

SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL

Étude comparative Québec- Catalogne

**G. Harnois (1);
L. Salvador (2);
Michelle Gilbert (3);
Caroline Dubé(4);
J. Cid (5)**

- (1) M.D., Consultant, CCOMS de Montréal, Institut Universitaire Douglas en santé mentale**
- (2) M.D., Ph. D., Consultant principal, ministère de la Santé de la Catalogne**
- (3) Directrice des Ressources humaines, Institut Universitaire Douglas**
- (4) Chef de Service, Relations avec les employés, Institut Universitaire Douglas**
- (5) Coordonnateur, Gestion des programmes de santé mentale, Institut d'Assistencia Sanitaria, Girona, Catalogne.**

31 août 2011

Publication du Centre Collaborateur OMS/OPS de Montréal pour la recherche et la formation en
santé mentale,
À L'Institut universitaire en santé mentale Douglas
6875, boulevard LaSalle
Montréal (Québec)
Canada
H4H 1R3

Tél. : 514-762-3006

ISBN 978-2-923185-15-6

PROJET CATALOGNE-QUÉBEC (no : PSR-SIIRI-172)

TABLE DES MATIÈRES

EXECUTIVE SUMMARY	6
Remerciements.....	9
INTRODUCTION	9
MÉTHODE.....	10
Membres du groupe QUEBCAT	12
VOLET MACRO POUR LE QUÉBEC	13
1. INTERNATIONAL	13
1.1. Communauté européenne.....	13
1.2. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).....	14
2. POSITIONNEMENT DE L'OMS :	15
2.1. Division de la santé mentale.....	15
2.2. Plan global d'action sur la santé des travailleurs 2008-2017	15
3. CONTEXTE NORD-AMÉRICAIN	17
3.1. ÉTATS-UNIS-CANADA	17
3.2. CANADA.....	18
3.2.1. Business and Economic Roundtable	18
3.2.2. Enquête Ipsos-Reid : Canada- États-Unis	19
3.3. Invalidité liée à la maladie mentale.....	20
3.4. Coûts de la santé mentale	20
4. Situation au Québec	20
4.1. Aperçu général	20
4.2. Travail et dépression au Québec.....	21
4.2.1. Programmes d'aide aux employés.....	22
4.2.2. Ministère de la Santé et des Services sociaux	23
4.2.3. Cheminement de la personne avec problème de santé mentale	23
4.2.3.1. Au Québec	23
4.2.3.2. En Catalogne	25
4.2.4. Satisfaction des services reçus.....	26
4.2.5. Les antidépresseurs	27
4.2.6. Coûts associés	27
4.3. Les Médias	27
4.4. Normes ISO en santé mentale	28
4.5. Grille d'identification des risques psychosociaux	28
5. La stigmatisation	29
6. Références.....	31
VOLET MACRO POUR LA CATALOGNE	33
7. Introduction	34

8.	Réglementation et initiatives politiques.....	34
8.1.	L'Union européenne	34
8.2.	La situation en Espagne	38
8.3.	Catalogne	39
9.	Situation actuelle.....	43
10.	Conclusions	46
11.	Références	46
	VOLET MICRO	48
	Introduction.....	48
12.	Les données	49
12.1.	Le Québec et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas	49
12.1.1.	La mission de l'Institut Douglas	49
12.1.2.	Description : Éléments constitutifs.....	51
12.1.2.1.	L'agrément	54
12.2.	Douglas : centre collaborateur de l'OMS.....	54
12.3.	La Santé et le bien-être au travail : Au cœur des préoccupations de la direction des ressources humaines de l'Institut Douglas	55
12.3.1.1.	Programme Santé Bien-être.....	55
12.3.1.2.	Douglas en démarche pour une reconnaissance de la norme québécoise de qualité « Entreprise en santé »	56
12.3.1.3.	Un programme de retour au travail.....	60
12.3.1.4.	Le Programme d'aide aux employés (PAE)	60
12.3.1.5.	Orientation	61
12.3.1.6.	Formation et développement	62
12.3.1.7.	Comité paritaire de santé et sécurité au travail.....	63
12.3.1.8.	Code blanc.....	63
12.3.1.9.	Politique contre la violence et le harcèlement	64
12.4.	Les coûts reliés à la dépression et à l'absentéisme	65
12.5.	L'Espagne et l'Institut d'Assistencia Sanitaria (IAS) de Girona	70
12.5.1.	La mission de l'IAS.....	70
12.5.2.	Description : Éléments constitutifs.....	72
12.5.3.	La Direction des ressources humaines : la Santé et la Sécurité	74
12.5.3.1.	Le plan de promotion de la stabilité du personnel	74
12.5.3.2.	Plan d'accueil	74
12.5.3.3.	Relations de travail	75
12.5.3.4.	Plan de communication.....	75

