TRAVAILLER APRÈS UNE PERTE PÉRINATALE. DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES AU SERVICE DES EMPLOYÉS ENDEUILLÉS : UN VECTEUR DE RÉUSSITE DE LEUR RETOUR AU TRAVAIL

Auteurs
Mélanie Gagnon PhD., professeure
Université du Québec à Rimouski
melanie_gagnon@uqar.ca

Catherine Beaudry PhD., professeure
Université du Québec à Rimouski
catherine_beaudry@uqar.ca

Résumé
Cette recherche empirique qualitative de type exploratoire a pour objectif principal de lever le voile sur l'expérience de retour au travail d'employés vivant un deuil périnatal. Afin de remplir cette visée des groupes de discussion ont été menés auprès de femmes étant retournées au travail à la suite d'une perte périnatale. L'analyse de contenu a permis de conclure que la prise d'un congé à la suite du décès de l'enfant à naître ou du nourrisson, bien qu'importante, est insuffisante à elle seule, puisque lors de la reprise du travail, l'adaptation au deuil n'est pas terminée. Le facteur qui semble le plus déterminant au regard d'une réinsertion réussie s'avère le soutien que procurent les organisations par le biais de diverses pratiques, les plus importantes étant l'accès à un programme d'aide aux employés et l'aménagement du travail.

Mots-clés : retour au travail; deuil périnatal; pratiques organisationnelles, deuil au travail, perspective individuelle.

TRAVAILLER APRÈS UNE PERTE PÉRINATALE.
DES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES AU SERVICE DES EMPLOYÉS ENDEUILLÉS : UN VECTEUR DE RÉUSSITE DE LEUR RETOUR AU TRAVAIL

Chaque année au Canada, le deuil périnatal touche environ 11 000 familles (Verdon et al., 2009). Malgré cet état de deuil, les personnes affligées reprendront, tôt ou tard, leur vie active. Au plan organisationnel, cette situation étant peu étudiée, les managers peuvent se sentir démunis lors du retour d'un employé vivant un deuil périnatal. Conséquemment, documenter la façon dont est vécue la reprise des activités professionnelles de ces travailleurs trouve toute sa pertinence. D'aucuns prennent pour acquis que la prise de congé est essentielle afin de permettre un temps de repos. En revanche, il est hasardeux de soutenir que ce congé est une panacée sans avoir d'abord creusé la question auprès des principaux intéressés: les parents endeuillés. Il devient nécessaire d'aborder ce thème afin de poser les jalons des mesures envisageables pour ainsi les modéliser empiriquement. Nous proposons donc de décrire les expériences de retour au travail d'employés vivant cette situation. Cet article apporte ainsi une contribution sociale et scientifique singulières en s'intéressant au deuil périnatal sous un angle encore peu exploré. De cette façon, le retour au travail des parents endeuillés pourrait s'effectuer plus facilement ou plutôt, moins difficilement.

1. PROBLÉMATIQUE

Cette étude a pour objet de recherche le vécu des employés qui retournent au travail lors d'un deuil périnatal. Il s'agit d'une question d'intérêt puisque les incidences pour l'individu et pour les organisations, notamment en termes de coûts sociaux et financiers, sont réelles. En effet, l'état actuel des connaissances met en évidence que ce type de deuil est aussi éprouvant pour les parents que pour tout autre type de deuil, et ce, même s'ils n'ont pas connu leur enfant ou très peu (Verdon et al., 2009). Dans ces circonstances, il est aisé de comprendre que le retour au travail s'avère parfois pénible pour ces derniers. Certaines pratiques organisationnelles faciliteront cependant cette reprise du travail. Il importe de ce fait de mieux saisir la manière dont les employés endeuillés vivent ce retour, de façon à développer et à mettre en place les pratiques adéquates.

1.1 Le retour au travail à la suite d'une difficulté personnelle

Le retour au travail est parfois associé à la réhabilitation des employés (Griffiths, 2011) et à la réinsertion professionnelle (St-Arnaud et al., 2003). Dans cette perspective, il fait donc suite à un arrêt de travail, découlant de la difficulté, voire l'incapacité de la personne à occuper, pendant une certaine période de temps, son emploi. Plus précisément, Brouwer et al. (2010) indiquent qu'il s'agit d'un changement complexe du comportement humain qui sous-tend que l'employé prend la décision de revenir au travail, et ce, après l'avoir quitté pour un moment.

En fait, lorsqu'il est question du retour au travail, le deuil et particulièrement le deuil périnatal, font rarement l'objet d'études dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Exception faite des travaux de Hazen (2003, 2006, 2008), la littérature sur le sujet est très pauvre. Il devient alors nécessaire de référer à des études s'intéressant à d'autres circonstances. À cet égard, les résultats de recherche sur le retour au travail à la suite d'une difficulté personnelle soulèvent trois catégories de facteurs déterminants, soit sociaux, organisationnels et individuels.

D'abord, les facteurs sociaux relèvent des caractéristiques de l'environnement, excluant les caractéristiques du contexte de travail immédiat. Certains auteurs indiquent à cet égard que les normes sociétales, en termes de régulation et de législation, peuvent permettre aux organisations de déployer des solutions flexibles dans le cadre du retour au travail (Holmgren et Inavoff, 2007). Les normes sociétales réfèrent à l'encadrement législatif régissant les organisations dans la gestion du retour au travail et aux attitudes des membres de la société envers les personnes ayant vécu un arrêt de travail (Holmgren et Ivanoff, 2007). Au regard de ces attitudes, une étude traitant du deuil périnatal démontre d'ailleurs que l'isolement vécu par les parents endeuillés nuit au retour au travail (Hazen, 2003). En plus des normes sociétales, certains auteurs évoquent des facteurs tels que l'état du marché du travail (James et al., 2006 ; St-Arnaud et al., 2003) et les coûts monétaires associés à l'arrêt de travail (Wasiak et al., 2007).

