

**PORTRAIT 2022 DE LA  
SANTÉ MENTALE DES  
TRAVAILLEUSES ET  
TRAVAILLEURS  
DE PME AU CANADA**



**SIMON COULOMBE**

**MARIE-FRANCE DE LAFONTAINE**

**CAROL-ANNE GAUTHIER**



Chaire de recherche Relief en  
santé mentale, autogestion et travail

EN PARTENARIAT AVEC

**rolief**

**beneva**

Ce rapport et l'étude sous-jacente ont été réalisés dans le cadre de la *Chaire de recherche Relief en santé mentale, autogestion et travail*, propulsée par Beneva.

Le contenu de ce rapport n'engage que ses autrices et auteurs. Relief et Beneva se dégagent de toutes responsabilités quant au contenu du rapport et l'utilisation qui peut en être faite.

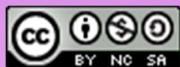
## REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche souhaite remercier les personnes qui ont participé à l'étude et la contribution des personnes suivantes à l'élaboration de l'étude et de son questionnaire ainsi qu'à l'interprétation des résultats : Brigitte Marcoux (Beneva), Danielle Germain (Relief), Édouard Boutin (Université Laval), Josée St-Amand (Relief), Martin Binette (Relief), Yosr Tammar (Université Laval).

Responsable des communications de la Chaire et directrice artistique du rapport : Maria Alexandrov

© Chaire de recherche Relief en santé mentale, autogestion et travail, 2022

Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Partage dans les mêmes conditions 4.0 internationales.



ISBN 978-2-925247-00-5

Citation suggérée : Coulombe, S., de Lafontaine, M.-F., Gauthier, C.-A. (2022). *Portrait 2022 de la santé mentale des travailleuses et travailleurs de PME au Canada*. Chaire de recherche Relief en santé mentale, autogestion et travail, Université Laval, Québec, Canada.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	1
CADRE THÉORIQUE	3
OBJECTIFS	5
MÉTHODES	5
Participant·es et participant·s	5
Mesures	7
Analyses	10
RÉSULTATS	11
Bien-être et santé mentale en général	11
Bien-être et santé mentale au travail	13
Impacts perçus de la pandémie de la COVID-19 sur la santé mentale en général et au travail	14
Connaissances en santé mentale et autogestion de la santé mentale	15
Stigmatisation de la santé mentale dans le milieu de travail	17
Environnement de travail	18
Programmes de soutien en santé mentale et mieux-être au travail	22
Comparaisons selon les variables sociodémographiques et liées au travail	25
Âge	25
Genre	28
Ethnicité	28
Statut d'immigration	29
Région du Canada	29
Situation de télétravail	30
Taille des PME	31
Secteurs d'industrie des PME	31
Analyse des facteurs associés à la dépression et l'anxiété	32
Associations de l'anxiété, de la dépression et du bien-être au travail avec des indicateurs de performance organisationnelle	34
RECOMMANDATIONS	35
LIMITES DE L'ÉTUDE	37
CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES	39
ANNEXES	49

# PORTRAIT 2022 DE LA **SANTÉ MENTALE** DES TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS DE PME AU CANADA

---

## CONTEXTE

La pandémie de la COVID-19 semble avoir exacerbé des difficultés de santé mentale considérées comme déjà prévalentes et coûteuses. Déjà, en 2017, environ 500 000 personnes au Canada s'absentaient du travail chaque semaine pour des difficultés de santé mentale (Chai, 2017). La situation en matière de santé mentale est encore plus préoccupante chez les femmes (Pelletier et coll., 2021) et les personnes qui sont membres de groupes marginalisés, par exemple les personnes vivant avec des difficultés de santé mentale préexistantes, immigrantes ou racisées (Boulet et Boudarbat, 2015; Coulombe et coll., sous presse; Pacheco et coll., 2020). Au cours des dernières décennies, tant au Canada qu'à l'international, plusieurs entreprises ont mis en place des programmes de prévention et des services en santé mentale et mieux-être pour les personnes à leur emploi afin d'aider à réduire les difficultés de santé mentale et de soutenir les personnes qui en vivent.

Des données suggèrent que, dans les plus petites entreprises (employant 1 à 99 personnes), le soutien en santé mentale est moins disponible que dans les plus grandes entreprises (Lefranc, 2021). Or, les petites entreprises représentent approximativement 98 % de toutes les entreprises employant des individus au Canada (Statistique Canada, 2021a). Les petites entreprises emploient environ 10 millions de personnes, équivalent à deux tiers de la main-d'œuvre canadienne (Statistique Canada, 2022a), comparativement à 3,4 et 2,4 millions de personnes dans les moyennes (100 à 499 personnes) et les grandes entreprises (500 personnes et plus), respectivement (Statistique Canada, 2022b). Environ 20 % des petites et moyennes

entreprises (PME) au Canada œuvrent dans le secteur des biens, alors qu'environ 80 % œuvrent dans le secteur des services (Statistique Canada, 2021b). Plus de la moitié des PME au Canada sont établies en Ontario et au Québec (448 559 et 255 822, respectivement) (Statistique Canada, 2021b).

Malgré le rôle saillant des PME pour l'emploi et l'économie au Canada, les enjeux sur le plan de la santé mentale et des défis rencontrés par les personnes travaillant en PME ont été très peu documentés scientifiquement. Notre équipe n'a recensé qu'une seule étude sur le sujet dont les données ont été collectées au Québec il y a plus de dix ans déjà, et non à travers tout le Canada (Plamondon, 2014). Devant ce constat, l'équipe de recherche de la *Chaire Relief en santé mentale, autogestion et travail* a entrepris la présente étude afin de dresser un portrait approfondi et actuel de la santé mentale des travailleuses et travailleurs de PME au Canada. Notre étude a pour visée globale de mieux connaître les facteurs de risque auxquels ces personnes font face, de même que les facteurs de résilience (climat de sécurité psychosociale au travail, autogestion, connaissances en santé mentale, programmes et initiatives de soutien) qui peuvent aider les individus et les organisations à favoriser la santé mentale.

Selon des travaux contemporains, la santé mentale *complète* se mesure sur deux axes distincts : 1) l'absence de symptômes liés à des difficultés de santé mentale et 2) la présence d'épanouissement personnel, c.-à-d., de manifestations de bien-être émotionnel (par ex., satisfaction de vie), psychologique (par ex., sens à la vie) et social (par ex., sentiment d'importance sociale), que ce soit dans la vie en général (Keyes & Simoes, 2012; Provencher & Keyes, 2011), ou spécifiquement au travail. Plusieurs travaux montrent que ces deux axes sont distincts au plan statistique (Coulombe et coll., 2015; Coulombe et coll., 2016; Westerhof & Keyes, 2010). Seule la santé mentale dite *complète* (indicateurs : absence de symptômes liés à des difficultés de santé mentale et épanouissement élevé) a été associée aux corrélats les plus optimaux : moins d'absentéisme au travail, une meilleure santé physique et une moindre grande utilisation de services de santé (Keyes, 2013). Cependant, la très grande majorité des études recensées, notamment les grandes enquêtes en santé occupationnelle au Canada comme à l'international, se sont centrées sur un ensemble restreint d'indicateurs, pour la plupart négatifs (anxiété, détresse, épuisement, dépression) (Howatt et coll., 2017; Mental Health America, 2021; Riley et coll., 2021; Vézina, 2008; Vézina & coll., 2011). Une rare étude incluant des indicateurs positifs (par ex., sentiment de la personne d'être détendue, de gérer les problèmes efficacement, d'être proches des autres) suggère qu'un niveau élevé de ces indicateurs serait protecteur contre les effets néfastes des stressseurs du travail sur le niveau de détresse (Page et coll., 2014). Cependant, les facteurs qui influencent la santé mentale spécifiquement chez les personnes travaillant en PME sont méconnus. De plus, au-delà des difficultés de santé mentale et des facteurs de risque, rares sont les études et les programmes d'interventions qui mobilisent la résilience et le pouvoir des individus sur leur santé en mettant en place des stratégies d'autogestion (c.-à-d., actions du quotidien pour promouvoir leur bien-être) (Coulombe et coll., 2015; Coulombe et coll., 2016; Houle et coll., 2013).

# CADRE THÉORIQUE

Hors du contexte des PME, une littérature foisonnante en psychologie du travail et en santé occupationnelle a exploré le rôle du travail dans le développement et le maintien de difficultés de santé mentale (Bakker & Demerouti, 2017; Demerouti et coll., 2017; Dimoff et Kelloway, 2013; Kelloway, 2017; Kelloway & Day, 2005; LaMontagne et coll., 2014; LaMontagne et coll., 2019; Nicolas et coll., 2018). Selon les travaux en psychologie positive (Lomas, Hefferon & Ivtzan, 2015) et le **Modèle bioécologique du bien-être** (Bone, 2015), les personnes sont imbriquées dans un écosystème complexe qui inclut leur environnement physique et social au travail, mais aussi l'environnement social plus large. Dans le champ de la santé mentale au travail, le **Modèle IGLO** (De Angelis et coll., 2020; Nielsen et coll., 2018, 2020) propose que les facteurs d'intervention pour favoriser la santé mentale sont situés à plusieurs niveaux écosystémiques : la personne (*Individual*), le groupe ou l'équipe de travail (*Group or team*), les dirigeants (*Leader*), et l'organisation (*Organization*).

À chacun des niveaux du modèle IGLO, des facteurs de risques psychosociaux peuvent réduire la santé mentale positive et accroître les difficultés de santé mentale. Le **Modèle demandes-ressources du travail** (Bakker & Demerouti, 2017; Bakker & Demerouti, 2014; Demerouti & Bakker, 2011) fournit une perspective globale sur ces risques, par le biais des demandes du travail, soit les aspects du travail qui exigent un effort physique ou psychologique et qui sont associés à un coût physiologique ou psychologique (Bakker & Demerouti, 2017). Parmi les demandes souvent étudiées, on compte notamment le coût émotionnel de certains emplois (Demerouti & Bakker, 2011; Idris, Dollard & Yulita, 2014), la charge de travail (Carayon, 1993; Karasek, 1979; Karasek et coll., 1998; Niedhammer et coll., 2006), le manque de reconnaissance (El Akremi, Sassi & Bouzidi, 2009; Siegrist, 2017; Vézina, 2008), ainsi que le stress lié à l'utilisation des nouvelles technologies (par ex., en contexte de télétravail) (Ayyagari, Grover & Purvis, 2011; Dragano & Lunau, 2020; Farrish & Edwards, 2020). La stigmatisation (c.-à-d., attitudes négatives) à l'égard des personnes vivant des difficultés de santé mentale dans le milieu de travail peut aussi être considérée comme un facteur susceptible d'affecter négativement la santé mentale de ces individus (Fox, Smith & Vogt, 2016).

De façon contrastée, le modèle **Modèle demandes-ressources du travail** suggère aussi que des ressources individuelles ou organisationnelles, qui servent à l'atteinte de buts ou qui stimulent la croissance de la personne, peuvent réduire les effets négatifs des demandes (Bakker & Demerouti, 2017; Xanthopoulou et coll., 2007). Les personnes qui sont confrontées à des facteurs de risque subissent certes des effets négatifs sur leur santé mentale, mais une certaine proportion pourrait manifester de la **résilience**, soit une bonne santé mentale malgré le stress (Cicchetti, 2010; Coulombe et coll., 2020; Kuntz, Malinen & Näswall, 2017; Masten, 2019; McKee et coll., 2017; Rook et coll., 2018; Ungar & Theron, 2020). La résilience est susceptible d'émerger si les ressources adéquates sont réunies dans l'écosystème de la personne et de son organisation (Cicchetti, 2010; Coulombe et coll., 2020; Masten, 2019).

**Au niveau individuel** du modèle IGLO, on peut notamment situer les pratiques personnelles d'autogestion de la santé mentale, qui s'appuient sur les connaissances personnelles des

individus en matière de santé mentale. Concept issu du champ des maladies chroniques (Barlow et coll., 2002; Lorig et coll., 1999), mais relativement nouveau dans le domaine de la santé mentale, l'autogestion renvoie aux stratégies concrètes mises en place dans le quotidien pour réduire les difficultés de santé mentale, prévenir les rechutes et optimiser leur bien-être (Barlow et coll., 2002; Barlow et coll., 2005; Cook et coll., 2012; Omisakin & Ncama, 2011; Villagi et coll., 2015). Des études auprès d'individus en rétablissement de troubles anxieux, dépressifs et bipolaires, indiquent que les personnes déploient un éventail de stratégies d'autogestion bénéfiques dans leur vie quotidienne (Coulombe et coll., 2015; Coulombe et coll., 2016; van Grieken et coll., 2015; van Grieken et coll., 2018; Villagi et coll., 2015). Des exemples de stratégies peuvent être de recourir à du soutien professionnel, de reconnaître ses forces et faiblesses, ou d'aménager son lieu de vie ou de travail (Meunier et coll., 2019; Villaggi et coll., 2015). Des études auprès de personnes vivant avec des difficultés de santé mentale montrent que l'autogestion est associée à un bien-être accru et à des symptômes réduits (Coulombe et coll., 2015; Coulombe et coll., 2016; Villaggi et coll., 2015). Des écrits soutiennent l'applicabilité de l'autogestion au milieu de travail pour réduire les symptômes de difficultés de santé mentale (Meunier et coll., 2019), mais aussi pour prévenir ces difficultés et promouvoir l'épanouissement (Auger et coll., 2021).

Mettre l'accent sur le développement des connaissances et du pouvoir d'agir des personnes en matière de santé mentale constitue un virage vers davantage d'autonomie pour celles-ci (Coulombe et coll., 2015; Sterling et coll., 2010; Pulvirenti, McMillan & Lawn, 2014; Villaggi et coll., 2015). Cela contraste avec une approche usuelle en santé mentale, souvent directive et prescriptive, axée sur l'adhésion de l'individu à un soutien choisi et offert par une personne experte (Corrigan et coll., 2012). Cette approche usuelle pourrait rebuter certaines personnes et éventuellement expliquer les faibles taux d'utilisation, souvent observés, de quelques types d'interventions (par ex., programmes d'aide aux employées et employés, McRee, 2017). Cependant, une seule étude à ce jour a été publiée sur l'autogestion de la santé mentale spécifiquement au travail (et non en contexte général de difficultés de santé mentale) (Meunier et coll., 2019).

Les notions d'autogestion et de soutien à l'autogestion (par ex., par l'organisation et les gestionnaires) offrent un fort potentiel mobilisateur susceptible de favoriser l'engagement de tous les acteurs concernés autour de la visée d'une meilleure santé mentale en milieu de travail. Pour la personne, faire de l'autogestion pour optimiser sa santé mentale, en général et au travail, ne signifie pas qu'elle doit le faire seule. En effet, le soutien présent dans l'environnement peut jouer un rôle important pour l'aider dans sa démarche d'autogestion. Le soutien de son environnement ressort comme central dans plusieurs travaux sur la santé mentale en général (Taylor, 2011; Underwood, 2012) et au travail (Barros et coll., 2017; Caesens et coll., 2020; Jolly, Kong & Kim, 2021). Dans le modèle IGLO, de façon transversale **aux niveaux du groupe, des leaders et de l'organisation**, on retrouve le soutien social (informationnel, instrumental et émotionnel) (Taylor, 2011) de la part de trois sources (Yucel & Minnotte, 2017), soit les collègues, les gestionnaires, et l'organisation de façon globale. Sur le plan organisationnel, le concept de climat de sécurité psychosocial offre une façon de concevoir le soutien social de l'organisation (Hall, 2007; Dollard & Bakker, 2010; Idris et coll., 2012). Un climat de sécurité psychosociale élevée au travail est perçu lorsque : 1) la haute direction s'engage à soutenir la santé psychologique (par ex., intervention rapide pour réduire les risques); 2) la

haute direction priorise la santé psychologique; 3) tous les niveaux hiérarchiques sont impliqués dans les initiatives liées à la santé psychologique; et 4) les communications organisationnelles permettent des échanges bidirectionnels entre les personnes employées et la direction concernant la santé psychologique (Desrumaux & Gillet, 2006; Loh, Zadow & Dollard, 2020). Un climat de sécurité psychosociale élevée constituerait un contexte favorisant un environnement de travail où les risques psychosociaux sont réduits et encourageant l'utilisation des ressources par les individus (Dollard & Bakker, 2010; Lawrie, Tuckey & Dollard, 2018).

À notre connaissance, les divers facteurs de risque (demandes) et de résilience (ressources) mentionnés ci-dessus ont rarement été étudiés de façon concomitante au sein d'une même étude, rendant leur contribution unique à la santé mentale plus difficile à évaluer. De plus, ces facteurs ont rarement été étudiés spécifiquement chez les personnes travaillant dans les PME au Canada, rendant difficile d'en évaluer les impacts et d'agir pour les renforcer dans le contexte propre aux entreprises de moins grande taille.

## OBJECTIFS

Les objectifs de l'étude étaient de dresser un portrait : 1) des indicateurs de santé mentale, des connaissances en santé mentale et des capacités d'autogestion des personnes employées en PME au Canada; 2) des demandes et ressources individuelles et organisationnelles susceptibles de contribuer au niveau de santé mentale chez ces personnes. Afin de bien rendre compte de la grande diversité des personnes et des situations d'emploi en PME au Canada, l'intention était aussi de nuancer le portrait obtenu en considérant les différences sur le plan de la santé mentale et des facteurs associés en fonction des caractéristiques sociodémographiques (par ex., âge, genre, statut d'immigration) et liées au travail (par ex., taille de la PME, secteur d'industrie).

## MÉTHODE

### PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS

Les personnes participant à l'étude ont été recrutées entre le 11 et le 25 février 2022 sur une plateforme en ligne par la compagnie Synopsis, à partir du panel web LEO. Les critères d'inclusion étaient de : 1) vivre au Canada; 2) avoir 18 ans ou plus; 3) être à l'emploi d'une organisation privée (à but lucratif ou non) employant un maximum de 499 personnes; 4) travailler un minimum de 14 h par semaine pour l'organisation privée. Les personnes recrutées ont rempli un formulaire de consentement, puis répondu à des questions concernant les critères d'inclusion avant de remplir le questionnaire. Les personnes ayant rempli le questionnaire ont reçu une compensation sous la forme de points LEO. Un total de 2500 personnes a été recruté. Un effort dans le recrutement a été fait pour offrir une représentation satisfaisante en matière de genre, de région et de taille des PME où les personnes étaient employées.

Une fois le recrutement terminé, les données ont été pondérées sur la base de l'âge, du genre et de la taille de l'entreprise par grandes régions (provinces de l'Atlantique, Québec, Ontario, Prairies et Colombie-Britannique) à partir du recensement de 2016, afin que l'échantillon de chacune des grandes régions reflète le plus fidèlement possible la population des employées et employés de PME au Canada. Ensuite, les données associées aux grandes régions ont été pondérées selon leur poids respectif pour bien représenter l'ensemble du Canada. De plus, pour le Québec, la langue maternelle et la région de Montréal-Laval ont été pondérées pour tenir compte de la réalité sociolinguistique et territoriale du Québec.

Les caractéristiques de l'échantillon (avant et après pondération) sont présentées dans le tableau suivant.