12.5.3.5.	Participation à la prise de décisions	75
12.5.3.6.	Formation et perfectionnement.....	75
12.5.3.7.	Prévention du risque.....	76
12.5.3.8.	Le programme de prévention : Pratiques de Gestion	76
12.5.3.8.1.	Hôpitaux promoteurs de santé	77
12.5.3.8.2.	Guide de prévention des risques	77
12.5.3.8.3.	Comité de santé et de sécurité	77
12.5.3.8.4.	Guide de prévention des conflits et harcèlement moral au travail.....	78
12.5.3.8.5.	Interventions de l'IAS à promouvoir le Guide du tabagisme	78
12.5.3.8.6.	Coûts reliés à la dépression et à l'absentéisme	78
12.6.	Comparaison entre les deux établissements.....	86
13.	Partie 2. Notions légales nécessaires à l'analyse	91
13.1.	La représentation des travailleurs	91
13.1.1.	L'Institut Douglas — Les syndicats dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec	91
13.1.2.	IAS Les syndicats dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Catalogne	92
13.2.	Des éléments de quelques conventions collectives applicables au Québec.....	92
13.2.1.	La protection de l'invalidité.....	92
13.2.1.1.	La notion d'assurance-salaire.....	92
13.2.1.2.	Utilisation de la procédure d'arbitrage médical	94
13.2.2.	La sécurité d'emploi et la fermeture de dossiers après un délai de 36 mois	94
13.3.	Des éléments de quelques conventions collectives applicables à IAS.....	95
14.	Comparaison entre les résultats de sondages eu égard aux éléments reliés à la santé psychologique ainsi qu'à la dépression.....	98
14.1.	La méthodologie.....	98
14.1.1.	L'Institut Douglas	99
14.1.2.	L'Institut D'Assistencia Sanitaria	99
14.2.	Les résultats	102
14.2.1.	La qualité de l'état de santé.....	103
14.2.2.	Les saines habitudes de vie	104
14.2.3.	La santé psychologique.....	104
14.2.4.	Respect au travail	107
14.2.5.	Quantité de travail	108
14.2.6.	Agression physique et harcèlement	108
15.	Recommandations	108
15.1.	Stratégies Employeurs de choix	109

15.2. Entrevue motivationnelle	117
16. BIBLIOGRAPHIE.....	123
17. ANALYSE ET CONCLUSIONS.....	124

EXECUTIVE SUMMARY

There is a substantial increase in mental health related problems at work both in Europe and North America. The Macro aspects of this study reveal the following:

The framework document on Health and Workplace security of the European Community was adopted in 1989; a year later, it was found that 28% of workers felt stressed which resulted in expenditures estimated at 20 billion dollars. Stress was felt to impact most aspects of health and morbidity related to work. The 2003-2008 Community Action Program in Public Health defines various social determinants. Stress, violence, depression and anxiety, are the second most important health related work problem in the European Community.

The OCDE felt that mental health represents 25% of invalidity costs in the European Union.

WHO has come to the conclusion that mental health at work is a key element of a country's mental health policy and has adopted a Global Plan of Action 2008-2012. Mental Health Europe and the European Network for the promotion of health (including mental health) in the workplace are very active.

In the North American context, mention is made that in 2000, major depression for workers cost 83.2 billion dollars of which 51.1 million went for replacement costs.

It is felt that invalidity rather than life expectancy will become the foremost health problem of the XXI Century. The 2007 Ipsos-Reid Survey in the US and Canada revealed high incidence rates for depression as well as the ubiquity of stigma.

In Quebec, data from the ESC1.2 Inquiry found that 10% of adults had “consulted” for a mental health reason in the last year. The impact of one’s revenue, prior mental health problems, alcoholism, comorbidity and stigma are presented.

