adéquat, la plupart des gens sont capables d'occuper un emploi (Mental Health Commission of Canada, 2013c). Effectivement, les personnes qui sont atteintes d'un trouble mental grave qui reçoivent un tel appui sont près de trois fois plus susceptibles d'occuper un emploi soumis à la concurrence que les personnes qui sont atteintes d'un trouble mental grave, mais qui n'ont pas pu obtenir ce genre d'appui (Mental Health Commission of Canada, 2013d). Typiquement, ces systèmes d'appui sont des programmes qui regroupent des professionnels variés de la santé mentale ayant pour rôle, d'une part, d'aider les gens à trouver un emploi qui leur convient, et d'autre part, d'être là pour les appuyer tout au long de leur cheminement de carrière. Toutefois, à l'heure actuelle, de tels programmes d'appui sont peu communs. Il y a donc un besoin pressant de mener d'autres recherches sur ces genres de

programmes afin de les perfectionner et d'en faire la norme au Canada (Mental Health Commission of Canada, 2013c).

Les faits soulevés à présent démontrent qu'il y a bien évidemment un grand nombre de Canadiens atteints de troubles mentaux qui sont sans emploi. Puis, les conséquences de cela, ainsi que les démarches qu'il faut prendre pour relever ce défi sont claires. Toutefois, qu'en est-il de ceux qui souffrent de ce genre de trouble, mais qui occupent tout de même un emploi? Et pourquoi est-il important de considérer cela? Tout d'abord, comme mentionné ci-haut, la santé psychologique est aussi importante que la santé physique en matière de santé et sécurité au travail (Mental Health Commission of Canada, 2015b), et cela pour plusieurs raisons. Premièrement, les milieux de travail qui s'attaquent à la question de santé mentale et qui prennent une approche positive quant à celle-ci ont moins de difficulté à trouver et à garder de bons employés (CSA Group & Bureau de Normalisation du Québec, 2013). De plus, ces employés ont tendance à être plus productifs et à avoir un sens d'engagement plus prononcé. Puis, les employeurs profitent de cela, car les effets sont reflétés dans les profits plus élevés et la réduction de conflit en milieu de travail, de griefs et de roulement du personnel. Par surcroît, l'absentéisme est réduit et la performance, améliorée (CSA Group & Bureau de Normalisation du Québec, 2013). Toutefois, malgré les effets bénéfiques d'un milieu de travail qui tient à cœur la santé psychologique de ses employés, les conséquences qui découlent de travailler dans un milieu de travail psychologiquement malsain ou qui n'est pas sensible aux besoins de personnes atteintes de troubles mentaux sont aussi bien documentées. En fait, souvent ces personnes sont obligées de quitter leur milieu de travail pour des raisons de santé mentale, ce qui, comme illustrer précédemment, a plusieurs conséquences. Pourtant, le nombre de personnes ayant recours aux programmes de soutien de revenu pour personnes avec invalidité pour des raisons de

santé mentale continue d'augmenter. Cela confirme que la façon actuelle d'adresser la santé mentale en milieu de travail demeure inquiétante (Mental Health Commission of Canada, 2013a).

D'un point de vue économique, une étude de 2008 a démontré que la maladie mentale chez les personnes âgées de 20 ans et plus coûte 51 milliards \$ par année à l'économie canadienne (Lim, Jacobs, Ohinmaa, Schopflocher, & Dewa, 2008). Puis, on estime que le stress en milieu de travail et le manque d'équilibre entre la vie au travail et la vie à l'extérieur du travail, sont parmi, et le demeureront dans le proche avenir, les plus grandes sources d'invalidité en milieu de travail. Effectivement, au Canada, la plus grande portion d'invalidités de courte durée et de longue durée est attribuable aux problèmes de santé mentale, dont le stress, l'anxiété et la dépression, par exemple. En fait, 78 % des invalidités de courte durée et 67 % des invalidités de longue durée sont attribuables aux problèmes de santé mentale (Towers Watson, 2011).

D'ailleurs, le fardeau de la maladie mentale sur la santé des Canadiens est 1,5 fois plus grand que le fardeau de l'ensemble des cancers, et 7 fois plus grand que celui des maladies infectieuses. Pour sa part, la dépression à elle seule a un fardeau plus grand que celui des cancers colorectal, du sein, de la prostate et du poumon combinés (Institute for Clinical Evaluative Sciences & Public Health Ontario, 2012). Ainsi, bien qu'ils soient communs en milieu de travail, l'épuisement professionnel, la dépression et l'anxiété sont souvent négligés. Un défi commun est que les gens sont souvent incertains comment agir en présence d'une personne atteinte d'un trouble mental. Il va sans dire que cela n'est pas aussi évident qu'il l'est d'être confronté avec une personne ayant une blessure ou un trouble physique. À l'avenant, il n'est pas toujours évident, non plus, de reconnaître qu'une personne vie avec un trouble mental. D'ailleurs, il arrive souvent que ces personnes se présentent tout de même au travail, mais finissent par ne pas être

entièrement engagées, ce qui pourrait rendre difficile pour les gens qui les entourent de comprendre leur comportement s'ils ne sont pas au courant de ce qui se passe (Mental Health Works, 2015).

Bref, en ce qui concerne la prévention de la maladie mentale, l'éducation à ce sujet, l'appui à ceux atteints, et la réintégration de ces derniers au travail, le milieu de travail a un important rôle à jouer (Government of Canada, 2006). En fait, les employeurs ont la responsabilité légale d'accommoder les invalidités liées à la santé mentale (Payne & Werhun, 2012). Pourtant, dans une étude menée auprès de plus de mille Canadiens, dont des employés et des superviseurs, 44 % ont identifié qu'ils souffraient ou avaient déjà souffert de problèmes de santé mentale, mais il n'y a que 26 % des employés qui ont affirmé croire que leur superviseur gérait les problèmes de santé mentale de façon efficace. Puis, seulement 29 % des employés croyaient que leur gérant avait des connaissances en matière de santé mentale. Ainsi, les perceptions des employés et des gérants différaient énormément. Seulement 30 % des employés croyaient que la compagnie pour laquelle ils travaillent favorise un milieu de travail psychologiquement sain, alors que ce taux s'élevait à 82 % chez les gérants se situant aux plus hauts niveaux de l'échelle hiérarchique. De plus, aucune accommodation n'a été faite pour 31 % des employés qui en avaient besoin. Un autre fait souligné dans cette étude est que les programmes d'aide aux employés (PAE), bien qu'ils puissent souvent supporter un employé à court terme, ne devraient pas être la seule ressource ni le seul appui offert aux employés avec des problèmes de santé mentale (Thorpe & Chénier, 2011). En réalité, les employés aimeraient qu'il y ait des ressources spécifiques à la santé mentale plutôt que de l'information intégrée aux autres ressources générales concernant la santé et la sécurité au travail. L'étude a également permis d'identifier ce que les employés qui sont, ou qui ont déjà été affectés par un problème de santé

mentale, aimeraient que leur employeur s'engage à faire, autre qu'offrir des ressources.

Premièrement, ils aimeraient que ces derniers s'éduquent en matière de santé mentale afin d'avoir les connaissances nécessaires pour mieux comprendre en quoi consiste la santé mentale ainsi que la maladie mentale. Ils voudraient aussi qu'ils s'engagent à parler ouvertement de la santé mentale en milieu de travail, qu'ils aient l'esprit ouvert lorsqu'un employé révèle qu'il a un trouble mental quelconque, qu'ils soient respectueux et empathiques, et qu'ils appuient les employés qui sont affectés par un tel trouble (Thorpe & Chénier, 2011). Malheureusement, cela est peu souvent le cas. Parmi les employés de cette étude étant affectés par un trouble mental au moment de la recherche, seulement 29 % ont affirmé être traités avec le même niveau de respect et de considération que les personnes atteintes d'une blessure ou maladie physique.

Enfin, un dernier défi auquel les gens atteints d'un trouble mental sont confrontés est le retour au travail dans le cas où ils ont dû s'absenter. Plus spécifiquement, les difficultés rencontrées par les employés de cette étude à cet égard ont été le manque d'appui et l'insensibilité des gérants, le sentiment de culpabilité provoqué par autrui en raison du temps manqué, ainsi que le fait d'être ignoré par ses collègues et superviseurs (Thorpe & Chénier, 2011). De façon semblable une autre étude a souligné l'inquiétude des employés d'être jugés parmi les craintes ressenties lors de leur retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé psychologique (Vallée, 2009). À l'inverse, la façon dont les employés se perçoivent eux-mêmes a également un impact important sur leur retour au travail. Notamment, les sentiments de culpabilité, d'inaptitude, d'embarras et de honte sont communs chez les employés devant retourner au travail après une absence pour des raisons de santé mentale. Puis, ces sentiments négatifs surviennent peu importe la durée de l'absence, qu'elle soit de quelques jours ou de plusieurs semaines. Ainsi, plusieurs employés dans cette situation ont peur que leur employeur

pense qu'ils ne sont plus aussi compétents qu'avant leur absence. Tout cela réaffirme à quel point il est important pour ces employés d'obtenir un soutien adéquat de leur employeur (Thorpe & Chénier, 2011).

De façon semblable, l'étude de Vallée (2009) démontre très bien les implications d'un retour au travail réussi lorsqu'il s'agit d'une absence ayant rapport à la santé mentale. « [Cette] étude s'est intéressée à une intervention visant l'étape de la réinsertion professionnelle suite à un problème de santé psychologique » (Vallée, 2009). Dans le cadre de cette étude, un programme d'intervention élaboré pour accompagner les employés retournant au travail suite à une absence pour des raisons de santé mentale a été mis à l'essai. L'étude comprenait un groupe cible, ayant reçu l'intervention, et un groupe témoin, devant effectuer le retour au travail sans cette intervention. Les résultats obtenus sont révélateurs. En plus de démontrer l'efficacité, voire le besoin d'un tel programme d'intervention, ils illustrent clairement que les employeurs et les gérants ont un important rôle à jouer quant à la santé mentale de leurs employés. Avant d'arriver à cette conclusion, par contre, voici certains des constats rapportés. Tout d'abord, qu'ils fassent partie du groupe témoin ou du groupe cible, la plupart des employés de cette étude ont rapporté se sentir inquiets de leur retour au travail. Un autre sentiment rapporté est la gêne, que l'auteure croit serait attribuable à « la crainte de la perception des collègues » (Vallée, 2009). En ce qui concerne les effets à long terme, le groupe cible, c'est-à-dire celui ayant reçu l'intervention, semblait plus confiant dans son habileté à maintenir à long terme cette réintégration au milieu du travail. Ainsi, l'inquiétude d'une rechute était moins prononcée chez le groupe cible que chez le groupe témoin. Bref, il semblerait que les participants les plus susceptibles de faire un retour au travail réussi sont ceux faisant partie du groupe cible, c'est-à-dire, ceux ayant reçu l'intervention. De plus, le fait de retourner immédiatement à des heures de travail à temps plein semble nuire

aux chances de réussite, alors que la réinsertion progressive favorise les chances de succès. Par ailleurs, les résultats de cette étude ont démontré que l'appui et la collaboration du gérant sont d'importance primordiale lors d'un tel retour au travail. Offrir du soutien et avoir une ouverture d'esprit sont des exemples de façons par lesquelles les gérants ont contribué à la satisfaction des participants de cette étude lors de leur retour au travail. En fait, le soutien de la part de ces derniers a eu le plus grand nombre de mentions des participants par rapport aux facteurs facilitant leur retour. Par conséquent, l'auteure a souligné l'importance de la formation fournie aux gérants. Notamment, « la formation des gestionnaires devrait constituer un préalable à la participation des gestionnaires aux interventions d'accompagnement [car] cette activité permet de sensibiliser et de rassurer les participants [...] » (Vallée, 2009). Finalement, il est important de souligner que la majorité, soit 85% des participants, ont attribué leur invalidité à leur travail, soit entièrement ou partiellement. En d'autres mots, le travail était la principale cause des problèmes psychologiques ayant affecté les participants de cette étude et menant ainsi à leur absence. L'auteure conclut donc que : « accepter que l'organisation joue un rôle dans le développement des problèmes de santé psychologique signifie aussi que celle-ci, à titre d'organisation responsable, se doit d'agir afin d'y remédier » (Vallée, 2009).

D'ailleurs, les études jusqu'à présent discutées ne sont pas les seules à rapporter des résultats de ce genre. En fait, des résultats très semblables ont été rapportés dans d'autres études similaires. Notamment, dans une étude concernant la réinsertion professionnelle à la suite d'une absence pour des raisons de santé mentale, la plupart des participants ont rapporté se sentir inquiets de retourner au travail (St-Arnaud, Saint-Jean, & Damasse, 2004). Ces derniers ont alors souligné l'importance de pouvoir retourner au travail de façon graduelle. Ainsi, les auteurs ont souligné l'importance de considérer qu'un retour progressif doit se faire non seulement par

rapport au nombre d'heures de travail, mais aussi en fonction de la charge de travail. Un retour progressif ne peut pas être efficace si la charge de travail ne reflète pas le nombre d'heures allouées pour tout accomplir. En d'autres mots, si la charge de travail demeure inchangée mais que les heures de travail sont réduites, cela nuit à l'effet désiré du retour progressif. Par ailleurs, les participants de cette même étude ont discuté certains des défis non seulement du retour au travail, mais aussi dans la décision de s'absenter. Entre autres, la peur d'être jugés et de paraître fragile inquiétait ces derniers. Pour ces raisons, plusieurs d'entre eux ont mis plus de temps que voulu à prendre la décision de s'absenter. Finalement, comme dans l'étude de Vallée (2009), le travail était la plus commune source des difficultés de santé mentale vécues par les participants de cette étude et menant à leur absence du travail (St-Arnaud et al., 2004). Ce même constat a été rapporté dans une étude plus récente concernant également le retour au travail à la suite d'une absence en raison d'un problème mental. Dans cette étude, « la grande majorité des travailleurs rencontrés ont fait mention de difficultés vécues dans le cadre de leur travail pour rendre compte de la détérioration de leur état de santé et de leur arrêt de travail » (Moore, 2013). Parmi les autres résultats de cette étude, l'auteure démontre aussi qu'un bon rapport avec l'employeur ou le superviseur favorise la réussite d'un retour au travail. À l'inverse, certains facteurs peuvent entraver le retour au travail, dont des conditions de travail inchangées (Moore, 2013).

Finalement, Briand, Durand, St-Arnaud, & Corbière (2007) affirment que les services actuellement disponibles pour le retour au travail d'une personne ayant dû s'absenter pour des raisons de santé psychologique ne répondent pas aux besoins de ces derniers. Le milieu de travail et le travail comme tel doivent dorénavant être inclus dans le processus menant à la réinsertion au travail (Briand et al., 2007).