VARIABLES	VALEURS NON PONDÉRÉES	VALEURS PONDÉRÉES
<b>Âge (années), moy. (é.-t.)</b>	45.4 (13,2)	44.4 (14)
<b>Genre, n (%)</b>		
Hommes	1260 (50,4)	1447 (57,9)
Femmes	1228 (49,1)	1039 (41,5)
Non-binaire / Autre	8 (0,3)	9 (0,4)
Réponse manquante	4 (0,2)	5 (0,2)
<b>Langue maternelle, n (%)</b>		
Français	916 (36,6)	542 (21,7)
Anglais	1368 (54,7)	1721 (68,8)
Autre	216 (8,6)	237 (9,5)
<b>Née ou né au Canada, n (%)</b>		
Oui	2041 (81,6)	2003 (80,1)
Non	459 (18,4)	497 (19,9)
<b>Ethnicité, n (%)</b>		
Blanche	1895 (75,8)	1763 (70,5)
Racisée	571 (22,8)	696 (27,9)
Réponse manquante	34 (1,4)	40 (1,6)
<b>Plus haut de scolarité complété, n (%)</b>		
Diplôme / Attestation d'études secondaires	321 (12,8)	355 (14,2)
Certificat / Diplôme d'un centre de formation professionnelle	227 (9,1)	193 (7,7)
Certificat / Diplôme d'études collégiales	660 (26,4)	633 (25,3)
Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat	160 (6,4)	158 (6,3)
Baccalauréat	628 (25,1)	613 (24,5)
Certificat / Diplôme universitaire supérieur au baccalauréat	191 (7,6)	224 (9)
Diplôme en médecine (générale, dentaire, vétérinaire ou optométrie)	27 (1,1)	33 (1,3)
Maîtrise	225 (9)	223 (8,9)
Doctorat	37 (1,5)	35 (1,4)
Réponse manquante	24 (1)	32 (1,3)
<b>Statut matrimonial, n (%)</b>		
Personne mariée ou vivant en union libre	1602 (64,1)	1541 (61,6)
Personne jamais mariée	601 (24)	663 (26,5)
Personne séparée, divorcée ou veuve	277 (11,1)	277 (11,1)
Autre	20 (0,8)	19 (0,7)
<b>Statut parental, n (%)</b>		
Au moins un enfant âgé de moins de 18 ans	757 (30,3)	713 (28,5)
Pas d'enfant âgé de moins de 18 ans	1743 (59,7)	1787 (71,5)

VARIABLES	VALEURS NON PONDÉRÉES	VALEURS PONDÉRÉES
<b>Région, n (%)</b>		
Colombie-Britannique	269 (10,8)	341 (13,6)
Ontario	742 (29,7)	965 (38,6)
Prairies (Alberta, Manitoba, Saskatchewan)	359 (14,4)	485 (19,4)
Provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard)	126 (5)	151 (6)
Québec	1004 (40,2)	559 (22,4)
Territoires (Nunavut, Yukon, Territoires du Nord-Ouest)	0 (0)	0 (0)
<b>Salaire annuel du ménage ≥ 60 000 \$, n (%)</b>		
Réponse manquante	1513 (60,5)	1463 (58,4)
	205 (8,2)	210 (8,4)
<b>Travail à temps plein (30 h et plus par semaine ; vs temps partiel, c.-à-d., moins de 30 h), n (%)</b>		
	2193 (87,7)	2159 (86,4)
<b>Taille de la PME, n (%)</b>		
Petite entreprise (1 à 99 personnes)	1812 (72,5)	1942 (77,7)
Moyenne entreprise (100 à 499 personnes)	688 (27,5)	558 (22,3)
<b>Secteurs d'industrie, n (%)</b>		
Services professionnels	470 (18,8)	463 (18,5)
Fabrication	270 (10,8)	260 (10,4)
Commerce de détail	253 (10,1)	253 (10,1)
Santé	235 (9,4)	226 (9)
Construction	221 (8,8)	232 (9,3)
Finances	157 (6,3)	165 (6,6)
<b>Présence d'un syndicat dans la PME, n (%)</b>		
Oui	480 (19,2)	473 (18,9)
Non	2020 (80,8)	2027 (81,1)
<b>Type d'emploi occupé, n (%)</b>		
Emploi de gestion	640 (25,6)	658 (26,3)
Emploi nécessitant une formation universitaire	487 (19,5)	479 (19,2)
Emploi nécessitant une formation collégiale	547 (21,9)	515 (20,6)
Emploi nécessitant une formation secondaire	387 (15,5)	364 (14,6)
Emploi nécessitant une formation en cours d'emploi	224 (9)	269 (10,8)
Autre	215 (8,6)	215 (8,6)

## MESURES

Le questionnaire prenait environ 20 minutes à remplir en ligne. Il était constitué de plusieurs échelles de mesure et énoncés visant à mesurer les concepts décrits ci-dessous, en plus de quelques énoncés additionnels portant sur des thèmes plus spécifiques et qui ont été développés pour la présente étude (par ex., impacts perçus de la COVID-19, soutien au droit à la déconnexion). Le questionnaire comportait aussi des questions sociodémographiques (par ex., âge, genre, ethnicité) et factuelles liées au travail (par ex., secteur d'industrie, taille de la PME). La grande majorité des échelles proviennent de travaux scientifiques antérieurs ayant démontré leur validité et fidélité sur le plan psychométrique. Puisque les personnes pouvaient répondre en français ou en anglais, les échelles validées seulement dans l'une ou l'autre des deux langues ont fait l'objet d'une traduction professionnelle rigoureuse.

L'alpha de Cronbach, un indicateur de fiabilité de la mesure, est présenté dans le tableau pour chaque échelle utilisée. Les valeurs obtenues, pour la grande majorité au-delà de 0,70 (seuil recommandé pour une fiabilité adéquate), suggèrent une forte fiabilité des échelles.

CONCEPT MESURÉ	DÉFINITION DU CONCEPT	NOM DE LA MESURE	RÉFÉRENCES	ALPHA DE CRONBACH	NOMBRE DE PERSONNES AVEC DES DONNÉES VALIDES (NON PONDÉRÉ)
<b>Santé mentale en général</b>					
Détresse psychologique	Symptômes d'anxiété et de dépression	<i>Patient Health Questionnaire-4</i>	Kroenke et coll. (2009).	0,876	2500
Épanouissement	Manifestation de bien-être positif, par ex., sentiment de sens à la vie, relations positives, optimisme	<i>Flourishing Scale</i>	Diener et coll. (2010)	0,928	2500
<b>Santé mentale au travail</b>					
Bien-être positif au travail	Sentiments positifs au travail ou à l'égard de son travail, par ex., sentiment de sens au travail, fierté, accomplissement	Sous-échelle Épanouissement de l'Indice de bien-être psychologique au travail	Dagenais-Desmarais & Savoie (2012)	0,940	2500
Épuisement professionnel	Syndrome caractérisé par des sentiments de fatigue physique, émotionnelle et cognitive en raison de l'exposition chronique au stress au travail	<i>Shirom-Melamed Burnout Measure</i>	Sassi & Neveu (2010); Shirom & Melamed (2006)	0,898	2500
<b>Facteurs individuels possiblement associés à la santé mentale</b>					
Connaissances en santé mentale	Connaissances à l'égard des difficultés de santé mentale et leurs traitements, ainsi que des façons promouvoir son bien-être	<i>Mental Health Knowledge Schedule</i>	Evans-Lacko et coll. (2010)	0,766	2359
Stratégies d'autogestion de la santé mentale en général	Actions que les personnes mettent en place au quotidien pour réduire les symptômes, prévenir les rechutes et promouvoir leur bien-être	Questionnaire d'autogestion en santé mentale	Coulombe et coll. (2015)	0,734	2500
Stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail	Actions que les personnes mettent en place au travail pour réduire les symptômes, prévenir les rechutes et promouvoir leur bien-être	Échelle d'autogestion de la santé mentale au travail	Roberge, Meunier & Cleary (manuscrit soumis pour publication)	0,864	2500
<b>Facteurs en lien avec le travail possiblement associés à la santé mentale</b>					
Stigmatisation anticipée envers soi au travail en raison de difficultés de santé mentale	Perception que dévoiler ses difficultés de santé mentale au travail aura des effets négatifs sur ses expériences au travail et sa carrière	Items adaptés d'une étude antérieure	Britt (2000)	0,896	1348
Stigmatisation envers les personnes au travail vivant avec des difficultés de santé mentale	Attitude négative à l'égard des collègues et gestionnaires au travail qui vivent avec des difficultés de santé mentale	<i>Opening Minds Scale for Workplace Attitudes</i>	Szeto et coll. (2019)	0,658	2500

CONCEPT MESURÉ	DÉFINITION DU CONCEPT	NOM DE LA MESURE	RÉFÉRENCES	ALPHA DE CRONBACH	NOMBRE DE PERSONNES AVEC DES DONNÉES VALIDES (NON PONDÉRÉ)
Climat de sécurité psychosociale au travail	Perceptions des personnes employées quant aux politiques, pratiques et procédures organisationnelles liées la protection de la santé psychologique (Dollard et Bakker, 2010), reflétant le degré perçu de priorisation des enjeux de santé mentale dans l'organisation	<i>Psychosocial Safety Climate-4</i>	Biron et coll. (2016); Dollard (2019)	0,907	2500
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail	Perceptions (positives vs négatives) des personnes employées quant aux facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge de travail (quantité de travail, consistance dans les demandes, charge émotionnelle)</li> <li>• Autonomie (possibilité de se développer et d'exercer du contrôle)</li> <li>• Soutien des collègues (assistance des collègues et sentiment d'appartenance)</li> <li>• Reconnaissance (récompenses monétaires, c.-à-d., salaire, ou sociales, c.-à-d., traitement équitable, respect, estime, pour les efforts et les accomplissements)</li> </ul>	Questions utilisées dans l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de SST	Vézina et coll. (2011)	0,770	2500
Soutien des superviseures et superviseurs en matière de santé mentale	Fréquence de pratiques de supervision positives (c.-à-d. , susceptibles de soutenir la santé mentale), par ex., soutien concret, émotionnel, informationnel	Échelle des comportements de soutien des gestionnaires en matière de santé psychologique	Bouchard, & Meunier (2022)	0,922	2222
Technostress	Stress lié à l'utilisation des technologies au travail, plus particulièrement à leurs complexité et effets potentiels sur la charge de travail	Items d'une échelle de technostress	Nimrod (2018)	0,702	2500
Équilibre travail-vie personnelle/famille	Reconnaissance par l'organisation du besoin des personnes de concilier les demandes du travail avec celles de leur vie personnelle/familiale	Sous-échelle <i>Balance du Guarding Minds at Work Questionnaire</i>	Samra et coll. (2009-2020)	0,816	2500
Présentéisme, absentéisme et performance autorapportée	Respectivement : proportion d'heures non travaillées sur le nombre d'heures de travail normalement attendues; présence de symptômes incapacitants et productivité amoindrie au travail; performance globale autoévaluée (entre la pire et la meilleure performance possible)	<i>WHO Health and Work Performance Questionnaire &amp; Lam Employment Absence and Productivity Scale</i>	Kessler et coll. (2003); Lam, Michalak & Yatham (2009)	0,892	2500
Accès, dans l'organisation, à un programme d'aide aux employées et employés (PAE), et perception à son égard	Présence ou absence d'un PAE mis à la disposition des travailleuses et travailleurs, et le cas échéant, perceptions de la confidentialité et l'accessibilité des services du PAE ainsi que de la honte liée à son utilisation éventuelle.	Divers items inspirés de travaux antérieurs	Milot (2019); Ville de Montréal (2019)	N/A	2500

CONCEPT MESURÉ	DÉFINITION DU CONCEPT	NOM DE LA MESURE	RÉFÉRENCES	ALPHA DE CRONBACH	NOMBRE DE PERSONNES AVEC DES DONNÉES VALIDES (NON PONDÉRÉ)
Accès, dans l'organisation, à d'autres programmes et initiatives en santé mentale et mieux-être	Présence ou absence de programmes/initiatives divers, par ex., campagne de sensibilisation, accompagnement et accommodements pour les personnes effectuant un retour au travail, groupe de soutien/d'entraide, consultations	Items développés par l'équipe de recherche	N/A	N/A	2500

## ANALYSES

Les résultats présentés dans ce rapport ont été obtenus en effectuant les analyses suivantes :

- Afin de décrire les tendances observées chez les travailleuses et travailleurs de PME, les moyennes ont été calculées pour les concepts mesurés de façon continue (p. ex., niveau d'épanouissement), alors que des pourcentages ont été calculés pour les variables binaires ou multicatégorielles (p. ex., avoir un score au-delà ou au-deçà du seuil clinique de dépression ou d'anxiété).
- Des analyses de comparaisons (tests-t, analyses de variance, tests de chi-carré; sélectionnés selon le type de variables) ont été effectuées dans le but de déterminer si des différences significatives existent entre certains sous-groupes de personnes selon leurs variables sociodémographiques et liées à l'emploi (p. ex., hommes vs femmes, petites entreprises vs moyennes entreprises, personnes non nées au Canada vs nées au Canada, etc.).
- Des analyses de régression logistique ont été conduites pour déterminer les facteurs individuels et liés au travail qui sont associés aux indicateurs de santé mentale et pour déterminer le poids de chaque facteur dans la prédiction de la probabilité de rapporter un niveau d'anxiété et de dépression au-delà d'un seuil clinique.
- Des analyses de régression linéaire multiple et de régression logistique ont été menées afin d'examiner les associations entre certains indicateurs de santé mentale et des variables de performance organisationnelle (absentéisme, présentéisme, performance autoévaluée).

**Sauf lorsque mentionné, les résultats sont basés sur les données pondérées de 2500 personnes.** Le terme « personnes » et « individus », choisi en accord avec les principes d'écriture inclusive dans la présentation des résultats, est utilisé pour référer aux personnes employées dans les PME.

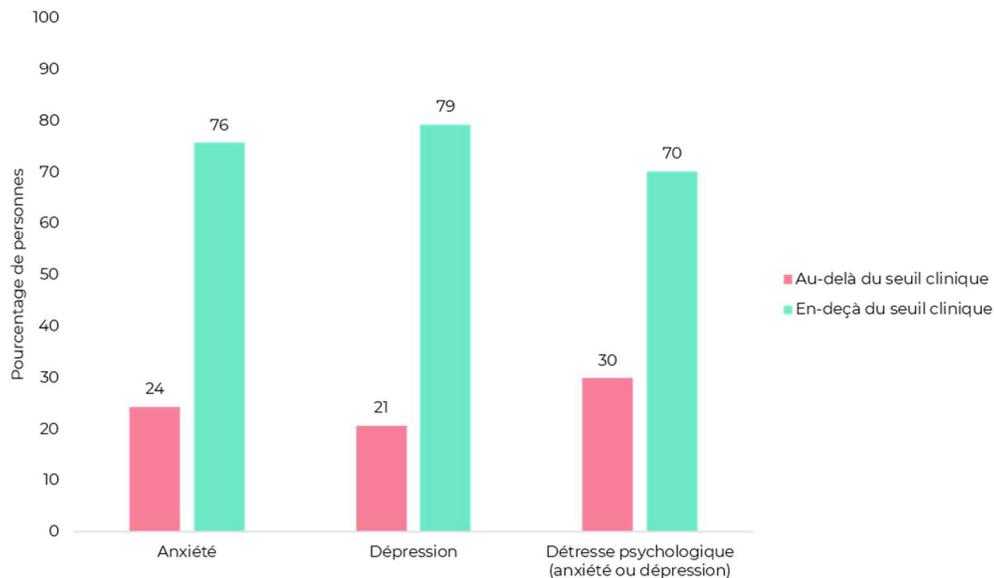
# RÉSULTATS

## BIEN-ÊTRE ET SANTÉ MENTALE EN GÉNÉRAL

Une majorité de personnes vivent avec des **difficultés de santé mentale**. Plus de la moitié (54,7 %) des personnes rapportent vivre avec au moins une difficulté de santé mentale au moment de remplir le questionnaire. Les conditions le plus souvent citées sont l'épuisement professionnel (25,2 %), les troubles anxieux (22,7 %) et la dépression (19,5 %).

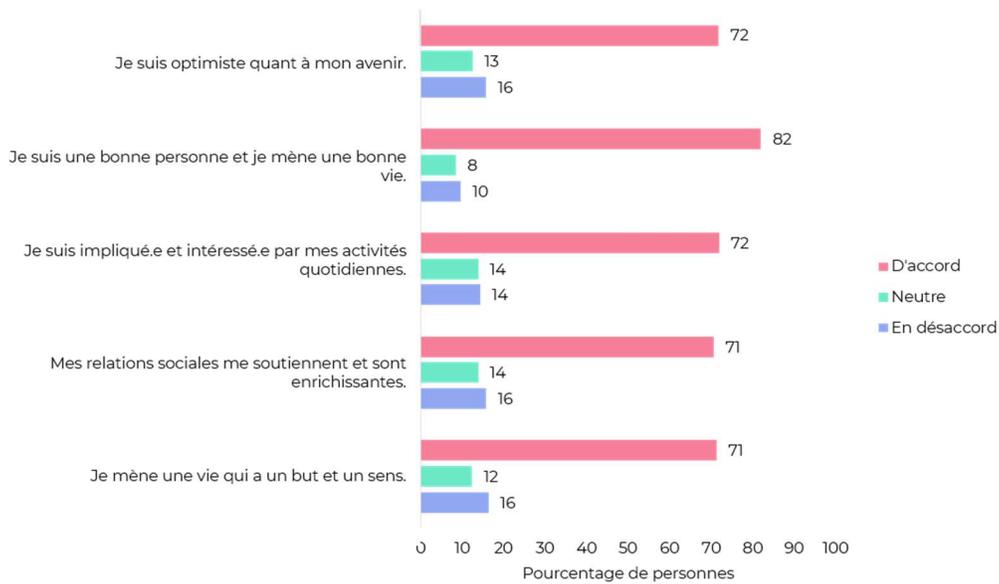
Une personne sur trois vivrait avec de la **détresse psychologique**. Selon l'outil de dépistage utilisé, 24,3 % des personnes vivent avec des symptômes d'anxiété au-delà du seuil clinique, tandis que 20,7 % ont des symptômes dépressifs au-delà du seuil clinique. Globalement, une personne sur trois (29,9 %) vit de la détresse psychologique significative, caractérisée dans l'étude par un score au-delà du seuil clinique pour l'une ou l'autre des deux problématiques (c.-à-d., anxiété ou dépression).

POURCENTAGE DE PERSONNES VIVANT AVEC DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION AU-DELÀ D'UN SEUIL CLINIQUE



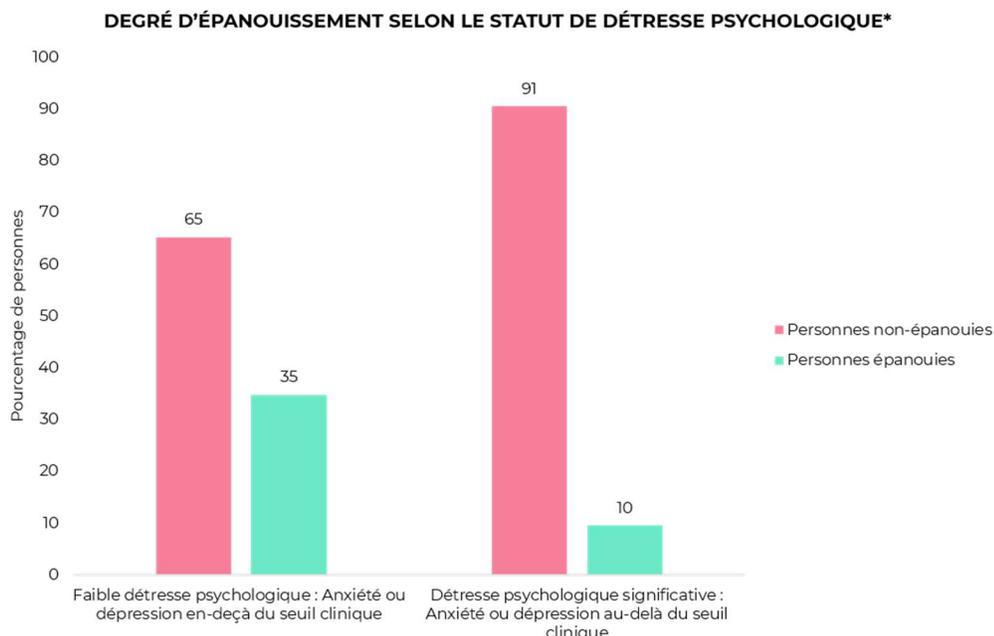
Seulement le quart des personnes rapporte **être épanouies** (c.-à-d., avoir un degré élevé de bien-être positif). Les personnes ont indiqué leur degré d'accord avec cinq énoncés représentant des manifestations possibles de bien-être positif dans leur vie en général. Indiquer être en accord signifie que la personne se perçoit comme vivant la manifestation de bien-être en question. Environ une personne sur quatre (27,2 %) a indiqué être épanouie, c'est-à-dire être d'accord avec chacun des cinq énoncés proposés. Ce graphique illustre à quel point les individus étaient en accord avec chaque énoncé sur l'épanouissement.

### DEGRÉ D'ACCORD AVEC LES ÉNONCÉS REFLÉTANT L'ÉPANOUISSEMENT



Il est possible pour une personne d'être **épanouie**, même si elle vit de la **détresse psychologique**. Des études indiquent que la santé mentale *complète* ne se définirait pas uniquement en termes d'absence ou de présence d'un problème de santé mentale. En fait, deux éléments distincts permettraient d'évaluer la santé mentale *complète*. Le premier élément serait un continuum de sévérité des symptômes liés à un problème de santé mentale, allant d'une absence de symptômes à des symptômes très sévères. Le deuxième élément serait l'épanouissement, dont le continuum va du languissement (stagnation) à l'épanouissement (sentiment de réalisation de soi).

Les personnes épanouies et non épanouies de l'étude ont été comparées selon leur réponse à un critère de détresse psychologique (présence d'anxiété ou de dépression au-delà d'un seuil clinique). Comme l'illustre le graphique, les personnes qui sont sous le seuil clinique de la détresse psychologique semblent avoir une plus grande probabilité d'être épanouies que celles qui vivent de la détresse au-delà d'un seuil clinique (34,9 % vs 9,5 %). Cependant, les résultats mettent aussi en évidence qu'une personne qui ne présente pas de détresse psychologique significative n'est pas nécessairement épanouie pour autant. En effet, dans l'étude, une personne sur trois qui ne vit pas de détresse psychologique significative est épanouie. À l'inverse, il est possible pour une personne de présenter de la détresse psychologique, mais d'être tout de même épanouie, comme c'est le cas ici pour une personne sur dix vivant de la détresse significative.