Employee Assistance Programs are widely available: their true effectiveness is difficult to assess on account of confidentiality issues.

The Quebec Government 2005-2012 Mental Health Action Plan focusses on the development of a full Primary Mental Health Care approach. The typical trajectory of a worker with a mental health problem involves a diagnosis and, ideally, treatment from one’s family physician. It is noted that 25% of the population does not have a family doctor and that the majority of GP’s working in mental health are paid on a fee for service; the characteristics of those doing mental health are presented.

In Spain, Law 31/1995 on the prevention of professional risk looks at the sources of various risks, including psychosocial ones, often involved in mental health problems, In Spain, every citizen has a family physician.

Catalonia has developed its own Catalan Institute of Medical Evaluation to define the main elements of the Government Strategies 2009-2012 on Health and Work security A 2008 study reveals that costs related to depression represent 0.38 of GDP.

Mention should be made of the existence of 467 Mental Health Centers throughout Spain; they provide “second” line mental health services to children and adults.

The Micro part i.e. the comparison between the two participating Institutes reveal that with respect to the mental health of their employees, the two entities have extensive programs of intervention based principally on prevention.

In Montreal, while the Board of Director has adopted proactive policies for the health and mental health of its employees, it is the Department of Human resources that has undertaken most initiatives to create a stimulating work environment including interactive communications and the offer of a great number of “products” often developed with the input of employees. The Institute should soon receive the Government approved designation of “Institution in good Health”. All components of the Program functioning are described.

The Gerona Institute (IAS) has manpower roughly equivalent to that of the Douglas, both in numbers and repartition. The main components of its employee related programs are similar to those in Montreal, focussing on communications, training and many prevention oriented activities. The Department of Human resources ‘Program on risk prevention and management is the local application of Law31/1995. The Prevention services is an interdisciplinary group of Professionals (a physician, a nurse, 2 managers). The program develops policies and coordinates prevention programs. It evaluates both physical and psychological risks, and offers first level care to employees and will intervene with the employee’s manager as need be.

The main difference found between the two Institutes rest with the fact that the % of absenteeism linked to a mental health problem is 27% in Montreal and 9% in Gerona. We believe that the two figures cannot be compared because , in Montreal, the HRD gets the medical diagnosis on the absenteeism form whereas, such is not the case in Gerona where that information is not available (it goes to a Central Government Agency); only a minority on employees will admit to a mental health problem to the Risk prevention team. Moreover, in Montreal, the costs incurred by the employee’s absence are charged directly to the Institute’s budget, but in Gerona these costs are borne by a central agency and not the Institute, with the exception of the first few weeks. We remain however convinced that the existence and functioning of the Risk Prevention team in Gerona undoubtedly plays a role in the fact that the incidence rates mentioned are lower in Gerona.

Recommendations are proposed to further investigate the costs of mental health problems in the workplace, the exact nature of the role of the primary health care network, including family physician, the impact of their mode of remuneration, the importance of a having a well-developed and identified secondary mental health care level.

Remerciements

Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'accord de collaboration entre les ministères de la Santé du Québec et de la Catalogne. L'étude au Québec a été financée par un octroi de la ministre des Relations internationales du Québec avec l'aide du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation. Il a aussi reçu l'appui de la Fondation de l'Institut en santé mentale Douglas.

L'étude en Catalogne a été financée par le Conseil interterritorial de la Stratégie nationale en santé mentale (ministère espagnol de la Santé, de la Politique sociale et de l'Équité), le ministère catalan de la Santé et l'IAS-Girona.

INTRODUCTION

Le travail est un élément fondamental de la qualité de vie et du bien-être, la principale source de revenus pour la plupart des gens, souvent une influence majeure sur nos réseaux sociaux, et un facteur déterminant du statut social. Bien que le travail améliore l'état de santé générale et le bien-être et réduit la détresse psychologique, la recherche montre que l'absence de travail à long terme, l'incapacité au travail et le chômage sont tous nuisibles à la santé physique et mentale et au bien-être.