Bref, la santé mentale en milieu de travail est un concept complexe accompagné de plusieurs défis et menant à une variété de conséquences si cette dernière n'est pas gérée efficacement. Cependant, il existe des preuves que des démarches efficaces peuvent grandement favoriser la santé mentale en milieu de travail ainsi que le retour au travail à la suite d'une absence. Il va donc sans dire que cette question mérite d'être étudiée en profondeur afin d'appuyer et d'améliorer l'efficacité des démarches existantes et de proposer d'autres moyens de surmonter les défis qui persistent afin d'atténuer les conséquences qui en découlent.

Chapitre 4 : La santé des mineurs

4.1 Santé physique

Les risques des divers processus liés à l'industrie extractive à la santé physique des mineurs sont depuis longtemps documentés. En effet, plusieurs études concernant les divers troubles de santé pouvant affecter les mineurs à travers le monde datent de plusieurs décennies. Toutefois, bien qu'elles soient relativement moins communes que dans le passé, quelques études traitant des risques à la santé physique des mineurs plus récentes existent. Cette section permettra donc, en s'appuyant sur ces études, de donner un aperçu de trois troubles de santé physique les plus communs, puis de deux conditions de travail provoquant des conséquences néfastes à la santé des mineurs.

Santé respiratoire

Le travail minier, qu'il soit souterrain ou de surface, expose les mineurs à toutes sortes de particules nocives en suspension dans l'air. Bien sûr, les caractéristiques particulières des substances minées ont un impact sur la prévalence et la sévérité des conditions de santé qui sont associées à leur poussière. Les conditions environnementales ainsi que le degré d'exposition à ces particules ont également un impact (Ross & Murray, 2004). Ces substances, ou particules, dites nocives, sont diverses et varient en fonction du type de mine. Cependant, certaines d'entre elles sont communes à l'exploitation de plusieurs métaux et minéraux. La silice, par exemple, est une substance commune à plusieurs milieux de travail industriels, dont les mines de toutes sortes. Cette matière toxique à elle seule est associée à plusieurs maladies respiratoires, dont le cancer des poumons, la tuberculose pulmonaire et la silicose, pour en nommer quelques-unes. Comme le nom l'indique, la silicose est la maladie la plus étroitement liée à la silice. Bien qu'elle puisse

être prévenue, il s'agit d'une maladie qui est irréversible (Centers for Disease Control and Prevention, 2013b). Par ailleurs, la silicose est une de deux maladies de la catégorie des pneumoconioses, des maladies respiratoires liées à l'exposition à la poussière, qui sont très communes chez les mineurs.

Comme mentionné ci-haut, la silicose est une maladie associée à divers genres d'extraction minière, y inclut l'extraction minière du charbon. Pour sa part, la pneumoconiose des houilleurs, c'est-à-dire, la pneumoconiose affectant les mineurs de charbon, est particulière à ces derniers (Centers for Disease Control and Prevention, 2013a). Ce genre de pneumoconiose constitue un risque du passé, mais aussi du présent en raison de l'exposition à la poussière créée par la machinerie dans les mines de charbon (Ross & Murray, 2004). De plus, une étude antérieure a démontré que l'exposition à la poussière de charbon mène à un déclin dans la fonction respiratoire en raison des symptômes chroniques qu'elle engendre, même s'il n'y a pas diagnostic d'une maladie spécifique comme telle (Carta, Aru, Barbieri, Avataneo, & Casula, 1996). Puis, Ross et Murray (2004) démontrent que les taux de poussière élevés dans les mines de charbon continuent d'être un problème.

D'ailleurs, une autre maladie commune chez les mineurs est la bronchopneumopathie chronique obstructive. Cette dernière est également le résultat de l'exposition des mineurs aux divers polluants environnementaux résultant des diverses étapes du processus minier (Centers for Disease Control and Prevention, 2013a). À cet égard, le *National Institute for Occupational Safety and Health Office of Mine Safety and Health Research* souligne qu'il faut réduire l'exposition des mineurs à la poussière afin de réduire leur risque de développer de telles maladies respiratoires. Plus spécifiquement, cette réduction de l'exposition doit se faire chez les mineurs travaillant avec toutes sortes de machinerie pouvant produire de la poussière, dont les

perceuses, les machines de boulonnage, l'équipement des usines de transformation et de concentration, etc. (Centers for Disease Control and Prevention, 2013a)

D'autre part, certaines recherches sont spécifiques aux risques associés à l'exploitation minière de l'or. Dans sa revue synoptique, Eisler (2003) fait un bilan de ces risques. Il souligne que les risques de cancers des voies respiratoires, dont la trachée, les bronches et les poumons, ont été trouvés plus élevés chez les mineurs d'or canadiens que dans la population générale. Ainsi, aux États-Unis, les mineurs d'or avaient des taux plus élevés de silicose, de cancer du poumon et de tuberculose (Eisler, 2003).

Enfin, une étude menée en Suède a su, elle aussi, démontrer les implications du travail minier dans le développement de troubles respiratoires. En comparant des anciens mineurs ayant travaillé dans une mine souterraine à Norrbotten, Suède, à un échantillon de la population générale, les auteurs ont démontré que les anciens mineurs avaient tous plus de symptômes respiratoires. Parmi les symptômes possibles, les anciens mineurs étaient plus susceptibles de souffrir d'asthme, d'avoir une toux chronique, de souffrir d'essoufflement et d'être diagnostiqués avec la bronchite, que le reste de la population. De plus, ces chercheurs ont démontré que les symptômes pourraient ne pas être réversibles, même suite à l'arrêt de l'exposition aux agents nocifs responsables de leur apparition (Hedlund, Jarvholm, & Lundback, 2006).

Bref, l'extraction minière, peu importe à quel niveau du processus ou de quel genre de mine il s'agit, expose les mineurs à une panoplie de substances ou de particules nuisibles pouvant être en suspension dans l'air. Les conséquences d'exposition à celles-ci font donc en sorte que les

mineurs sont à risques de plusieurs troubles de santé respiratoire, pouvant aller de la présence de symptômes mineurs au diagnostic d'une maladie pulmonaire irréversible ou pouvant être fatale.

Cancer

Dans la section précédente, les possibilités de développer divers cancers de la voie respiratoire ont été mentionnées. Toutefois, ce ne sont pas les seuls cancers pouvant résulter du travail dans l'industrie minière. En fait, les cancers de l'estomac et du foie sont d'autres cancers susceptibles d'affecter les mineurs (Eisler, 2003). Des incidents de cancer de l'œsophage ont aussi été rapportés (Attfield et al., 2012). Une étude de 2013 menée en Australie a également démontré que l'incidence de tous cancers, mais surtout du cancer de la prostate et du poumon, était plus élevée chez les mineurs que chez la population générale. De plus, cette même étude a démontré que la mortalité par le cancer était significativement plus élevée chez les mineurs, spécifiquement ceux travaillant sous terre. Puis, cette tendance était la même pour le cancer du poumon en particulier (Peters, Reid, Fritschi, Musk, & de Klerk, 2013). Dès lors, il est important de faire un retour sur les liens entre l'industrie minière et les cancers de la voie respiratoire brièvement discutés dans la section précédente afin de mieux comprendre les implications. Suite à une recherche examinant les liens entre la silice et le cancer du poumon, les auteurs de cette étude en question ont appuyé le fait que la silice devrait être qualifiée d'agent cancérigène en raison des conséquences qu'elle engendre (Steenland et al., 2001). Par ailleurs, Silverman et al. (2012) ont voulu examiner le lien entre le diésel et le cancer du poumon chez les mineurs. Dans l'industrie minière, plusieurs machines fonctionnent grâce au diésel (Donoghue, 2004), d'où l'importance d'examiner les effets néfastes de l'échappement de ce dernier lorsque ces machines sont utilisées. Les résultats ont effectivement démontré que l'exposition au diésel peut mener au

cancer du poumon chez les mineurs (Silverman et al., 2012). Pour pousser un peu plus loin, une autre étude a démontré que cette exposition augmente ainsi le risque de mortalité par le cancer du poumon (Attfield et al., 2012).

Bref, bien que les cancers de la voie respiratoire ne soient pas les seuls cancers à affecter les mineurs, la prévalence élevée de troubles respiratoires chez les mineurs ainsi que les cancers qui leur sont associés démontrent que la santé respiratoire demeure à risque chez les mineurs.

Déficience auditive due au bruit

En plus de la santé respiratoire, un deuxième phénomène important à considérer est la déficience auditive due au bruit (Donoghue, 2004). Cette affectation du système auditif est définie comme étant « la perte de l'ouïe qui se développe de façon progressive (sur une durée de plusieurs années) et qui est le résultat d'une exposition continue ou intermittente à des bruits intenses » [traduction libre] (Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2003). En raison des machines variées et des divers processus impliqués dans l'extraction des minéraux de la roche, ainsi que les espaces de travail confinés, les mineurs sont constamment exposés au bruit en milieu de travail (Hermanus, 2007). En fait, l'industrie minière a la plus grande prévalence d'exposition au bruit intense de toutes les industries majeures. Or, 76 % des mineurs sont exposés à ce genre de bruit nocif. Pour cette raison, 25 % des mineurs souffrent d'un trouble de l'ouïe sévère. Puis, par l'âge de la retraite, ce taux s'élève à 80 % (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Il est à noter que ce problème affecte les mineurs travaillant sous terre ainsi que ceux travaillant à la surface. D'ailleurs, en plus d'être un risque direct à la santé, la déficience auditive due au bruit mène également à d'autres dangers potentiels. Notamment, en ayant l'ouïe réduite, les mineurs sont susceptibles de ne pas entendre des machines qui se déplacent vers eux,

ni leur son d'avertissement (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Bref, les faits présentés permettent d'illustrer que la déficience auditive due au bruit est sans doute un réel problème et risque à la santé dans l'industrie minière.

Chaleur

Les troubles de santé physique discutés à présent démontrent bien que les conditions environnementales en milieu de travail ont un impact important sur la santé des mineurs. En plus des conditions déjà discutées, il importe de considérer la chaleur comme facteur de risque. Bien que son incidence ne soit pas tellement élevée, l'épuisement par la chaleur demeure un risque important chez les mineurs (Donoghue, Sinclair, & Bates, 2000). En fait, le ministère du Travail de l'Ontario énonce que le travail physiquement exigeant effectué en présence de chaleur peut mener à divers troubles de santé, et dans des cas sérieux, même à la mort. Puis, les mines, ainsi que les fonderies, sont des exemples de milieux de travail où il y a une présence notable de chaleur (Ontario Ministry of Labour, 2014). Dans le cas des mines, particulièrement les mines souterraines, il fait chaud pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il y a le phénomène du gradient géothermique. Essentiellement, cela fait référence à l'augmentation de la température de la roche en profondeur. Ainsi, la température de l'air augmente également en profondeur en raison de l'augmentation de la pression. (Donoghue et al., 2000). De plus, l'équipement contribue à faire augmenter la chaleur dans les mines (Ontario Ministry of Labour, 2014). Plus spécifiquement, les diverses sources d'énergie utilisées pour faire fonctionner la machinerie produisent de la chaleur, faisant ainsi augmenter la température souterraine. Par surcroit, l'eau souterraine s'évapore en raison de la chaleur, menant donc à des niveaux élevés d'humidité (Donoghue et al., 2000). Bref, tout cela est susceptible de mener à divers troubles de santé causés par la chaleur.

Étant donné le principe du gradient géothermique, les mineurs travaillant plus en profondeur ont un risque plus élevé que ceux travaillant à des profondeurs moins grandes (Donoghue et al., 2000). Par ailleurs, selon une étude examinant les troubles de santé dus à la chaleur dans l'industrie minière aux États-Unis, l'incidence est plus grande dans les mines, d'abord souterraines, et deuxièmement, de métaux et non-métaux, que dans les mines de charbon. L'auteur de cette étude (Donoghue, 2004) propose que cela pourrait être dû au fait que les mines métalliques et non métalliques sont typiquement plus profondes que les mines de charbon, le gradient géothermique ayant donc un impact plus important sur ces mineurs. Ainsi, les résultats de cette étude démontrent que les incidents de maladies en raison de la chaleur sont rapportés plus tôt dans le quart de travail chez ceux travaillant sous terre que chez ceux travaillant à la surface. L'auteur propose que les conditions plus ardues ainsi que le travail souvent plus intense sous terre pourraient être parmi les causes de ce constat ci-dessus mentionné (Donoghue, 2004).

Vibration

Comme toutes industries, l'industrie minière dépend beaucoup de la technologie. Certes, afin d'extraire le minerai ou la substance minée quelle qu'elle soit, les mineurs dépendent de l'assistance technique de divers outils et de diverses machines. Bien que cette assistance technique soit efficace, elle engendre aussi des conséquences à la santé. Certaines de ces conséquences, dont la production de poussière, par exemple, ont été discutées ci-haut. Cependant, il en existe d'autres. Notamment, grand nombre de ces outils et machines produisent de la vibration ce qui est un aléa à la santé des mineurs (Jennings, 2001; Kunimatsu & Pathak, 2012). Cette vibration peut être transmise aux mineurs de différentes façons. D'une part, l'utilisation d'outils manuels peut mener au transfert de la vibration par les mains. D'autre part, le

transfert peut se faire par le biais du siège des conducteurs de diverses machines (Kunimatsu & Pathak, 2012). Dans le cas de la vibration transmise par les mains, le fait d'être exposé régulièrement peut mener à divers symptômes vasculaires (Heaver, Goonetilleke, Ferguson, & Shiralkar, 2011). En revanche, si la vibration affecte tout le corps, les conséquences pourraient être d'ordre musculosquelettique. Tel est le cas dans une étude auprès de conducteurs de chargeuse-déchargeuses. Il est à noter, par contre, que dans le cas de cette étude, les résultats reflètent l'impact de la vibration transmise à tout le corps en combinaison avec une posture n'étant pas neutre (Eger, Stevenson, Callaghan, & Grenier, 2008). Quoi qu'il en soit, la sévérité des conséquences de la vibration est directement associée à la fréquence à laquelle la personne est exposée à la vibration ainsi que la durée pendant laquelle elle est exposée. Bref, si la fréquence et la durée d'exposition sont assez élevées, les conséquences à la santé pourraient être permanentes (Kumar, 2004).