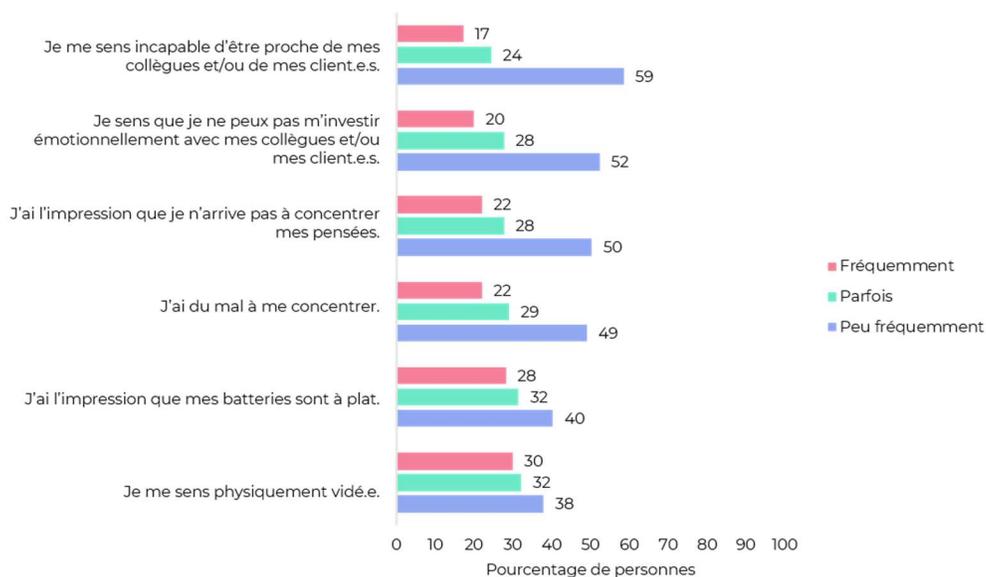


\*NOTE Basé sur les réponses de 2499 personnes

## BIEN-ÊTRE ET SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL

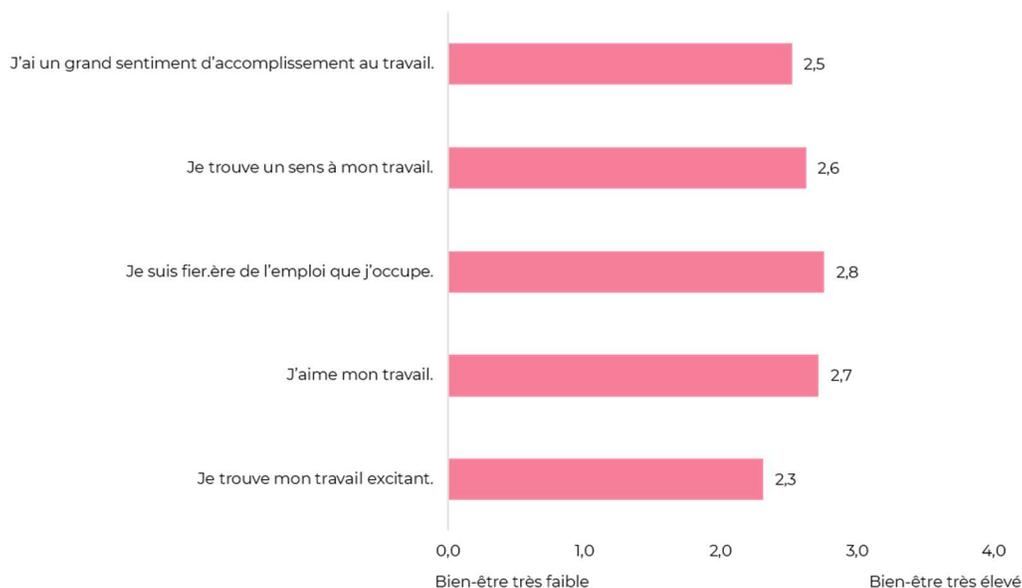
Basé sur l'obtention d'un score au-delà d'un seuil clinique sur la mesure utilisée, un peu plus d'une personne sur cinq (22,1%) vit une problématique **d'épuisement professionnel**. Plus spécifiquement, une personne sur trois rapporte des symptômes physiques fréquents liés à l'épuisement professionnel, tandis qu'environ une personne sur cinq indique avoir fréquemment des symptômes cognitifs ou émotionnels.

### FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL



Globalement, le niveau de **bien-être au travail** est relativement élevé dans les PME du Canada. Basé sur une échelle allant de 0 (*Bien-être très faible*) à 4 (*Bien-être très élevé*), les personnes rapportent en moyenne un score de 2,59, ce qui indique un degré de bien-être modéré à élevé. De façon générale, leur bien-être semble le plus élevé en ce qui concerne le fait d'aimer son travail (moy.<sup>1</sup> = 2,72) et de la fierté envers l'emploi occupé (moy. = 2,76). La moyenne est un peu plus faible concernant le degré d'excitation à l'égard de son travail, recevant un score moyen de 2,31.

**MOYENNE DU DEGRÉ DE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL POUR CHAQUE ASPECT MESURÉ**

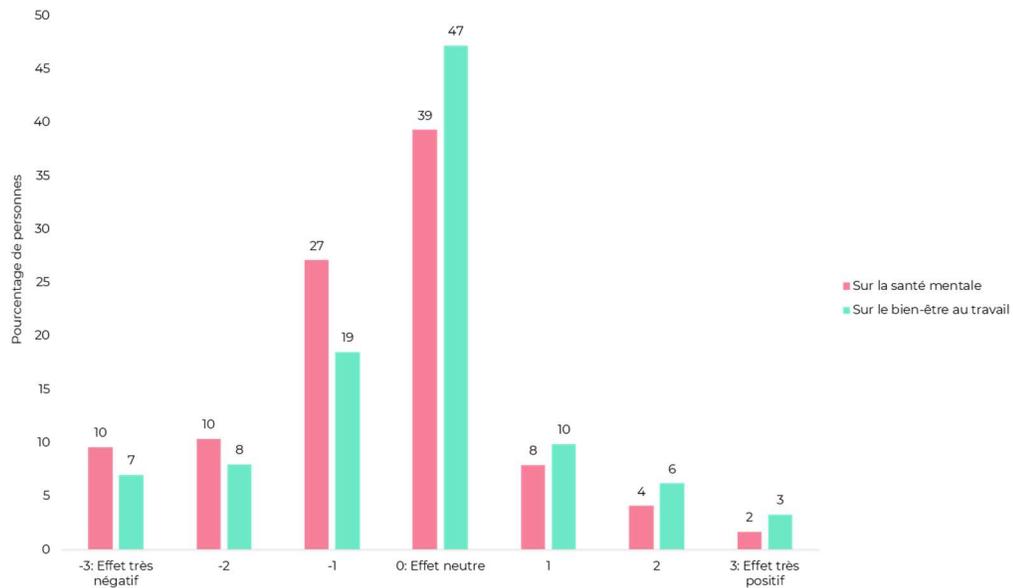


## IMPACTS PERÇUS DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE EN GÉNÉRAL ET AU TRAVAIL

La majorité des individus perçoit un **effet de la pandémie de COVID-19** et rapporte que celle-ci affecte la santé mentale en général en plus grande proportion que le bien-être au travail. En ce qui concerne la santé mentale en général, l'effet perçu est négatif pour 47,1 % des personnes, en comparaison à une perception d'un effet positif pour 13,7 % et un d'un effet neutre pour 39,3 %. En ce qui a trait au bien-être au travail, la perception de l'effet de la pandémie est négative pour 33,5 % des personnes en comparaison à une perception d'un effet positif pour 19,4 % et d'un effet neutre pour 47,2 %.

<sup>1</sup> Moy. = moyenne obtenue pour cet indicateur avec l'échantillon pondéré.

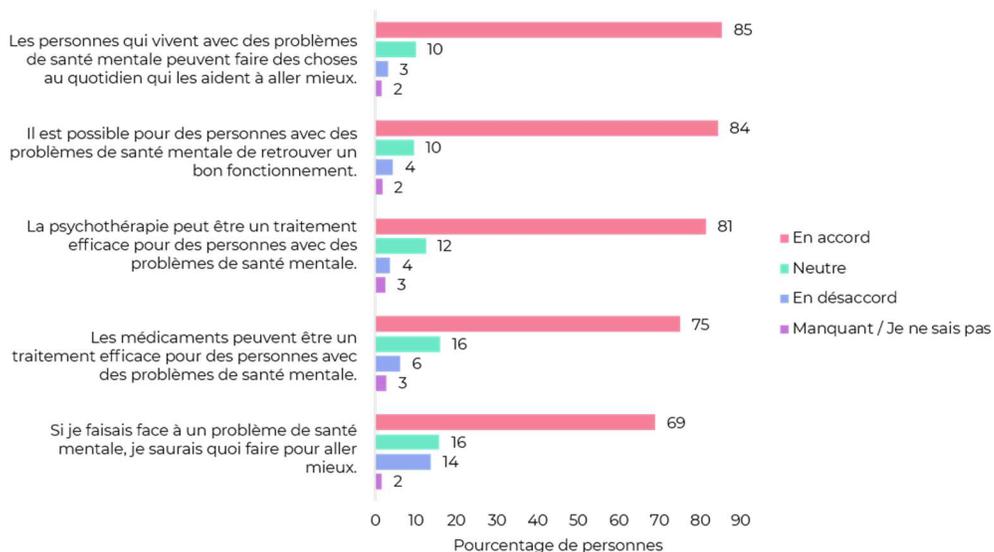
**EFFET, AU MOMENT DU QUESTIONNAIRE, DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE ET SUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL**



## CONNAISSANCES EN SANTÉ MENTALE ET AUTOGESTION DE LA SANTÉ MENTALE

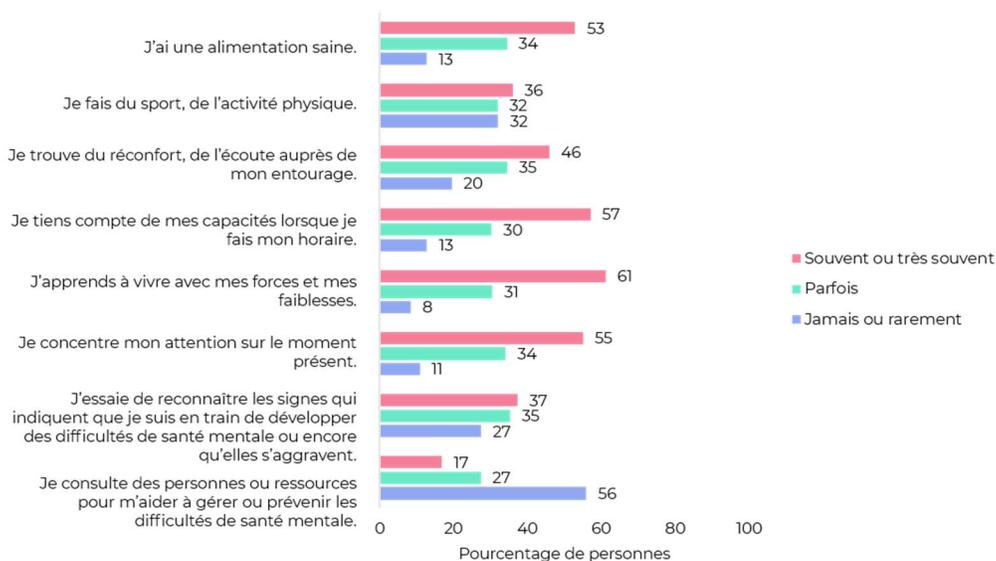
Environ 80 % des personnes se disent en accord avec des énoncés pour lesquels un accord signifie des **connaissances élevées en santé mentale**. Toutefois, comparée aux autres énoncés, une plus grande proportion de personnes (13,7 %) rapporte être en désaccord quant au fait de savoir quoi faire pour aller mieux s'ils faisaient face à un problème de santé mentale, soulignant l'importance de continuer les efforts de psychoéducation en santé mentale au travail.

**DEGRÉ D'ACCORD AVEC DES ÉNONCÉS CONCERNANT DIFFÉRENTS ASPECTS DES CONNAISSANCES EN SANTÉ MENTALE**



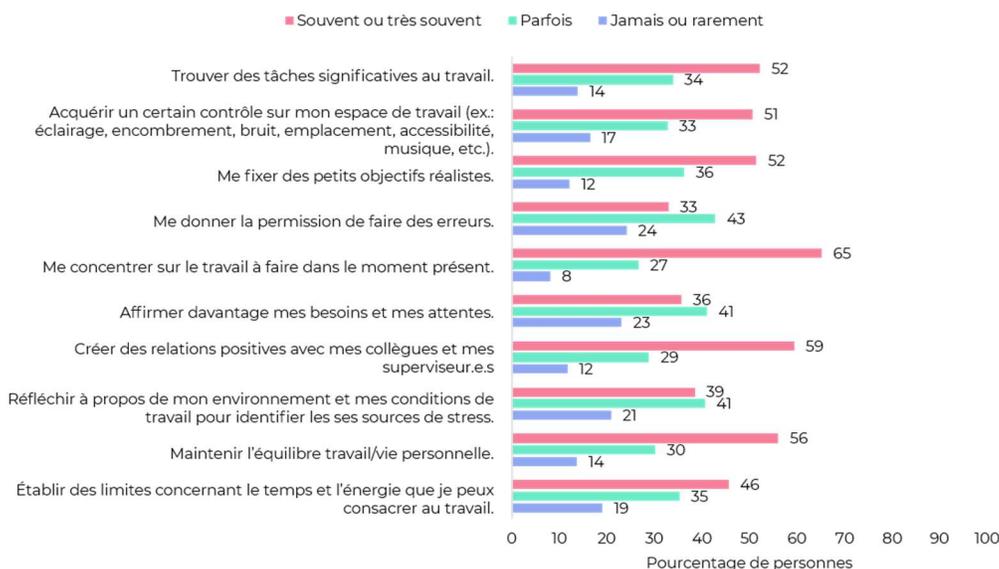
Au cours des deux derniers mois, les personnes ont utilisé fréquemment (souvent ou très souvent) environ trois à quatre **stratégies différentes d'autogestion de la santé mentale dans leur vie en général**. Les trois stratégies d'autogestion de la santé mentale en général les plus fréquemment utilisées dans les deux derniers mois sont : d'apprendre à vivre avec leurs forces et leurs faiblesses (61,1 %); de tenir compte de leurs capacités quand elles font leur horaire (57,0 %); et de concentrer leur attention sur le moment présent (55,0 %). Consulter des ressources ou des personnes (p. ex., psychologue, organisme communautaire) pour gérer ou prévenir les difficultés de santé mentale est la stratégie la moins souvent utilisée. En effet, presque 56 % des individus n'ont jamais ou ont rarement utilisé cette stratégie dans les deux derniers mois.

**FRÉQUENCE D'UTILISATION DE STRATÉGIES D'AUTOGESTION DANS LA VIE EN GÉNÉRAL (STRATÉGIES NON-SPÉCIFIQUES AU TRAVAIL)**



Dans les deux dernières semaines, en moyenne, les personnes ont fréquemment (souvent ou très souvent) utilisé environ cinq **différentes stratégies d'autogestion de la santé mentale au travail**. Une grande proportion de personnes a fréquemment essayé de se concentrer sur le travail à faire dans le moment présent (65,2 %), de créer des relations positives avec leurs collègues et gestionnaires (59,4 %), et de maintenir un équilibre entre le travail et la vie personnelle (56,1 %). Cependant, relativement peu de personnes ont fréquemment mis en place les stratégies suivantes : se donner la permission de faire des erreurs (33,0 %), affirmer ses besoins et attentes (35,7 %), et tenter de cibler les sources de stress dans son environnement ou dans ses conditions de travail (38,5 %).

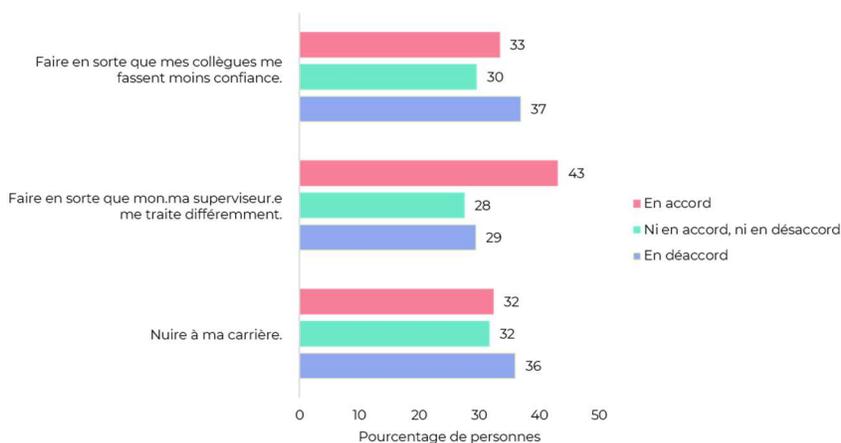
## FRÉQUENCE D'UTILISATION DE STRATÉGIES D'AUTOGESTION AU TRAVAIL



## STIGMATISATION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LE MILIEU DE TRAVAIL

La **stigmatisation anticipée dans l'environnement de travail** par les personnes qui rapportent vivre avec des difficultés de santé mentale est dans l'ensemble modérée. Basé sur les réponses à trois questions, sur une échelle allant de 0 (*faible*) à 4 (*élevée*), la moyenne de stigmatisation anticipée était de 2,01. De façon plus précise, une personne sur trois adhère à la perception que dévoiler leurs difficultés de santé mentale pourrait nuire à leur carrière ou mener à ce que leurs collègues leur fassent moins confiance. Selon deux personnes sur cinq, ce dévoilement pourrait mener à un traitement différent de la part des superviseuses ou superviseurs.

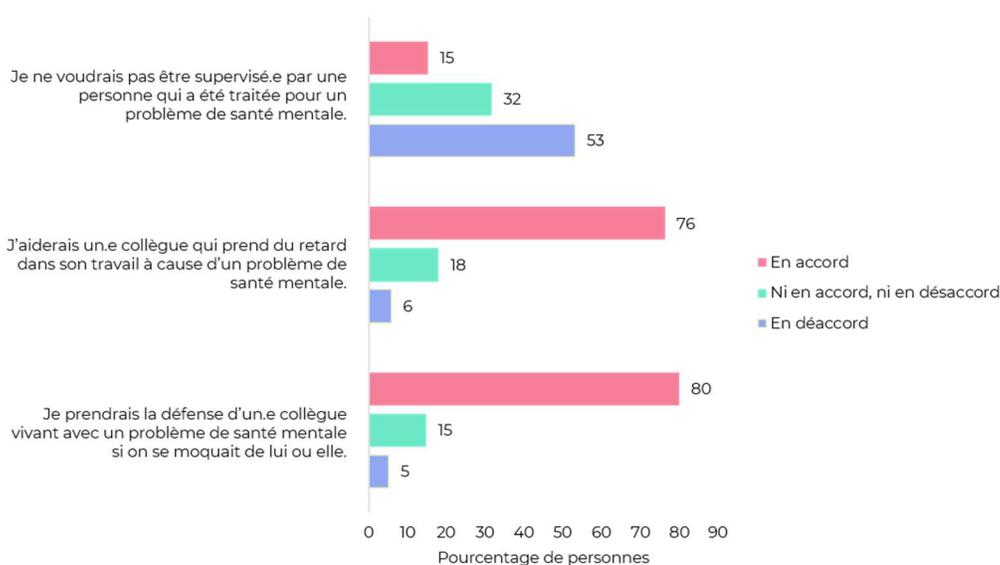
### STIGMATISATION ANTICIPÉE ENVERS SOI AU TRAVAIL EN RAISON DE DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE À mon travail actuel, dévoiler à quelqu'un (collègue ou gestionnaire) que j'ai un problème psychologique peut/pourrait...\*



\*NOTE Basé sur 1369 personnes vivant avec des difficultés de santé mentale.

En comparaison avec la stigmatisation anticipée envers soi, la **stigmatisation envers les collègues et superviseurs et superviseurs** vivant avec des difficultés de santé mentale était plus faible<sup>2</sup>. Basé sur les réponses à trois questions, sur une échelle allant de 0 (*faible*) à 4 (*élevée*), la moyenne de stigmatisation envers autrui était de 1,11. Ainsi, un peu plus des trois quarts prendraient la défense de collègues vivant avec des difficultés de santé mentale si ces collègues faisaient l'objet de moqueries, ou aideraient des collègues accusant du retard en raison de problèmes de santé mentale. Néanmoins, seulement un peu plus de la moitié des personnes se disent en désaccord avec un énoncé selon lequel elles n'aimeraient pas être supervisées par un individu qui a été traité pour un problème de santé mentale.

#### STIGMATISATION ENVERS LES PERSONNES VIVANT DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL\*



\*NOTE Basé sur 2500 personnes (vivant ou non avec des difficultés de santé mentale).

## ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

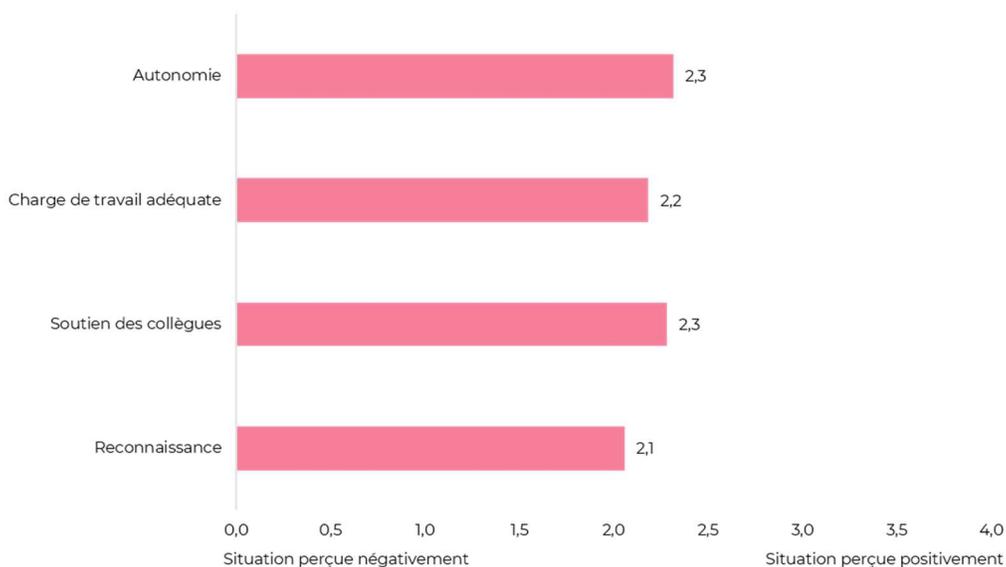
Un **climat de sécurité psychosociale élevée** est perçu dans l'organisation par 47,8 % des personnes, alors qu'il est perçu comme faible pour 52,2 % d'entre elles. Cela suggère que, selon la majorité des individus, la santé psychologique n'est pas priorisée de façon adéquate ou suffisante dans la PME qui les emploie.