La deuxième catégorie de facteurs facilitant le retour au travail vise la dimension organisationnelle. Elle relève des caractéristiques de l'environnement de travail de la personne active dans le processus de retour à l'emploi. À ce sujet, un nombre considérable d'études traitant du retour au travail insiste sur l'importance du soutien social provenant des membres de l'organisation (Barsi-Carrow, 2000 ; Brouwer et al., 2003 ; Griffiths, 2001 ; Hazen 2003, 2008 et 2009 ; Holmgren et Ivanoff, 2007 ; James et al., 2006 ; Quinton et al., 2010 ; St-Arnaud et al., 2003 et 2004). Le soutien social renvoie au support octroyé à l'employé qui revient au travail, support pouvant provenir du manager ou des collègues.

Le soutien social fourni par le manager ou les collègues ne s'avère cependant pas toujours optimal, étant donné le malaise que crée le deuil périnatal (Hazen, 2003). Il arrive également que la présence des collègues et du manager soit nuisible pour l'employé qui revient au travail, lorsqu'ils ignorent ou rejettent sa douleur pour qu'il aille mieux plus rapidement (Bento, 1994; Hazen, 2006). L'employé en deuil n'a alors pas la possibilité d'exprimer sa souffrance (Maxim et Mackavey, 2005). Certaines pratiques organisationnelles peuvent contribuer à favoriser le soutien social, nécessaire au retour au travail. Elles relèvent généralement de 1) l'aménagement du travail et 2) de l'intervention en relation d'aide.

En ce qui concerne l'aménagement du travail, certaines organisations prévoient des journées d'absence à la suite de la perte d'un proche (Hazen, 2009; Stein et Winokuer, 1989 cités dans Bento, 1994). Bien que ces congés paraissent essentiels, ils demeurent toutefois insuffisants, puisque le deuil est un processus non-linéaire (Bento, 1994).

Parmi les autres pratiques organisationnelles favorisant le retour au travail, une présence progressive de l'employé dans son milieu semble déterminante (Griffiths, 2011 ; Holmgren et Ivanoff, 2007; St-Arnaud et al., 2003 et 2004). Ce retour progressif se concrétise généralement par du travail à temps partiel. L'efficacité de ce type de mesure dépend fortement des objectifs de rendement à l'égard de l'employé (St-Arnaud et al., 2004). Sans réajustement de ces objectifs, le retour progressif peut s'avérer nuisible parce qu'associé à une surcharge de travail. Par ailleurs, les comportements attendus envers le travailleur entrent souvent en contradiction avec les comportements généralement associés au deuil (Hazen, 2008). L'expression de la tristesse ou de la colère se manifestant notamment lors du deuil, s'oppose aux attentes de l'organisation en termes de contrôle de soi et de performance.

Les pratiques organisationnelles peuvent également contribuer à l'établissement d'une relation d'aide. Parmi celles-ci, les programmes de formation sur le deuil, destinés à la fois aux managers et aux collègues, permettent une meilleure compréhension du processus de deuil et un accompagnement approprié de l'employé (Bento, 1994; Charles-Edwards, 2009; Hazen, 2003 ; Hazen, 2009; Maxim et Mackavey, 2005). Cet accompagnement peut également provenir de l'extérieur. En ce sens, les politiques organisationnelles donnant au personnel un accès à des sources d'aide externe contribuent au retour au travail des employés (Hazen, 2008 ; James et al., 2006). Il demeure toutefois important que les managers interagissent avec les intervenants externes pour eux-mêmes mieux intervenir auprès de l'employé en deuil, et ce, pour faciliter son retour au travail (Holmgren et Ivanoff, 2007; James et al., 2006).

Les facteurs individuels composent la troisième et dernière catégorie de facteurs facilitant le retour au travail à la suite d'une difficulté. Ces facteurs réfèrent aux attitudes des employés (Brouwer et al., 2010; Holmgren et Ivanoff, 2007 ; Wasiak et al., 2007), à leurs intentions, à leurs attentes (Wasiak et al., 2007) et à leur crédibilité avant leur départ (St-Arnaud et al., 2004).

De nombreux facteurs contribuant au retour au travail à la suite d'une difficulté personnelle sont donc soulevés dans la littérature. Mais qu'en est-il de la situation du deuil périnatal ?

1.2 Le deuil périnatal : mise en contexte

Le concept du deuil périnatal n'est pas défini de façon consensuelle dans la littérature. Dans tous les cas, il survient à la suite d'une perte périnatale, mais les différences majeures quant aux définitions renvoient au nombre de semaines de gestation ou de jours de vie au moment de la mort du fœtus ou du nourrisson. Pour les fins de la présente recherche, la définition retenue englobe le décès d'un enfant à naître à partir de la vingtième semaine de grossesse ou du nourrisson dans les vingt-huit jours suivant sa naissance (Barfield, 2011; Bennet et al., 2008, p. 486). Ce choix théorique s'explique notamment du fait que l'Organisation mondiale de la santé effectue des comparaisons en fonction des décès et des naissances survenant à partir de la vingtième semaine de gestation.

L'état actuel des connaissances met en évidence que le deuil périnatal est aussi éprouvant, intense et prolongé pour les parents que pour tout autre type de deuil, et ce, même s'ils n'ont pas connu leur enfant ou très peu (Verdon et al., 2009). Le processus de deuil périnatal est complexe, individuel et les différences quant aux possibles réactions sont modulées dans le temps (Kavanaugh et Robertson, 1999). Cependant, de manière générale, la perte d'un bébé pendant la gestation signifie la privation de l'espoir, d'un rêve et des attentes liées à la venue de cet enfant (McCreight, 2008, Rosenblatt et Hammer Burns, 1986). Les parents sont déconcertés et bouleversés de ressentir autant de rage face à la perte, surtout plusieurs mois après (Vance, 2002). Ils croyaient qu'ayant peu connu leur bébé, le sentiment de perte se dissiperait rapidement (Cordell et Thomas, 1997).