4.2 Santé psychologique

L'incidence d'accidents sérieux dans l'industrie minière continue de baisser grâce aux nombreux efforts en matière de santé et sécurité au travail. Cependant, cette amélioration est également accompagnée de nouveaux défis. Par exemple, le stress et la santé mentale sont des sujets relativement récents en matière de santé en milieu de travail, mais auxquels il faut attribuer de l'importance. De plus en plus, un consensus se dégage de la littérature selon lequel il est impératif d'étudier en profondeur cette question (Jennings, 2001). Une étude menée auprès de 74 individus souffrant de dépression ou d'anxiété a démontré que l'anxiété et la dépression sont associées à une performance réduite et une augmentation du risque d'accident en milieu de travail. Dans cette étude, en effet, les travailleurs ont décrit une variété d'accidents, dont des

blessures industrielles et des chutes, qu'ils ont attribués à leur condition ou aux médicaments qu'ils prenaient pour traiter leur condition. Cette étude, dans laquelle les participants travaillaient dans une variété de domaines, dont les services de la santé, les services sociaux, l'éducation, les ventes, les usines, l'ingénierie et les industries de services, démontre bien l'importance de considérer la santé mentale comme facteur important en matière de santé et sécurité au travail (Haslam, Atkinson, Brown, & Haslam, 2005). Une autre étude ayant pour but d'examiner le rôle de la détresse psychologique modérée et élevée dans les accidents au travail dans une variété d'industries et de professions, a aussi démontré que la détresse psychologique, qu'elle soit modérée ou sévère, augmente effectivement le risque d'un accident au travail (Hilton & Whiteford, 2010). Puis, une autre étude menée auprès d'infirmières, qui avait comme objectif de mesurer l'état de santé mentale chez les infirmières et d'analyser les associations entre la santé mentale et les erreurs médicales, a démontré que le nombre d'erreurs médicales était significativement plus élevé chez les infirmières classées comme ayant une mauvaise santé mentale que chez celles ayant une bonne santé mentale (Suzuki et al., 2004). Pourtant, peu de ce genre de recherches existe dans les professions à prédominance masculine. Ainsi, les auteurs d'une revue systématique traitant des facteurs de risque d'anxiété et de dépression dans les industries à prédominance masculine ont conclu que des études de ce genre avec de meilleures méthodologies sont requises (Battams et al., 2014). D'ailleurs, Amponsah-Tawiah, Leka, Jain, Hollis & Cox (2014) soulignent qu'il y a un manque de connaissances par rapport aux risques psychosociaux et leurs effets sur la santé et le bien-être des mineurs (Amponsah-Tawiah, Leka, Jain, Hollis, & Cox, 2014). Quoi qu'il en soit, il y a tout de même quelques études concernant la santé mentale des mineurs qui existent et elles seront maintenant discutées.

Une première étude de ce genre, qui tenait uniquement compte des mineurs qui travaillaient près de leur domicile, donc excluant les mineurs travaillant dans des mines isolées auxquelles il faut voyager et pour lesquelles les mineurs doivent typiquement partir pendant plusieurs jours, avait comme but d'examiner la santé mentale de cette population particulière et de déterminer les facteurs de risques qui leur sont associés. Des entrevues ont été la méthode privilégiée pour cette étude. Lors de son entrevue, un des participants a affirmé qu'il croyait que la dépression était plus commune chez les mineurs. Par ailleurs, le témoignage d'un autre participant suggère que la profession en elle-même est difficile et mène à des sentiments négatifs, incitant les travailleurs à vouloir s'en sortir et à ne plus avoir de motivation pour se rendre au travail. Toutefois, dans le cas particulier de cette compagnie, il semblait y avoir un bon système de support entre les pairs, ce que les participants ont souligné être un atout (McClean, 2012).

Dans une deuxième étude moins récente, menée cette fois-ci à Nottinghamshire en Grande-Bretagne en 1998, l'objectif était d'évaluer si la santé physique et mentale des mineurs ayant perdu leur emploi en 1992, suite à la fermeture de la mine où ils travaillaient, différait de celle de la population générale. Selon les résultats au GHQ-12, un des questionnaires ayant été utilisés pour évaluer la santé psychologique lors de cette étude, 46 % des mineurs qui travaillaient encore dans le secteur minier avaient des résultats suggérant la présence d'un trouble psychologique quelconque. En comparaison aux travailleurs non mineurs, les travailleurs mineurs, les mineurs sans emploi et les anciens mineurs travaillant maintenant ailleurs, étaient tous plus probables de souffrir d'un trouble psychologique quelconque. Bref, les résultats de cette étude ont mené à la conclusion que les hommes ayant été employés à la mine à Nottinghamshire lors de sa fermeture en 1992 étaient psychologiquement désavantagés en comparaison aux

travailleurs qui n'étaient pas des mineurs. Bien que les circonstances soient particulières, les auteurs n'ont pas pu identifier si les résultats étaient dus à la fermeture de la mine. Peu importe, le fait demeure que les mineurs de cette étude avaient une santé mentale réduite en comparaison aux autres travailleurs (Avery et al., 1998).

De façon semblable, dans leur étude publiée en 2011, Shandro et al. présentent l'hypothèse que les gens demeurant dans des communautés minières en Colombie-Britannique pendant des périodes de déclin économique subiraient une augmentation du taux communautaire de troubles de santé mentale en comparaison à des périodes économiques stables, puis que cet effet serait plus grand dans les communautés minières que dans les autres communautés axées sur les ressources. Les auteurs ont donc recueilli des données concernant 29 communautés axées sur les ressources en Colombie-Britannique, dont 15 d'entre elles s'appuient principalement sur l'industrie minière, pendant la période de 1991 à 2002. Ces données ont été recueillies à partir de données administratives de Statistiques Canada, du Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et du *BC Vital Statistics Agency*. Lors des périodes de déclin économique comparativement aux périodes économiques stables, dans les communautés principalement minières, la prévalence des troubles de santé mentale a subi une augmentation significative de 13,2 cas pour 1000. À l'inverse, dans les autres communautés axées sur les ressources, mais non minières, il y a eu un déclin statistiquement significatif de 9,4 cas pour 1000 lors des périodes de déclin versus les périodes stables (Shandro et al., 2011). Bref, bien que la variable indépendante soit ici la situation économique, le fait demeure que la santé mentale des gens des communautés minières était inférieure à celle de la population des autres communautés axées sur les ressources, suggérant que la santé mentale dans l'industrie minière souffre plus que dans les autres industries mentionnées.

Pour leur part, McPhedran et De Leo (2013) ont adressé plus directement la santé mentale des mineurs en menant une étude concernant le suicide chez ces derniers. Dans un premier temps, leur objectif était de décrire les caractéristiques démographiques et psychiatriques ainsi que les événements de vie stressants ayant eu lieu chez les mineurs ayant perdu la vie au suicide. Puis, dans un deuxième temps, de comparer les mineurs aux autres travailleurs de Queensland ayant perdu la vie au suicide pour examiner si ces 2 groupes avaient des caractéristiques différentes et si les mineurs étaient plus probables d'avoir des troubles psychiatriques, d'abuser des substances ou de vivre des événements de vie stressants pendant les mois précédents leur décès. Les données ont été recueillies à partir du *Queensland Suicide Register (QSR)*, une base de données complète du *Australian Institute for Suicide Research and Prevention* contenant tous les détails des incidents de suicide à Queensland de 1990 à aujourd'hui. Tous ceux travaillant dans le secteur minier, sauf les personnes occupant des postes plus génériques tels que des assistants en administration, par exemple, étaient considérés, pour le but de cette étude, comme des mineurs. Parmi les 218 hommes ayant perdu la vie par suicide entre 1990 et 2008, 42 d'entre eux, donc 19,3 %, étaient des mineurs. Aucune différence statistiquement significative n'a été rapportée entre les mineurs et les non-mineurs par rapport à l'historique psychologique ou à la consommation d'alcool. Par rapport aux événements de vie, par contre, les troubles de relations étaient significativement plus communs chez les mineurs que chez les hommes d'autres occupations (59,5 % versus 40,3 %). En effet, les mineurs étaient presque deux fois et demie plus probables d'avoir des troubles de relation avant le décès par suicide. Les résultats de cette étude, bien qu'ils proviennent d'un échantillon relativement petit, suggèrent que les troubles de relations interpersonnelles jouent potentiellement un rôle important dans l'incidence de suicide chez les mineurs (McPhedran & De Leo, 2013). Somme toute, les

résultats de cette étude peuvent sans doute faire réfléchir si l'on considère que les mineurs constituaient près d'un cinquième de tous les incidents de suicide à Queensland pendant cette période.

Enfin, une étude récente, ayant aussi été menée en Australie, avait pour but d'examiner les liens entre la douleur musculosquelettique et la détresse psychologique chez les mineurs. Les auteurs (Carlisle & Parker, 2014) ont prédit qu'en présence de détresse psychologique, les participants auraient de la douleur dans un plus grand nombre de régions corporelles. Ainsi, ils semblaient croire que pour les travailleurs effectuant des tâches monotones, ceux étant moins actifs, ceux ayant du surpoids ainsi que ceux étant plus jeunes ou ayant moins d'expérience, ce lien serait davantage accentué. De plus, ils ont émis l'hypothèse que l'absentéisme serait plus élevé en présence de détresse psychologique. Tout d'abord, ils ont trouvé que la catégorie d'emploi avait une influence sur les taux de détresse psychologique, les opérateurs étant davantage affectés comparativement aux superviseurs, aux professionnels et aux travailleurs en administration. De plus, les résultats ont démontré que 28,4 % de l'échantillon souffrait de détresse psychologique modérée et qu'un autre 9,6 % souffrait de détresse psychologique sévère, pour un total de 38 % des mineurs souffrant de détresse psychologique quelle qu'elle soit. En ce qui concerne la douleur, 28,2 % ont identifié de la douleur dans une ou deux régions et 52,3 % ont identifié de la douleur dans trois régions corporelles ou plus. Puis, la douleur a été trouvée significativement associée à la détresse. Par ailleurs, 78 % des travailleurs rapportant de la douleur au bas du dos ont indiqué que la douleur affectait leur travail. Ainsi, des analyses statistiques ont démontré que les journées pour lesquelles la douleur avait affecté négativement le travail étaient significativement associées à la détresse. De plus, chez les travailleurs souffrant de douleur du bas du dos, la détresse était liée à l'absentéisme. Finalement,

dans 85 % des cas de détresse psychologique élevée, les mineurs en question faisaient du surpoids ou étaient obèses. Relativement à cela, les mineurs qui consacraient plus de temps à faire de l'exercice à l'extérieur du travail ont rapporté des taux moins élevés de détresse. Dans leur discussion, les auteurs ont souligné que dans le cas de cette étude, les mineurs avaient un taux de détresse faisant plus du double de celui de la population travaillante de l'Australie en général. Ils suggèrent que cette différence pourrait peut-être s'expliquer par les risques spécifiques associés aux divers emplois miniers. Les auteurs ont aussi suggéré qu'il est possible que ce taux soit élevé car ces travailleurs ont peut-être plus tendance à continuer de travailler en présence de douleur ou de symptômes psychologiques (Carlisle & Parker, 2014). Bref, l'abondance de connaissances ayant été produite grâce à cette recherche permet de souligner, d'une part, la prévalence de la détresse psychologique chez les mineurs, et d'autre part, certaines conséquences de celle-ci, dont des conséquences sur la santé physique, entre autres. De toute évidence, étant donné les preuves que la santé mentale des mineurs est inférieure à celle de la population, il est possible de conclure que d'autres recherches concernant la santé mentale des mineurs seraient bénéfiques, voire nécessaires.

4.3 Habitudes de vie

Compte tenu de ce qui précède, il est évident que plusieurs recherches et études ont été consultées et lues dans le cadre de l'élaboration de ce travail. Dans ces dernières, quelques-unes d'entre elles ont mentionné certaines habitudes de vie des mineurs. Bien qu'il n'y ait que peu d'information à ce sujet, il importe de souligner les constatations mentionnées. Dans un premier abord, l'étude concernant le suicide chez les mineurs a démontré que, pour ceux pour lesquels l'information était disponible, 33,3 % de ces mineurs avaient un historique de consommation

d'alcool problématique. Parmi les autres travailleurs ayant perdu la vie par suicide et pour lesquels l'information était disponible, ce taux s'élevait à 36,1 %. Toutefois, il importe de souligner que la différence entre ces deux groupes n'était pas statistiquement significative (McPhedran & De Leo, 2013). En second lieu, Peters et al. (2013), en discutant des taux de cancers chez les mineurs, ont mentionné que les mineurs travaillant sous terre étaient plus souvent des fumeurs que ceux travaillant à la surface. Bien qu'ils aient tenu compte de ce facteur dans leurs analyses, ils n'en ont pas discuté davantage (Peters et al., 2013). De façon semblable, les habitudes de tabagisme ont été considérées dans l'étude sur les symptômes respiratoires des anciens mineurs de minerai de fer en Suède. Dans celle-ci, 29 % des anciens mineurs étaient des fumeurs actuels alors que 33 % étaient d'anciens fumeurs (ayant cessé de fumer au moins 12 mois avant l'étude). Encore une fois, peu d'information additionnelle à cet égard n'a été fournie (Hedlund et al., 2006). Dans un autre ordre d'idées, 85 % des mineurs souffrant de détresse psychologique sévère dans l'étude de Carlisle et Parker (2014) faisaient du surpoids ou étaient obèses, une autre considération de laquelle il faut tenir compte. Finalement, une étude auprès de plus de 97 000 mineurs a rapporté les taux de tabagisme et de consommation d'alcool suivants : environ 31 % des mineurs sondés étaient des fumeurs actuels puis environ 32 % étaient d'anciens fumeurs. Par rapport à la consommation d'alcool, près de 39 % des mineurs sondés ont rapporté une consommation légère d'alcool, ce taux diminuant à environ 27 % pour la consommation modérée. Un autre 14 % des mineurs ont rapporté consommer l'alcool de façon excessive (Burke, Proud, Lawson, McGeoch, & Miles, 2007). Bref, à la lumière de ce qui précède, les habitudes de vie des mineurs pourraient sans doute faire un sujet de recherche intéressant.