Les risques psychosociaux du travail ont été évalués sur une échelle allant de 0 (*situation perçue très négativement*) à 4 (*situation perçue très positivement*). De façon générale, les personnes perçoivent une situation relativement neutre (moy. aux alentours de 2 dans l'ensemble) en ce qui concerne les **risques psychosociaux du travail**. La situation semble être un peu plus favorable concernant le soutien des collègues et l'autonomie au travail, qui reçoivent des

<sup>2</sup> Un test statistique (test-t apparié;  $t=27.68$ ,  $p<.001$ ) montre que les personnes rapportent significativement moins de stigmatisation à l'égard des autres au travail vivant avec des difficultés de santé mentale comparativement au degré de stigmatisation anticipé à leur propre égard.

scores respectifs moyens de 2,28 et 2,32. La charge de travail et la reconnaissance obtiennent des scores moyens un peu plus faibles (moy. variant entre 2,06 et 2,18). Cela indique un potentiel d'amélioration de l'environnement de travail en PME pour favoriser l'autonomie, une charge adéquate de travail, le soutien des collègues et la reconnaissance au travail.

**MOYENNE DES SCORES DE PERCEPTIONS QUANT À LA SITUATION AU TRAVAIL EN MATIÈRE DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX**



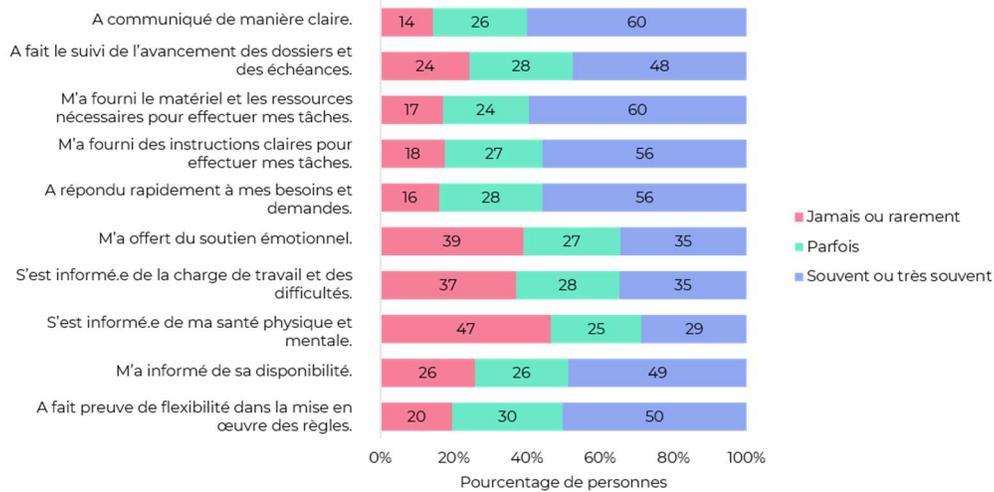
Une proportion de 15,7 % d'individus rapporte avoir été l'objet de **harcèlement psychologique** dans le cadre du travail, c'est-à-dire avoir été la cible de paroles ou d'actes, répétés ou non, qui ont porté atteinte à leur dignité ou à leur intégrité.

Sur une échelle allant de 0 (*soutien jamais offert*) à 4 (*soutien offert très souvent*) portant sur différentes **pratiques de supervision qui soutiennent la santé mentale des employés et employées**, les personnes perçoivent un soutien modérément fréquent (moy. = 2,29)<sup>3</sup>. La fréquence du soutien varie considérablement selon les types de pratiques. Les pratiques de soutien les plus fréquemment offertes par les superviseuses et superviseurs sont le fait de communiquer clairement, de fournir le matériel et les ressources nécessaires au travail des personnes employées, d'offrir des instructions claires pour effectuer les tâches et de répondre rapidement aux besoins et demandes. Ces pratiques sont rapportées par au moins une personne sur deux comme étant souvent ou très souvent mises en place par leur superviseuse ou superviseur. Les pratiques de soutien les moins fréquemment mises en place par les gestionnaires sont d'offrir du soutien émotionnel, de s'informer de la charge de travail et des difficultés rencontrées, et de s'informer sur la santé physique ou mentale des employés et employées. En fait, selon un individu sur deux, la superviseuse ou le

<sup>3</sup> Ce résultat est basé sur 2209 personnes (données pondérées).

superviseur ne s'informe jamais ou ne s'informe que rarement de sa santé physique ou mentale.

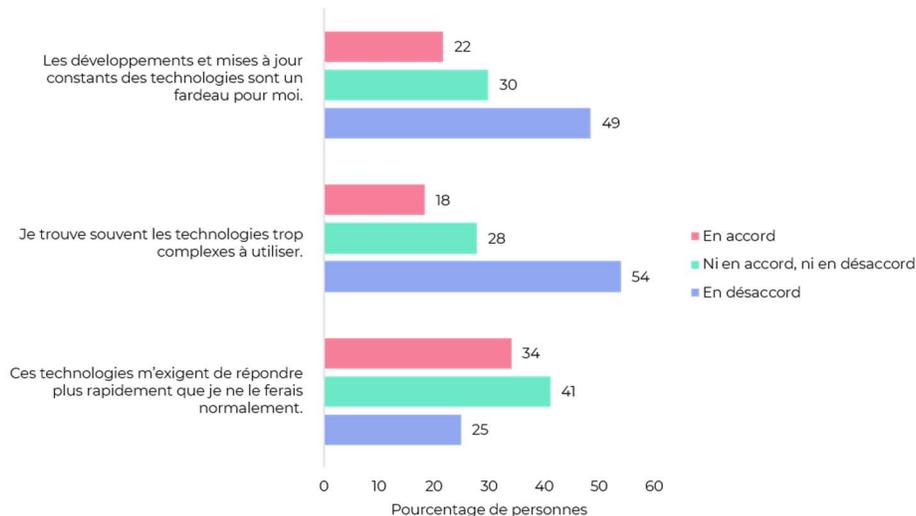
**FRÉQUENCE DES PRATIQUES DE SOUTIEN DE LA PART DES SUPERVISEURES ET SUPERVISEURS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE**  
**[Au cours des deux dernières semaines] mon/ma superviseur.e principal.e...\***



\*NOTE Basé sur les réponses de 2056 à 2241 personnes.

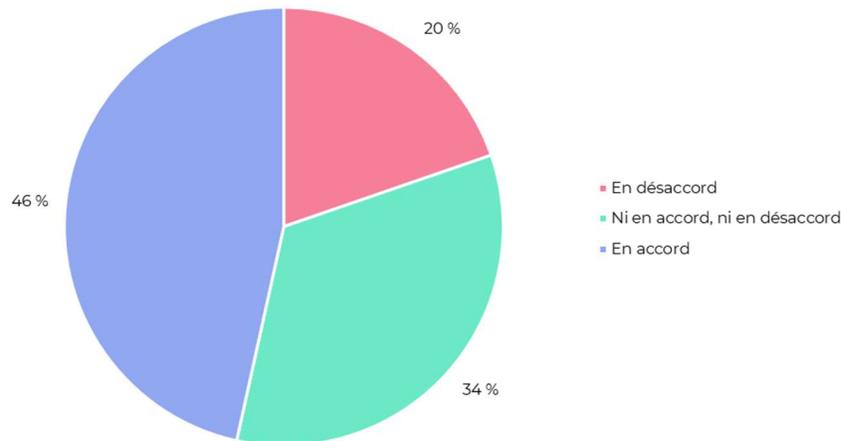
Le degré de stress engendré par l'utilisation des technologies au travail (**technostress**) était relativement faible dans l'ensemble (moy. = 1,71, sur une échelle de 0, *faible*, à 4, *élevé*). Seulement une personne sur cinq vit un stress dû au fait que les technologies sont perçues comme étant complexes à utiliser ou parce qu'elles représentent un fardeau en raison des mises à jour et développements constants. Cependant, une personne sur trois indique que les technologies au travail exigent de répondre plus rapidement aux demandes, suggérant un stress généré par l'intensification du travail à cause des technologies.

**DEGRÉ D'ACCORD AVEC DES ÉNONCÉS REFLÉTANT LE NIVEAU DE STRESS ENGENDRÉ PAR LES TECHNOLOGIES AU TRAVAIL**



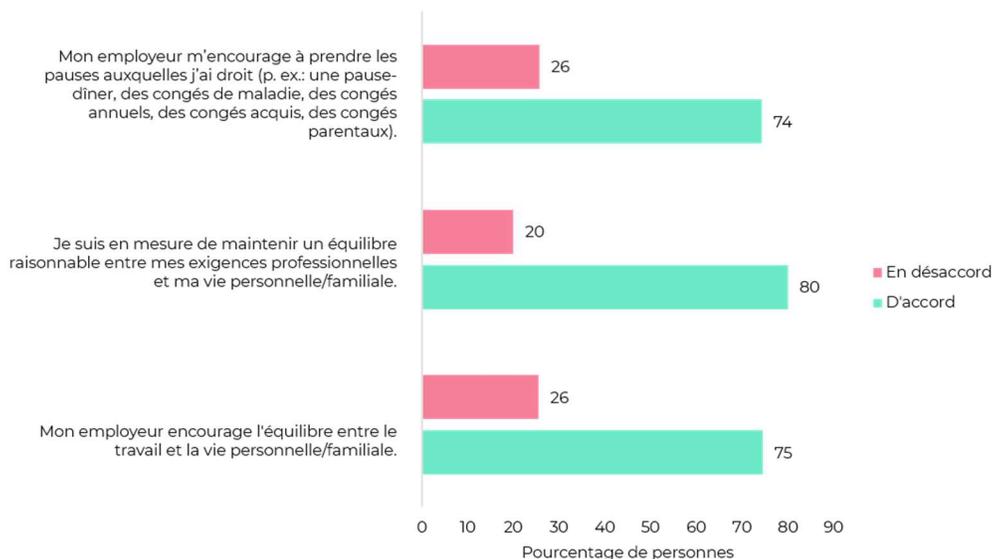
Lorsque questionnées sur le droit à la déconnexion, près de la moitié (46,5 %) des personnes soutient l'idée que le gouvernement devrait légiférer pour encadrer le droit de ne pas être joignable en permanence par son employeuse ou employeur à l'extérieur des heures de travail normales.

**SOUTIEN AU DROIT À LA DÉCONNEXION**  
**Le gouvernement devrait légiférer pour encadrer le droit à la déconnexion (c.-à-d., le droit de ne pas être joignable en permanence par son employeur) à l'extérieur des heures de travail normales.**



La situation moyenne des personnes en matière **d'équilibre entre le travail et la vie personnelle/familiale** est légèrement plus positive que négative (moy. = 1,99, sur une échelle de 0, *faible*, à 3, *élevé*). Néanmoins, selon un peu plus du quart des individus, l'employeuse ou l'employeur n'encourage ni l'équilibre travail-vie personnelle/familiale, ni à prendre les pauses et congés auxquels ils ont droit.

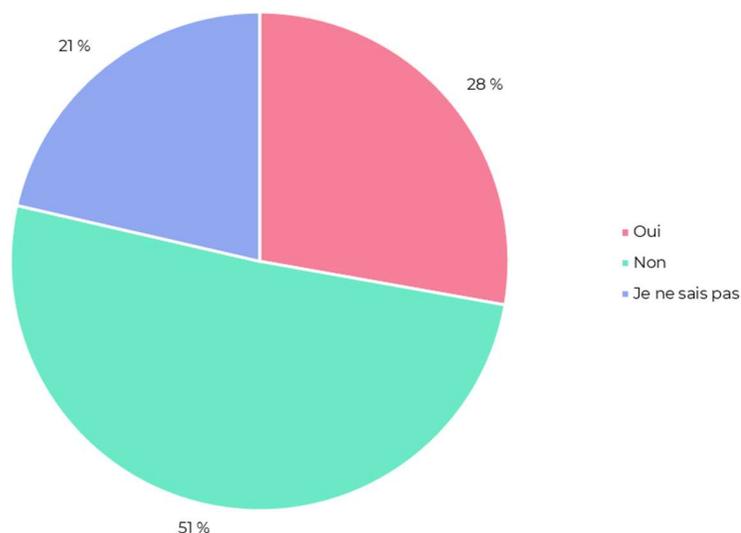
**ACCORD OU NON AVEC DIFFÉRENTS ÉNONCÉS REFLÉTANT LA SITUATION EN MATIÈRE D'ÉQUILIBRE TRAVAIL-VIE PERSONNELLE/FAMILIALE**



## PROGRAMMES DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

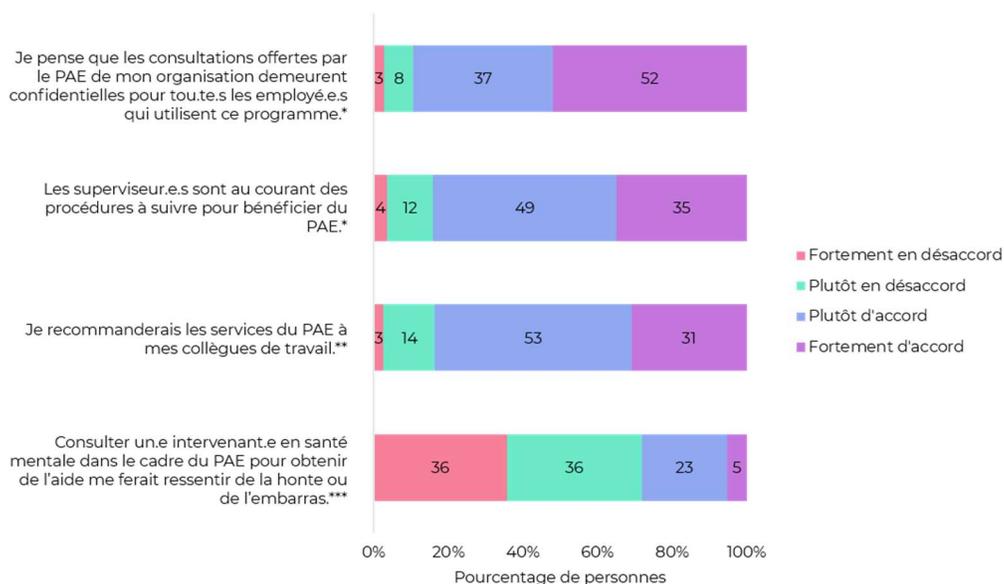
Un **programme d'aide aux employées et employés** (PAE) est à la disposition de moins d'une personne sur trois. Un peu plus de la moitié des personnes sondées rapportent ne pas avoir accès à un PAE. Cependant, une certaine proportion (environ un sur cinq) ne sait pas si un tel programme est disponible ou non dans l'organisation. Une plus grande proportion rapporte avoir à sa disposition un PAE dans les moyennes entreprises (49,1 %) en comparaison aux petites entreprises (21,6 %).

SERVICES DE PAE À LA DISPOSITION DES PERSONNES DANS L'ENTREPRISE



Dans l'ensemble, une majorité de personnes ayant un PAE à leur disposition a la **perception que les consultations avec les intervenantes et intervenants du PAE sont confidentielles**; néanmoins, environ une personne sur dix croit que non. Une large proportion de personnes (84,0 %) perçoit que leurs gestionnaires sont au courant des procédures pour accéder au PAE, bien qu'environ une personne sur six juge que non. Parmi les personnes ayant accédé aux services d'un PAE dans les six derniers mois pour une difficulté de santé mentale, une majorité (83,5 %) en ferait la recommandation à des collègues. Parmi les personnes n'ayant pas accédé aux services d'un PAE, près de 30 % sont en accord avec l'idée que recourir à des services en santé mentale dans le cadre du PAE leur ferait ressentir de la honte ou de l'embarras, ce qui souligne une possible stigmatisation des difficultés de santé mentale en contexte de travail.

### PERCEPTIONS DU PAE



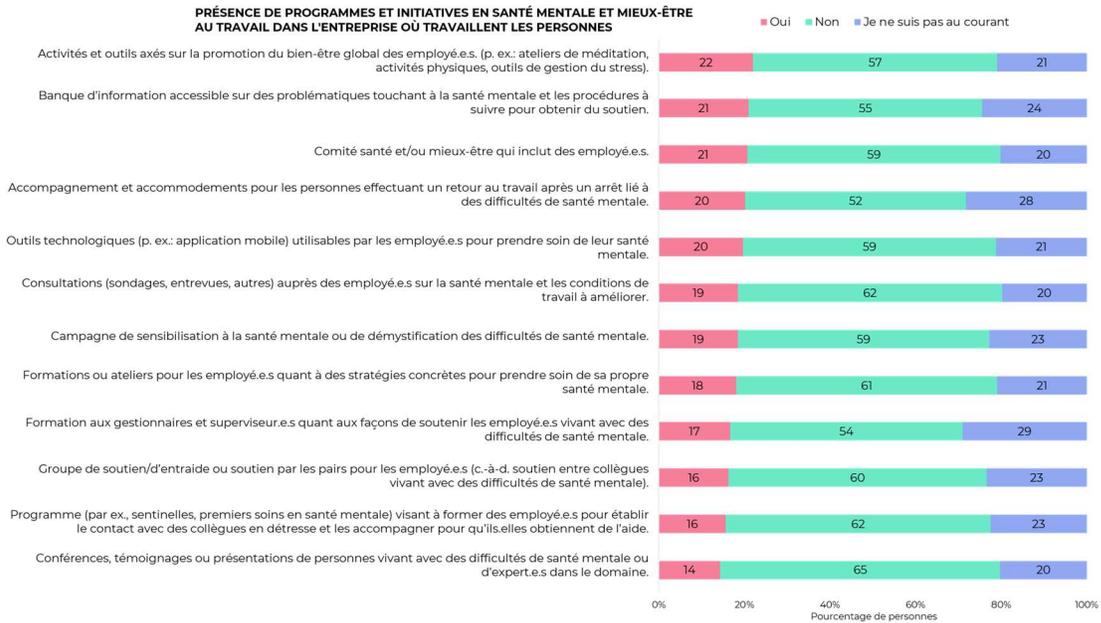
### NOTES

\*Basé sur 694 personnes qui ont à leur disposition un PAE dans leur organisation.

\*\*Basé sur 105 personnes ayant utilisé les services d'un PAE dans les six derniers mois pour un problème de santé mentale.

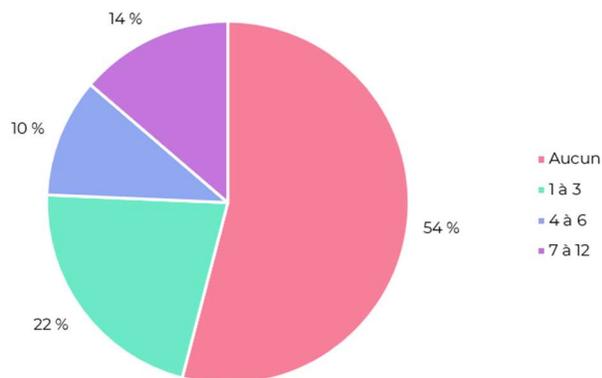
\*\*\*Basé sur les 589 personnes ayant un PAE à leur disposition, mais ne l'ayant pas utilisé dans les six derniers mois pour un problème de santé mentale.

Les personnes ont été interrogées quant à l'existence, dans leur organisation, de **divers programmes et initiatives en santé mentale et mieux-être** autres que le PAE. Chacun des 12 programmes et initiatives proposés dans le questionnaire semble disponible selon 14,4 % à 22,1 % des personnes participant à l'étude. Parmi les programmes et initiatives les plus fréquemment disponibles (pour 21 % et plus des personnes) se trouvent les activités et outils en promotion du bien-être, les banques d'information accessibles sur les difficultés de santé mentale et procédures pour accéder à du soutien, ainsi que les comités santé et/ou mieux-être incluant la participation d'employées et employés. Il est à noter que, pour chacun des programmes et initiatives proposés, environ 20 % à 30 % des personnes ne sont pas au courant de son existence ou non dans l'organisation, ce qui indique que la publicisation des programmes et initiatives gagnerait à être améliorée.



Pour plus de la moitié des individus (54,0 %), **aucun des programmes et initiatives proposés n'est disponible** dans l'organisation à leur connaissance. Cette proportion atteint 58,8 % pour les personnes travaillant dans les petites entreprises, en comparaison à 37,3 % pour celles travaillant dans les moyennes entreprises.