Afin de faire face à cette situation difficile, la littérature insiste sur la valeur du soutien social. Plus précisément, la disponibilité du soutien social permet de mieux gérer le deuil tout en s'avérant un prédicteur important des possibilités d'adaptation à la perte (Brewin et al., 2000; Rajan, 1994 dans McCreight, 2008; Verdon, 2004). Or, souvent à tort, l'entourage croit que le décès d'un bébé que l'on n'a pas ou peu connu se vit plus aisément, ce bébé pouvant être remplacé par un autre alors qu'il en va autrement (De Montigny et al., 1999).

La séparation entre la sphère personnelle et professionnelle en milieu de travail fait en sorte d'endiguer cette possibilité de soutien. C'est comme si le marché du travail ne créait pas d'espaces permettant de partager et de parler ouvertement de ce type de situations (Hazen, 2006). Qui plus est, bien que certains chercheurs dans le domaine de la gestion prennent en considération les émotions dans le cadre du travail, ils occultent souvent tout ce qui a trait au corps humain, comme si ce qui arrive à l'hôpital n'avait pas sa place en milieu de travail et appartenait à la sphère privée (Hazen, 2006). Dans un même ordre d'idées, les conversations portant sur la mort, la grossesse ou la naissance paraissent tabou au sein des organisations et la peine n'est pas considérée en milieu de travail encore moins celle entourant le deuil périnatal (Hazen, 2006).

1.3 Question de recherche

La question suivante a servi de point de départ à la recherche : comment les employés vivent-ils leur retour au travail à la suite de la perte de leur nourrisson ou de leur enfant à naître? Notre problématique est donc celle de l'expérience des individus quant à leur réinsertion en emploi dans un contexte de deuil périnatal. Il s'agit alors de décrire les pratiques organisationnelles ayant contribué ou nui au retour au travail des parents, et ce, de leur point de vue.

Plusieurs facteurs favorisant le retour au travail à la suite d'une difficulté sont identifiés dans la littérature, mais l'angle d'analyse retenu aux fins de cette recherche met l'emphase sur une perspective individuelle : celle de l'expérience profonde des parents endeuillés. Cette compréhension du vécu de la personne a l'avantage de servir d'amorce à une réflexion relative aux pratiques organisationnelles à privilégier lors de la reprise du travail des endeuillés en prenant en compte la réalité des individus. En corollaire, la proposition interprétative préliminaire de cette étude met de l'avant que les facteurs organisationnels

relevant de l'aménagement du travail et de la relation d'aide favorisent le retour au travail des employés endeuillés puisqu'ils contribuent à les soutenir de manière appropriée au regard de la situation de deuil périnatal.

2. MÉTHODOLOGIE

Le thème du retour au travail lors d'un deuil périnatal étant peu ou prou étudié empiriquement et théoriquement, il s'accommode bien d'une méthodologie de type qualitatif qui justifie le devis exploratoire de cette recherche. Le paradigme qualitatif se centre sur le point de vue des individus impliqués dans l'étude des phénomènes sociaux, offrant ainsi la possibilité d'aller plus en profondeur en explorant des réalités construites individuellement ou socialement. S'agissant d'étudier le retour au travail en contexte de deuil, la subjectivité des personnes est à l'avant plan dans ce phénomène complexe (Valentine, 2006). Qui plus est, l'orientation qualitative au regard de l'objet d'étude qu'est le deuil vise à mettre en lumière les multiples perspectives qui sont uniques ou bien communes aux ensembles étudiés en vue d'en dégager une certaine signification (Stroebe et al., 2003). Le courant de recherche constructiviste sollicité dans cette étude, s'intéresse donc moins à la réalité objective qu'à la manière dont les personnes se représentent cette réalité et s'y ajustent (Le Moigne, 2007).

Dans cette visée, l'objectif ayant pour dessein de mieux comprendre un sujet encore mal défini ou étudié, la méthode des groupes de discussion a donc été retenue, puisqu'elle favorise des échanges spontanés et la création d'un contexte d'intersubjectivité permettant aux participants de construire ensemble la compréhension d'un problème (Leclerc et al., 2011). Celle-ci a pour avantage d'insister sur la dynamique de groupe avec pour visée de faire émerger l'expression des perceptions, des attitudes et des sentiments. Ce choix méthodologique a permis de transcender l'addition de points de vue individuels fondés sur l'expérience isolée des individus et de miser sur la valeur du travail d'intercompréhension et d'intersubjectivité opéré dans les échanges de groupe. Cette méthode avait alors pour avantage de mettre en échec les enfermements de l'expérience individuelle pour ainsi contribuer à la reconstruction des capacités individuelles et collectives de pensée, de dialogue et d'action et à une parole collective de manière à avoir des échos chez les autres (Leclerc et al., 2011).

La littérature suggère la constitution de groupes dont la taille varie entre cinq et douze participants. Par ailleurs, des groupes de taille plus restreinte sont recommandés dans certaines circonstances : lorsque les participants ont une longue expérience des sujets qui seront traités, si les chercheurs croient que les personnes auront beaucoup de choses à dire ou encore si la manifestation d'émotions est appréhendée (Leclerc et al., 2011). S'agissant de partager l'expérience douloureuse qu'est le deuil périnatal, la taille des groupes a donc été réduite à trois participants aux fins de cette étude. Plus précisément, l'échantillon a été constitué en fonction de deux critères de sélection. D'abord, les répondants devaient être des hommes ou des femmes ayant vécu un deuil périnatal (perte du bébé à naitre à partir de la 20^{e} semaine de grossesse ou du nourrisson moins de 28 jours après la naissance). Ensuite, ils devaient avoir repris leur vie active au travail depuis cette épreuve.