4.4 Travail par postes

Dans la plupart des cas, les mines sont actives 24 heures par jour, 7 jours par semaine. En l'occurrence, le travail par poste est donc très commun, de même que les quarts de travail de douze heures (Donoghue, 2004). En fait, ces quarts de travail sont devenus essentiels pour la survie économique des compagnies minières (Jennings, 2001). Pourtant, plusieurs recherches attestent que le travail par postes peut mener à de nombreuses conséquences à la santé, tant physique que psychologique, ainsi qu'à des conséquences relatives au travail (Burch et al., 2009; Bushnell, Colombi, Caruso, & Tak, 2010; Suzuki et al., 2004; Vallières, Azaiez, Moreau, LeBlanc, & Morin, 2014). Notamment, une étude menée auprès d'infirmières au Japon a rapporté que la santé mentale était très susceptible de souffrir chez les infirmières travaillant par postes. Ainsi, une santé mentale réduite chez ces infirmières était associée à un plus grand risque d'erreurs médicales (Suzuki et al., 2004). Dans une deuxième étude, celle-ci canadienne, les auteurs (Vallières et al., 2014) ont rapporté que le travail par postes était associé à une qualité de sommeil réduite pouvant mener à l'insomnie, qui, par conséquent, peut mener à une performance réduite au travail. De plus, les participants de cette étude qui rapportaient avoir des symptômes d'insomnie avaient également une santé mentale réduite (Vallières et al., 2014). Par ailleurs, une étude concernant l'impact des horaires de travail sur les habitudes de vie a démontré que les quarts de travail prolongés, ainsi que le travail de nuit et le travail par postes, sont associés à moins d'heures de sommeil et à des plus hauts taux de tabagisme. De plus, les personnes travaillant pendant de longues heures et celles travaillant par postes avaient tendance à faire moins d'exercice. Finalement, les risques d'avoir des habitudes de vie malsaines étaient les plus élevés chez celles travaillant d'abord de longues heures, et deuxièmement, par postes (Bushnell

et al., 2010). Bref, compte tenu de ce qui précède, il importerait de considérer les implications du travail par postes dans les recherches futures concernant la santé et le bien-être des mineurs.

Chapitre 5 : Méthodologie

5.1 Problématique, objectifs et questions de recherche

La santé mentale, comme démontrée dans les chapitres précédents, a plusieurs implications. Sa présence peut mener à un grand nombre de bienfaits alors que son absence peut engendrer plusieurs conséquences. La maladie mentale, pour sa part, a une forte prévalence, et est accompagnée de plusieurs de ces conséquences déjà discutées. En milieu de travail particulièrement, les difficultés par rapport à la santé mentale sont évidentes. Les taux élevés de stress chez la population active, et le travail étant la plus commune source de stress pour ces derniers, ne sont qu'un exemple parmi plusieurs déjà explicités. Bref, il existe plusieurs preuves qu'un milieu de travail psychologiquement sain, c'est-à-dire un milieu de travail qui tient à cœur la santé mentale de ses employés, et qui s'engage à la favoriser, profite grandement de cet engagement. À l'inverse, plusieurs répercussions découlent d'un milieu de travail psychologiquement malsain. Comme discuté, l'absentéisme est particulièrement d'intérêt, car les problèmes de santé mentale peuvent mener à l'absentéisme, mais l'absentéisme contribue également aux problèmes de santé mentale. Puis, l'absentéisme mène à plusieurs autres conséquences, tant pour l'individu que pour l'employeur et l'économie nationale. Il est donc primordial de mettre en place des pratiques qui aideront à favoriser la santé mentale en milieu de travail et à réduire l'absentéisme. Un autre sujet discuté dans les pages précédentes est l'importance de l'appui de la part de l'employeur, qui a d'ailleurs un important rôle à jouer lors du retour au travail d'un employé ayant dû s'absenter.

En Amérique du Nord, dont au Canada et en Ontario plus spécifiquement, l'industrie minière a une forte présence. Sa grandeur est reflétée dans les nombreux emplois qu'elle façonne et par ses nombreuses contributions, directes et indirectes, à l'économie canadienne, tel que

démontré au Chapitre 1. Quant à la santé de sa main-d'œuvre, elle n'est que partiellement documentée. Bien que la santé physique des mineurs fasse depuis longtemps l'objet de nombreuses recherches, très peu d'études, pour autant, existent concernant la santé psychologique de cette main-d'œuvre. Toutefois, les études qui existent, et qui ont été discutées au chapitre 4, ont toutes un dénominateur commun : elles démontrent toutes, d'une façon ou d'une autre, que la santé mentale des mineurs semble plus fragile que celle de la population générale.

Dès lors, sachant que la santé mentale au Canada, ainsi que celle de sa population active est loin d'être idéale, que le milieu de travail joue un rôle primordial quant à la santé mentale, que l'absentéisme pour des raisons de santé mentale mène à une panoplie de conséquences, que l'industrie minière est prévalente au Canada, et plus spécifiquement en Ontario, et qu'il existe très peu d'études concernant la santé mentale des travailleurs de l'industrie minière, malgré les résultats des quelques études qui existent qui suggèrent que la santé mentale des mineurs est moins bonne, il devient très évident qu'il y a un besoin pressant de mener d'autres recherches au sujet de la santé mentale des travailleurs de cette industrie. Cela permettrait de mieux comprendre les implications et pourrait mener à des stratégies et des programmes pour favoriser la santé mentale de cette main-d'œuvre.

Voilà donc l'optique dans laquelle s'insère la présente étude. Cependant, il faut souligner, tout d'abord, qu'il s'agit d'une étude pilote. Les études pilotes, par définition, sont essentiellement des mises à l'essai en préparation pour une plus grande étude (Thabane et al., 2010). Elles permettent d'essayer les méthodes envisagées pour l'étude plus grande afin d'y apporter des modifications si nécessaires. Dans le fond, les études de ce genre permettent aux chercheurs d'être mieux préparés à mener efficacement des études à grande échelle en leur permettant

d'identifier des défis possibles ainsi que des lacunes dans leur méthodologie, et donc de régler ces problèmes avant la réalisation de l'étude principale (Thabane et al., 2010). « Les études pilotes jouent un rôle pivot dans la planification de recherches d'envergure et souvent coûteuses » (Brooks & Stratford, 2009). C'est, d'ailleurs, le cas de cette étude. Cette dernière est une première étape d'une plus grande étude dont le but est de mieux comprendre l'état de santé mentale des employés qui forment la main-d'œuvre de la mine Vale en Ontario. Elle cherche également à mieux comprendre ce qui favorise et ce qui entrave la santé mentale dans ce milieu de travail particulier. Pour sa part, l'étude pilote qui est l'objet de cette thèse avait trois objectifs principaux. Tout d'abord, le questionnaire à être utilisé dans l'étude principale a été répondu par les participants de cette étude pilote de sorte à tester dans quelle mesure il est efficace, c'est-à-dire pour voir s'il a été conçu de sorte à bien représenter les circonstances de cette main-d'œuvre, pour voir si la longueur est appropriée, etc. Dans un deuxième temps, les participants ont été invités à participer à des groupes de discussions pour fournir des rétroactions par rapport au questionnaire, de sorte que l'équipe de recherche puisse apporter les changements nécessaires pour perfectionner cet instrument avant son utilisation dans la plus grande étude qui, d'ailleurs, cherchera à sonder tous les employés des lieux de travail ontariens de la mine Vale. Finalement, le troisième objectif de cette étude pilote, celui qui sera discuté dans cette thèse, était d'obtenir un aperçu des perceptions des travailleurs de cette main-d'œuvre par rapport à l'absentéisme et le processus de retour au travail après une absence. Pour répondre à ce troisième objectif, les questions de recherche suivantes ont été élaborées : 1) Quels genres d'événements mènent les employés de l'industrie minière à s'absenter du travail pour des raisons de santé? 2) Quels sont les facteurs qui favorisent le retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé chez les travailleurs de l'industrie minière? 3) Quels sont les plus grands obstacles au

retour au travail après une absence pour des raisons de santé dans l'industrie minière? Et

4) Qu'est-ce qui pourrait être utile aux employés de l'industrie minière dans leur préparation pour retourner au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé? Il est important de noter avant de poursuivre que cette étude a été approuvée par le comité déontologique de l'Université Laurentienne.

5.2 Stratégie de recherche

Une approche qualitative a été utilisée pour la réalisation de cette étude. Comme le titre et les questions de recherche l'indiquent, le but était de connaître les perceptions des travailleurs par rapport à l'absentéisme et le processus de retour au travail à la suite d'une absence. Pour ce faire, l'utilisation d'entrevues a été la méthode privilégiée, une méthode communément utilisée en recherche qualitative (Merriam, 2009). Selon les caractéristiques de la recherche qualitative, cette dernière est une méthode de recherche interprétative (Creswell, 2008). « Les chercheurs qualitatifs cherchent à comprendre comment les gens interprètent leurs expériences, comment ils conçoivent leur monde, et le sens qu'ils donnent à leurs expériences » [traduction libre] (Merriam, 2009). C'est, justement, ce qu'ont voulu faire les chercheurs pour répondre au troisième objectif de cette étude. Il s'agit donc d'une méthode inductive, car plutôt que de tester des hypothèses, l'objectif était d'explorer un sujet donné (Merriam, 2009), soit celui des expériences d'absentéisme et du processus de retour au travail, afin de mieux comprendre ce dernier dans le contexte de cette main-d'œuvre particulière.

5.3 Recrutement

Afin d'obtenir un échantillon représentatif de la main-d'œuvre diversifiée de la minière Vale en Ontario, des travailleurs ont été recrutés de sept différents lieux de travail : *Copper Cliff mine, Stobie mine, Copper Cliff Smelter, Copper Cliff Nickel Refinery, Protection Services, General Engineering* et *Transportation & Utilities*. Des membres de l'équipe de recherche, dont l'auteur de cette thèse, se sont déplacés vers ces sept lieux de travail pour offrir des présentations aux travailleurs. Les objectifs et les détails du projet ont été présentés, et les travailleurs ont été invités à participer. Des affiches contenant les détails de l'étude ont également été distribuées. Les travailleurs intéressés pouvaient soit s'inscrire le jour même en remplissant la feuille d'inscription, soit contacter l'équipe de recherche par la suite aux coordonnées fournies sur les affiches.

5.4 Participants

L'intention était de sélectionner 40 participants pour l'étude pilote. 85 travailleurs ont donné leur nom pour participer, parmi lesquels 40 ont été sélectionnés. Quatre participants additionnels ont été sélectionnés en cas d'attrition. Les travailleurs ont été sélectionnés de façon aléatoire en fonction de leur lieu de travail et de leur métier. L'équipe de recherche, avec l'appui de Vale, a déterminé le nombre de travailleurs requis de chacun des lieux selon le nombre total de travailleurs employés à chacun de ces derniers. Par surcroît, les participants ont été sélectionnés de sorte qu'il y ait un échantillon représentatif des différents groupes de professions qui existent chez Vale. Une autre considération importante de laquelle a tenu compte l'équipe de recherche était de s'assurer qu'il n'y ait pas de conflits d'intérêts (par exemple, un employé sélectionné pour participer en même temps qu'un de ses supérieurs). En tenant compte de ces

critères de sélection, une approche d'échantillonnage aléatoire simple a été employée. Les 40 travailleurs sélectionnés ont ensuite été divisés en quatre groupes pour les quatre journées de collecte de données, toujours en tenant compte du lieu de travail et du métier. Ces travailleurs ont été contactés et invités à passer la journée à l'Université Laurentienne selon l'horaire établi. En raison de conflits d'horaires, 31 travailleurs se sont présentés pour participer, dont 22 hommes et 9 femmes. Chacun des 31 participants a participé à la phase 1 de l'étude, 30 d'entre eux ont participé à la phase 2, et 28 ont participé à la phase 3 de l'étude.

5.5 Procédure de collecte de données

Les participants sélectionnés étaient avisés qu'ils passeraient une journée à l'Université Laurentienne entre le 16 et le 19 février 2016. Ceux participant lors d'une journée de travail ordinaire ont reçu leur rémunération normale pour cette journée selon la durée de leur journée de travail habituelle (par exemple, 8, 10,5 ou 12 heures). Les travailleurs participants à l'étude lors de leur journée de congé habituelle ont reçu une rémunération pour 8 heures de travail. Les participants ont également reçu une carte cadeau chez Tim Horton's d'une valeur de 20,00 \$ en guise de remerciement pour leur participation. De plus, l'équipe de recherche s'est occupée de fournir du café, des collations et un dîner aux participants. L'étude pilote a été divisée en trois phases ayant toutes eu lieu la même journée. Ces trois phases seront maintenant expliquées.

Phase 1 : Administration du questionnaire

L'équipe de recherche et l'équipe chez Vale ont travaillé pendant plusieurs mois pour développer un instrument permettant de recueillir les informations désirées auprès de la

population cible. En gardant les objectifs de l'étude principale en tête (c'est-à-dire celle lors de laquelle tous les employés chez Vale en Ontario seront invités à répondre au questionnaire), plusieurs questionnaires mesurant diverses composantes de la santé mentale ont été recueillis. À partir de ce vaste inventaire, en s'appuyant sur la littérature et en considérant les propriétés psychométriques, les questionnaires jugés les plus pertinents par l'équipe ont été retenus pour former l'instrument à être utilisé dans l'étude pilote. Après de nombreuses révisions, une version finale tentative a été produite et les participants y ont répondu. Le questionnaire, administré sous format papier, comptait 33 pages avec une durée estimée de 40 minutes. Le tout s'est déroulé dans une salle de classe de l'édifice Ben Avery à l'Université Laurentienne, assez grande que les participants aient suffisamment d'espace entre eux et se sentent à l'aise de répondre au questionnaire de façon privée.

Phase 2 : Groupes de discussion

Après avoir répondu au questionnaire, les participants ont été invités à participer à un groupe de discussion lors duquel ils ont eu l'occasion de faire des commentaires sur divers aspects du questionnaire afin que celui-ci puisse être perfectionné avant son utilisation dans l'étude principale. Plus spécifiquement, une série de questions ont été posées aux participants afin de savoir quelles parties du questionnaire étaient les plus pertinentes, ainsi que s'il existait des lacunes, selon eux. Ils ont aussi été demandés s'il y avait des sections qu'ils croyaient devraient être éliminées, et pourquoi. Un autre sujet de discussion abordé est la longueur et la durée qu'il faut pour remplir le questionnaire. Puis, pour terminer, les participants ont eu l'occasion de faire tout autre commentaire à l'égard du questionnaire qu'ils jugeaient important. Bref, cette deuxième phase de l'étude avait comme objectif d'obtenir un aperçu de ce que pensent

les participants du questionnaire afin de permettre à l'équipe de recherche de faire des ajustements jugés nécessaires avant l'étude principale. Ces groupes ont été menés par l'un des membres de l'équipe de recherche, alors que trois autres prenaient des notes détaillées. Le tout s'est déroulé dans la salle de conférence de l'École des sciences de l'activité physique à l'Université Laurentienne. Les questions qui ont su guider les groupes de discussion se retrouvent à l'annexe 1.