**NOMBRE DE PROGRAMMES ET D'INITIATIVES DANS L'ENTREPRISE OÙ TRAVAILLENT LES PERSONNES (PARMI LES 12 PROPOSÉS DANS LE QUESTIONNAIRE)**



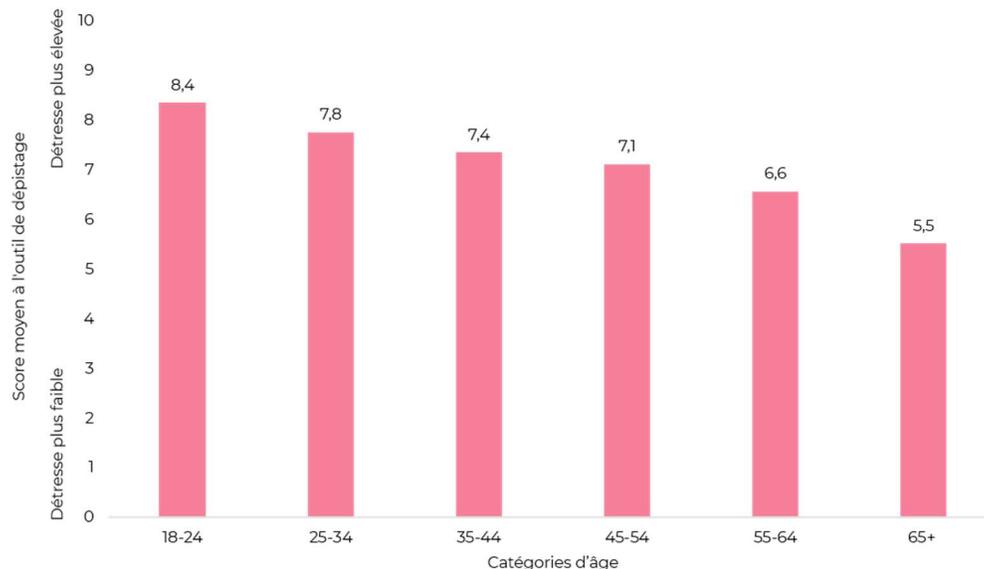
## COMPARAISONS SELON LES VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET LIÉES AU TRAVAIL

Cette section présente les faits saillants d'analyses menées pour examiner la présence de différences significatives dans les réponses au questionnaire en fonction de caractéristiques sociodémographiques et liées à l'emploi. Les tableaux présentés en annexes incluent les résultats détaillés de ces analyses. Seuls les faits saillants des principales différences significatives sont décrits ici. Des graphiques illustrant les résultats liés aux catégories d'âge sont également présentés. L'âge est une variable mise à l'avant-plan en raison de l'émergence de nombreux résultats significatifs la concernant.

### ÂGE

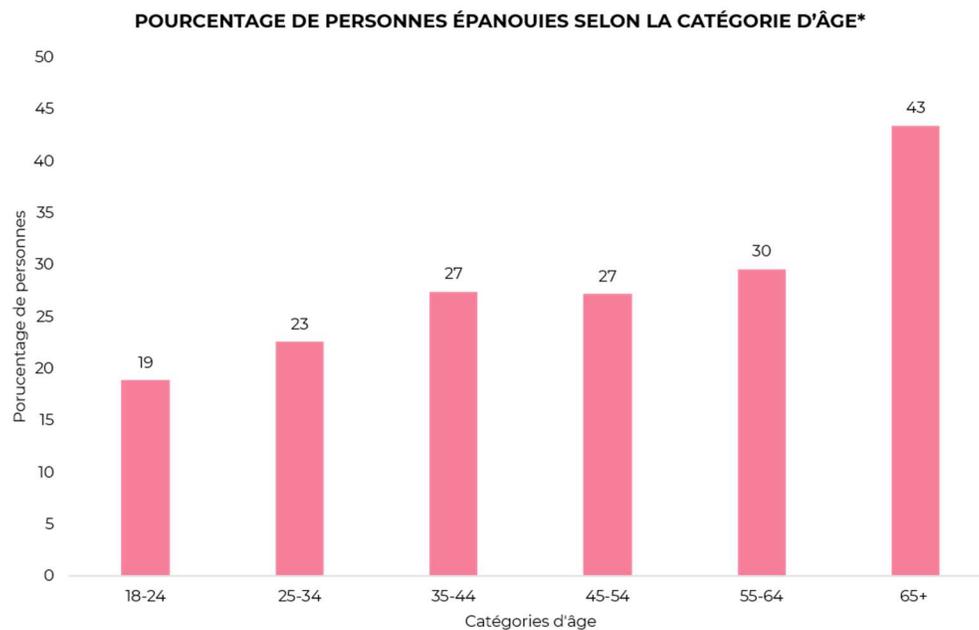
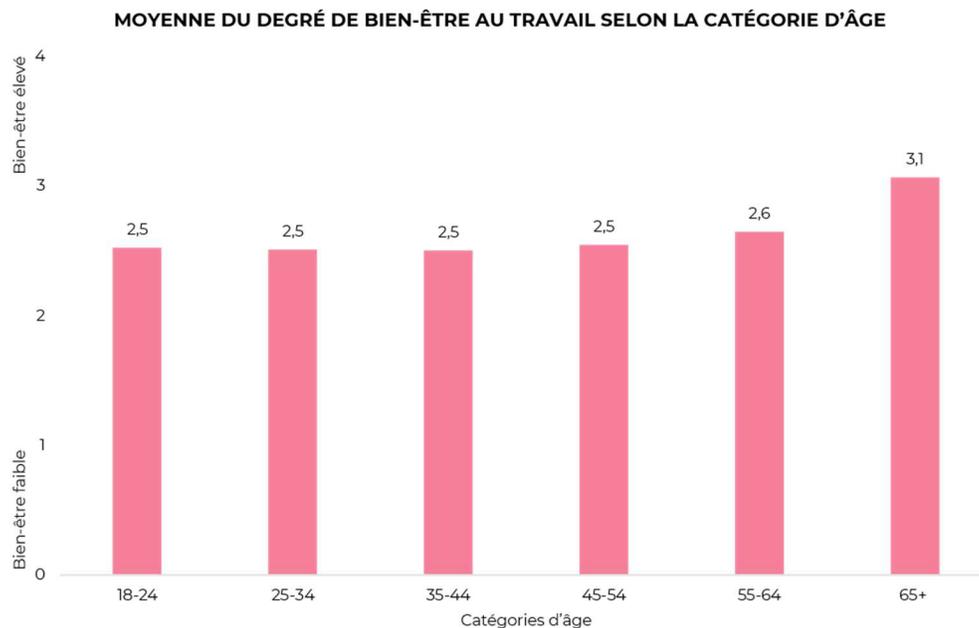
En moyenne, le niveau de détresse psychologique, mesuré sur une échelle allant de 0 (*faible*) à 12 (*élevée*), semble diminuer à mesure que l'âge augmente. Les personnes âgées de 18 à 24 ans sont celles qui rapportent le plus haut niveau de détresse psychologique (moy. = 8,36). D'ailleurs, ce niveau est significativement plus élevé que celui des personnes âgées de 35 ans et plus (moy. variant de 5,52 à 7,35). Les personnes âgées de 65 ans et plus présentent un niveau de détresse psychologique beaucoup plus faible que toutes les autres catégories d'âge (moy. = 5,52).

MOYENNE DES SCORES DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE



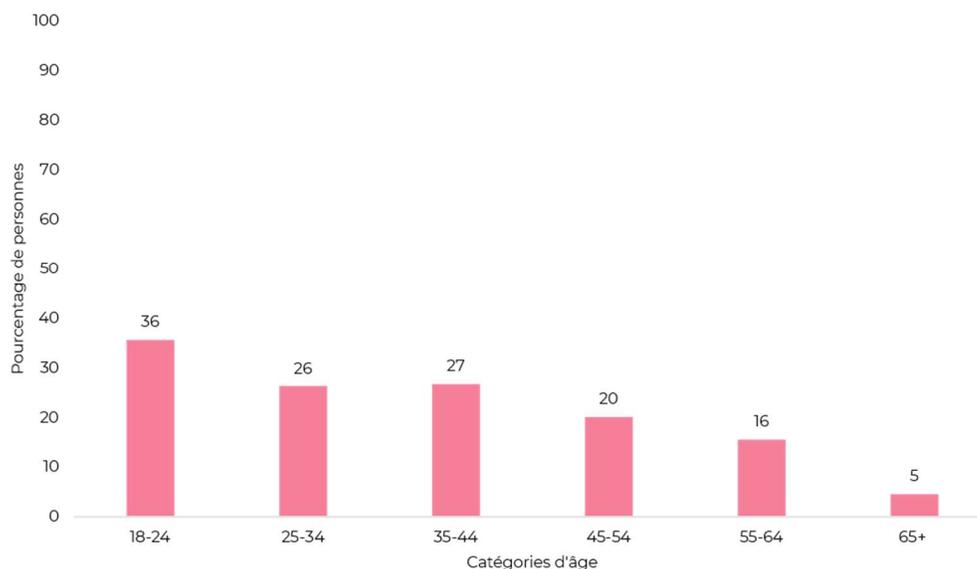
Les personnes de 65 ans et plus rapportent un niveau de bien-être au travail plus élevé (moy. = 3,07) comparativement aux autres catégories d'âge (moy. variant de 2,50 à 2,65). La catégorie d'âge de 65 ans et plus regroupe une plus grande proportion de personnes épanouies (43,4 % vs de 18,9 % à 29,6 % pour les autres catégories d'âge) et une moins grande proportion de personnes rencontrant un seuil clinique d'épuisement professionnel (4,6 %) que toutes les autres tranches d'âge (de 15,6 % à 35,6 % dans les autres catégories d'âge). Dans la catégorie d'âge de 18 à 24 ans, comparativement aux personnes de 55 à

64 ans, on retrouve une moins grande proportion de personnes épanouies (18,9 % vs 29,6 %) et une plus grande proportion se situe au-delà d'un seuil clinique pour l'épuisement professionnel (35,6 % vs 15,6 %).



\*NOTE Basé sur les réponses de 2499 personnes

#### POURCENTAGE DE PERSONNES EN ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE\*



\*NOTE Basé sur les réponses de 2499 personnes

C'est également chez les personnes plus âgées qu'est rapporté le degré de stigmatisation le moins élevé envers les personnes vivant avec des difficultés de santé mentale au travail (moy. = 0,88). Cependant, chez les personnes qui rapportent elles-mêmes une difficulté de santé mentale, le degré de stigmatisation anticipée envers soi-même au travail est similaire dans toutes les catégories d'âge (moy. variant de 1,83 à 2,06).

Toutes les catégories d'âge rapportent un niveau similaire de connaissances en santé mentale. En matière d'autogestion, un plus grand nombre de stratégies générales (moy. = 4,37) sont utilisées fréquemment par les individus âgés de 65 ans et plus, en comparaison aux tranches d'âge de 18 à 54 ans (moy. variant de 3,35 à 3,58). Une tendance similaire est observable pour les stratégies d'autogestion au travail, alors que les individus de 65 ans et plus (moy. = 6,40) rapportent davantage de stratégies utilisées fréquemment comparativement à ceux de 18 à 54 ans (moy. variant de 4,63 à 4,72).

La proportion de personnes âgées de 25 à 34 ans et de 45 à 54 ans qui rapportent un climat de sécurité psychosociale au travail élevée est plus faible (44,6 % et 44,5 %, respectivement) que celle des 65 ans et plus (58,3 %). D'ailleurs, les individus âgés de 65 ans et plus perçoivent leur environnement de travail comme étant plus favorable en matière de risques psychosociaux du travail (moy. = 2,47) que toutes les autres catégories d'âge (moy. variant de 2,19 à 2,26).

## GENRE

Les femmes rapportent davantage de détresse psychologique (moy. = 7,34) que les hommes (moy. = 7,04), mais aussi plus de bien-être au travail (moy. = 2,64) que ceux-ci (moy. = 2,55). Une plus grande proportion de femmes que d'hommes a des scores d'épanouissement élevés (29,9 % vs 25,6 %) et présente un niveau élevé de connaissances en santé mentale (59,7 % vs 47,6 %). Les femmes rapportent utiliser fréquemment un plus grand nombre de stratégies d'autogestion de la santé mentale que les hommes, autant sur le plan de l'autogestion en général (moy. = 3,9 et 3,5, respectivement) qu'au travail (moy. = 5,2 et 4,7, respectivement).

Les hommes présentent un niveau plus élevé de stigmatisation envers les personnes présentant des difficultés de santé mentale (moy. = 1,20) que les femmes (moy. = 0,97). De plus, une plus grande proportion d'hommes que de femmes indique un climat de sécurité psychosociale élevée dans l'organisation (49,8 % vs 45,1 %, respectivement).

Aucune différence significative au plan statistique n'a été identifiée entre les hommes et les femmes travaillant en PME quant au niveau de stigmatisation anticipée envers soi-même en lien avec les difficultés de santé mentale, à la perception des risques psychosociaux du travail ou à la proportion d'individus rencontrant un seuil clinique d'épuisement professionnel.

## ETHNICITÉ

Ces résultats nécessitent d'être interprétés avec prudence étant donné le nombre plus faible de personnes racisées dans l'échantillon. De plus, considérant que les mesures utilisées ont généralement été développées dans un contexte socioculturel occidental, elles pourraient ne pas traduire entièrement les concepts étudiés pour les personnes originaires d'autres contextes socioculturels.

Les personnes racisées dans l'étude présentent un niveau moins élevé de bien-être au travail (moy. = 2,50) que les personnes blanches (moy. = 2,63), et rapportent utiliser fréquemment un moins grand nombre de stratégies d'autogestion en général et au travail (moy. = 3,47 et 4,57, respectivement) que les personnes blanches (moy. = 3,70 et 5,03, respectivement). Une proportion moins grande de personnes racisées (41,7 %) a un niveau élevé de connaissances en santé mentale comparativement à celle de personnes blanches (57,0 %). Les résultats suggèrent aussi que les personnes racisées rapportent un degré légèrement plus élevé (moy. = 1,32) de stigmatisation envers les personnes vivant avec des difficultés de santé mentale au travail, lorsque comparées aux personnes blanches (moy. = 1,01). Les personnes racisées percevraient la situation en matière de risques psychosociaux du travail comme étant légèrement plus négative (moy. = 2,15) en comparaison aux personnes blanches (moy. = 2,27). Cependant, les personnes racisées seraient plus nombreuses proportionnellement (52,5 %) à rapporter un climat de sécurité psychosociale élevée (proportion de 46,2 % chez les personnes blanches).

Aucune différence significative au plan statistique n'a émergé entre les personnes blanches et racisées concernant le degré de détresse psychologique, le pourcentage de personnes en épanouissement et en épuisement professionnel, ainsi que le degré de stigmatisation anticipée envers soi-même au travail en lien avec les difficultés de santé mentale vécues.

Ces résultats nécessitent d'être interprétés avec prudence étant donné le nombre plus faible de personnes non nées au Canada dans l'échantillon. De plus, considérant que les mesures utilisées ont généralement été développées dans un contexte socioculturel occidental, elles pourraient ne pas traduire entièrement les concepts étudiés pour les personnes originaires d'autres contextes socioculturels.

Les personnes nées à l'extérieur du Canada rapportent un niveau moins élevé de détresse psychologique (moy. = 6,77) que celles nées au Canada (moy. = 7,29) et sont aussi moins nombreuses (13,5 %) à vivre de l'épuisement professionnel au-delà d'un seuil clinique (24,3 % pour les personnes nées au Canada). Elles vivent aussi un niveau légèrement plus élevé de bien-être au travail (moy. = 2,67) que les personnes nées au Canada (moy. = 2,57). En revanche, les personnes non nées au Canada seraient moins nombreuses (42,9 %) à avoir des connaissances élevées en santé mentale que les personnes nées au Canada (54,8 %). Les premières rapportent aussi un niveau légèrement plus élevé (moy. = 1,29) de stigmatisation au travail envers les individus vivant des difficultés de santé mentale, en comparaison aux personnes nées au Canada (moy. = 1,06). Une plus grande proportion des personnes nées à l'extérieur du Canada (56,1 %) a indiqué un climat de sécurité psychosociale élevée au travail, en comparaison aux personnes nées au pays (45,8 %).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes quant à l'épanouissement, à la perception des risques psychosociaux du travail, au nombre de stratégies d'autogestion utilisées fréquemment en général ou au travail, ainsi qu'à la stigmatisation anticipée envers soi-même chez les personnes vivant avec des difficultés de santé mentale.

La population issue du Québec rapporte un niveau plus élevé de bien-être au travail (moy. = 2,75) en comparaison à celles des autres régions au Canada (moy. variant entre 2,50 et 2,53 selon la région), à l'exception des provinces de l'Atlantique (moy. = 2,74), pour lesquelles le niveau de bien-être au travail est similaire à celui du Québec. La proportion de personnes ayant des connaissances élevées en santé mentale est plus grande au Québec (59,6 %) qu'en Ontario (49,7 %) et qu'en Colombie-Britannique (47,9 %), alors que les autres régions ne montrent pas de différences significatives (51,6 % et 55,8 %, respectivement pour les Prairies et les provinces de l'Atlantique). Le nombre de stratégies d'autogestion fréquemment utilisées dans la vie en général est plus élevé chez les individus du Québec (moy. = 3,90) qu'en Colombie-

Britannique (moy. = 3,46), mais il n'y a pas de différence significative avec les personnes des autres régions (moy. variant entre 3,46 et 3,58). Le nombre de stratégies fréquemment utilisées au travail est plus élevé chez les individus du Québec (moy. = 5,44) que dans les autres régions (moy. variant entre 4,42 et 4,78), sauf dans les provinces de l'Atlantique (moy. = 4,88) où le nombre est similaire à celui du Québec.

Le degré de stigmatisation rapporté envers les gens vivant des difficultés de santé mentale est légèrement plus faible pour les personnes du Québec (moy. = 0,99) comparées à celles des personnes de l'Ontario (moy. = 1,19) et de la Colombie-Britannique (moy. = 1,14). Aucune différence significative ne ressort à ce niveau entre les individus québécois et ceux des Prairies (moy. = 1,09) et des provinces de l'Atlantique (moy. = 1,02). Enfin, la situation quant aux risques psychosociaux du travail est perçue comme plus positive au Québec (moy. = 2,42) en comparaison aux autres régions (moy. variant entre 2,13 et 2,20).

Il n'y a pas de différences significatives entre les régions en ce qui concerne la détresse psychologique, l'épanouissement, l'épuisement professionnel, le climat de sécurité psychosociale et la stigmatisation anticipée envers soi-même chez les personnes vivant des difficultés de santé mentale.

En ce qui concerne le mode de travail (télétravail la majorité du temps, mode hybride ou en présentiel la majorité du temps), des différences significatives ont été trouvées sur trois indicateurs. D'abord, le degré de détresse psychologique est plus faible (moy. = 6,94) chez les personnes travaillant en présentiel que chez celles travaillant en mode hybride (moy. = 7,45) ou en télétravail (moy. = 7,44). En revanche, les personnes travaillant en présentiel sont moins nombreuses (42,5 %) à rapporter un climat de sécurité psychosociale élevée dans l'organisation que celles travaillant en mode hybride (52,7 %) ou en télétravail (55,0 %). Finalement, les personnes travaillant en mode hybride présentent un niveau légèrement plus élevé de stigmatisation, au travail, envers les personnes ayant des difficultés de santé mentale (moy. = 1,23) que les personnes en présentiel (moy. = 1,07) ou en télétravail (moy. = 1,06).

Aucune différence significative n'a émergé sur le plan du mode de travail concernant les indicateurs suivants : épanouissement, épuisement professionnel, bien-être au travail, perception des risques psychosociaux du travail, connaissances en santé mentale, stratégies d'autogestion en général et au travail, et stigmatisation anticipée envers soi-même chez les personnes vivant avec des difficultés de santé mentale.

Les individus employés dans les petites entreprises rapportent légèrement moins de détresse psychologique (moy. = 7,12) que ceux des moyennes entreprises (moy. = 7,41). Le degré de bien-être au travail est également plus élevé dans les petites entreprises (moy. = 2,61) que dans les moyennes (moy. = 2,50). Les personnes travaillant dans les petites entreprises rapportent un plus grand nombre de stratégies générales d'autogestion utilisées fréquemment (moy. = 3,67) que celles des moyennes entreprises (moy. = 3,45). La perception des risques psychosociaux du travail est plus favorable dans les petites entreprises (moy. = 2,24) que dans les moyennes (moy. = 2,17).

Aucune différence significative n'a été relevée entre les petites et les moyennes entreprises quant aux taux d'épanouissement et d'épuisement professionnel, au degré de stigmatisation envers soi ou autrui concernant les difficultés de santé mentale, aux connaissances en santé mentale, au nombre de stratégies d'autogestion de la santé mentale fréquemment utilisées au travail, et au climat de sécurité psychosociale au travail.

Les six secteurs d'industrie suivants ont été retenus en raison de leur fréquence plus élevée dans l'échantillon : services professionnels, fabrication, commerce de détail, construction, santé et finance. Pour chacun de ces secteurs, une comparaison a été effectuée entre les personnes œuvrant dans une PME de ce secteur et celles n'y œuvrant pas (c.-à-d., œuvrant dans n'importe quel autre secteur d'industrie). Seules les différences significatives suivantes ont été observées.

D'abord, les individus du secteur de la fabrication sont proportionnellement moins nombreux (40,4 %) que ceux ne travaillant pas en fabrication (48,7 %) à rapporter un climat de sécurité psychosociale élevée.

En ce qui concerne le secteur du commerce de détail, les personnes rapportent un niveau de détresse psychologique (moy. = 7,56) plus élevé ainsi qu'un bien-être au travail moins grand (moy. = 2,44) que les personnes qui ne travaillent pas dans ce secteur (moy. = 7,14 et 2,60, respectivement pour la détresse psychologique et le bien-être au travail).