Afin de recruter les participants, des invitations ont d'abord été affichées sur les sites Internet de groupes de soutien aux parents endeuillés. Cette option a été retenue étant donné la difficulté à joindre cette population. Cependant, le fait de recruter par le biais de ces sites engendrait un certain biais, puisque les individus qui les consultent ont pour caractéristique commune de chercher une forme d'assistance ou d'aide (Stroebe et al., 2003). C'est avec l'objectif de pallier ce biais que quatre articles traitant de la recherche et invitant les parents intéressés à y participer ont ensuite été publiés dans des journaux locaux. Enfin, une entrevue radiophonique a été accordée en vue de recruter des participants. Tous ces moyens ont été déployés au cours de la même période, soit en mars 2012.

Trois groupes de discussion se sont tenus en mai 2012 avec neuf femmes âgées entre trente et soixante ans et répondant aux critères de sélection. Compte tenu du type de recherche, l'échantillon théorique, c'est-à-dire intentionnel de type non-probabiliste, était approprié. Il s'est alors agi d'un échantillon de volontaires, ce qui cadre bien avec l'objet d'étude ayant pour particularité d'être délicat. Bien qu'aucune règle n'existe en méthode qualitative quant à la taille souhaitable de l'échantillon, certains indices peuvent guider les chercheurs, tel que le principe de saturation selon lequel l'ajout de participants supplémentaires n'apporterait pas de nouvelles informations utiles à la compréhension du phénomène (Côté et Turgeon, 2002, p. 86). Considérant le caractère exploratoire de la recherche, l'objectif n'était pas de recruter un grand nombre de participants en vue d'atteindre la saturation des données. L'étude phénoménologique de Fitzpatrick (2007) traitant du retour au travail de professeurs d'universités endeuillés ne comptant que sept répondants a servi de point de comparaison quant à la constitution de l'échantillon.

Bien que l'invitation s'adressait autant aux hommes qu'aux femmes, les seules personnes ayant répondu à l'appel ont été des femmes ce qui explique la constitution exclusivement féminine de l'échantillon. Ce tri naturel n'est pas étranger à ce que Martin et Doka (2000) ont mis en exergue au regard des différents types de stratégies adaptatives mises de l'avant par les endeuillés en vue de gérer et de s'adapter à la perte d'un être cher. Selon le modèle théorique de ces auteurs (Martin et Doka, 2000), les femmes seraient plus enclines à vivre leur deuil de façon plus intense et épouseraient des stratégies adaptatives s'échelonnant sur une plus grande période de temps. Quant aux hommes leurs émotions seraient enfouies au profit de la réflexion, entrainant une sorte d'inhibition à parler ouvertement de leurs sentiments et expériences. Ils seraient également moins enclins à consulter (Martin et Doka, 2000). Cette théorisation des stratégies d'adaptation au deuil n'est alors peut-être pas étrangère au fait qu'aucun homme n'ait répondu à l'appel et que les femmes, ressentant le besoin de parler de leur expérience, aient souhaité participer.

Les groupes de discussions ont été animés à l'aide d'un guide d'entretien constitué de huit questions. Cette grille d'entretien semi-structurée visait à laisser aux participantes une certaine latitude afin qu'elles s'expriment librement, cet élément étant central en contexte de recherche exploratoire. Qui plus est, le guide d'entretien a permis aux chercheures de s'assurer du maintien d'un certain cadre visant le respect des thèmes à aborder au cours des groupes de discussion. Par souci d'amorcer les discussions et de briser la glace, les rencontres ont débuté par une présentation des thèmes à l'étude au regard de la littérature actuelle. En fin

de séance, les participantes ont été invitées à remplir une fiche contextuelle contenant diverses informations sociodémographiques.

3. RÉSULTATS

Les participantes rencontrées dans le cadre des entretiens de groupe ont vécu de nombreuses difficultés lors de leur retour au travail. Certaines pratiques en place dans leurs organisations respectives ont contribué à rendre leur réinsertion professionnelle éprouvante. Au contraire, s'adaptant à la situation vécue par les participantes, quelques organisations ont mis en place des pratiques formelles ou informelles afin de les soutenir, ce qui a facilité leur retour au travail. Ces pratiques, favorables ou défavorables au retour au travail, sont présentées ci-après en fonction de la catégorisation des facteurs organisationnels généralement soulevée dans la littérature, soit l'aménagement du travail et les interventions en relation d'aide.

3.1 L'aménagement du travail

3.1.1 Le congé parental

Les pratiques d'aménagement du travail reposent entres autres sur la possibilité de recourir à un congé à la suite du décès de l'enfant à naître ou du nourrisson. Au Québec, ce congé relève des dispositions législatives en vigueur[1]. Selon les politiques de l'organisation et la convention collective en place dans les entreprises syndiquées, les employeurs ont toutefois la possibilité d'étendre ce congé en fonction des besoins des parents endeuillés.