Étant donné la prévalence élevée de problèmes de santé mentale dans la population générale - à tout moment donné, entre un sur cinq et un sur six travailleurs peut être affecté par des problèmes de santé mentale - le lieu de travail doit être en mesure de fournir un environnement sain qui est psychologiquement favorable à tous les travailleurs. Environ 90 % des personnes ayant les conditions les plus complexes de santé mentale sont au chômage. Environ 43 % des 2,6 millions de personnes recevant des prestations d'arrêt de travail de longue durée ont un problème de santé mentale. Soutenir les aspirations professionnelles d'une personne est un élément clé du processus de rétablissement. De plus, les personnes affirment avoir une meilleure santé mentale et utilisent donc moins les services quand ils ont un emploi.

L'analyse de rentabilité pour s'opposer à la mauvaise santé mentale au travail est assez évidente : l'absentéisme, la baisse de productivité au travail et l'abandon prématuré de la population active en raison de problèmes de santé mentale peuvent avoir des répercussions importantes sur la productivité et la compétitivité. D'un point de vue gouvernemental les raisons d'agir sont aussi évidentes : la retraite anticipée et l'exclusion du marché du travail en raison du stress lié au travail et aux problèmes de santé mentale, notamment la dépression, représentent maintenant une part toujours plus grande des allocations sociales à long terme, et peut même remettre en cause leur viabilité à long terme. Un autre objectif clé est de promouvoir l'inclusion sociale : faire en sorte qu'il

existe des possibilités pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale à contribuer au milieu de travail peut aider à atteindre ce but.

Les comparaisons internationales sont essentielles pour élaborer des politiques de santé. A titre d'exemple, l'OMS a appelé à une comparaison internationale des services d'évaluation des réformes des soins de santé (diagramme de Ljubljana). L'information est pertinente pour encadrer les arguments des différentes parties prenantes, y compris les employeurs, les syndicats, les organisations non gouvernementales, les départements gouvernementaux locaux et nationaux et les institutions européennes, nord-américaines pour d'une part prendre des mesures en milieu de travail en ce qui concerne la prévention et le contrôle des facteurs qui peuvent conduire à un stress excessif pour tous les travailleurs, à temps complet et à temps partiel, et d'autre part pour aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale à rester ou à retourner au travail. L'accent est mis ici uniquement sur le lieu de travail : l'étude ne regarde pas l'importante question de la protection de la santé mentale des chômeurs de longue durée. Elle prend en compte ce qui est connu au sujet des différentes interventions qui favorisent le bien-être mental, ce qui prévient l'apparition des problèmes de santé mentale et la gestion desdits problèmes lorsqu'ils apparaissent et enfin, la réinsertion des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le milieu du travail. Des mécanismes pour aider la mise en œuvre de l'aide et palier aux lacunes dans les connaissances sont également identifiés. Malgré ces lacunes, il est déjà clair qu'il existe des interventions efficaces qui vont non seulement aider à améliorer la qualité de vie des travailleurs, mais qui peuvent aussi avoir des avantages économiques substantiels pour les employeurs, les employés et les gouvernements.

Il est également important que la base concrète de l'étude repose sur des données macro et micro. Le Comité consultatif OMS de la Recherche en Santé a reconnu que tous les éléments de preuve sont sensibles au contexte (et donc indirects dans une certaine mesure) et les éléments de preuve au niveau global et local doivent être combinés pour élaborer des recommandations utilisables. Les éléments de preuve locaux (d'un secteur particulier ou d'un territoire dans lequel les décisions et les mesures seront prises, est nécessaire pour la plupart des autres jugements sur ce qu'il faut faire, y compris : la présence de facteurs de modification dans des contextes spécifiques, besoin (prévalence, risque de base ou statut), les valeurs, les coûts et la disponibilité des ressources (Oxman et coll., 2006). La pertinence du local (niveau méso) et d'information mondiale / nationale / régionale (niveau macro) a été examinée dans le cadre du programme SUPPORT visant l'amélioration des prises de décisions concernant l'amélioration de politiques et programmes de santé (Lewin et coll., 2009).

MÉTHODE

Une approche qualitative basée sur des experts a été suivie. Les deux premiers groupes de travail se sont préparés au Québec et en Catalogne. Deux groupes étendus d'experts ont également été formés pour fournir des informations supplémentaires. Une série de rencontres régionales et internationales ont été organisées sur une période de trois ans

(2009-2011). Une étude de conception transversale a été prévue afin de fournir des informations complètes à la fois sur les aspects descendants / macro de la dépression au travail, comme sur les aspects ascendants / micro dans deux organisations locales.