Dans le secteur de la construction, la proportion d'individus qui rapporte un niveau élevé de connaissances en santé mentale est moins grande (44,7 %) comparée à celle des individus qui œuvrent dans un autre secteur d'industrie (53,2 %).

Les personnes œuvrant dans le domaine de la santé rapportent un bien-être au travail plus élevé (moy. = 2,80) et des niveaux de stigmatisation envers soi-même (moy. = 1,81) et les autres (moy. = 0,91) plus faibles, en comparaison aux personnes n'œuvrant pas dans ce secteur (moy. = 2,57, 2,03 et 1,13, respectivement pour le bien-être au travail, la stigmatisation anticipée envers soi-même et la stigmatisation envers autrui). La proportion de personnes avec

un niveau élevé de connaissances en matière de santé mentale est aussi plus grande (66,4 %) dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs (51,1 %).

Finalement, les individus du domaine de la finance sont moins nombreux à rapporter des connaissances élevées en santé mentale (40,6 %) que ceux d'un autre domaine (53,3 %). Ils rapportent également moins de stratégies d'autogestion utilisées fréquemment dans leur vie en général (moy. = 3,25) et au travail (moy. = 4,16), en comparaison aux personnes œuvrant dans d'autres secteurs (moy. = 3,65 et 4,93, respectivement pour les stratégies d'autogestion en général et au travail). Enfin, les personnes du secteur de la finance rapportent un niveau légèrement plus élevé (moy. = 1,27) de stigmatisation envers les gens ayant des difficultés de santé mentale en comparaison aux autres secteurs d'industrie (moy. = 1,10).

## ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ

Une analyse des principaux facteurs associés au risque de rapporter des difficultés de santé mentale (anxiété ou dépression) au-delà d'un seuil clinique a été menée. L'inclusion de l'ensemble des facteurs dans une même analyse permet d'évaluer la contribution unique de ceux-ci au niveau d'anxiété et de dépression. Les tableaux en annexe détaillent les facteurs qui ont été considérés.

Les encadrés suivants montrent les associations significatives entre les facteurs et les symptômes cliniques d'anxiété et de dépression.

### RISQUES DE SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ AU-DELÀ DU SEUIL CLINIQUE

#### Variables sociodémographiques

- 18-24 ans : entre 1,7 et 4,3 fois plus à risque que les groupes d'âge plus âgés
- Femmes : 1,5 fois plus à risque que les hommes
- Personnes non nées au Canada : 1,6 fois moins à risque que les personnes nées au Canada

#### Variables factuelles liées au travail

- Télétravail la majorité du temps : 1,6 fois plus à risque que les personnes en présentiel la majorité du temps
- Emploi nécessitant une formation universitaire : 1,6 fois moins à risque que les personnes dans un emploi nécessitant plutôt une formation en cours d'emploi (et non un diplôme spécifique)

#### Facteurs individuels associés à la santé mentale

- Nombre de stratégies d'autogestion (dans la vie en général) : 1,1 fois moins de risque associé à chaque stratégie utilisée fréquemment
- Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) : 1,1 fois moins de risque associé à chaque stratégie utilisée fréquemment

#### Conditions de l'environnement de travail associées à la santé mentale

- Climat élevé de sécurité psychosociale dans l'organisation : 1,3 fois moins à risque que dans un climat faible de sécurité psychosociale
- Charge de travail adéquate : 1,7 fois moins à risque que dans un contexte de charge de travail élevée
- Ne pas avoir été victime de harcèlement psychologique au travail : 2,0 fois moins à risque que les victimes de harcèlement psychologique
- Soutien en santé mentale élevé des superviseurs et superviseuses : 1,4 fois plus à risque que pour les personnes recevant un soutien faible
- Technostress élevé : 1,4 fois plus de risque qu'une situation de technostress faible
- Situation favorable quant à l'équilibre travail-vie personnelle/familiale : 1,4 fois moins à risque qu'en contexte de situation perçue comme défavorable pour l'équilibre

#### Programmes d'aide et autres initiatives

- La personne connaît au moins un programme ou initiative (autre que PAE) pour la santé mentale et le mieux-être offert dans l'organisation : 1,3 fois plus à risque qu'une personne qui ne rapporte aucun programme ou initiative connu

**Variables sociodémographiques**

- 18-24 ans : entre 1,6 et 2,3 fois plus à risque que les groupes d'âge plus âgés
- Femmes : 1,5 fois plus à risque que les hommes
- Célibataires : 1,4 fois plus à risque que les personnes en couple

**Facteurs individuels associés à la santé mentale**

- Connaissances élevées en santé mentale : 1,5 fois moins à risque que les personnes ayant des connaissances faibles
- Nombre de stratégies d'autogestion (dans la vie en général) : 1,1 fois moins de risque associé à chaque stratégie utilisée fréquemment
- Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) : 1,1 fois moins de risque associé à chaque stratégie utilisée fréquemment

**Conditions de l'environnement de travail associées à la santé mentale**

- Climat élevé de sécurité psychosociale dans l'organisation : 1,4 fois moins à risque que dans un climat faible de sécurité psychosociale
- Charge de travail adéquate : 1,3 fois moins à risque que dans un contexte de charge de travail élevée
- Ne pas avoir été victime de harcèlement psychologique au travail : 2,0 fois moins à risque que les victimes de harcèlement psychologique
- Technostress élevé : 1,4 fois plus de risque qu'en situation de technostress faible

**Programmes d'aide et autres initiatives**

- La personne ne sait pas si un programme d'aide est à sa disposition : 1,4 fois moins de risque qu'une personne au courant qu'un programme d'aide est à sa disposition
- La personne connaît au moins un programme ou initiative (autre que PAE) pour la santé mentale et le mieux-être offert dans l'organisation : 1,4 fois plus à risque qu'une personne qui ne rapporte aucun programme ou initiative connu

**Sur le plan des variables sociodémographiques**, être plus jeune, avoir moins de connaissances en santé mentale et mettre en place moins de stratégies d'autogestion sont des facteurs individuels associés à un risque plus élevé de vivre des symptômes cliniques d'anxiété et de dépression. Il est à noter que le fait d'être une personne née à l'extérieur du Canada est associé à un risque moins élevé de vivre ces symptômes. Ce résultat est cohérent avec des travaux antérieurs (voir Davidson et coll., 2020) suggérant un paradoxe lié à l'immigration selon lequel les populations immigrantes seraient proportionnellement moins nombreuses à vivre certaines difficultés de santé mentale, notamment en raison d'un effet de sélection, et ce, malgré les défis liés à l'immigration. Cet effet protecteur s'atténuerait possiblement au fil du temps à la suite de la migration (Elshahat, Moffat & Newbold, 2021).

**Sur le plan des variables associées au travail**, les personnes occupant des emplois nécessitant une formation universitaire sont moins à risque d'anxiété clinique que celles occupant des emplois pour lesquels un diplôme spécifique n'est pas requis (formation plutôt offerte en cours d'emploi). Il est plausible de croire que les emplois qui ne requièrent pas de formation spécifique sont moins susceptibles d'être de bonne qualité, contribuant à des inégalités en matière de santé mentale. Être en télétravail la majorité du temps est également un facteur associé à davantage de risque de dépression clinique, en comparaison aux situations de travail en présentiel ou en mode hybride. Cependant, les résultats suggèrent que les personnes en mode hybride ne diffèrent pas de celles qui travaillent en présentiel la majorité du temps concernant les risques d'anxiété ou de dépression clinique.

**Sur le plan des conditions de l'environnement de travail**, un climat de sécurité psychosociale élevée et une charge de travail adéquate semblent être associés à un risque moins élevé de symptômes cliniques d'anxiété et de dépression. En contraste, avoir été victime de harcèlement psychologique au travail est associé à deux fois plus de risques de présenter un degré clinique d'anxiété et de dépression, ce qui en fait un des facteurs de risque principaux relevés dans cette étude. Un niveau élevé de technostress semble aussi poser un risque tant pour la dépression que l'anxiété.

Les personnes rapportant recevoir un soutien élevé reçu des gestionnaires en matière de santé mentale sont plus susceptibles d'aussi rapporter des difficultés d'anxiété clinique. Ce résultat peut paraître surprenant puisque les pratiques de soutien en santé mentale visent directement à améliorer et soutenir le bien-être des employées et employés; elles devraient donc être associées à moins d'anxiété clinique. Cependant, la relation positive obtenue ici entre les pratiques de soutien des superviseuses et superviseurs et l'anxiété clinique pourrait aussi être comprise sous un autre angle : il est possible que les personnes vivant davantage d'anxiété demandent et reçoivent davantage de soutien de leurs gestionnaires quant à leur santé mentale, ce qui explique pourquoi un niveau élevé d'anxiété coexisterait avec la présence d'un soutien élevé.

**En ce qui concerne les programmes d'aide**, il ressort d'abord concernant la dépression, que les personnes ne sachant pas si leur organisation met à leur disposition un programme d'aide sont moins susceptibles de rapporter vivre avec des symptômes dépressifs au-delà du seuil clinique. L'interprétation la plus plausible de ce résultat est qu'inversement, les personnes qui savent si leur organisation offre ou non l'accès à un PAE sont celles qui vivent avec des difficultés de santé mentale (lesquelles expliqueraient, à la base, le recours au PAE). Le même raisonnement peut être appliqué aux autres programmes. Ainsi, connaître au moins un programme ou une initiative (autre que le PAE) est associé à rapporter des symptômes cliniques d'anxiété ou de dépression dans l'étude.

Les points présentés dans ces deux derniers paragraphes invitent à la vigilance : étant donné la nature du devis de recherche observationnel et transversal (c.-à-d., un devis avec un seul temps de mesure) de la présente étude, davantage d'études sont nécessaires pour mieux comprendre comment les relations observées ici se manifestent dans le temps.

## **ASSOCIATIONS DE L'ANXIÉTÉ, DE LA DÉPRESSION ET DU BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL AVEC DES INDICATEURS DE PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE**

Des analyses de régression ont été menées afin d'identifier les associations entre un niveau clinique d'anxiété et de dépression, et un degré élevé de bien-être au travail avec des indicateurs autorapportés de performance organisationnelle : 1) performance dans les quatre dernières semaines de 0 (pire performance) à 10 (meilleure performance); 2) absentéisme tel qu'indiqué par le fait d'avoir travaillé moins de 90 % du nombre d'heures de travail typiquement attendu par l'organisation dans les sept derniers jours; 3) présentéisme tel que mesuré par une échelle (score de 0 à 4) de sept énoncés représentant une performance amoindrie et des symptômes incapacitants au travail.

Dans les analyses, les facteurs individuels les plus pertinents (âge, genre, statut matrimonial, statut parental et statut d'immigration) ont été contrôlés. Les résultats indiquent qu'avoir des **symptômes cliniques d'anxiété** (vs avoir des symptômes sous cliniques) est significativement associé : à 1,9 fois plus de risques d'avoir fait preuve d'absentéisme ( $B = 0,62$ ;  $p < 0,001$ ); à un score de performance moins élevé de 1,02 unité (c.-à-d., 1,02 point de moins sur une échelle de

0 à 10) ( $p < 0,001$ ); et à un score de présentisme plus élevé de 0,75 point (sur une échelle de 0 à 4) ( $p < 0,001$ ).

Les résultats montrent qu'avoir des **symptômes cliniques de dépression** est significativement associé : à 2,0 fois plus de risques d'avoir fait preuve d'absentéisme ( $B = 0,71$ ;  $p < 0,001$ ); à un score de performance moins élevée de 1,19 unité (c.-à-d., 1,19 point de moins sur une échelle de 0 à 10) ( $p < 0,001$ ); et à un score de présentisme plus élevé de 0,76 point (sur une échelle de 0 à 4) ( $p < 0,001$ ).

Les résultats montrent que le **bien-être au travail** n'était pas significativement associé à l'absentéisme ( $B = -0,04$ ;  $p = 0,96$ ). Cependant, chaque unité de plus sur l'échelle de bien-être au travail (score entre 0 et 4) est significativement associée à un score de performance plus élevé de 0,79 unité (c.-à-d., 0,79 point de plus sur une échelle de 0 à 10) ( $p < 0,001$ ) et à un score de présentisme plus faible de 0,25 point (sur une échelle de 0 à 4) ( $p < 0,001$ ).

## RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude suggèrent que de nombreuses personnes, particulièrement les plus jeunes, rapportent vivre des difficultés de santé mentale et à présenter des seuils cliniques d'anxiété et de dépression. Devant ce constat, afin d'aiguiller les efforts d'intervention en santé mentale dans les PME, nous faisons les recommandations suivantes. Ces recommandations concernent l'ensemble du continuum d'intervention, de la prévention des difficultés psychologiques à la promotion du bien-être, en passant par le soutien aux personnes vivant des difficultés. L'ordre de présentation n'implique pas nécessairement un ordre de priorité.

1. Favoriser une considération globale de la santé mentale qui souligne l'importance de prévenir les difficultés de santé mentale et de promouvoir le bien-être au travail. Cela implique d'inclure des indicateurs de nombreuses dimensions positives et négatives de la santé mentale dans les questionnaires, enquêtes et autres consultations menées auprès des employés et employées en matière de santé au travail. Une conceptualisation globale de la santé mentale permettrait aussi d'unifier et de mieux coordonner les efforts de prévention, promotion et soutien (LaMontagne et coll., 2014; LaMontagne et coll., 2019).
2. Renforcer le climat de sécurité psychosociale dans l'organisation par le biais d'engagements clairs de la direction envers la santé mentale des travailleuses et travailleurs. Ces engagements doivent être communiqués aux personnes employées par la haute direction et se traduire par l'allocation de ressources concrètes à des initiatives en santé mentale et mieux-être au travail dans lesquelles les employées et employés peuvent participer activement (incluant dans le développement des programmes).
3. Continuer les efforts en prévention afin de réduire au maximum les risques psychosociaux du travail à la source, notamment en favorisant la reconnaissance

- (monétaire ou symbolique) des personnes employées, en faisant des ajustements à la charge de travail (parfois trop élevée au plan quantitatif, mais aussi au plan émotionnel), en adoptant et en appliquant une politique anti-harcèlement et en favorisant la conciliation travail-vie personnelle/familiale par des mesures concrètes dont l'utilisation serait encouragée.
4. Renforcer les formations auprès des superviseuses et superviseurs pour qu'elles et ils mettent en place des pratiques concrètes, mais simples, de soutien émotionnel au quotidien dans leurs interactions avec les personnes supervisées, qu'elles vivent ou non avec des difficultés de santé mentale (par ex., en s'informant de façon appropriée, non invasive, sur l'état de la personne).
  5. Adapter concrètement les formes offertes de soutien afin que les personnes en télétravail puissent voir leurs besoins de soutien comblés. Une variété de modalités de soutien peut être envisagée pour aider à répondre à ces besoins, notamment l'utilisation de plateformes électroniques d'échanges permettant le maintien de contacts sociaux, la mise en place de rencontres périodiques de supervision en ligne (Jauvin et coll., 2020) et des moments de « pauses-café » virtuelles.
  6. Continuer les efforts de réduction de la stigmatisation en santé mentale afin que le niveau de stigmatisation au travail à l'égard des personnes vivant des difficultés de santé mentale soit réduit au maximum, et que ces personnes perçoivent clairement que dévoiler ces difficultés (afin de recevoir le soutien nécessaire) n'aura pas de conséquences négatives. Cela peut passer notamment par des programmes de sensibilisation auprès des employées, employés et gestionnaires (Dobson, Szeto & Knaak, 2019).
  7. Augmenter la publicisation des programmes et initiatives en santé mentale et mieux-être au travail et simplifier les façons d'y accéder. Cela permettrait d'augmenter le niveau de connaissances quant aux programmes/initiatives existants, de favoriser leur plus grande utilisation et de réduire les barrières à leur accès (par ex., réduction de la honte anticipée à l'utilisation du PAE).
  8. Mieux considérer les besoins de différents sous-groupes de personnes employées lors de la création et de la mise en place des programmes et initiatives en santé mentale au travail. Notamment, les femmes vivent un niveau plus élevé de détresse psychologique, possiblement en lien avec la division genrée des responsabilités familiales (Jauvin et coll., 2020). Les jeunes semblent aussi être particulièrement à risque de difficultés de santé mentale et les organisations doivent travailler à mieux comprendre comment les soutenir et bien suivre l'évolution des difficultés qu'ils rencontrent, particulièrement dans le contexte de sortie de crise pandémique. Les personnes racisées semblent vivre des difficultés additionnelles, lesquelles pourraient tirer leur source dans la discrimination raciale en milieu de travail (Roberts, Swanson & Murphy, 2004). Cette discrimination doit être réduite par des politiques publiques et organisationnelles, ainsi que par des gestionnaires attentifs aux principes de diversité, équité et inclusion. Les personnes nées à l'extérieur du

- Canada semble rapporter moins de difficultés de santé mentale selon la présente étude, mais il est tout de même essentiel de continuer à développer des programmes et initiatives culturellement appropriés pour ces personnes afin d'éviter une dégradation de la santé mentale au fil du temps et des générations.
9. Développer des programmes et initiatives de prévention et de promotion en santé mentale qui sont mieux adaptés aux contextes organisationnels et aux référents socioculturels des personnes qui œuvrent dans certains secteurs d'industrie. Notamment, des efforts doivent être faits pour mieux rejoindre les personnes travaillant dans les PME des domaines de la finance et de la construction afin d'améliorer leurs connaissances en santé mentale et de mieux promouvoir l'usage de stratégies d'autogestion adaptées à leurs contextes et préférences.
  10. Améliorer l'offre d'initiatives et de programmes dans les petites entreprises pour favoriser l'accès à des services en santé mentale et mieux-être. L'établissement de partenariats avec des organismes communautaires en santé mentale pourrait être une option à explorer à cet effet.
  11. Offrir davantage de psychoéducation pour sensibiliser les personnes employées à la diversité des stratégies d'autogestion de la santé mentale qui peuvent s'avérer utiles (en général et au travail), en fonction de leurs préférences et besoins. L'autogestion ne signifie pas prendre soin de sa santé mentale seule ou seul. Les organisations ont aussi un rôle à jouer en mettant en place des conditions favorisant l'autogestion (par ex., droit à la déconnexion en dehors des heures normales de travail; droit de prendre des pauses afin de pratiquer l'autogestion).

## LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien qu'une pondération ait été appliquée pour rendre les résultats le plus représentatifs possible, l'étude n'utilise pas un échantillonnage aléatoire, rendant difficile d'affirmer que les résultats représentent entièrement la réalité des travailleuses et travailleurs de PME au Canada. La taille d'échantillon de personnes de certains groupes (c.-à-d., personnes racisées et non nées au Canada) étant moins grande, l'interprétation des résultats concernant ces groupes doit être faite de façon prudente. Le nombre limité de personnes s'identifiant à une identité de genre autre qu'homme ou femme a rendu impossible d'explorer leurs expériences de façon distincte. De plus, aucune personne vivant dans un des territoires du Canada n'a été recrutée. Finalement, l'ensemble des indicateurs utilisés reposent sur des données autorapportées, lesquelles pourraient ne pas correspondre à des résultats d'évaluation clinique que des professionnelles ou professionnels de la santé effectueraient. De futures études sont nécessaires pour pallier ces limites. Des recherches longitudinales sont aussi importantes pour mieux établir la séquence temporelle des effets et soutenir la causalité des associations identifiées dans la présente étude.

# CONCLUSION

Les résultats de cette première étude approfondie sur la santé mentale et les facteurs associés à celle-ci dans les PME au Canada dressent un portrait nuancé de la situation des personnes employées. La pandémie de la COVID-19 semble avoir eu un effet négatif important sur la santé mentale de plusieurs personnes travaillant en PME. Les résultats indiquent des difficultés majeures et des facteurs de risque nombreux chez plusieurs employées et employés : un pourcentage marqué d'individus, et particulièrement de jeunes, vivant de l'anxiété ou la dépression; des symptômes fréquents de fatigue physique associée à l'épuisement professionnel; un sentiment de languissement pour plusieurs; des demandes temporelles accrues au travail en raison des technologies; des risques psychosociaux liés au travail (charge de travail élevée, faible reconnaissance, etc.) présents dans plusieurs entreprises; de nombreux gestionnaires qui s'intéressent peu à la santé mentale des personnes supervisées; une proportion significative de personnes subissant du harcèlement psychologique; un niveau plutôt élevé de stigmatisation anticipée de la santé mentale au travail; des programmes et initiatives en santé mentale qui semblent peu connus dans les organisations; et une majorité de PME ne priorisant pas la santé psychologique. Néanmoins, plusieurs forces individuelles et organisationnelles ressortent comme des facteurs de résilience pour une grande proportion de travailleuses et travailleurs, telles qu'un bien-être élevé au travail, un niveau élevé de connaissances en santé mentale, des stratégies d'autogestion utilisées fréquemment au travail, un faible niveau de technostress dans son ensemble, ainsi qu'un équilibre travail-vie personnelle/familiale plutôt positif, quoi que l'équilibre pourrait être davantage encouragé par les PME.

Les PME emploient la plus grande proportion des Canadiennes et Canadiens en emploi. Les programmes et initiatives en santé mentale dans les PME offrent une opportunité de rejoindre une grande partie de la population directement dans un environnement fréquenté (en présentiel ou virtuel) au quotidien. Pour contribuer à réduire les difficultés et risques décrits ci-dessus et à mobiliser les facteurs de résilience identifiés, une culture de responsabilité partagée gagnerait à être renforcée dans les PME. En priorisant la santé mentale, au bénéfice des individus et des organisations, les PME pourraient soutenir l'autogestion chez les employées et employés, leur permettant ainsi de s'autonomiser dans l'optimisation de leur bien-être.