À cet égard, deux participantes indiquent que leur employeur a souligné leur droit au congé de même que l'importance de s'accorder un temps de repos. Bien que ce congé soit prévu dans les dispositions législatives, les employeurs ont insisté sur le fait qu'elles n'avaient pas à se sentir mal à l'aise d'y recourir. Une des participantes décrit l'effet positif d'une intervention de cette nature:
15A[2] - « *Ma supérieure hiérarchique a dit : prends les à toi tes semaines de congé, pour toi. Elle m'a dit : si tu as besoin de quoi que ce soit, tu me le demandes. Donc, je sais que la porte est ouverte. Moi, c'est de savoir que la porte est ouverte, que je sais que je peux cogner et que je ne serai pas jugée parce je suis triste ou que j'ai une faiblesse un moment ou quoi que ce soit ».*

En revanche, quatre participantes indiquent ne pas avoir eu la possibilité de recourir à un congé suffisamment long à la suite de la perte de leur enfant. De plus, un tel accommodement n'a pas été proposé à six des neuf participantes. Une fois le congé légal terminé, celles-ci ont dû retourner au travail. La décision de prolonger le congé impliquait alors la perte de leur emploi ou encore la perte de leur salaire pour la durée de la prolongation. S'agissant d'étendre la durée de leur congé sans entraîner ces deux conséquences importantes, trois participantes indiquent qu'elles auraient pu recourir à des congés de maladie. Pour y accéder, les

[1] *Loi sur l'assurance parentale,* L.R.Q., c. A-29.011, art. 8.

[2] Codification pour l'identification des participantes.

employeurs exigeaient une déclaration de maladie ou d'inaptitude au travail. Cette exigence est décrite comme insultante par trois participantes qui mentionnent qu'elles n'étaient alors pas malades ou inaptes, mais en deuil. Il s'agit selon elles d'une différence importante. À cet égard, notons que les exigences de l'employeur ont été particulièrement pénibles pour une participante qui décrit ainsi les conditions posées par celui-ci afin de bénéficier du congé de maladie :

24J - *«Il a dit : si tu n'es pas apte à travailler, tu dois être en arrêt, tu dois prendre des médicaments, des antidépresseurs. Donc, là j'ai fini par rencontrer le médecin de l'organisation. Je travaillais quand même dans le réseau de la santé. C'est aberrant ! ».*

Par ailleurs, certains employeurs ne respectent pas le congé prévu par la loi ou dans la convention collective et mettent de la pression sur les employées endeuillées pour qu'elles reprennent leurs activités professionnelles, tel que l'illustrent les propos de cette participante:

15K – « *Quand j'ai perdu mon bébé, j'avais le droit à mon congé de maternité de 20 semaines. Au bout d'un mois, je reçois une lettre de mon employeur me disant que je devais me présenter au travail étant donné que je n'avais pas d'enfant à la maison. Je n'étais pas en forme pour retourner là, moi. J'étais au fond du baril ».*

3.1.2 Le retour progressif en milieu de travail

En plus du congé prévu par la loi, deux participantes indiquent avoir sollicité un retour progressif au travail, mais leur employeur a refusé d'accéder à leur demande. Cet accommodement n'était semble-t-il pas envisageable étant donné leur statut d'emploi (travail sur appel). Une des participantes mentionne en outre que le retour progressif aurait engendré une diminution importante de salaire et que, pour des raisons financières, elle ne pouvait envisager cette solution. Dans la même veine, une autre participante souligne que la politique salariale de son entreprise a contribué à rendre son retour au travail éprouvant. La rémunération de celle-ci étant variable et basée sur le rendement, elle ne bénéficiait alors d'aucun revenu de base assuré. Cette situation a contribué à accroître sa détresse, puisque sa décision de revenir au travail n'était conditionnée que par des raisons financières, alors qu'elle ne se sentait pas psychologiquement prête à ce retour.

Trois participantes ont pour leur part eu l'opportunité de recourir au retour progressif. Elles ont toutes décidé de saisir cette occasion qui leur a permis de revenir au travail sans s'épuiser. En revanche, cette possibilité n'a pas été offerte d'emblée pour l'une d'elles. Au départ, l'employeur exigeait un retour au travail à temps plein. Puisqu'elle était incapable psychologiquement de répondre à cette demande, il l'a contrainte à demander un congé de maladie. Après un mois d'absence, l'employeur a accepté son retour progressif, ce qui a été bénéfique pour elle.

3.1.3 Aménagement de la tâche

Pour une de ces trois participantes, le retour progressif s'est jumelé à un aménagement de la tâche, l'employeur souhaitant éviter la surcharge de travail. Cet aménagement n'a pas été circonscrit aux quelques semaines postérieures au retour au travail. Il s'est échelonné sur plus de six mois, favorisant du coup le processus de réinsertion professionnelle. Plus précisément,

un nombre plus restreint de dossiers qu'à l'habitude lui était confié. Combinée à la diminution de la charge de travail, l'employeur a fait preuve d'une grande flexibilité au plan de l'horaire de travail :
17MH – « *Ma supérieure m'a dit : sinon, tu rentres le matin et si tu ne te sens pas à l'aise l'après-midi, tu retournes chez toi. C'était assez merveilleux ».*

Pour la majorité des participantes cependant, la tâche n'a pas été réaménagée lors de leur retour, ce qui l'a rendu plus difficile. Le régime de rémunération en place a parfois contribué à cette contrainte au plan des objectifs et de la charge de travail. En effet, dans le cadre d'un régime de rémunération à la performance, le maintien d'un niveau de salaire convenable est directement tributaire de la qualité du rendement au travail. Une participante exprime ainsi les difficultés vécues à cet égard :
17A – « *C'est ça qui m'a stressée. Être efficace, efficace parce que sinon je n'avais rien au bout. Être efficace, même s'il y a des journées où ça ne va vraiment pas bien ».*

Dans le même ordre d'idées, une autre participante explique qu'elle devait maintenir le même rendement au travail qu'avant la perte de son enfant. Son employeur lui a clairement indiqué que si son rendement n'était pas satisfaisant, elle devait quitter pour un congé de maladie :

24J - *Il m'a dit : «Tu viens travailler, tu dois être fonctionnelle à 100%. Si tu ne l'es pas, retourne chez toi! »*