L'étude **macro** décrit la situation actuelle à trois niveaux territoriaux : la région du monde (Amérique du Nord et Europe), le pays (Canada et Espagne) et la région nationale (Québec et Catalogne). Des rapports détaillés ont été préparés dans chaque pays pour décrire la situation macro. Une série d'indicateurs pertinents ont également été sélectionnés dans les deux régions pour permettre des comparaisons. Ces indicateurs étaient liés aux coûts, à la productivité, à la prévention et à la satisfaction / promotion en santé mentale.

Les rapports détaillés ont été achevés par des études régionales sur le sujet. En Catalogne, une étude sur les coûts reliés à la dépression a été réalisée (Salvador-Carulla et coll., 2011) avec des données précises sur les coûts de l'absence et de l'incapacité au travail liées à la dépression.

Au Québec nous avons utilisé les données pertinentes de l'Enquête (2010) sur la santé des collectivités canadiennes (cycle 1.2), ainsi que l'Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois (2010).

Les rapports détaillés préliminaires ont été présentés aux groupes d'experts nationaux et ont été discutés par le groupe international dans un processus itératif.

Afin de procéder à une comparaison **micro** et identifier les bonnes pratiques au niveau micro, deux grandes entreprises liées au secteur de la santé mentale ont été sélectionnées dans chaque région, chacune comptant plus de 1 000 employés oeuvrant dans le secteur public. Tout d'abord un institut de santé a été sélectionné à Montréal en tant que le comparateur de référence (Institut universitaire en santé mentale Douglas). Une description formelle de cette organisation a été préparée et présentée à la 1ère Rencontre internationale travail qui s'est tenue à Barcelone. Puis une série de critères ont été définis pour identifier un institut de santé en Catalogne présentant des caractéristiques similaires qui pourraient être décrites et comparées. Des trois instituts de santé similaires qui ont été identifiés en Catalogne, c'est l'IAS-Girona qui a finalement été choisi pour la comparaison.

Membres du groupe QUEBCAT

Constança Alberdi. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, Barcelone, Espagne

Murielle Bendek, Ingenis. Barcelone, Espagne

Caroline Dubé. , Institut Douglas, Montréal, Canada. (Coordonateur de projets)

Michelle Gilbert. , Institut Douglas, Montréal, Canada (Coordonateur de projets)

Gaston Harnois. Institut Douglas, Montréal, Canada (Coordonnateur de projets)

Jordi Cid. IAS-Girona, Girona, Espagne (Coordonnateur de projets)

Esther Jordà. Représentante, Plan de Santé mentale. Ministère catalan de la Santé.
Barcelone, Espagne.

Cristina Molina. Directrice, Plan de Santé mentale. Ministère catalan de la Santé.
Barcelone, Espagne

Ema Motrico. PSICOST et Université de Loyola, Séville, Espagne

Mencia Ruiz. Association de recherche PSICOST. Xérès, Espagne

Jose Alberto Salinas. PSICOST et Université de Loyola, Séville Espagne

Luis Salvador-Carulla. Association de recherche PSICOST. Xérès, Espagne
(Coordonnateur de projets)

Experts au Québec : Alain Lesage, Michel Vézina, Marc Laporta, Sonia Lupien, Marie Josée Fleury.

Experts en Catalogne : Antoni Arteman, Joan Colom, Claudi Camps, Emilia Payas, Lluís Franch, Josep Ramos. Rosa Carreras. Xavier Sanlehi. Antoni Vinas

Remerciements à Monsieur Gabriel Audet, Adjoint administratif Classe1 au CC OMS de Montréal pour la traduction et la mise en page.

VOLET MACRO POUR LE QUÉBEC

La littérature scientifique sur la santé et le travail est abondante; depuis les années 1990, on constate un accroissement marqué de publications et d'articles sur les aspects santé mentale et emploi.

Nous mentionnons ici quelques-unes des publications qui nous ont été utiles dans le développement de la méthode suivie pour la réalisation de notre projet, à savoir l'étude comparative de la façon dont deux entreprises (l'une québécoise et l'autre catalane) comptant plus de mille employés chacune gèrent le volet santé mentale de leurs employés.

Ce chapitre dit « macro » tentera de décrire de façon sommaire l'évolution rapide du « contexte » dans lequel se situe le monde de l'emploi et du travail dans son volet bien-être et santé mentale.