# RÉFÉRENCES

- Auger, E., Boutin, É., Tammar, Y., & Coulombe, S. (2021, 18 mars). *Santé mentale des travailleurs.se.s francophones : Résultats d'une enquête menée en octobre/novembre 2020* [Diapositives]. Présentation à l'organisme Relief, Canada.
- Ayyagari, R., Grover, V., Purvis, R. (2011). Technostress: Technological antecedents and implications. *MIS Quarterly*, 35(4), 831–858.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. In P. Y. Chen & C. L. Cooper (Eds.), *Work and wellbeing* (pp. 37–64). Wiley Blackwell.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273–285.
- Barlow, J. H., Ellard, D. R., Hainsworth, J. M., Jones, F. R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(4), 272–285.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187.
- Barros, C., Fonte, C., Alves, S., & Gomes, I. (2017). Mental health and well-being among psychologists: Protective role of social support at work. In P. M. Arezes et coll. (Eds.), *Occupational Safety and Hygiene V* (pp. 479-484). CRC Press.
- Biron, C., St-Hilaire, F., Baril-Gingras, G., Paradis, M.-E., Chabot, S., Lefebvre, R., ... & Brisson, C. (2016). *Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), Québec, Canada.
- Bone, K. D. (2015). The Bioecological Model: Applications in holistic workplace well-being management. *International Journal of Workplace Health Management*, 8(4), 256–271.
- Bouchard, L., & Meunier, S. (2022). Promoting remote workers' psychological health: Effective management practices during the COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 1–12.
- Boulet, M. & Boudarbat, B. (2015). Qualité de l'emploi et santé mentale des travailleurs au Québec : une comparaison entre les immigrants et les natifs. *Canadian Public Policy / Analyse de Politiques*, 41(suppl. 2), S53-S60.

- Britt, T. W. (2000). The stigma of psychological problems in a work environment: Evidence from the screening of service members returning from Bosnia. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(8), 1599-1618.
- Caesens, G., Gillet, N., Morin, A. J. S., Houle, S. A., & Stinglhamber, F. (2020). A person-centred perspective on social support in the workplace. *Applied Psychology: An International Review, 69*(3), 686–714.
- Carayon, P. (1993). A longitudinal test of Karasek's Job Strain Model among office workers. *Work & Stress, 7*(4), 299–314.
- Chai, C. (2017, 5 mai). *500,000 Canadians miss work each week due to mental health concerns*. Global News. <https://globalnews.ca/news/3424053/500000-canadians-miss-work-each-week-due-to-mental-health-concerns/>
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry, 9*(3), 145–154.
- Cook, J. A., Copeland, M. E., Jonikas, J. A., Hamilton, M. M., Razzano, L. A., Grey, D. D., Floyd, C. B., Hudson, W. B., Macfarlane, R. T., Carter, T. M., & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 881–891.
- Corrigan, P. W., Angell, B., Davidson, L., Marcus, S. C., Salzer, M. S., Kottsieper, P., Larson, J. E., Mahoney, C. A., O'Connell, M. J., & Stanhope, V. (2012). From adherence to self-determination: evolution of a treatment paradigm for people with serious mental illnesses. *Psychiatric Services, 63*(2), 169–173.
- Coulombe, S., Auger, E., Boutin, É., Tammar, Y., Pacheco, T., Meunier, S., Doucerain, M., & Luc, S. (sous presse, 2022). Insécurité d'emploi perçue et bien-être de membres de divers groupes marginalisés en contexte de COVID-19 : Exploration à partir de données d'enquête auprès de francophones au Canada. In A. Lechaume, C. Fleury & C. Prévost (Eds.), *Les diversité en emploi : perspectives et enjeux au Québec et au Canada*. Presses de l'Université Laval.
- Coulombe, S., Pacheco, T., Cox, E., Khalil, C., Doucerain, M. M., Auger, E., & Meunier, S. (2020). Risk and resilience factors during the COVID-19 pandemic: a snapshot of the experiences of Canadian workers early on in the crisis. *Frontiers in Psychology, 11*, 3225.
- Coulombe, S., Radziszewski, S., Meunier, S., Provencher, H., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D., & Houle, J. (2016). Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: A person-centered exploration of people's engagement in self-management. *Frontiers in Psychology, 7*, 584.

- Coulombe, S., Radziszewski, S., Trépanier, S.-G., Provencher, H., Roberge, P., Hudon, C., Meunier, S., Provencher, M. D., & Houle, J. (2015). Mental health self-management questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of Affective Disorders, 181*, 41–49.
- Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies, 13*(4), 659-684.
- Davidson, K.M., Lin, S.L., Tong, H., Kobayashi, K.M., Mora-Almaza & Fuller-Thomson, E. (2020). Nutritional factors, physical health and immigrant status are associated with anxiety disorders among middle-aged and older adults: Findings from baseline data of the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1493.
- De Angelis, M., Giusino, D., Nielsen, K., Aboagye, E., Christensen, M., Innstrand, S. T., Mazzetti, G., van den Heuvel, M., Sijbom, R. B., & Pelzer, V. (2020). H-WORK project: Multilevel interventions to promote mental health in SMEs and public workplaces. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 8035.
- Demerouti, E., & Bakker, A.B. (2011). The Job Demands-Resources model: challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology, 37*(2), 1-9.
- Demerouti, E., Van den Heuvel, M., Xanthopoulou, D., Dubbelt, L., & Gordon, H.J. (2017). Job resources as contributors to wellbeing. In C. L. Cooper & M. P. Leiter (Eds.), *The Routledge companion to wellbeing at work* (pp. 269-283). Routledge.
- Desrumaux, P., Gillet, N. (2016). Promouvoir la santé psychologique au travail par la bientraitance en satisfaisant les besoins psychologiques. Dans N. Gillet (Ed.), *Psychologie de la bientraitance professionnelle* (p. 197-209). Dunod.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research, 97*(2), 143-156.
- Dimoff, J. K., & Kelloway, E. K. (2013). Bridging the gap: Workplace mental health research in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 54*(4), 203–212.
- Dobson, K. S., Szeto, A., & Knaak, S. (2019). The working mind: A meta-analysis of a workplace mental health and stigma reduction program. *Canadian Journal of Psychiatry, 64*(1\_suppl), 39S-47S.
- Dollard, M. F. (2019). The PSC-4; A Short PSC Tool. In M. F. Dollard, C. Dormann & M. A. Idris, (Eds.), *Psychosocial safety climate: A new work stress theory* (pp. 385-409). Springer, Cham.

- Dollard, M. F., & Bakker, A. B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 579-599.
- Dragano, N., & Lunau, T. (2020). Technostress at work and mental health: concepts and research results. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 407-413.
- El Akremi, A., Sassi, N. & Bouzidi, S. (2009). Rôle de la reconnaissance dans la construction de l'identité au travail. *Relations industrielles /Industrial Relations*, 64(4), 662-684.
- Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, B. (2021). Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: A systematic critical review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-16.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Farrish, J., & Edwards, C. (2020). Technostress in the hospitality workplace: Is it an illness requiring accommodation? *Journal of Hospitality and Tourism Technology*, 11(1), 83-92.
- Fox, A. B., Smith, B. N., & Vogt, D. (2016). The relationship between anticipated stigma and work functioning for individuals with depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(10), 883-897.
- Hall, N. (2007). We care don't we? Social workers, the profession and HIV/AIDS. *Social Work in Health Care*, 44(1-2), 55-72.
- Houle, J., Gascon-Depatie, M., Bélanger-Dumontier, G., & Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 271-279.
- Howatt, B., Bradley, L., Adams, J., Mahajan, S., & Kennedy, S. (2017). *Understanding mental health, mental illness, and their impacts in the workplace*. Commission de la santé mentale du Canada & Morneau Shepell, Ottawa, Ontario, Canada.
- Idris, M. A., & Dollard, M. F. (2014). Psychosocial safety climate, emotional demands, burnout, and depression: a longitudinal multilevel study in the Malaysian private sector. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(3), 291-302.
- Idris, M. A., Dollard, M. F., & Yulita (2014). Psychosocial safety climate, emotional demands, burnout, and depression: a longitudinal multilevel study in the Malaysian private sector. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(3), 291-302.

- Idris, M.A., Dollard, M.F., Coward, J., & Dormann, C. (2012) Psychosocial safety climate: Conceptual distinctiveness and effect on job demands and worker psychological health. *Safety Science*, 50(1), 19-28.
- Jauvin, N., Stock, S., Laforest, J., Roberge, M.-C., & Melançon, A. (2020). *Le télétravail en contexte de pandémie*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.
- Jolly, P. M., Kong, D. T., Kim, K. Y. (2021). Social support at work: An integrative review. *Journal of Organizational Behavior*, 42(2), 229– 251.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355.
- Kelloway, E. K. (2017). Mental health in the workplace: Towards evidence-based practice. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 58(1), 1-6.
- Kelloway, E. K., & Day, A. L. (2005). Building healthy workplaces: What we know so far. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(4), 223-235.
- Kessler, R. C., Barber, C., Beck, A., Berglund, P., Cleary, P. D., McKenas, D., ... & Wang, P. (2003). The World Health Organization health and work performance questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 156-174.
- Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and protecting positive mental health: Early and often throughout the lifespan. Dans C. L. M. Keyes (Ed.), *Mental well-being: International contributions to the study of positive mental health* (pp. 3-28). Springer Science + Business Media.
- Keyes, C. L. M., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164–2172.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621.
- Kuntz, J. R. C., Malinen, S., & Näswall, K. (2017). Employee resilience: Directions for resilience development. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69(3), 223–242.
- Lam, R. W., Michalak, E. E., & Yatham, L. N. (2009). A new clinical rating scale for work absence and productivity: validation in patients with major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 9(1), 1-7.

- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., Keegel, T., Allisey, A., Papas, A., Witt, K., & Smith, P. M. (2019). Developing an integrated approach to workplace mental health. In H. L. Hudson, J. A. S. Nigam, S. L. Sauter, L. C. Chosewood, A. L. Schill, & J. Howard (Eds.), *Total worker health* (pp. 211–227). American Psychological Association.
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., Keegel, T., & Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 1–11.
- Lawrie, E. J., Tuckey, M. R., & Dollard, M. F. (2018). Job design for mindful work: The boosting effect of psychosocial safety climate. *Journal of Occupational Health Psychology*, *23*(4), 483–495.
- Lefranc, S. (2021, 26 octobre). La santé mentale : un enjeu de taille pour les entreprises. *Le Droit*. <https://www.ledroit.com/2021/10/27/la-sante-mentale-un-enjeu-de-taille-pour-les-entreprises-10cbbd81db99299c853be30728f4ebd6>
- Loh, M. Y., Zadow, A., & Dollard, M. (2017). Psychosocial safety climate and occupational health : What we know so far. In T. Theorell (Ed.), *Handbook of socioeconomic determinants of occupational health* (pp. 1–27). Springer.
- Lomas, T., Hefferon, K., & Ivtzan, I. (2015). The LIFE model: A meta-theoretical conceptual map for applied positive psychology. *Journal of Happiness Studies*, *16*(5), 1347–1364.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Jr, Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care*, *37*(1), 5–14.
- Masten A. S. (2019). Resilience from a developmental systems perspective. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *18*(1), 101–102.
- McKee, M., Reeves, A., Clair, A. & Stuckler, D. (2017). Living on the edge: precariousness and why it matters for health. *Archives of Public Health*, *75*(Article 13).
- McRee, J. (2017). How perceptions of mental illness impact EAP utilization. *Benefits Quarterly*, *33*(1), 37–42.
- Mental Health America (2021). *2021 Mind the workplace Report*. Mental Health America. <https://mhanational.org/research-reports/2021-mind-workplace-report>
- Meunier, S., Roberge, C., Coulombe, S., & Houle, J. (2019). Feeling better at work! Mental health self-management strategies for workers with depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *254*, 7–14.

- Milot, M. (2019). EAP treatment stigma as a barrier to employee help-seeking: predictors and validation of a brief scale for its measurement. *EASNA Research Notes*, 8(2), <https://archive.hshsl.umaryland.edu/bitstream/handle/10713/11454/EASNA-Research-Notes-Vol.-8-No.-2-Final.pdf?sequence=1>
- Nicolas, C., Chawky, N., Jourdan-Ionescu, C., Drouin, M. S., Page, C., Houlfort, N., ... & Séguin, M. (2018). Professional stressors and common mental health disorders: causal links? *L'encéphale*, 44(3), 200-207.
- Niedhammer, I., Ganem, V., Gendrey, L., David, S. & Degioanni, S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé publique*, 18, 413-427.
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2018). IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work & Stress*, 32(4), 400-417.
- Nielsen, K., Yarker, J., Munir, F., & Bültmann, U. (2020). IGLOO : A Framework for return to work among workers with mental health problems. In U. Bültmann & J. Siegrist (Eds.), *Handbook of Disability, Work and Health* (p. 400-417). Springer International Publishing.
- Nimrod, G. (2018). Technostress: measuring a new threat to well-being in later life. *Aging & Mental Health*, 22(8), 1086-1093.
- Omisakin, F. D., & Ncama, B. P. (2011). Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education. *Educational Research*, 2(12), 1733–1737.
- Pacheco, T., Coulombe, S., Khalil, C., Meunier, S., Doucerain, M., Auger, E., & Cox, E. (2020). Job security and the promotion of workers' wellbeing in the midst of the COVID-19 pandemic: A study with Canadian workers one to two weeks after the initiation of social distancing measures. *International Journal of Wellbeing*, 10(3).
- Page, K. M., Milner, A. J., Martin, A., Turrell, G., Giles-Corti, B., & LaMontagne, A. D. (2014). Workplace stress: what is the role of positive mental health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(8), 814–819.
- Pelletier, M., Carazo, S., Jauvin, N., Talbot, D., De Serres, G., & Vézina, M. (2021). *Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la Covid-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, Canada.

- Plamondon, M. (2014). *Exposition aux risques psychosociaux et détresse psychologique des travailleurs québécois selon la taille d'entreprise* [Mémoire de maîtrise]. Université Laval, Québec, Canada.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health, 10*(1), 57–69.
- Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations, 17*(3), 303–310.
- Riley, P., See, S.-M., Marsh, H., & Dicke, T. (2021). The Australian principal occupational health, safety and wellbeing survey 2020 data. Australian Catholic University, Sidney, Australia.
- Roberge, C., Meunier, S., & Cleary, J. (manuscrit soumis pour publication). *In action at work! Mental health self-management strategies for employees experiencing depressive or anxiety symptoms.*
- Roberts, R. K., Swanson, N. G., & Murphy, L. R. (2004). Discrimination and occupational mental health. *Journal of Mental Health, 13*(2), 129-142.
- Rook, C., Smith, L., Johnstone, J., Rossato, C., López Sánchez, G. F., Suárez, A. D., & Roberts, J. (2018). Reconceptualising workplace resilience—A cross-disciplinary perspective. *Anales de Psicología, 34*(2), 332–339.
- Samra, J., Gilbert, M., Shain, M., Bilsker, D., & Fraser, S. (2009-2020). *Guarding Minds at Work*. Canadian Centre for Occupational Health and Safety, Hamilton, Ontario, Canada. <https://www.guardingmindsatwork.ca/>
- Sassi, N., & Neveu, J. P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel: Le shirom-melamed burnout measure. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 42*(3), 177-184.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management, 13*(2), 176-200.
- Siegrist, J. (2017). The effort-reward imbalance model. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 24–35). Wiley Blackwell.
- Statistique Canada (2021a). *Tableau 33-10-03950-01: Nombre d'entreprises canadiennes, avec employés, juin 2021 [tableau de données]*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3310039501>
- Statistique Canada (2021b). Principales statistiques relatives aux petites entreprises - 2021. [https://www.ic.gc.ca/eic/site/061.nsf/fra/h\\_03147.html](https://www.ic.gc.ca/eic/site/061.nsf/fra/h_03147.html)

- Statistique Canada (2022a). *Enquête canadienne sur la situation des entreprises, premier trimestre de 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220225/dq220225b-fra.htm>
- Statistique Canada (2022b) *Tableau: 14-10-0068-01: Emploi selon la taille d'établissement, données annuelles (x 1 000) [tableau de données]*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410006801>
- Sterling, E. W., Silke, A., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. G. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal, 46*(2), 130–138.
- Szeto, A., Dobson, K. S., Luong, D., Krupa, T., & Kirsh, B. (2019). Workplace antistigma programs at the Mental Health Commission of Canada: Part 1. Processes and projects. *The Canadian Journal of Psychiatry, 64*(1\_suppl), 5S-12S.
- Taylor, S. E. (2011) Social support: A review. In Friedman, H. S. (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189-214). Oxford University Press, New York, NY.
- Underwood, P. W. (2012). Social support: The promise and the reality. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 355–380). Sage Publications.
- Ungar, M., & Theron, L. (2020). Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry, 7*(5), 441–448.
- van Grieken, R. A., Kirkenier, A. C., Koeter, M. W., Nabitz, U. W., & Schene, A. H. (2015). Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expectations, 18*(5), 1339–1348.
- van Grieken, R. A., van Tricht, M. J., Koeter, M., van den Brink, W., & Schene, A. H. (2018). The use and helpfulness of self-management strategies for depression: The experiences of patients. *PloS one, 13*(10), e0206262.
- Vézina, M. (2008). La prévention des problèmes de santé psychologique liés au travail : nouveau défi pour la santé publique. *Santé Publique, 20*(hs), 8-121.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., ... Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST)*. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, Québec, Canada.

- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Radziszewski, S., Hudon, C., ... Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research, 13*(1).
- Ville de Montréal. (2019). *Programme d'aide aux employés. Évaluation anonyme des services reçus*. Ville de Montréal, Montréal, Canada.  
[http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/INTRA\\_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PAE-QUESTIONNAIRE\\_VF\\_1.PDF](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/INTRA_FR/MEDIA/DOCUMENTS/PAE-QUESTIONNAIRE_VF_1.PDF)
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management, 14*(2), 121-141.
- Yucel, D., & Minnotte, K. L. (2017). Workplace support and life satisfaction: The mediating roles of work-to-family conflict and mental health. *Applied Research in Quality of Life, 12*(3), 549-575.