Phase 3 : Entrevues individuelles

Lors de la troisième phase de l'étude, celle dont l'analyse fait l'objet de cette thèse, les participants ont eu l'occasion de participer à des entrevues individuelles. Ces entrevues avaient comme objectif de donner l'occasion aux participants de parler d'expériences personnelles d'absentéisme et du processus de retour au travail. Les entrevues ont été menées par quatre membres de l'équipe de recherche, dont l'auteure de cette thèse, deux étudiants post-doctoraux, dont une est psychologue, et le directeur de thèse, également psychologue clinicien. Elles se sont déroulées dans des bureaux privés à l'École des sciences de l'activité physique à l'Université Laurentienne et avaient une durée qui variait entre environ 10 et 60 minutes selon les expériences vécues. Le guide d'entrevue contenant les questions posées est disponible à l'annexe 2. Pour des fins d'analyse, les entrevues ont été enregistrées en utilisant un enregistreur audio numérique, et elles ont ensuite été retranscrites.

5.6 Stratégie d'analyse des données

Tel que suggéré par Merriam (2009), l'analyse a débuté en parallèle avec la collecte de données. À la fin de chaque journée d'entrevue, l'équipe de chercheurs a discuté des thèmes émergents. Une fois les entrevues retranscrites, elles ont été analysées en utilisant une méthode de codage dans le but de créer des catégories de thèmes, aussi appelée l'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006). Les entrevues ont été lues plusieurs fois et des notes ont été prises permettant de voir émerger certaines catégories. L'information a ensuite été divisée selon les questions de recherche et des codes ont été assignés. Au début du processus d'analyse, plusieurs catégories ont émergé du codage. Mais, comme l'a indiqué Merriam, au fur et à mesure que le processus d'analyse avance, il est possible de regrouper certains codes pour créer des thèmes plus vastes, avec des sous-catégories au besoin. C'est par ce processus de codage du plus large au plus spécifique qu'ont émergé les thèmes permettant de répondre aux objectifs et aux questions de recherche de cette étude.

5.7 Validité et fidélité

En recherche qualitative, une stratégie communément utilisée pour démontrer la validité et la fidélité des méthodes employées et des résultats obtenus est la triangulation (Merriam, 2009). De façon générale, ceci fait référence au fait d'utiliser plusieurs méthodes de collecte de données, plusieurs sources de données, et d'avoir plus d'un chercheur (Long & Johnson, 2000). Par exemple, cela peut vouloir dire avoir plus d'une personne qui mène les entrevues (Flick, 2004). C'est, effectivement, une des stratégies employées pour cette étude. Quatre chercheurs ont mené les entrevues, tous en suivant le même guide afin d'assurer la cohérence. De plus, à la fin de chaque journée d'entrevues, cette équipe de recherche s'est rencontrée pour discuter des

thèmes émergents, qui ont, d'ailleurs été notés. Puis, ces thèmes reflètent effectivement ceux qui ont découlés de l'analyse thématique. Par surcroît, bien que la méthode principale de collecte de données pour répondre aux questions de recherche ait été les entrevues, l'information pertinente collectée pendant les groupes de discussion a été utilisée pour supporter les résultats de l'analyse thématique des retranscriptions d'entrevues.

5.8 Réflexivité

La réflexivité est un processus par lequel les chercheurs réfléchissent et discutent des façons par lesquelles ils ou elles, en tant que chercheurs, ainsi que le processus de recherche peuvent influencer la collecte et l'analyse des données (Forman, Creswell, Damschroder, Kowalski, & Krein, 2008). En d'autres mots, il faut reconnaître ses biais personnels et les identifier (Merriam, 2009). Il est donc recommandé que le chercheur discute des façons par lesquelles ses antécédents personnels pourraient influencer l'interprétation des résultats (Creswell, 2008). Dans le cadre de notre recherche, il existe donc quelques facteurs personnels qui pourraient biaiser nos résultats. Tout d'abord, ma passion pour la santé mentale est depuis le début une source de motivation qui sous-tend mon implication à cette étude. Vouloir faire une différence pour les personnes affectées est certainement quelque chose qui me motive. L'étude étant auprès des travailleurs de l'industrie minière est également une source de biais possible. Ayant grandi à Sudbury, une ville minière, j'ai certainement des liens à cette industrie ; plusieurs membres de ma famille ont travaillé pour les mines. De plus, mon frère et mon père sont tous les deux des gens de métiers syndiqués, qui supportent activement la cause pour la santé et la sécurité au travail. Je suis donc depuis longtemps immergée dans ce monde des métiers, des mines, des syndicats et de la santé et de la sécurité au travail, donc cette perspective

interne me permet d'avoir un niveau d'empathie largement fondé sur des expériences personnelles. Par ailleurs, je suis également une chercheuse novice et la recherche qualitative en particulier m'est quelque chose de nouveau. Cependant, je prends une approche proactive dans mon éducation en matière de recherche et j'ai également beaucoup d'appui de la part de notre équipe de recherche et de mon comité de thèse qui, notamment, me guide et s'assure que je prenne les bonnes démarches. Ainsi, c'était la première fois que je menais des entrevues, mais encore une fois l'équipe était là pour m'appuyer. Puis, ils ont, eux aussi, mené des entrevues, et les thèmes qui ont émergés reflètent les tendances dans l'ensemble des entrevues.

Chapitre 6 : Résultats

Tel que précisé au chapitre 5, l'analyse des entrevues individuelles, soit la phase 3 de l'étude pilote, est celle qui permettra de répondre aux questions de recherche avancées dans cette thèse. Les résultats qui suivent découlent donc de l'analyse des retranscriptions d'entrevues. L'information relative aux diverses professions des participants ainsi que leur nombre d'années d'expérience ne sera pas discutée pour des raisons de confidentialité, étant donné la taille de l'échantillon et les lieux de travail qui sont connus. Cette mesure permet de faire en sorte que les participants ne puissent pas être identifiés. Il est possible d'affirmer, par contre, que les participants interviewés occupent une variété d'emplois et travaillent dans divers lieux de travail différents chez Vale tel qu'indiqué dans la méthodologie. De plus, il y a à la fois des gens qui travaillent sous terre et d'autres qui travaillent à la surface, ainsi que des gens qui occupent des horaires fixes avec des quarts de jours seulement, alors que d'autres occupent des horaires de travail par postes. Finalement, il est à noter que le masculin sera privilégié afin qu'il ne soit pas possible de distinguer entre les hommes et les femmes, encore une fois pour des raisons de confidentialité.

6.1 Genres d'évènements entraînant une absence

Lors des entrevues, les participants ont été questionnés au sujet des raisons pour lesquelles ils s'étaient absentes, s'ils avaient déjà fait l'expérience d'une absence plus ou moins prolongée pour des raisons de santé. Dans les cas où ils n'avaient pas fait l'expérience d'une telle absence, ils ont été invités à indiquer le genre d'évènement le plus probable de les mener à s'absenter du travail.

Les questions étant spécifiques aux absences pour des raisons de santé, il n'est pas surprenant qu'un nombre des absences ait été pour des raisons de santé physique. Notamment, divers cancers, maladies et blessures ont été mentionnés, les problèmes musculosquelettiques tels que la douleur au dos et aux diverses articulations étaient parmi les plus cités. Certains d'entre eux ont également dû s'absenter pour avoir une chirurgie. D'ailleurs, il y a eu la mention de douleur chronique chez certains, habituellement le résultat d'une blessure préalable. Il est également important de noter que certaines des blessures s'étaient produites au travail, alors que d'autres étaient survenues à l'extérieur du travail.

Outre les cas d'absences pour des raisons de santé physique, un grand nombre de participants ont rapporté des raisons de santé mentale pour leur(s) absence(s). Entre autres, le stress au travail, une relation difficile avec le superviseur ou les employés, un environnement de travail stressant, une situation familiale difficile, une situation personnelle difficile comme une séparation ou un divorce, et un historique de troubles de santé mentale sont parmi les raisons données.

Les raisons initiales de l'absence confondues, deux tendances importantes sont survenues lors de l'analyse des entrevues. Tout d'abord, il est devenu évident que peu importe la raison initiale de l'absence, des symptômes relatifs à la santé mentale avaient tendance à survenir chez les personnes ayant dû s'absenter. Dans certains cas, la cause initiale de l'absence était pour des raisons de santé mentale, la situation étant davantage aggravée par le fait d'être absent et tout le stress qui s'y rattache. Dans d'autres cas, par contre, une absence pour des raisons de santé physique a mené à une détérioration de la santé mentale. D'ailleurs, dans quelques cas, peu importe la raison initiale de l'absence, tout le stress rattaché à l'absence et/ou au processus de retour au travail a mené à une absence subséquente pour des raisons de santé mentale. Plusieurs

des causes de stress menant à cette détérioration de la santé mentale ont été identifiées et seront discutées davantage dans la section des facilitateurs et des obstacles au retour au travail. Ce qui importe ici, c'est de reconnaître que l'absentéisme, peu importe la cause, semble mener à beaucoup de stress, et a conséquemment un impact négatif sur la santé mentale des gens. À titre d'exemple, voici un témoignage d'un des participants : « *You get more stress when you're off on stress than when you're not* ». Dans le cas d'une absence à l'origine pour une raison de santé physique, un autre participant indique « *you go off physically, but then it turns into mentally because stress is involved* ».

Une deuxième tendance importante qui a été observée l'a été chez les gens indiquant qu'ils n'avaient jamais fait l'expérience d'une absence prolongée. Cette sous-catégorie est d'intérêt pour deux raisons. La première est que plusieurs d'entre eux ont indiqué prendre quelques jours de congé ici et là plutôt que de demander une absence prolongée. Mais ce qui est surtout fascinant est que toutes ces occurrences d'absences étaient pour des raisons de santé mentale : aucun des participants ayant avoué prendre quelques jours ici et là ne l'a fait pour des raisons de santé physique. Dans ce même ordre d'idées, lorsque demandés quel genre d'évènement serait le plus probable de les mener à s'absenter, tous ces participants ont donné des raisons de santé mentale. Notamment, le stress au travail, le stress dans la vie personnelle et l'historique de troubles de santé mentale sont parmi les raisons identifiées comme causes probables pour s'absenter. Quelques participants ont également rendu témoignage des expériences d'absence de collègues, des expériences qu'ils ont qualifiées de stressantes.

Bref, des absences pour raisons de santé peuvent être d'ordre physique ou mental, mais, peu importe la raison initiale de l'absence, le fait d'être absent du travail semble mené à beaucoup

de stress et parfois même des périodes d'absence subséquentes, et peut donc être nuisible à la santé mentale des gens.

6.2 Facilitateurs et obstacles au retour au travail

Dans le cadre des entrevues individuelles, les participants ont été questionnés au sujet des facilitateurs ainsi que des obstacles au retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé. Trois grands thèmes ont émergé de cette discussion, soit l'appui et les services, le stress financier, et les lacunes en ce qui concerne les connaissances et la sensibilisation en matière de santé mentale.

6.2.1 Appui et services

Tout d'abord, l'appui de la part du superviseur semblerait avoir un impact très important sur le processus de retour au travail. Mais, cet impact peut aller dans deux sens, soit positif, soit négatif. Les résultats d'entrevues ont démontré que l'appui du superviseur est un grand facilitateur au retour au travail, lorsqu'il est présent, alors que le manque d'appui est parmi les plus grands obstacles au retour au travail. Dans le sens positif, le fait d'avoir un superviseur qui tient à cœur le bien-être de ses employés et qui le démontre en s'engageant à aider ceux-ci dans le processus de retour au travail, et tout au long de leur cheminement, contribuent énormément à rendre le processus de retour au travail un succès. À titre d'exemple, en parlant de son superviseur direct ainsi que de son superviseur à lui, et de la façon dont ils ont géré la situation, un participant indique que « *they cared, it showed me that they cared about me, which was very important and they supported me. And I knew that I could go in their office and talk to them at*

any time about it and they would understand [...] ». De façon semblable, lorsque demandé qu'est-ce qui avait facilité son retour au travail, un autre participant a dit « *I had a really good experience with my direct supervisor. It was good. [...] Very accommodating* ». Puis, en réponse à cette même question, un autre avait simplement ceci à dire : « *My manager was super* ».

À l'inverse, le manque d'appui de la part du superviseur a également été soulevé à maintes reprises. Bien que l'appui ait été un des plus grands facilitateurs au retour au travail, son absence a certainement été ressentie chez plusieurs, rendant le manque d'appui du superviseur un des plus grands obstacles au retour au travail. En effet, dans certains cas, ce manque d'appui a mené à la détresse chez le travailleur. Un exemple de cela peut se voir dans la citation suivante: « *this was my first day back, my first half hour back, he wound me up so tight I was nauseous [...] no support, absolutely no support from HR, from the manager, no how to help you back, no understanding of how the return to work is difficult, nothing like that* ». Bien que toutes les situations n'aient pas été décrites aussi vivement que celle-ci, le fait demeure qu'un très grand nombre des participants ont identifié le manque d'appui du superviseur en tant qu'obstacle à leur retour au travail, et que certains d'entre eux ont rapporté des symptômes de détresse en conséquence.

Alors que l'appui (ou le manque d'appui) du superviseur a bien évidemment un impact sur le retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé, ce genre d'appui n'est pas le seul à avoir été discuté. Le milieu de travail en général, c'est-à-dire l'environnement, contribue également à rendre le processus de retour au travail plus agréable. En d'autres mots, il importe que les travailleurs se sentent à l'aise et bien reçus par non seulement leur superviseur, mais aussi par leurs collègues. C'est, d'ailleurs, un autre des facilitateurs identifié par plusieurs participants. Par surcroît, les services offerts par la compagnie, dont l'accès à certains professionnels de santé

et le travail modifié, ainsi que le processus à suivre ont été discutés par plusieurs des participants. Entre autres, plusieurs d'entre eux ont été reconnaissants des services qu'ils ont pu recevoir grâce au programme d'aide aux employés et à leur famille (PAEF), dont des sessions avec divers professionnels de la santé tel que des psychologues et des physiothérapeutes, par exemple. D'ailleurs, le fait que ces services soient payés a également contribué à la gratitude des employés qui s'en étaient servis. De façon générale, les réponses en entrevues suggèrent que le PAEF et les services associés qui sont offerts sont un facilitateur et un atout. Par contre, un défi parfois rencontré est l'incertitude par rapport à la façon d'accéder aux services et le temps que ça prend pour recevoir ces services. C'est, en fait, un point ayant été soulevé dans les groupes de discussion également. Puis, cela mène au prochain constat, discuté à la fois dans les entrevues et les groupes de discussion : le processus de retour en tant que tel, et donc toutes les étapes qui y sont rattachées, sont une source de stress importante. Tous les formulaires à remplir et toutes les entrevues à passer causent des ennuis. Être obligé, par exemple, de répéter son histoire à plusieurs différentes personnes (son médecin, le médecin de la compagnie, l'infirmière, etc.) est une source de stress. Dans les mots d'un des participants : « *All these people hear the story over and over to go off. Now you're coming back and you have to sit and do all that again. So you're just revictimizing the victim. [...] Mentally it's like oh God I got to go through this all over again* ». De façon semblable, il existe parfois un manque de communication ou une différence de points de vue. Par exemple, le médecin d'un travailleur pourrait approuver son retour, alors que le médecin de la compagnie est en désaccord et n'approuve pas le retour. Bref, tant dans les entrevues que lors des groupes de discussion, les participants ont identifié que toutes les étapes par lesquelles il faut passer sont un obstacle qui cause beaucoup de stress et de frustration. D'ailleurs, le concept de travail modifié s'insère aussi dans cet obstacle. Occasionnellement, les

travailleurs sont retournés au travail avec certaines limitations ou restrictions. Cependant, même si ces mesures sont prises avec l'intention d'aider le travailleur, elles ne sont pas toujours efficaces ou sans défis. Par exemple, certains ont exprimé que le travail qui leur avait été assigné n'était pas d'importance, et donc ennuyant. « *Any monkey could do it. Basically [I] was taking files and putting labels on files for eight hours a day, five days a week, and so I was just – I'm already suffering from anxiety and depression, and just a bunch of stuff that was going on in my life, it just kept making it worse. So then that's all you were doing was thinking and I was going crazy* ». Puis, selon un autre travailleur en ayant fait l'expérience, « *you kind of get tucked away [...] I didn't do anything, I sat around for eight hours of the day* ». Semblablement, certains ont rapporté qu'ils avaient été renvoyés à la maison, car il n'y avait plus de travail pour eux, ceci causant un stress additionnel. Toutefois, les expériences de travail modifié n'ont pas toutes été négatives, pour certains cette démarche s'est bien déroulée et a facilité le retour.