1. INTERNATIONAL

1.1. Communauté européenne

En 1999, la direction générale de la commission d'emploi de la Communauté européenne publie le « manuel d'orientation sur le stress relié au travail ».

Parmi les éléments de contexte cités dans ce document, on note que la moitié des 147 millions de travailleurs des quinze états membres de l'UNION à cette date déclare travailler à une « cadence infernale et des délais très courts ». 45 % d'entre eux disent accomplir des tâches monotones et 28 % se plaignent de « stress ». La Commission estime prudemment que les coûts du stress lié au travail s'élèvent à quelque 20 milliards d'euros par an.

Le document fait ressortir que « le travail peut avoir des répercussions positives et négatives sur la santé et le bien-être ». En effet, il peut donner un but et un sens à la vie. Il peut apporter une identité, le respect de soi, le soutien social et la récompense matérielle.

En revanche, si les conditions de travail présentent des caractéristiques inverses, elles sont susceptibles à longue échéance de provoquer des problèmes de santé, d'en accélérer le cours ou d'en déclencher les symptômes.

Le document fait ressortir que lorsque les individus sont exposés à des facteurs de stress de ce type, la plupart ont des réactions émotionnelles comme l'angoisse, la dépression, l'inquiétude, l'agitation et la fatigue. On met aussi l'accent sur l'impact du stress sur les comportements de l'individu qui souvent l'amènent à prendre des risques inutiles.

Le document met aussi l'accent sur l'impact sur le plan physiologique notamment la tension artérielle, le rythme cardiaque, les douleurs musculaires, les problèmes d'estomac, etc.

Le document en vient à déclarer que le *stress peut avoir des répercussions sur la quasi-totalité des « aspects de la santé et de la maladie liés au travail »*.

Le document propose toute une série de mesures tant en mettant nettement l'emphasis sur la prévention du stress. À ce sujet, il met l'accent sur :

- la prévention des conditions génératrices de stress au travail, mentionnant entre autres la nécessité de donner aux travailleurs un temps suffisant pour qu'ils fassent le travail. Avoir une description de poste précise, permettre au travailleur d'exprimer des doléances, harmoniser responsabilité et autorité et favoriser la maîtrise par le travailleur du produit final.
- Au niveau de l'entreprise, le document suggère d'envisager des améliorations de l'organisation sur les plans suivants : horaires de travail, participation à la maîtrise, charge de travail, contenu, rôles, environnement social et avenir.

Le document fait ressortir que toutes les causes de stress ne peuvent pas être éliminées et que souvent on doit adopter des mesures qui permettent à l'individu de s'adapter de la façon la moins nuisible possible.

On décrit toute une foule d'instruments de mesure des différents volets du stress ainsi des processus administratifs, largement axés sur le contrôle interne qui vise dans un premier temps à déterminer la fréquence, la prévalence et la gravité de l'exposition aux facteurs de stress; dans un deuxième temps, on analyse les caractéristiques de ces expositions au stress pour déterminer si elles sont nécessaires, suffisantes ou accessoires; dans un troisième temps, on met en place et on évalue une série d'interventions intégrées afin de prévenir le stress relié au travail et de promouvoir à la fois le bien-être et la productivité.

1.2. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE)

Dans son bulletin de décembre 2008, l'OCDE fait ressortir que l'essentiel des coûts de la santé mentale ne sont pas imputable au secteur de la santé, mais prennent plutôt une autre forme : « baisse de productivité, absentéisme, congé de maladie, retraite anticipée et versements de pension d'invalidité. » Selon un récent rapport de la Commission européenne, les problèmes de santé mentale représentent 25 % de l'ensemble des prestations d'invalidité dans l'UNION européenne.

En France, 25 % des dépenses liées aux maladies professionnelles peuvent être attribuées au stress.

En Finlande, les dépenses d'invalidité pour des problèmes liés à la santé mentale ont pratiquement doublé entre 1990 et 2003 ».

Le rapport fait aussi ressortir que la dépression apparaît comme le problème de santé mentale le plus fréquent et le plus coûteux. Entre autres parce qu'elle a un impact significatif sur la population la plus active : 21 millions d'habitants, soit 4,5 % de la population des 28 pays d'Europe en seraient affectés, à un coût de 118 milliards EURO, soit 1 % du PIB de la région. Fait à noter, les coûts directs s'élèvent à 42 milliards EUROS, mais les coûts indirects représentent 76 milliards, soit les deux tiers du total.