La nature même des tâches à accomplir a rendu le retour au travail particulièrement difficile pour deux participantes. Comme celles-ci travaillaient dans des établissements d'éducation et de santé, elles étaient constamment en relation avec des enfants. Elles indiquent avoir ressenti une certaine anxiété à être en contact avec des enfants après avoir perdu leur bébé. Cette difficulté n'a pu être palliée par une affectation à un autre poste dans l'organisation :

24J – « *Donc je suis retournée travailler et j'ai demandé à ce qu'on me mette à l'endroit où j'étais le plus à l'aise. Avant mon départ, je travaillais dans trois unités, donc dans ces unités-là, les filles savent ce que j'ai vécu et j'ai plusieurs amies. Et puis, bon, je me sentais bien d'aller là. Sauf que l'administration, ce n'était pas la place qu'elle voulait m'envoyer. Donc, ils ont décidé de me mettre en pédiatrie! Pis là j'étais très mal à l'aise d'être avec des enfants malades! ».*

3.2 Intervention en relation d'aide

Les participantes sont unanimes : le soutien social est le facteur le plus important lors du retour au travail. Ce soutien peut se manifester par le biais de l'aménagement du travail, donc de manière instrumentale, mais également au plan émotionnel. À cet égard, l'intervention de professionnels en relation d'aide paraît fondamentale à leurs yeux. Dans cet ordre d'idées, un support psychologique a été mis à la disposition de l'une des participantes par le biais du programme d'aide aux employés de son organisation. Cette aide psychologique, combinée à un retour progressif en milieu de travail, lui a permis de se sentir mieux et de retrouver un niveau de rendement satisfaisant.

Finalement, deux participantes mentionnent qu'autant le service des ressources humaines que leur supérieur immédiat ont omis de leur offrir la possibilité de recourir à un programme

d'intervention tertiaire en entreprise, tel qu'un programme d'aide aux employés, ou à une aide externe, bien qu'elles en ressentaient le besoin.
17AM – « *Il y avait zéro, zéro soutien. Il n'y avait personne. Il y aurait peut-être eu quelqu'un aux ressources humaines qui aurait pu me référer à un psychologue quelconque, mais il n'y avait pas de soutien du tout ».*

Deux participantes ont cependant reçu un sondage émis par les responsables du programme d'aide aux employés de leur organisation visant à évaluer leur niveau de risque d'atteintes à la santé. Une fois ce sondage complété et transmis par la poste aux administrateurs du programme, elles n'ont plus jamais été contactées et aucun soutien psychologique ne leur a été offert dans le cadre de ce programme.

4. DISCUSSION

Les résultats de la présente étude révèlent que les difficultés inhérentes aux pratiques organisationnelles ont été nombreuses et variées lors du retour au travail des participantes. En ce sens, l'absence et l'incohérence de plusieurs pratiques organisationnelles ont influencé négativement le retour au travail des employées endeuillées. De l'avis des participantes, les organisations semblent donc le plus souvent démunies face à la situation particulière du deuil périnatal. En fait, des pratiques organisationnelles ciblées jouent un rôle fondamental dans le processus de retour au travail des femmes vivant un deuil périnatal, puisqu'elles leur procurent un soutien adéquat compte tenu de leur situation personnelle. Le soutien social est donc au cœur des pratiques qui contribuent à la reprise des activités professionnelles. Or, les particularités du deuil périnatal doivent être considérées. Les pratiques organisationnelles gagnent donc à être adaptées à ce contexte précis.

En premier lieu, la possibilité de prendre un congé à la suite du décès constitue un facteur important. Il apparaît nécessaire de disposer de ce temps de repos afin de vivre le maelstrom d'émotions générées par le deuil, d'autant plus que leur manifestation se présente souvent sans que les endeuillés ne s'y attendent. En sol québécois, l'encadrement législatif donne aux mères la possibilité de prendre un congé de dix-huit semaines. Malgré ce temps d'arrêt qui leur est offert, il s'avère parfois trop court et certaines ont eu à recourir à des congés de maladie.

En revanche, le congé, bien que nécessaire paraît insuffisant à lui seul. C'est que lorsque les employés reviennent au travail, le processus d'adaptation au deuil n'est pas terminé et peut se poursuivre des mois durant. Cela est d'autant plus vrai que le deuil ne se présente pas comme un processus linéaire (Bento, 1994). À cet effet, les résultats mettent en exergue le rôle déterminant joué par le soutien social disponible en milieu de travail. De fait, la littérature entourant les facteurs organisationnels favorisant le retour au travail d'un employé vivant une difficulté (Barsi-Carrow, 2000 ; Brouwer et al., 2003 ; Griffiths, 2011 ; Hazen 2003, 2008 et 2009 ; Holmgren et Ivanoff, 2007 ; James et al., 2006 ; Quinton et al., 2010 ; St-Arnaud et al., 2003 et 2004) trouve ici écho. Ces pratiques se déclinent en deux catégories : les pratiques basées sur l'aménagement du travail d'une part et celles qui s'appuient sur une intervention professionnelle en relation d'aide d'autre part.

D'abord, les pratiques liées à l'aménagement du travail sont fonction de l'expérience et des besoins de l'employé. La littérature est sans équivoque à l'effet que la présence progressive dans le milieu s'avère déterminante pour favoriser le retour au travail (Griffiths, 2011 ; Holmgren et Ivanoff, 2007; St-Arnaud et al., 2003 et 2004). Cette réadaptation graduelle, pour être efficace, doit toutefois être jumelée à une modulation de la tâche, sans quoi elle entraînera davantage d'effets négatifs que positifs, telle une surcharge (St-Arnaud et al., 2004). Conformément à ces écrits, les participantes ayant eu accès au retour progressif ont vécu plus facilement leur réinsertion, d'autant plus lorsque leurs tâches ont été allégées en fonction de leur présence au travail. Par ailleurs, d'autres participantes ont sollicité, auprès de leur employeur, une réadaptation graduelle à leur travail, sans que cela leur soit accordé, et ce, malgré qu'elles en aient ressenti le besoin.