6.2.2 Stress financier

Le terme facilitateur implique qu'il s'agit de quelque chose de positif, quelque chose ayant rendu le retour au travail plus facile. Cependant, en réponse à la question demandant ce qui avait facilité le retour au travail, un thème récurrent a été le stress financier. Bien que ce ne soit pas un facilitateur dans le sens positif, le stress financier a été identifié comme raison pour le retour chez plusieurs. Effectivement, ces travailleurs se sont sentis comme ils n'avaient pas d'autre choix que de retourner au travail en raison de leur situation financière précaire. Par exemple, un participant a avoué retourner au travail « *just to get the full paycheck again. I was off for three weeks and it was hard* ». De façon semblable, un autre participant a déclaré ne pas se sentir prêt à retourner au travail, mais qu'il s'est senti forcé de retourner pour faire de l'argent :

« *financial takes over [...] your journey to recuperate is being crunched by some dictators, you need to go back to work and earn some money* ». Ainsi, « *they forced me back to work. [...] Not so much Vale but the insurance provider [...] They basically tell you if you don't do what we ask you to do we're cutting you off* ». Puis, un autre encore: « *You're missing that pay. So you're going to do everything in your power to get back as soon as you can* », qu'il avoue n'est pas une bonne chose, car les gens finissent par retourner avant d'être prêts. C'est, effectivement, la situation à laquelle a fait face ce prochain participant également : « *I could not afford it. So it became quite evident to me that I needed to get my [butt] back into work, mentally prepared or not. It was no more an option anymore* ». D'ailleurs, dans certains cas, le retour au travail s'est fait à l'encontre des recommandations du médecin, effectivement pour des raisons financières. Ainsi, le délai pour être payé a été un défi chez certains : « *they don't pay out for a long period of time [...] it feels like the wolves are at the door and the bank is there, and my mortgage is coming out, and I don't have any more money* ». Bref, les difficultés financières sont un des plus grands défis rencontrés chez les personnes qui s'étaient absentes pour des raisons de santé.

6.2.3 Lacunes de connaissances et de sensibilisation en matière de santé mentale

Au-delà de l'appui, des services et du stress financier, le manque de sensibilisation en matière de santé mentale a été un autre obstacle identifié par quelques-uns des travailleurs interviewés. De plus, ce manque de sensibilisation a également été associé à la peur d'être jugé et à la honte chez certains. En effet, deux des participants ont même avoué qu'ils éviteraient de s'absenter par peur d'être jugés pour la raison de leur absence. D'autres ont rapporté qu'ils avaient été accusés de « faire semblant ». Puis, il y a même eu des incidents de harcèlement envers des travailleurs s'étant absentes pour, ou souffrant de problèmes de santé mentale. Il semblerait que

dans certains des lieux de travail, la mentalité est que ce qui ne peut pas être vu ou mesuré n'existe pas. Le manque d'empathie est donc un problème. Bref, il semble y avoir des lacunes de connaissances et de sensibilisation en matière de santé mentale : la stigmatisation existe et est un réel obstacle.

6.3 Comment améliorer le retour au travail

À la suite du questionnaire au sujet des événements précipitant une absence, ainsi que des facilitateurs et des obstacles au retour au travail, les participants ont été demandés ce qui aurait pu leur être utile ou ce qui pourrait être utile dans le futur, à leur avis, en préparation pour un retour au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé. Trois grands thèmes ont émergé de ce questionnaire. Ils sont : l'éducation et la formation des superviseurs, la mise en œuvre d'un processus standardisé, mais qui tient compte des besoins individuels, et la sensibilisation en matière de santé mentale.

6.3.1 Formation des superviseurs

Tout d'abord, le besoin de former les superviseurs afin qu'ils soient équipés pour s'occuper de leurs employés et de les accompagner avec succès dans leur cheminement a été identifié à plusieurs reprises. Étroitement lié est le besoin d'appui de la part du superviseur, réitéré lors de cette ligne de questionnaire. À l'heure actuelle, il semblerait que cette combinaison d'appui et de connaissances nécessaires pour offrir adéquatement ce soutien est une lacune. Voici ce qu'un des participants avait à dire à ce sujet : « *I don't think we support supervisors enough [...] A lot of them are just not equipped to even come close to*

understanding ». D'autres ont carrément suggéré que les superviseurs reçoivent une formation pour leur permettre, justement, d'avoir les outils nécessaires pour accompagner efficacement leurs employés dans le processus de retour au travail.

6.3.2 Avoir un plan d'action

En se préparant à retourner au travail, plusieurs des participants auraient voulu qu'un processus plus concret, c'est-à-dire un plan d'action, ait été mis en place. Un second point soulevé à cet effet était le besoin non seulement d'un plan, mais d'un plan qui est soucieux des besoins de l'individu en question. D'ailleurs, il faudrait aussi que ce soit un processus collaboratif, c'est-à-dire, que le lieu de travail soit impliqué dans le processus, et non seulement le département de médecine du travail. L'importance d'avoir une personne contacte a également été identifiée, de même que l'importance du suivi, deux autres lacunes actuelles.

6.3.3 Sensibilisation en matière de santé mentale

Finalement, un dernier besoin identifié est celui de la sensibilisation en matière de santé mentale. Bien que des campagnes de sensibilisation existent, elles ont été jugées trop peu nombreuses. À cet égard, voici ce qu'un des participants avait à dire : « *I know they're trying to work on some mental health training and stuff like that but I think it needs to be more of an ongoing thing, [...] not a global Mental Health Week once a year. And I think [there] needs to be more done there, just to make sure that people are equipped to help people – in general, just being helpful and supportive* ». Il s'agit, d'ailleurs, d'une opinion partagée par quelques-uns des travailleurs interviewés. Ils identifient le besoin non seulement d'éduquer les gens en matière de

santé mentale, mais aussi de lutter contre la stigmatisation chez ceux qui ont de fausses perceptions de ce que c'est.

Chapitre 7 : Discussion

Comme le titre l'indique, l'objectif visé dans cette thèse était d'obtenir un aperçu des perceptions des travailleurs chez Vale par rapport à l'absentéisme et le processus de retour au travail suivant une absence pour des raisons de santé. Les entrevues menées pour répondre à cet objectif ont rapporté plusieurs résultats intéressants présentés au chapitre précédent. Ces résultats méritent donc d'être examinés de plus près afin d'en obtenir une meilleure compréhension et appréciation.

7.1 Genres d'évènements précipitant une absence

Lorsque questionnés au sujet des raisons pour leur(s) absence(s), les participants ont rapporté une variété de raisons d'ordre physique et mental, ce qu'on pourrait s'attendre étant donné la définition holistique de la santé selon laquelle ces deux composantes sont interdépendantes (Organisation mondiale de la Santé, 1946; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Ce qui est surtout fascinant dans les résultats présentés, par contre, est le fait que peu importe la raison initiale pour leur absence, plusieurs travailleurs ont rapporté que leur santé mentale avait souffert en conséquence de leur absence. En fait, ceci a même mené à une ou des absences subséquentes chez certains. Mais, cela n'est pas surprenant étant donné tout le stress et l'incertitude qui découle de ne pas être au travail, tel que rapporté par plusieurs des travailleurs interviewés. D'ailleurs, l'inquiétude et l'incertitude ressentie lors de l'absence ont été des sources de stress chez plusieurs des travailleurs interviewés dans le cadre d'une étude semblable menée au Québec. (St-Arnaud et al., 2004). Effectivement, le stress est l'une des conséquences communes qui découlent de ne pas être au travail (Mental Health Commission of Canada, 2013b). Puis, nous savons déjà que le stress est lié à l'anxiété et la dépression (Thoits, 2013).

Bref, compte tenu de ce qui précède, il n'est pas surprenant que l'absentéisme ait eu un impact négatif sur la santé mentale de plusieurs des participants de cette étude, quelle que soit la cause initiale de leur retrait du travail. En ce qui concerne ceux n'ayant pas fait l'expérience d'une absence autorisée pour raisons de santé, les réponses obtenues à la question leur demandant d'identifier le genre d'évènement le plus probable de les mener à s'absenter sont très intéressantes : seulement des raisons de santé mentale ont été données. Il est certainement possible que ceci soit le résultat de la nature de cette étude. Bien sûr, le fait que l'étude traite d'abord et avant tout de la santé mentale peut avoir influencé la réponse à cette question. Cependant, sachant que 78 % des invalidités de courte durée et 67 % des invalidités de longue durée sont attribuables aux problèmes de santé mentale au Canada (Towers Watson, 2011), il n'est pas surprenant que les causes probables d'absence identifiées soient d'abord et avant tout des raisons de santé mentale. Plus spécifiquement, le stress au travail et le stress dans la vie personnelle sont les deux grandes catégories de causes d'absence probables identifiées lors des entrevues. Justement, comme discuté au chapitre 3, le stress en milieu de travail et le manque d'équilibre entre la vie au travail et la vie à l'extérieur du travail sont parmi les plus grandes causes d'invalidités en milieu de travail (Towers Watson, 2011). D'ailleurs, les niveaux de stress sont les plus élevés chez les Canadien(ne)s âgé(e)s entre 35 et 54 ans. Pour reprendre ce qui a été dit au chapitre 2, cela consiste du noyau de la population active (Statistics Canada, 2014). Il n'est donc pas surprenant, compte tenu de ce qui précède, que les causes probables de sous-tendent une absence soient liées à la santé mentale.

7.2 Facilitateurs et obstacles au retour au travail

Pendant les entrevues, et lors de l'analyse subséquente des retranscriptions, le thème de l'appui en est un qui est revenu très souvent. Ce qu'il y a de particulier avec ce thème est qu'il est bidirectionnel. En d'autres mots, sa présence est un facilitateur alors que son absence est perçue comme un obstacle. Ainsi, dans son sens négatif, non seulement est-ce un obstacle dans le retour au travail, le manque d'appui peut également causer d'autres problèmes pour le travailleur, comme des problèmes de santé mentale. Que ce soit de la part du superviseur, ou du milieu de travail en général, les résultats obtenus correspondent à ceux obtenus dans l'étude de St-Arnaud : l'appui favorise le processus de retour au travail, alors que le manque d'appui obstrue ce processus (St-Arnaud et al., 2004). À l'avenant, l'absence de soutien et l'insensibilité des supérieurs et des collègues ont également été identifiés comme obstacles dans l'étude de Thorpe et Chénier traitant de la santé mentale en milieu de travail (Thorpe & Chénier, 2011), ce qui correspond aussi aux résultats obtenus dans la présente étude. Une étude de 2009 au sujet de la réinsertion professionnelle à la suite d'une absence pour des raisons de santé psychologique a également déterminé que les superviseurs ont un rôle important à jouer dans le processus de retour au travail, plus particulièrement en ce qui a trait à l'appui (Vallée, 2009). Bref, les résultats que nous avons obtenus correspondent avec les résultats d'autres études semblables dans le sens où elles démontrent toutes l'importance de l'appui pour un retour au travail bien réussi.

Un autre sujet souvent discuté a été les services disponibles aux travailleurs. Le programme d'aide aux employés et à leur famille (PAEF), par exemple, a été qualifié d'un facilitateur au retour au travail. Toutefois, bien que plusieurs des participants aient utilisé les services offerts par le PAEF, et que de façon générale ces services aient favorisé le retour de ces derniers, le PAEF n'a pas été sans défis. Un point soulevé à la fois lors des entrevues et

pendant les groupes de discussion est l'accessibilité de ces services. Plus spécifiquement, ceux ayant eu recours à ces services en étaient reconnaissants, notamment parce que c'était des services payés, mais un problème récurrent semble être la difficulté d'accéder à ces services et/ou les temps d'attente pour obtenir ces services. En effet, certains n'étaient pas au courant que ces services existaient, puis d'autres ne savaient pas où aller ou comment s'y prendre pour les obtenir. Dès lors, en dépit des avantages et des effets positifs que peut offrir le PAEF, il serait peut-être avantageux d'offrir d'autres moyens d'accéder à des services. Notamment, en ce qui concerne les employés atteints de troubles de santé mentale particulièrement, Thorpe et Chénier suggèrent que ce genre de programme ne devrait pas être le seul point d'accès à des ressources (Thorpe & Chénier, 2011). Néanmoins, il importe tout de même de reconnaître que malgré certaines faiblesses, ce programme semble être un point d'accès important à divers professionnels de la santé, et que pouvoir obtenir des soins de ces divers professionnels a grandement contribué à un retour au travail réussi chez certains des participants.