**TABEAU 1**

Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction des catégories d'âge

	Catégories d'âge	Valeurs	Valeur théorique minimale	Valeur théorique maximale	$\chi^2$	F
Déresse psychologique, moy. (é.-t.)	18-24	8,36 (2,96)	4 (déresse psychologique peu élevée)	16 (déresse psychologique élevée)	-	26,481***
	25-34	7,76 (2,92)				
	35-44	7,35 (3,16)				
	45-54	7,12 (3,14)				
	55-64	6,57 (2,95)				
	65+	5,52 (2,19)				
Épanouissement, %	18-24	18,9%	-	-	38,182***	-
	25-34	22,6%				
	35-44	27,4%				
	45-54	27,2%				
	55-64	29,6%				
	65+	43,4%				
Épuisement professionnel, %	18-24	35,6%	-	-	81,222***	-
	25-34	26,3%				
	35-44	26,7%				
	45-54	20,2%				
	55-64	15,6%				
	65+	4,6%				
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	18-24	2,53 (1,05)	0 (bien-être au travail faible)	4 (bien-être au travail élevé)	-	10,299***
	25-34	2,51 (0,92)				
	35-44	2,50 (1,02)				
	45-54	2,55 (1,00)				
	55-64	2,65 (1,00)				
	65+	3,07 (0,91)				
Connaissances élevées en santé mentale, %	18-24	48,5%	N/A	N/A	7,005	-
	25-34	53,7%				
	35-44	52,9%				
	45-54	51,7%				
	55-64	50,7%				
	65+	60,5%				
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	18-24	3,57 (2,60)	0	8	-	6,611***
	25-34	3,35 (2,30)				
	35-44	3,58 (2,34)				
	45-54	3,50 (2,21)				
	55-64	3,82 (2,07)				
	65+	4,37 (1,55)				
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	18-24	4,67 (3,20)	0	10	-	10,907***
	25-34	4,63 (3,13)				
	35-44	4,72 (3,18)				
	45-54	4,66 (3,09)				
	55-64	5,11 (2,99)				
	65+	6,40 (2,51)				
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	18-24	2,02 (1,07)	0 (stigmatisation faible)	4 (stigmatisation faible)	-	,692
	25-34	1,95 (1,02)				
	35-44	2,06 (1,06)				
	45-54	1,99 (1,11)				
	55-64	2,05 (1,04)				
	65+	1,83 (1,31)				
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	18-24	1,28 (0,79)	0 (stigmatisation faible)	4 (stigmatisation élevée)	-	6,730***
	25-34	1,14 (0,76)				
	35-44	1,11 (0,75)				
	45-54	1,11 (0,74)				

TABLEAU 1						
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction des catégories d'âge						
	Catégories d'âge	Valeurs	Valeur théorique minimale	Valeur théorique maximale	$\chi^2$	F
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	55-64	1,06 (0,67)				
	65+	0,88 (0,63)				
	18-24	48,9%				
	25-34	44,6%				
	35-44	48,9%				
	45-54	44,5%	-	-	12,916*	-
	55-64	49,2%				
	65+	58,3%				
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	18-24	2,26 (0,54)				
	25-34	2,21 (0,51)				
	35-44	2,19 (0,54)	0 (perception défavorable de l'environnement de travail)	4 (perception favorable de l'environnement de travail)	-	7,960***
	45-54	2,20 (0,57)				
	55-64	2,23 (0,56)				
	65+	2,47 (0,58)				

**NOTE**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

**TABLEAU 2**  
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction du genre

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Valeur théorique minimale</b>	<b>Valeur théorique maximale</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>t</b>
Détresse psychologique, moy. (é.-t.)	7,04 (3,15)	7,34 (2,93)	4	16	-	-2,368*
Épanouissement, %	25,6%	29,9%	-	-	5,787*	-
Épuisement professionnel, %	23,2%	20,4%	-	-	2,648	-
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	2,55 (1,02)	2,64 (0,97)	0	4	-	-2,265*
Connaissances élevées en santé mentale, %	47,6%	59,7%	-	-	35,357***	-
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	3,46 (2,29)	3,86 (2,14)	0	8	-	-4,553***
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	4,65 (3,19)	5,22 (2,94)	0	10	-	-4,593***
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	2,02 (1,09)	1,98 (1,04)	0	4	-	0,749
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	1,20 (0,73)	0,97 (0,71)	0	4	-	7,870***
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	49,8%	45,1%	-	-	5,443*	-
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	2,24 (0,56)	2,22 (0,54)	0	4	-	0,997

**NOTE**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

**TABLEAU 3**  
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction de l'ethnicité

	<b>Blanche</b>	<b>Racisée</b>	<b>Valeur théorique minimale</b>	<b>Valeur théorique maximale</b>	$\chi^2$	<b>t</b>
Détresse psychologique, moy. (é.-t.)	7,17 (3,11)	7,22 (2,96)	4	16	-	-0,374
Épanouissement, %	28,4%	24,8%	-	-	3,249	-
Épuisement professionnel, %	22,9%	20,5%	-	-	1,587	-
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	2,63 (1,00)	2,50 (0,98)	0	4	-	2,824**
Connaissances élevées en santé mentale, %	57,0%	41,7%	-	-	46,418***	-
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	3,70 (2,11)	3,47 (2,52)	0	8	-	2,147*
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	5,03 (2,99)	4,57 (3,32)	0	10	-	3,155**
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	1,99 (1,09)	2,02 (1,01)	0	4	-	-0,359
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	1,01 (0,71)	1,32 (0,74)	0	4	-	-9,624***
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	46,2%	52,5%	-	-	7,899**	-
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	2,27 (0,57)	2,15 (0,50)	0	4	-	4,828***

**NOTE.**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

**TABLEAU 4**  
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction du statut d'immigration

	Né.e au Canada	Né.e à l'extérieur du Canada	Valeur théorique minimale	Valeur théorique maximale	$\chi^2$	t
Détresse psychologique, moy. (é.-t.)	7,29 (3,12)	6,77 (2,80)	4	16	-	3,613**
Épanouissement, %	26,9%	28,7%	-	-	0,693	-
Épuisement professionnel, %	24,3%	13,5%	-	-	26,925***	-
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	2,57 (1,01)	2,67 (0,97)	0	4	-	-2,034*
Connaissances élevées en santé mentale, %	54,8%	42,9%	-	-	22,648***	-
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	3,58 (2,20)	3,77 (2,38)	0	8	-	-1,608
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	4,83 (3,06)	5,09 (3,27)	0	10	-	-1,596
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	2,01 (1,07)	1,95 (1,04)	0	4	-	0,813
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	1,06 (0,74)	1,29 (0,69)	0	4	-	-6,309***
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	45,8%	56,1%	-	-	17,112***	-
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	2,23 (0,57)	2,22 (0,47)	0	4	-	0,449

**NOTE**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

TABLEAU 5									
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction de la région du Canada									
	Colombie-Britannique	Ontario	Prairies	Provinces de l'Atlantique	Québec	Valeur théorique minimale	Valeur théorique maximale	$\chi^2$	F
Détresse psychologique, moy. (é.-t.)	7,13 (3,17)	7,32 (2,97)	7,36 (3,21)	6,90 (3,12)	6,91 (2,99)	4	16	-	2,318
Épanouissement, %	30,9%	26,9%	27,2%	31,8%	24,2%	-	-	6,591	-
Épuisement professionnel, %	25,2%	20,5%	24,3%	19,9%	21,8%	-	-	5,181	-
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	2,53 (0,95)	2,53 (1,01)	2,50 (1,00)	2,74 (1,04)	2,75 (0,99)	0	4	-	6,534***
Connaissances élevées en santé mentale, %	47,9%	49,7%	51,6%	55,8%	59,6%	-	-	17,813*	-
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	3,46 (2,32)	3,58 (2,28)	3,54 (2,25)	3,46 (2,28)	3,90 (2,08)	0	8	-	3,007*
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	4,42 (3,15)	4,78 (3,09)	4,77 (3,07)	4,88 (3,23)	5,44 (3,00)	0	10	-	6,878***
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	1,89 (1,02)	2,06 (1,06)	2,07 (1,08)	1,73 (0,96)	1,99 (1,13)	0	4	-	2,453*
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	1,14 (0,75)	1,19 (0,74)	1,09 (0,72)	1,02 (0,71)	0,99 (0,71)	0	4	-	7,633***
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	49,4%	48,1%	48,0%	47,7%	46,2%	-	-	0,954	-
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	2,16 (0,54)	2,20 (0,51)	2,13 (0,54)	2,19 (0,54)	2,42 (0,60)	0	4	-	24,292***

**NOTE**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

**TABLEAU 6**  
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction du mode de travail

	<b>Présentiel (majorité du temps)</b>	<b>Hybride</b>	<b>Télétravail (majorité du temps)</b>	<b>Valeur théorique minimale</b>	<b>Valeur théorique maximale</b>	$\chi^2$	<b>F</b>
Détresse psychologique, moy. (é.-t.)	6,94 (2,96)	7,45 (2,94)	7,44 (3,38)	4	16	-	8,501***
Épanouissement, %	27,7%	25,5%	28,1%	-	-	1,267	-
Épuisement professionnel, %	20,4%	23,6%	24,4%	-	-	4,669	-
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	2,58 (1,02)	2,65 (0,91)	2,54 (1,04)	0	4	-	1,835
Connaissances élevées en santé mentale, %	52,8%	50,1%	54,3%	-	-	2,181	-
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	3,57 (2,18)	3,65 (2,35)	3,71 (2,25)	0	8	-	0,811
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	4,99 (3,02)	4,70 (3,16)	4,83 (3,20)	0	10	-	1,988
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	1,98 (1,08)	2,00 (1,00)	2,08 (1,11)	0	4	-	0,891
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	1,07 (0,73)	1,23 (0,74)	1,06 (0,72)	0	4	-	11,208***
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	42,5%	52,7%	55,0%	-	-	32,695***	-
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	2,22 (0,58)	2,23 (0,48)	2,25 (0,57)	0	4	-	0,858

**NOTE**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

**TABLEAU 7**  
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction de la taille de la PME

	<b>Petites entreprises (moins de 100 employés)</b>	<b>Moyennes entreprises (de 100 à 499 employés)</b>	<b>Valeur théorique minimale</b>	<b>Valeur théorique maximale</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>t</b>
Détresse psychologique, moy. (é.-t.)	7,12 (3,03)	7,41 (3,18)	4	16	-	-1,975*
Épanouissement, %	27,4%	26,5%	-	-	0,181	-
Épuisement professionnel, %	21,7%	23,7%	-	-	1,025	-
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	2,61 (1,00)	2,50 (0,99)	0	4	-	2,294*
Connaissances élevées en santé mentale, %	52,3%	52,8%	-	-	0,036	-
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	3,67 (2,21)	3,45 (2,33)	0	8	-	2,074*
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	4,91 (3,08)	4,77 (3,16)	0	10	-	0,952
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	1,97 (1,07)	2,10 (1,04)	0	4	-	-1,951
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	1,10 (0,74)	1,15 (0,72)	0	4	-	-1,565
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	48,6%	45,3%	-	-	1,798	-
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	2,25 (0,56)	2,17 (0,54)	0	4	-	2,843**

**NOTE**

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,01$

\*\*\*  $p < 0,001$

**TABLEAU 8**  
Moyennes et pourcentages des variables d'intérêt en fonction des principaux secteurs d'industrie

	Services professionnels	Fabrication	Commerce de détail	Construction	Santé	Finances	Valeur théorique minimale	Valeur théorique maximale
Détresse psychologique, moy. (é.-t.)	7,37 (2,92)	6,95 (2,85)	7,56* (3,24) [7,14 <sup>a</sup> (3,04)]	7,03 (2,78)	7,21 (2,88)	7,38 (3,04)	4	16
Épanouissement, %	25,5%	30,4%	26,8%	23,8%	31,0%	25,5%	-	-
Épuisement professionnel, %	23,3%	22,3%	26,0%	19,8%	22,6%	18,7%	-	-
Bien-être au travail, moy. (é.-t.)	2,64 (0,96)	2,50 (1,01)	2,44* (0,99) [2,60 (1,00)]	2,62 (0,97)	2,80** (0,95) [2,57 (1,00)]	2,44 (0,94)	0	4
Connaissances élevées en santé mentale, %	54,1%	53,5%	53,0%	44,7%* [53,2%]	66,4%*** [51,1%]	40,6%** [53,3%]	-	-
Nombre de stratégies d'autogestion (en général) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	3,72 (2,23)	3,72 (2,20)	3,46 (2,21)	3,37 (2,18)	3,72 (2,15)	3,25* (2,39) [3,65 (2,23)]	0	8
Nombre de stratégies d'autogestion (au travail) utilisées fréquemment par les personnes, moy. (é.-t.)	5,11 (2,98)	5,11 (2,87)	4,97 (3,13)	5,05 (3,21)	5,02 (2,96)	4,16** (3,20) [4,93 (3,09)]	0	10
Stigmatisation anticipée envers soi-même, moy. (é.-t.)	2,01 (1,06)	2,08 (1,11)	2,03 (1,04)	2,12 (1,12)	1,81* (1,00) [2,03 (1,07)]	2,05 (1,07)	0	4
Stigmatisation envers autrui, moy. (é.-t.)	1,13 (0,75)	1,17 (0,71)	1,11 (0,70)	1,15 (0,82)	0,91*** (0,72) [1,13 (0,73)]	1,27** (0,73) [1,10 (0,73)]	0	4
Climat de sécurité psychosociale élevée, %	50,5%	40,4%* [48,7%]	43,7%	45,0%	48,7%	48,8%	-	-
Situation perçue en matière de risques psychosociaux de l'environnement de travail, moy. (é.-t.)	2,27 (0,52)	2,21 (0,56)	2,18 (0,57)	2,29 (0,51)	2,24 (0,48)	2,18 (0,51)	0	4

**NOTE**

<sup>a</sup> Les différences significatives ont été relevées en comparant chaque secteur d'activité avec l'ensemble des autres secteurs d'activités. Les valeurs entre crochets correspondent à la valeur moyenne (et l'écart-type lorsqu'il s'agit d'une variable continue) de l'ensemble des autres secteurs d'activités.

\*  $p < 0,05$  pour le chi-carré ou le test-t

\*\*  $p < 0,01$  pour le chi-carré ou le test-t

\*\*\*  $p < 0,001$  pour le chi-carré ou le test-t

**TABLEAU 9**

Résultats de régression logistique des facteurs associés à la probabilité d'être au-delà du seuil clinique d'anxiété

	<b>Facteurs</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>p</b>	<b>Rapport de cotes</b>
<b>Variabes démographiques</b>	Âge: 18-24 (catégorie de comparaison)				
	Âge: 25-34	-0,320	0,203	0,115	0,726
	Âge: 35-44	-0,505	0,211	0,017	0,603
	Âge: 45-54	-0,618	0,207	0,003	0,539
	Âge: 55-64	-0,827	0,215	0,000	0,438
	Âge: 65+	-1,459	0,362	0,000	0,233
	Genre: Femmes (vs hommes) <sup>a</sup>	0,436	0,112	0,000	1,546
	Région: Ontario (catégorie de comparaison)				
	Région: Québec	-0,199	0,154	0,195	0,819
	Région: Colombie-Britannique	-0,150	0,176	0,392	0,860
	Region: Prairies	-0,022	0,148	0,880	0,978
	Region: Atlantique	-0,370	0,265	0,162	0,691
	Statut matrimonial: Célibataire (vs en couple)	0,109	0,121	0,369	1,115
	Statut parental: Sans enfant de moins de 18 ans (vs avec enfant(s) de moins de 18 ans)	-0,008	0,136	0,955	0,992
	Statut d'immigration: Personnes non nées au Canada (vs nées au Canada)	-0,438	0,148	0,003	0,645
<b>Variabes factuelles liées au travail</b>	Statut d'emploi: Temps plein (vs temps partiel)	0,002	0,176	0,989	1,002
	Taille PME: Très petite (9 personnes et moins; groupe de comparaison)				
	Taille PME: Petite (10 à 99 personnes)	-0,072	0,143	0,616	0,931
	Taille PME: Moyenne (100 à 499 personnes)	0,052	0,168	0,755	1,054
	Situation de télétravail: Présentiel (majorité du temps)				
	Situation de télétravail: Hybride	0,259	0,138	0,062	1,295
	Situation de télétravail: Télétravail (majorité du temps)	0,449	0,148	0,002	1,566
	Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation en cours d'emploi (catégorie de comparaison)				
	Type d'emploi: Emploi de gestion	-0,267	0,210	0,204	0,765
	Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation universitaire	-0,447	0,218	0,040	0,640
	Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation collégiale ou son équivalent	-0,40	0,210	0,057	0,671
	Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation secondaire ou une formation spécifique	0,029	0,218	0,895	1,029
	Type d'emploi: Autre	0,172	0,256	0,502	1,188

	<b>Facteurs</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>p</b>	<b>Rapport de cotes</b>
<b>Facteurs individuels susceptibles d'être associés à la santé mentale</b>	Connaissances élevées en santé mentale (vs faibles)	-0,326	0,188	0,083	0,722
	Nombre de stratégies d'autogestion dans la vie en général utilisées fréquemment	-0,108	0,032	0,001	0,897
	Nombre de stratégies d'autogestion au travail utilisées fréquemment	-0,086	0,024	0,000	0,918
	Stigmatisation envers les autres personnes vivant avec des difficultés de santé mentale	0,089	0,206	0,666	1,093
<b>Conditions de l'environnement de travail susceptibles d'être associées à la santé mentale</b>	Climat de sécurité psychosociale élevée dans l'organisation (vs faible)	-0,266	0,124	0,031	0,766
	Autonomie élevée au travail (vs faible)	0,066	0,127	0,604	1,068
	Charge de travail adéquate (vs charge de travail élevée)	-0,507	0,117	0,000	0,602
	Soutien faible des collègues (vs élevé)	-0,003	0,138	0,982	0,997
	Reconnaissance élevée au travail (vs faible)	0,047	0,138	0,732	1,048
	Ne pas avoir été victime de harcèlement psychologique dans le cadre du travail dans les 12 derniers mois (vs avoir été victime)	-0,711	0,138	0,000	0,491
	Soutien en santé mentale élevé des superviseuses et superviseurs (vs faible)	0,326	0,131	0,013	1,386
	Technostress élevé (vs faible)	0,355	0,120	0,003	1,426
	Situation favorable quant à l'équilibre travail-vie personnelle/famille (vs défavorable)	-0,307	0,135	0,023	0,736
<b>Programmes d'aide et autres initiatives en santé mentale et mieux-être</b>	Programme d'aide à disposition des employées et employés dans l'organisation: Oui (catégorie de comparaison)				
	Programme d'aide à disposition des employées et employés dans l'organisation : Non	0,109	0,139	0,432	1,116
	Programme d'aide à disposition des employées et employés dans l'organisation : Ne sait pas	0,033	0,164	0,839	1,034
	Participante ou participant connaît au moins un programme ou initiative (autre que PAE) pour la santé mentale et le mieux-être offert dans l'organisation (vs aucun programme ou initiative dans l'organisation ou du moins, aucun connu de la personne)	0,294	0,127	0,021	1,342

**NOTE**

<sup>a</sup> Le nombre de personnes (B) s'identifiant à d'autres identités de genre que hommes ou femmes était trop faible pour que cette catégorie puisse être considérée dans l'analyse ici.

TABLEAU 10

Résultats de régression logistique des facteurs associés à la probabilité d'être au-delà du seuil clinique de dépression

Facteurs	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>	Rapport de cotes
<b>Variabes démographiques</b>				
Âge: 18-24 (catégorie de comparaison)				
Âge: 25-34	-0,051	0,211	0,809	0,950
Âge: 35-44	-0,227	0,219	0,301	0,797
Âge: 45-54	-0,542	0,218	0,013	0,582
Âge: 55-64	-0,456	0,224	0,041	0,634
Âge: 65+	-0,846	0,358	0,018	0,429
Genre: Femmes (vs hommes) <sup>a</sup>	-0,088	0,118	0,456	0,916
Région: Ontario (catégorie de comparaison)				
Région: Québec	-0,063	0,163	0,697	0,939
Région: Colombie-Britannique	0,011	0,181	0,953	1,011
Region: Prairies	-0,023	0,157	0,881	0,977
Region: Atlantique	0,047	0,257	0,854	1,048
Statut matrimonial: Célibataire (vs en couple)	0,302	0,126	0,017	1,352
Statut parental: Sans enfant de moins de 18 ans (vs avec enfant(s) de moins de 18 ans)	-0,082	0,143	0,564	0,921
Statut d'immigration: Personnes non nées au Canada (vs nées au Canada)	-0,222	0,153	0,147	0,801
<b>Variabes factuelles liées au travail</b>				
Statut d'emploi: Temps plein (vs temps partiel)	-0,120	0,183	0,51	0,887
Taille PME: Très petite (9 personnes et moins; groupe de comparaison)				
Taille PME: Petite (10 à 99 personnes)	0,013	0,151	0,934	1,013
Taille PME: Moyenne (100 à 499 personnes)	0,015	0,179	0,931	1,016
Situation de télétravail: Présentiel (majorité du temps)				
Situation de télétravail: Hybride	0,087	0,145	0,549	1,09
Situation de télétravail: Télétravail (majorité du temps)	0,255	0,156	0,102	1,29
Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation en cours d'emploi (catégorie de comparaison)				
Type d'emploi: Emploi de gestion	-0,331	0,217	0,128	0,718
Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation universitaire	-0,334	0,223	0,135	0,716
Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation collégiale ou son équivalent	-0,311	0,215	0,149	0,733
Type d'emploi: Emploi nécessitant habituellement une formation secondaire ou une formation spécifique	-0,109	0,226	0,63	0,897
Type d'emploi: Autre	-0,260	0,276	0,347	0,771

**TABEAU 10**  
Résultats de régression logistique des facteurs associés à la probabilité d'être au-delà du seuil clinique de dépression

	<b>Facteurs</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>p</b>	<b>Rapport de cotes</b>
<b>Facteurs individuels susceptibles d'être associés à la santé mentale</b>	Connaissances élevées en santé mentale (vs faibles)	-0,418	0,19	0,028	0,659
	Nombre de stratégies d'autogestion dans la vie en général utilisées fréquemment	-0,071	0,034	0,036	0,932
	Nombre de stratégies d'autogestion au travail utilisées fréquemment	-0,101	0,026	0,000	0,904
	Stigmatisation envers les autres personnes vivant avec des difficultés de santé mentale	0,095	0,206	0,645	1,100
<b>Conditions de travail susceptibles d'être associées à la santé mentale</b>	Climat de sécurité psychosociale élevée dans l'organisation (vs faible)	-0,341	0,130	0,009	0,711
	Autonomie élevée au travail (vs faible)	0,082	0,132	0,538	1,085
	Charge de travail adéquate (vs charge de travail élevée)	-0,251	0,123	0,041	0,778
	Soutien faible des collègues (vs élevé)	-0,178	0,145	0,219	0,837
	Reconnaissance élevée au travail (vs faible)	0,181	0,146	0,215	1,198
	Ne pas avoir été victime de harcèlement psychologique dans le cadre du travail dans les 12 derniers mois (vs avoir été victime)	-0,718	0,139	0,000	0,488
	Soutien en santé mentale élevé des superviseuses et superviseurs (vs faible)	-0,099	0,135	0,463	0,906
	Technostress élevé (vs faible)	0,346	0,125	0,005	1,414
	Situation favorable quant à l'équilibre travail-vie personnelle/famille (vs défavorable)	-0,252	0,140	0,071	0,777
	<b>Programmes d'aide et autres initiatives en santé mentale et mieux-être</b>	Programme d'aide à disposition des employées et employés dans l'organisation: Oui (catégorie de comparaison)			
Programme d'aide à disposition des employées et employés dans l'organisation : Non		-0,120	0,143	0,401	0,887
Programme d'aide à disposition des employées et employés dans l'organisation : Ne sait pas		-0,350	0,175	0,046	0,705
Participante ou participant connaît au moins un programme ou initiative (autre que PAE) pour la santé mentale et le mieux-être offert dans l'organisation (vs aucun programme ou initiative dans l'organisation ou du moins, aucun connu de la personne)		0,365	0,135	0,007	1,441

**NOTE**

<sup>a</sup> Le nombre de personnes (8) s'identifiant à d'autres identités de genre qu'hommes ou femmes était trop faible pour que cette catégorie puisse être considérée dans l'analyse ici.



Chaire de  
recherche Relief  
en santé mentale,  
autogestion  
et travail  
Propulsée par Beneva