En plus des pratiques évoquées dans la littérature, les participantes insistent sur la possibilité de disposer d'un aménagement flexible de l'horaire. C'est que malgré un retour progressif, les participantes disent ressentir des émotions incontrôlables et incompatibles avec le contrôle de soi et la performance attendus de la part de leur employeur (Hazen, 2008). Elles réclament alors une flexibilité suffisante leur permettant de quitter leur milieu de travail au moment où les émotions les assaillent. Ainsi, les pratiques relatives à l'horaire variable et au télétravail sont à considérer. Bien que généralement positives, les différentes pratiques de réaménagement du travail peuvent également générer des impacts négatifs, tels qu'une baisse de la rémunération. Cet aspect est rarement mentionné dans la littérature, alors qu'il s'agit d'un élément significatif de l'avis des participantes.

Ensuite, tel que le met en lumière la littérature, le recours à une aide externe est souvent nécessaire lors du retour au travail d'un employé vivant une difficulté (Hazen, 2008 ; James et al., 2006). En effet, le soutien des managers et des collègues est parfois lacunaire, compte tenu de leur compréhension déficiente du deuil périnatal (Hazen, 2003). Les entretiens de groupes menés dans le cadre de cette recherche vont dans le même sens, alors que certaines participantes indiquent avoir souhaité recourir à une aide externe sans avoir eu l'opportunité de le faire. Par ailleurs, la littérature évoque que cette aide, bien que bénéfique, est insuffisante si l'employeur ne s'implique pas dans le processus. Pour que cette pratique soit bienfaisante, l'employeur a avantage à être en relation avec l'intervenant externe de manière à comprendre et à combler ses propres lacunes en termes de soutien (Holmgren et Ivanoff, 2007; James et al., 2006).

Dans certaines organisations des intervenants internes en relation d'aide sont disponibles, notamment dans le cadre des programmes d'intervention tertiaire. Les participantes ont mentionné qu'elles auraient aimé en bénéficier. En fait, la majorité d'entre elles étaient à l'emploi d'organisations disposant de tels programmes, mais n'ont pas été invitées à y recourir. À ce sujet, d'aucuns mentionnent l'intérêt des programmes d'intervention tertiaire pour favoriser le retour au travail, sans toutefois expliquer de quelle manière intégrer les employés dans ce processus (Hazen, 2008). À cet égard, les résultats de cette étude sont éclairants alors que les participantes indiquent qu'elles auraient souhaité être informées des possibilités de recourir à de tels programmes par le personnel du service des ressources humaines ou par leur supérieur hiérarchique.

CONCLUSION

En définitive, le retour au travail lors d'un deuil périnatal comporte son lot de défis autant pour l'employé, le supérieur hiérarchique que pour l'organisation. Ce phénomène appelle alors des pratiques pour encadrer le retour au travail des parents en deuil (Hazen 2003). Ne comprenant pas les besoins des personnes endeuillées, les organisations tardent parfois à leur offrir le soutien nécessaire lors de leur retour au travail. Les impacts sur les organisations semblent inéluctables, tant au chapitre de la santé mentale que de la rétention (Johnson et Hall, 1998; Boxall et al., 2003). Cela se traduit inévitablement en termes de coûts. Une compréhension plus étoffée des besoins des employés vivant ce type de deuil contribue à réduire ces conséquences négatives en ciblant des pratiques organisationnelles concourant à leur retour au travail et à leur maintien en emploi. Or, les pratiques relevant de l'aménagement de la tâche et du retour progressif s'avèrent peu coûteuses, et ce, en comparaison avec les charges à débourser par les organisations lors d'un arrêt de travail pour problèmes de santé mentale ou lors du départ volontaire d'un employé. Il est donc dans l'intérêt des employeurs de se préoccuper d'une telle situation.

Bien que les personnes endeuillées ne vivent pas leur deuil et leur retour au travail de façon monolithique, notre étude procède d'une logique visant à identifier les écueils auxquels elles ont fait face dans un souci de mieux cerner cette délicate problématique et d'outiller les employeurs confrontés à cette situation. Cet article pave ainsi la voie à une prise de conscience à la fois des particularités de ce type de deuil, des besoins des personnes endeuillées et des conditions qui favorisent leur retour au travail.

Cette recherche, bien qu'exploratoire, offre donc des pistes novatrices pour la praxéologie des pratiques organisationnelles favorisant le retour au travail en contexte de deuil périnatal. Il s'agit certes là de l'une des principales contributions de cette étude alors qu'à notre connaissance, elle se présente comme l'une des seules à ce jour sur le thème. C'est justement en raison des connaissances ténues à l'égard du présent thème qu'il est devenu l'objet de cette étude et qu'il convient d'explorer de nouvelles pistes de recherche afin d'en raffiner la compréhension et de le documenter davantage. À cet égard, il s'avèrerait pertinent d'étudier le lien entre le retour au travail des employés endeuillés et des concepts issus du champ du comportement organisationnel, tels que l'engagement organisationnel ou le contrat psychologique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Barfield W.D. (2011), « Standard Terminology for Fetal, Infant, and Perinatal Deaths », *Pediatrics*, vol. 128, n°1, p. 177-181.

Bennett S.M., Litz B.T., Maguen S. et Ehrenreich J.T. (2008), « An Exploratory Study of the Psychological Impact and Clinical Care of Perinatal Loss », *Journal of Loss and Trauma*, vol. 13, n°6, p. 485-510.