Par ailleurs, le processus de retour au travail en tant que tel, et toutes les étapes menant à celui-ci, sont parmi d'autres des obstacles identifiés dans les entrevues et les groupes de discussion. Une citation présentée au chapitre 6 est particulièrement marquante et décrit très bien cette épreuve : « *You're just revictimizing the victim* ». Cette expression résume tout à fait ce qu'ont exprimé plusieurs participants. Les nombreux formulaires à remplir, les appels téléphoniques et les nombreuses entrevues par lesquelles doivent passer les travailleurs qui s'absentent pour des raisons de santé sont une source de stress importante. Justement, St-Arnaud et collaborateurs (2004) ont démontré que ces mesures administratives sont, effectivement, perturbantes. D'autant plus que les différences d'opinions des professionnels et le manque de collaboration qui surviennent parfois viennent rajouter à cette situation précaire. Bref, la

frustration ressentie chez les participants est justifiée et certainement partagée avec ceux d'autres études semblables, tel que démontré ci-haut. Bien évidemment, des améliorations aux démarches sont nécessaires. D'ailleurs, ceci sera discuté davantage dans la section traitant des façons d'améliorer le processus de retour au travail.

Au-delà de l'appui, des services et du processus en tant que tel, le travail modifié est un autre facteur qui peut influencer la façon dont se déroule le retour au travail. Bien que ce dernier ait seulement été abordé brièvement en entrevue et dans les groupes de discussion, il mérite d'être examiné de plus près. Notamment, parce ce que les points soulevés en entrevue semblent contredire ce que nous dit la littérature. Par exemple, tel qu'expliqué au chapitre 6, malgré les bonnes intentions qui sous-tendent les accommodations, ces dernières ont causé plus de mal que de bien dans notre échantillon. Entre autres, le travail assigné n'était pas du travail d'importance, mais plutôt du travail insignifiant assigné pour faire passer le temps. Pourtant, quand on parle d'absence pour des raisons de santé mentale, il est suggéré que le retour au travail se fasse de façon graduelle afin de favoriser les chances de succès. Ainsi, en plus des heures de travail modifiées, la charge de travail doit être réduite en conséquence (Vallée, 2009). Ce qu'on peut donc en tirer est qu'il pourrait être profitable d'offrir du travail modifié, mais ce travail doit quand même exiger un certain effort et avoir de la valeur. Mais, comme l'a indiqué un des participants, tout le monde est différent, d'où l'importance, alors, de connaître les besoins individuels de chaque personne. C'est, d'ailleurs, un autre sujet qui sera abordé dans les pages qui suivent lorsque viendra le temps de discuter des moyens d'améliorer le processus actuel de retour au travail.

Un autre grand défi discuté par les participants est le stress financier qui accompagne les absences autorisées. Dans certains cas, aucun revenu n'a été reçu pendant plusieurs semaines en

raison de la bureaucratie qui entoure tout le processus. De façon semblable, plusieurs ont été forcés de retourner au travail avant d'être prêts en raison de menaces qu'on allait arrêter de les payer. Les témoignages présentés au chapitre 6 illustrent très bien que ce stress a plusieurs conséquences. Mais comment rectifier cette situation? Dans un monde idéal, les gens pourraient prendre le temps qu'il leur faut pour récupérer tout en recevant leur plein salaire. Mais de façon réaliste, ce n'est pas rentable. Comment, alors, trouver un juste milieu? Bien évidemment, la façon actuelle de gérer le tout est problématique. Mais il ne faut sans doute pas oublier qu'il y a des personnes qui tirent avantage du système aussi. Alors, comment faire pour que les gens qui ont réellement besoin de ce soutien financier le temps qu'ils se remettent puissent l'obtenir, tout en s'assurant que le système soit juste? Décidément, la façon de faire actuelle est inefficace et donc ce sont des questions auxquelles il faut des réponses.

Un autre problème soulevé en entrevue et lors des groupes de discussion est la stigmatisation qui entoure la santé mentale, ainsi que le manque de sensibilisation à ce sujet. Plusieurs personnes affectées par les problèmes de santé mentale font face à de la stigmatisation. Se sentir jugé est un des plus gros obstacles pour ces individus (Canadian Mental Health Association Ontario, 2016). En effet, la stigmatisation est une des raisons principales que 60 % des personnes avec des problèmes de santé mentale ne cherchent pas l'aide dont elles ont besoin (Mental Health Commission of Canada, 2016). Quand vient le temps de retourner au travail, il n'est donc pas surprenant que les participants aient rapporté avoir peur d'être jugé ou avoir honte. Effectivement, dans une autre étude concernant le processus de retour au travail des personnes s'étant absentes pour des raisons de santé psychologique, la peur d'être jugé a été identifiée comme une difficulté (Vallée, 2009). Selon cette même étude, la honte et l'embarras sont communs. Semblablement, la peur d'être jugé et de paraître fragile a également été rapportée

dans l'étude de St-Arnaud (2004) non seulement face au retour au travail, mais aussi comme raison d'éviter de s'absenter, ce qui correspond aussi aux résultats de notre étude. Finalement, le harcèlement rapporté reflète le principe avancé par la *Canadian Mental Health Association* de l'Ontario selon lequel la stigmatisation, ici considéré le stéréotype négatif, peut mener à la discrimination, c'est-à-dire le comportement qui résulte de ce stéréotype (Canadian Mental Health Association Ontario, 2016).

7.3 Améliorer le retour au travail

En plus d'identifier les obstacles et les facilitateurs à leur retour au travail, les participants de l'étude ont eu l'occasion de proposer des suggestions en fonction de ce qu'ils croyaient pourrait être utile. Conséquemment, il est concevable que les commentaires soient étroitement liés aux obstacles identifiés. Notamment, étant donné le besoin d'appui des superviseurs, qui est présentement une lacune importante, la formation adéquate de ces derniers est une prochaine étape logique. Malheureusement, selon une autre étude, qui est en congruence avec les résultats de cette étude, peu de travailleurs croient que leurs supérieurs ont les connaissances qu'il leur faut en matière de santé mentale (Thorpe & Chénier, 2011). Ce qui est plus intéressant encore, est que bien qu'il y ait eu des absences pour des raisons de santé physique, les recommandations liées à la formation des superviseurs sont surtout par rapport à la formation en matière de santé mentale. Plus spécifiquement, les travailleurs veulent que ces derniers sachent reconnaître les signes avant-coureurs, et accompagner ceux affectés tout au long de leur cheminement. De façon très semblable aux résultats de notre étude, les participants de l'étude de Thorpe & Chénier (2011) aimeraient que les superviseurs soient plus éduqués, plus ouverts et qu'ils démontrent de l'empathie. Un défi commun est qu'il n'est pas toujours évident de reconnaître qu'une personne

est atteinte d'un trouble de santé mentale (Mental Health Works, 2015), d'où l'importance des campagnes de sensibilisation, une autre suggestion avancée dans les entrevues. D'ailleurs, encore une fois en congruence avec les obstacles identifiés, une mesure jugée nécessaire par les participants est la sensibilisation en matière de santé mentale de façon générale, pas seulement auprès de ceux occupant des rôles de leadership. Bref, la sensibilisation en matière de santé mentale est une importante prochaine étape pour améliorer le processus de retour au travail, mais aussi le bien-être général de cette main-d'œuvre.

Par ailleurs, les participants ont identifié très clairement que le processus de retour au travail actuel n'est pas efficace, mais au contraire souvent nuisible. Ce qu'ils aimeraient voir est un processus standardisé plus structuré qui réduirait les points de contact et la paperasse nécessaires. D'ailleurs, ce plan d'action serait collaboratif en impliquant à la fois le superviseur direct et le département de médecine du travail, mais comporterait aussi une personne contacte qui serait responsable de coordonner le tout et de faciliter le retour du travailleur. De plus, ce plan d'action structuré serait construit de sorte pouvoir tenir compte des besoins individuels de chaque personne. Pour résumer, les participants ne sont pas satisfaits du processus de retour actuel. Les nombreuses démarches impliquées et le stress que cela engendre est problématique. Heureusement, il y a des preuves dans la littérature que le développement d'un processus plus structuré pour le retour au travail est avantageux. Par exemple, dans une étude examinant le retour au travail de personnes s'étant absentes pour des raisons de santé mentale spécifiquement, la présence d'un programme d'intervention pour accompagner ces travailleurs dans leur retour a été démontrée très efficace, voire nécessaire, pour un retour au travail réussi (Vallée, 2009). De façon semblable, diverses interventions de ce genre, telles que la mise en place de politiques et

l'identification de personnes responsables de coordonner le retour, ont été reconnues de favoriser le retour au travail (He, Hu, Yu, Gu, & Liang, 2010).

Bref, les participants ont identifié de nombreux défis actuels ainsi que des pistes pour l'amélioration du processus de retour au travail. Forcément, les recommandations proposées dérivent des obstacles qu'ils ont identifiés qui perturbent présentement le retour au travail. Ainsi, grand nombre de ces points de vue sont partagés par d'autres travailleurs sondés ailleurs dans la littérature.

7.4 Limites et pistes pour recherches futures

Une première limite de cette étude pilote est l'échantillon. Malgré les mesures prises pour avoir un échantillon représentatif de la main-d'œuvre chez Vale, une faille importante existe. Bien que les lieux choisis pour le recrutement l'aient été pour obtenir une représentation variée des différents milieux de travail et des différents métiers et professions, le recrutement s'est fait uniquement à des lieux relativement proches de la ville. En d'autres mots, il existe des lieux de travail plus éloignés, lesquels n'ont pas été inclus dans cette étude pilote. Il se pourrait donc que des différences de points de vue existent entre les travailleurs qui sont plutôt isolés comparativement aux travailleurs qui ne le sont pas en raison de ces circonstances particulières. Malheureusement, l'échantillon actuel est une embuche dans ce sens où il est impossible de savoir si le fait d'être plus ou moins isolé influe sur les perceptions des travailleurs.

Comme deuxième limite, étant donné la nature de l'étude et les méthodes de recrutement, il se pourrait que nous ayons eu une surreprésentation de cas d'absences pour des raisons de santé mentale. Notamment, parce qu'on présume que ceux ayant fait l'expérience d'une absence pour

des raisons de santé mentale pourraient être plus susceptibles de vouloir faire entendre leur point de vue à ce sujet qu'une personne n'ayant jamais été touchée par un problème de santé mentale. Cependant, le nombre de cas où l'absence était pour des raisons de santé physique suggère que ce n'est pas nécessairement le cas. Une autre possibilité à cet effet, par contre, est que les réponses des participants peuvent avoir été influencées par le fait même que l'étude porte le nom *Mining Mental Health* et est publicisée de cette façon. C'est-à-dire, le fait que l'étude traite de santé mentale peut avoir mené les participants à répondre aux questions avec cette idée préconçue que nous voulons qu'ils nous parlent de santé mentale.

Enfin, grâce aux groupes de discussions, nous avons appris qu'il existe des différences importantes selon le groupe organisationnel. Les différences de contrats et de conventions collectives entre les travailleurs syndiqués, les travailleurs non syndiqués, le personnel rémunéré à l'heure et le personnel salarié veulent dire qu'il y a des différences d'avantages sociaux. Par conséquent, l'absentéisme et le processus de retour au travail pourraient être vécus différemment en fonction de ce facteur, notamment parce que les niveaux de stress pourraient différer selon si une personne peut s'absenter pendant 6 mois à plein salaire versus quelqu'un ne recevant qu'une fraction de leur salaire, par exemple. Il serait donc avantageux que des recherches futures tiennent compte de ces différences afin de pouvoir distinguer entre ces groupes pour examiner si des différences existent.

Conclusion

Dans le cadre de cette thèse, quatre questions de recherches ont été avancées. La première cherchait à savoir quels genres d'évènements mènent les employés de l'industrie minière à s'absenter du travail pour des raisons de santé. Des absences pour raisons de santé physique et mentales ont été rapportées. Cependant, l'ensemble du processus d'absentéisme et de retour au travail ont souvent été qualifiés de très stressants. Il a donc été possible de conclure que cette expérience peut nuire à la santé mentale des gens, quelle que soit la raison initiale ayant menée à l'absence. D'ailleurs, plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer tout ce processus. Certains facilitent le retour au travail alors que d'autres sont de réels obstacles. Trois grandes catégories de facteurs d'influence ont émergé des données : l'appui et les services, le stress financier, et les lacunes de connaissances et de sensibilisation en matière de santé mentale. Ces thèmes qui ont émergés de l'analyse ont su démontrer que certains facteurs peuvent être un facilitateur ou un obstacle, selon les circonstances. Par exemple, l'appui, lorsque présent est un facilitateur. À l'inverse, son absence est un obstacle. Bref, l'identification de ces facteurs a permis de répondre aux deuxième et troisième questions de recherche. C'est ainsi à partir de certains de ces obstacles qu'ont découlé diverses recommandations de ce qui pourrait être utile aux employés de l'industrie minière dans leur préparation pour retourner au travail à la suite d'une absence pour des raisons de santé, permettant ainsi de répondre à la quatrième et dernière question de recherche avancée dans cette thèse. Entre autres, offrir une formation aux superviseurs pour qu'ils aient les outils nécessaires pour accompagner les employés dans le processus de retour au travail, particulièrement en ce qui concerne la santé mentale, est parmi les recommandations. De plus, le développement d'un processus mieux structuré tenant compte des caractéristiques et des besoins individuels de chacun pourrait favoriser le retour au travail.

Références

- Amponsah-Tawiah, K., Leka, S., Jain, A., Hollis, D., & Cox, T. (2014). The impact of physical and psychosocial risks on employee well-being and quality of life: The case of the mining industry in Ghana. *Safety Science*, *65*, 28-35.
- Attfield, M. D., Schleiff, P. L., Lubin, J. H., Blair, A., Stewart, P. A., Vermeulen, R., . . . Silverman, D. T. (2012). The diesel exhaust in miners study: A cohort mortality study with emphasis on lung cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, *104*(11), 869-883.
doi:10.1093/jnci/djs035
- Avery, A., Betts, D., Whittington, A., Heron, T., Wilson, S., & Reeves, J. (1998). The mental and physical health of miners following the 1992 national pit closure programme: A cross sectional survey using general health questionnaire GHQ-12 and short form SF-36. *Public Health*, *112*(3), 169-173.
- Battams, S., Roche, A. M., Fischer, J. A., Lee, N. K., Cameron, J., & Kostadinov, V. (2014). Workplace risk factors for anxiety and depression in male-dominated industries: A systematic review. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, *2*(1), 983-1008.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.
- Briand, C., Durand, M., St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, *30*(4), 444-457.