Le rapport parle des nombreuses études qui « ont confirmé un lien entre chômage et mauvaise santé mentale, y compris la dépression ». Il s'interroge aussi « pour savoir si

l'évolution de la structure de l'emploi et des conditions de travail ne pourrait pas aggraver les maladies mentales ».

2. POSITIONNEMENT DE L'OMS :

2.1. Division de la santé mentale

L'OMS publie en 2000, conjointement avec le BIT « Mental Health and Work : Impact, Issues and Good Practices » qui, en plus de discuter du rôle des entreprises sociales, fait ressortir la préoccupation et l'intérêt grandissant de la plupart des pays développés pour les problèmes de santé mentale en emploi.

Le très important Rapport sur la santé dans le monde 2001 de l'Assemblée mondiale de la santé consacrée pour la première fois à la santé mentale, fait ressortir l'ampleur du problème et l'engagement de l'OMS de proposer des solutions, y compris pour les pays en développement.

En 2005,

- l'OMS publie le Module : « Mental Health Policies and Program in the Workplace » dans le cadre de son programme global de santé mentale.
- Le document fait sortir que les problèmes de santé mentale au travail sont complexes et souvent le résultat d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux.
- Dans les pays développés, les programmes de prise en charge efficaces des problèmes de santé mentale sont surtout le fait de grandes entreprises, mais sont souvent mal coordonnés et utilisent des langages qui sont inefficaces. Les petites et moyennes entreprises ont manifestement plus de difficultés à mettre en place des programmes de prise en charge des problèmes de santé mentale de leurs employés.
- L'OMS en vient à la conclusion que la santé mentale au travail est un élément essentiel de toute politique nationale de santé mentale.
- Le document fait ressortir les avantages inhérents au développement explicite d'une politique de santé mentale pour toute entreprise; il en décrit les 4 étapes nécessaires à sa formulation.
- Parmi les éléments-clés du module, notons la difficulté que l'on remarque de la part des principaux acteurs d'en arriver à un accord sur la vision, les valeurs et les principes et les objectifs d'une éventuelle politique de santé mentale en emploi; par ailleurs, l'accord explicite de la direction est jugé essentiel ainsi que la nécessité de développer un langage clair pour tous qui permet de mesurer l'impact financier des problèmes de santé mentale pour l'entreprise.

2.2. Plan global d'action sur la santé des travailleurs 2008-2017

À l'occasion de sa Réunion du 23 mai 2007, l'ASSEMBLÉE mondiale de la santé déclare qu'il faut « s'assurer de la collaboration et de l'action concertée de

tous les programmes ayant trait à la santé des travailleurs tels la prévention des accidents et maladies occupationnelles, les maladies infectieuses et les maladies chroniques, la promotion de la santé, la *santé mentale*, la santé de l'environnement, et le développement des systèmes de santé.

À la même occasion, l'Assemblée adopte le Plan global d'action sur la santé des travailleurs 2008-2017 et enjoint le Directeur général à lui faire rapport à l'ASSEMBLÉE de 2013.

Le Plan définit une entreprise en santé comme suit :

« Un milieu de travail sain est un milieu dans lequel les travailleurs et les gestionnaires œuvrent de concert à mettre en place un processus d'amélioration continue visant à protéger et à promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de tous les travailleurs ainsi qu'à la durabilité de ce milieu de travail en considérant ce qui suit, en fonction des besoins identifiés :

- Soucis de santé et de sécurité dans l'environnement de travail physique;
- Soucis de santé, de sécurité et de bien-être dans le cadre psychosocial du travail, y compris l'organisation du travail et la culture organisationnelle;
- Services de santé individuels sur le lieu du travail; et
- Moyens de participer à la communauté pour améliorer la santé des travailleurs, de leurs familles et des autres membres de la communauté. »

Le Plan global met l'accent sur la prévention et stipule comme principe que « tous les travailleurs devraient profiter des plus hauts standards atteignables en santé physique, *en santé mentale*, et dans leurs conditions de travail ». Le document utilise systématiquement l'expression « *risques psychosociaux dans l'environnement de travail* ».