Bento R.F. (1994), «When the show must go on: Disenfranchised grief in organizations», *Journal of Maagerial Psychology*, vol. 9, n° 3, p. 135-145.
Boxall P., Macky K. et Rassmussen E. (2003), « Labour Turnover and Retention in New Zeland: The Causes and Consequences of Leaving and Staying with Employers ». *Asia Pacific Journal of Human Resources*, vol. 41, n°2, p. 195-214.

Brewin C.R., Andrews B. et Valentine J.D. (2000), « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, p. 748-766.

Brouwer S., Reneman M.F., Bütlmann U., Van der Klink J.J.L. et Groothoff J.W. (2010), « A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions : Perceived Work Attitude, Self-efficacity and Perceived Support », *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 20, n° 1, p. 104-112.

Charles-Edwards D. (2009), « Empowering People at Work in the Face of Death and Bereavement », *Death Studies*, vol. 33, n° 5, p. 420-236.

Cordell A.S. et Thomas N. (1997), « Perinatal Loss: Intensity and Duration of Emotional Recovery ». *Omega: Journal of Death & Dying*, vol. 35, n° 3, p. 297-308.

Côté L. et Turgeon J. (2002), « Comment lire de manière critique les articles de recherche qualitative en médecine », *Pédagogie Médicale*, vol. 3, 81-90.

De Montigny F., Beaudet L. et Dumas L. (1999), « A Baby has Died : The Impact of Perinatal Loss on Family Social Networks », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 28, n° 2, p. 151-156.

Drapeau M. (2004), « Les critères de scientificité en recherche qualitative », *Pratiques psychologiques*, vol. 10, n° 1, p. 79-86.

Fitzpatrick T. (2007), « Breavement Among Faculty Members in a University Setting». *Social Work in Health Care*, vol., 45, n° 1 4, p. 83-109.

Griffiths E. (2011), « Focus on Breast Cancer and the Workplace », *Occupational Health*, vol. 63, n° 7, p. 18-19.

Hazen M.A. (2003), « Social and Workplace Response to Perinatal Loss : Disenfranchised Grief or Healing Connection ». *Human Relations*, vol. 56, n° 2, p. 147-166.

Hazen M.A. (2006), « Silences, Perinatal Loss, and Polyphony », *Journal of Organizational Change Management*, vol. 19, n° 2, p. 237- 249.

Hazen M.A. (2008), « Grief and the Workplace », *Academy of Management Perspectives*, vol. 22, n° 3, p. 78-86.

Hazen M.A. (2009), « Recognizing and Responding to Workplace Grief », *Organizational Dyamics*, vol. 38, n° 4, p. 290-296.

Holmgren K. et Ivanoff S.D. (2007), « Supervisors' Views on Employer Reponsability in Return to Work Process. A Focus Group Study ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 17, n° 1, p. 93-117.

James P., Cunningham I. et Dibben P. (2006), « Job Retention and Return to Work of Ill and Injured Workers : Towards an Understanding of the Organisational Dynamics », *Employee Relations*, vol. 28, n° 3, p. 290-304.

Johnson J. et Hall E.M. (1998), « Job Strain, Workplace Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population », *American Journal of Public Health*, vol. 78, n° 10, p. 1336-1342.

Kavanaugh K. et Robertson P.A. (1999), « Recurrent Perinatal Loss : a Case Study », *Omega: Journal of Death & Dying*, vol. 39, n° 2, p. 133-147

Leclerc C., Bourassa B., Picard F. et Courcy F. (2011), « Du groupe focalisé à la recherche collaborative : avantages, défis et stratégies », *Recherches Qualitatives*, vol. 29, n° 3, p. 145-167.

Le Moigne J.L. (2007). *Les épistémologies constructivistes*, Paris, PUF.

Martin T. L. et DOKA K.J. (2000), *Men Don't Cry…Woman Do; Transcending Gender Stereotypes of Grief*, Philadelphia, Brunner Mazel.

Maxim S.L. et Mackavey M.G. (2005), « Best Practices Regarding Grief and the Workplace », *Journal of American Academy of Business*, vol. 6, n° 1, p. 110-116.

McCreight B.S. (2008), « Perinatal Loss: A Qualitative Study in Northern Ireland », *Omega: Journal of Death & Dying*, vol. 57, n° 1, p. 1-19.

St-Arnaud L., Saint-Jean M. et Rhéaume J. (2003), « De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale ». *Santé Mentale au Québec,* vol. 28, n° 1, p. 193-220.

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

Stroebe M., Stroebe W. et Shut H. (2003), « Bereavment research : methodological issues and ethical concerns », *Palliative Medicine*, n° 17, p. 235-240.

Sylvain H. (2008) « Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières ». *L'infirmière clinicienne*, vol. 5, n°1, p.1-11.

Valentine C. (2006), « Academic constructions of bereavement », *Mortality*, vol. 11, n° 1, 57-78.

Vance J. C., Boyle F., Najman J. M. et Thearle M. J. (2002), « Couple Distress After Sudden Infant or Perinatal Death : A 30-Month Follow up ». *Journal of Pediatric Child Health*, vol. 38, n° 4, p. 368-372.

Verdon C. (2004), « Les réactions de deuil des parents lors de la perte périnatale ». *Frontières*, vol. 16, n°2, p. 38-42.

Verdon, C., de Montigny F. et Vachon E. (2009), « Les services offerts aux familles lors d'un décès périnatal ». *L'infirmière clinicienne*, vol. 6, n°2, p. 25-28.

Wasiak, R., Young A. E., Roessler R. T., McPherson K. M., Van Poppel M. et Anema J. R. (2007), « Measuring Return to Work ». *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 17, n°4, p. 766-782.