- Brooks, D., & Stratford, P. (2009). Les études pilotes: Déterminer si elles peuvent être publiées dans *Physiotherapy Canada*. *Physiotherapy Canada*, 61(2), 67.
- Burch, J. B., Tom, J., Zhai, Y., Criswell, L., Leo, E., & Ogooussan, K. (2009). Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 59(3), 159-166. doi:10.1093/occmed/kqp015
- Burke, F., Proud, G., Lawson, I., McGeoch, K., & Miles, J. (2007). An assessment of the effects of exposure to vibration, smoking, alcohol and diabetes on the prevalence of dupuytren's disease in 97,537 miners. *The Journal of Hand Surgery: European Volume*, 32(4), 400-406.
- Bushnell, P. T., Colombi, A., Caruso, C. C., & Tak, S. (2010). Work schedules and health behavior outcomes at a large manufacturer. *Industrial Health*, 48(4), 395-405.
- Canadian Mental Health Association. (2015). Mental illnesses in the workplace. Retrieved from http://www.cmha.ca/mental_health/depression-in-the-workplace/
- Canadian Mental Health Association Ontario. (2016). Stigma and discrimination. Retrieved from <http://ontario.cmha.ca/mental-health/mental-health-conditions/stigma-and-discrimination/>
- Carlisle, K. N., & Parker, A. W. (2014). Psychological distress and pain reporting in australian coal miners. *Safety and Health at Work*, 5(4), 203-209.
- Carta, P., Aru, G., Barbieri, M. T., Avataneo, G., & Casula, D. (1996). Dust exposure, respiratory symptoms, and longitudinal decline of lung function in young coal miners. *Occupational and Environmental Medicine*, 53(5), 312-319.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013a). Mining topic: Respiratory diseases.

Retrieved from <http://www.cdc.gov/niosh/mining/topics/respiratoryDiseases.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2013b). Silica. Retrieved from

<http://www.cdc.gov/niosh/topics/silica/>

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Mining topic: Hearing loss prevention overview. Retrieved from

<http://www.cdc.gov/niosh/mining/topics/HearingLossPreventionOverview.html>

Centers for Disease Control and Prevention, & Office of Mine Safety and Health Research.

(2014). Mining facts - 2012. Retrieved from

<http://www.cdc.gov/niosh/mining/works/statistics/factsheets/miningfacts2012.html#top>

Chevalier, R. (2006). *À vos marques, prêts, santé! 4e édition*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique inc.

Creswell, J. W. (2008). *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (Third Edition ed.) SAGE Publications Inc.

Crompton, S. (2011). *What's stressing the stressed? main sources of stress among workers*. (No. 92, 11-008-X).Statistics Canada.

CSA Group & Bureau de Normalisation du Québec. (2013). Psychological health and safety in the workplace - prevention, promotion, and guidance to staged implementation. Retrieved from <http://shop.csa.ca/en/canada/occupational-health-and-safety-management/canca-z1003-13bnq-9700->

8032013/invt/z10032013?utm_source=redirect&utm_medium=vanity&utm_content=folder
&utm_campaign=z1003

Donoghue, A. M. (2004). Occupational health hazards in mining: An overview. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 54(5), 283-289. doi:10.1093/occmed/kqh072

Donoghue, A. M., Sinclair, M. J., & Bates, G. P. (2000). Heat exhaustion in a deep underground metalliferous mine. *Occupational and Environmental Medicine*, 57(3), 165-174.

Dungan, P., & Murphy, S. (2012). *Mining: Dynamic and dependable for ontario's future* .
Toronto: Ontario Mining Association.

Eger, T., Stevenson, J., Callaghan, J., & Grenier, S. (2008). Predictions of health risks associated with the operation of load-haul-dump mining vehicles: Part 2—Evaluation of operator driving postures and associated postural loading. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 38(9), 801-815.

Eisler, R. (2003). Health risks of gold miners: A synoptic review. *Environmental Geochemistry and Health*, 25(3), 325-345.

Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. *A Companion to Qualitative Research*, 178-183.

Forman, J., Creswell, J. W., Damschroder, L., Kowalski, C. P., & Krein, S. L. (2008). Qualitative research methods: Key features and insights gained from use in infection prevention research. *American Journal of Infection Control*, 36(10), 764-771.

- Gilmour, H. (2014). *Positive mental health and mental illness*. (Health Reports No. 9, Vol. 25, p.3-9). Statistics Canada.
- Government of Canada. (2006). The human face of mental health and mental illness in Canada. Retrieved from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf
- Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S., & Haslam, R. (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.
- He, Y., Hu, J., Yu, I. T. S., Gu, W., & Liang, Y. (2010). Determinants of return to work after occupational injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 378-386.
- Heaver, C., Goonetilleke, K. S., Ferguson, H., & Shiralkar, S. (2011). Hand-arm vibration syndrome: A common occupational hazard in industrialized countries. *The Journal of Hand Surgery, European Volume*, 36(5), 354-363. doi:10.1177/1753193410396636
- Hedlund, U., Jarvholm, B., & Lundback, B. (2006). Persistence of respiratory symptoms in ex-underground iron ore miners. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 56(6), 380-385. doi:kql035
- Hermanus, M. (2007). Occupational health and safety in mining-status, new developments, and concerns. *Journal of the South African Institute of Mining and Metallurgy*, 107(8), 531-538.

Hilton, M. F., & Whiteford, H. A. (2010). Associations between psychological distress, workplace accidents, workplace failures and workplace successes. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(8), 923-933.

Institute for Clinical Evaluative Sciences & Public Health Ontario. (2012). Opening eyes, opening minds: The Ontario burden of mental illness and addictions report. Retrieved from http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Opening_Eyes_Report_En_2012.pdf

Jennings, N. S. (2001). Improving safety and health in mines: A long and winding road. *MMSD. London: IIED and WBCSD.*

Journal of Occupational and Environmental Medicine. (2003). Noise-induced hearing loss. Retrieved from http://journals.lww.com/joem/fulltext/2003/06000/noise_induced_hearing_loss.1.aspx

Kumar, S. (2004). Vibration in operating heavy haul trucks in overburden mining. *Applied Ergonomics*, 35(6), 509-520.

Kunimatsu, S., & Pathak, K. (2012). Vibration-related disorders induced by mining operations and standardization of assessment process. *Mapan*, 27(4), 241-249.

La société pour les troubles de l'humeur du Canada. (2009). Quelques faits : Maladie mentale et toxicomanie au Canada (troisième édition). Retrieved from <http://www.mooddisorderscanada.ca/documents/Media%20Room/Quick%20Facts%203rd%20Edition%20Fre%20Nov%2012%2009.pdf>

- Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada, 28*(3), 92-98.
- Long, T., & Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing, 4*(1), 30-37.
- McClean, K. N. (2012). Mental health and well-being in resident mine workers: Out of the fly-in fly-out box. *Australian Journal of Rural Health, 20*(3), 126-130.
- McPhedran, S., & De Leo, D. (2013). Suicide among miners in Queensland, Australia A comparative analysis of demographics, psychiatric history, and stressful life events. *SAGE Open, 3*(4), 2158244013511262.
- McWilliams, L. J., Lenart, P. J., Lancaster, J. L., & Zeiner Jr., J. R. (2012a). *National survey of the mining population part I: Employees.* (No. 9527). Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Institute for Occupational Safety and Health.
- McWilliams, L. J., Lenart, P. J., Lancaster, J. L., & Zeiner Jr., J. R. (2012b). *National survey of the mining population part II: Mines.* (No. 9528). Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Institute for Occupational Safety and Health.
- Mental Health Commission of Canada. (2013a). The aspiring workforce - employment and income for people with serious mental illness. Retrieved from

https://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/Workplace_MHCC_Aspiring_Workforce_Report_ENG_0_0.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2013b). Assisting the aspiring workforce - helping Canadians with mental health problems or illnesses get back to work. Retrieved from http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/aspiring_workforce_introduction_eng.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2013c). Assisting the aspiring workforce - supported employment. Retrieved from http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/aspiring_workforce_supported_employment_eng.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2013d). Making the case for investing in mental health in Canada. Retrieved from http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf

Mental Health Commission of Canada. (2015a). Topics : National standard. Retrieved from <http://mentalhealthcommission.ca/English/issues/workplace/national-standard>

Mental Health Commission of Canada. (2015b). Topics : Workplace. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/issues/workplace>

Mental Health Commission of Canada. (2016). Stigma. Retrieved from

<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/issues/stigma?routetoken=38639626ca252e26858f97fb1a443bb7&terminal=31>

Mental Health Works. (2015). The health case. Retrieved from

<http://www.mentalhealthworks.ca/why-it-matters/health>

Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. John Wiley & Sons.

Mining Industry Human Resources Council. (2013). Canadian mining industry employment,

hiring requirements and available talent 10-year outlook. Retrieved from

http://www.mihrc.ca/en/resources/MiHR_10_Year_Outlook_2013.pdf

Moore, M. (2013). *Retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale: Cheminement de travailleurs du secteur privé* (Mémoire de Maîtrise en sciences de l'orientation ed.)

Université Laval.

National Mining Association. (2014a). Annual mining wages vs. all industries, 2013. Retrieved

from http://www.nma.org/pdf/m_wages.pdf

National Mining Association. (2014b). The economic contributions of U.S. mining (2012).

Retrieved from http://www.nma.org/pdf/economic_contributions.pdf

Natural Resources Canada. (2013). Canadian global exploration activity. Retrieved from

<http://www.nrcan.gc.ca/mining-materials/exploration/8296>

Natural Resources Canada. (2014a). Canadian mineral production. Retrieved from

<http://www.nrcan.gc.ca/mining-materials/publications/8772>

Natural Resources Canada. (2014b). Mineral industry employment. Retrieved from

<http://www.nrcan.gc.ca/mining-materials/publications/16739>

Ontario Mining Association. (2012a). Economic contribution. Retrieved from

<http://www.oma.on.ca/en/ontariomining/economiccontribution.asp>

Ontario Mining Association. (2012b). Facts & figures. Retrieved from

http://www.oma.on.ca/en/ontariomining/facts_figures.asp

Ontario Ministry of Labour. (2014). Heat stress. Retrieved from

http://www.labour.gov.on.ca/english/hs/pubs/gl_heat.php

Organisation mondiale de la Santé. (1946). Comment l’OMS définit-elle la santé ? Retrieved

from <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.

Retrieved from

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé. (2014). La santé mentale: Renforcer notre action. Retrieved

from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2015). Santé mentale. Retrieved from

http://www.who.int/topics/mental_health/fr/

Payne, J. B., & Werhun, N. (2012). Accommodating mental illness in the workplace - A practical guide. Retrieved from

<http://www.nelligan.ca/publications/e/26603Accommodating%20Mental%20Illness%20-%20Janice%20Payne%20-%20March%202012.pdf>

Pearson, C., Janz, T., & Ali, J. (2013). *Mental and substance use disorders in Canada*. (Health at a Glance No. 82-624-X). Statistics Canada.

Peters, S., Reid, A., Fritschi, L., Musk, A. B., & de Klerk, N. (2013). Cancer incidence and mortality among underground and surface goldminers in Western Australia. *British Journal of Cancer*, *108*(9), 1879-1882.

Ross, M. H., & Murray, J. (2004). Occupational respiratory disease in mining. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, *54*(5), 304-310. doi:10.1093/occmed/kqh073

Santé Canada. (2008). Santé mentale - gestion du stress. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.php>

Shandro, J., Koehoorn, M., Scoble, M., Ostry, A., Gibson, N., & Veiga, M. (2011). Mental health, cardiovascular disease and declining economies in British Columbia mining communities. *Minerals*, *1*(1), 30-48.

Silverman, D. T., Samanic, C. M., Lubin, J. H., Blair, A. E., Stewart, P. A., Vermeulen, R., . . . Attfield, M. D. (2012). The diesel exhaust in miners study: A nested case-control study of lung cancer and diesel exhaust. *Journal of the National Cancer Institute*, *104*(11), 855-868. doi:10.1093/jnci/djs034

St-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Damasse, J. (2004). *La réintégration au travail à la suite d'un problème de santé mentale*. Centre d'expertise en gestion des ressources humaines du Secrétariat du Conseil du trésor, Gouvernement du Québec.

Statistics Canada. (2014). Perceived life stress, 2013. Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14023-eng.htm>;

Steenland, K., Mannetje, A., Boffetta, P., Stayner, L., Attfield, M., Chen, J., . . . Koskela, R. (2001). Pooled exposure–response analyses and risk assessment for lung cancer in 10 cohorts of silica-exposed workers: An IARC multicentre study. *Cancer Causes & Control*, *12*(9), 773-784.

Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., Miyake, T., Harano, S., . . . Tsutsui, T. (2004). Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *Journal of Occupational Health*, *46*(6), 448-454.

Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., . . . Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: The what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(1), 1.

The Mining Association of Canada. (2014). Facts and figures of the Canadian mining industry 2013. Retrieved from <http://mining.ca/documents/facts-figures-2013>

Thoits, P. A. (2013). Self, identity, stress, and mental health. *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 357-377) Springer.

- Thorpe, K., & Chénier, L. (2011). *Building mentally healthy workplaces - Perspectives of Canadian workers and front-line managers* The Conference Board of Canada.
- Towers Watson. (2011). *The health and productivity advantage: 2011/2012 Staying@work Report. Canada Executive Summary.*
- Vale. (2015). Vale across the world. Retrieved from <http://www.vale.com/canada/EN/aboutvale/across-world/Pages/default.aspx>
- Vallée, C. (2009). *Implantation d'une stratégie de retour au travail après un problème de santé psychologique* Université de Sherbrooke.
- Vallières, A., Azaiez, A., Moreau, V., LeBlanc, M., & Morin, C. M. (2014). Insomnia in shift work. *Sleep Medicine, 15*(12), 1440-1448.

Annexe 1

Focus Group Discussion Questions

1. Did you find the questionnaire sufficiently addressed issues relating to worker mental health and well-being?
 - a. If yes, what sections were particularly relevant in the questionnaire?
 - i. Why?
 - b. If not, what is missing in the questionnaire?
 - i. Why?
2. Did you feel there were issues or items in the questionnaire that should be omitted?
 - a. If so, which ones?
 - i. Why?
3. Share your thoughts about the length of the questionnaire.
4. How do you think the questionnaire should be administered? (e.g., paper and pencil, tablet, computer, internet, a combination, or all?)
5. Is there anything else you would like to discuss about this questionnaire?

Annexe 2

Individual Interview Questions

1. How long have you worked in mining?
2. Tell me a bit about what you currently do for Vale and the duties you perform.
3. Do you work mostly on surface or underground?
4. Have you ever been on a health-related leave of absence from work while employed by Vale?
5. What kind of event(s) precipitated your absence(s)?
6. What are some of the factors that facilitated your return to work?
 - a. Why?
7. What were some of the biggest obstacles to your return to work?
 - a. Why?
8. What would have been helpful to you as you prepared for your return to work?
 - a. Why?

Note: If the participant has never been on a leave of absence from work, they will be asked the same questions and asked to respond hypothetically (e.g. what would likely precipitate an absence from work?, What are some of the factors that facilitate a return to work.)