Le cadre psychologique du milieu de travail comprend la culture organisationnelle ainsi que les comportements, les valeurs, les croyances et les pratiques quotidiennes de l'entreprise qui influent sur la santé mentale et le bien-être physique des employés. Les facteurs pouvant causer un stress émotionnel ou mental sont souvent appelés "stresseurs" professionnels.

À titre d'exemple de risques psychologiques, mentionnons :

- Une mauvaise organisation du travail (problèmes avec les exigences du travail, contraintes de temps, de latitude décisionnelle, rémunération et reconnaissance, soutien des superviseurs, mandat clair, conception des tâches, manque de communication);
- Une culture organisationnelle déficiente : absence de politiques et de pratiques liées à la dignité ou au respect de tous les travailleurs, harcèlement et intimidation, discrimination entre les sexes, stigmatisation

pour cause de séropositivité, intolérance à la diversité ethnique ou religieuse, manque de soutien aux modes de vie saine;

- Une gestion par structure de commandement et de contrôle (absence de consultation, de négociation, de communication bidirectionnelle, de rétroactions constructives, de gestion respectueuse du rendement);
- Un manque de soutien à l'équilibre travail vie personnelle;
- La crainte de perte son emploi à cause de fusions, d'acquisitions ou de restructurations du marché du travail et de l'économie.

Le Plan met l'accent sur la mise sur pied d'instruments de mesure, de programmes de formation (à tous les niveaux), de la nécessité d'intégrer ces perspectives (à d'autres politiques existantes) et de se doter de la capacité d'agir au niveau national et local.

Au niveau de l'OMS, le suivi des recommandations de l'ASSEMBLÉE incombe surtout à Division de la santé occupationnelle du Département de la Santé publique et de l'environnement de l'OMS. Cette Direction utilise un réseau international de Centres collaborateurs OMS en santé du travail et publie le Global Occupational Newsletter (GOHNET)

Cette même Division a participé à la rédaction de 4 documents clefs dans la « Série OMS sur la protection de la santé des travailleurs » :

-no 3 : l'organisation du travail et le stress

-no 4 : Accroître la sensibilisation sur le harcèlement psychologique au travail

-no 6 Accroître la sensibilisation sur le stress au travail dans les pays en développement

-no 9 Guide sur le cadre européen pour la gestion des risques psychosociaux.

3. CONTEXTE NORD-AMÉRICAIN

3.1. ÉTATS-UNIS-CANADA

Le monde du travail change (Business and Economic Roundtable); on constate que :

- La technologie de l'information nous oblige à repenser chaque étape du cycle du monde des affaires.
- La globalisation implique de nouvelles formes de valeurs de productivité et rentabilité.
- À ces phénomènes, on associe l'insécurité croissante, la précarisation de l'emploi, et l'envahissement de tous les autres aspects de la vie par le travail.

- Comme corollaire, les « capacités mentales » (plutôt que physiques) de l'individu sont recherchées et valorisées.
- La philosophie de travail, les politiques de bien-être et de santé mentale de l'entreprise ont un impact direct sur le fonctionnement et la satisfaction de l'employé et, en dernière analyse sur la rentabilité de l'entreprise.
- On accorde une grande importance à l'informatisation et l'automatisation du travail ainsi qu'aux tendances vers un contrôle plus strict de la productivité.

En ce qui a trait à la dépression, on estime qu'en 2000 elle a engendré des coûts de 83.2 milliards, dont 31 % (soit 26.1 milliards) pour les soins directs, 7 % (soit 5.4 milliards) pour les coûts reliés au suicide et, 62 % (soit 51.1 milliards) pour les frais de remplacement.

Dans son rapport 2009/2010 la très influente firme d'évaluation Towers Watson rapporte que, de plus en plus les compagnies nord-américaines font un lien direct entre l'amélioration de la santé, l'efficacité au travail et le stress.

Les deux tiers des entreprises ont ajouté ou enrichi leurs programmes de « santé et productivité ».

Les meilleurs programmes se traduisent par un accroissement de 11 % du revenu rapporté par employé; des réductions de coûts médicaux de 1,2 % ; une réduction de 1,8 jour d'absentéisme par employé.

Fait à remarquer, les entreprises canadiennes ont davantage de programmes de gestion de l'absentéisme, du handicap, et du stress au travail que les entreprises américaines qui misent davantage sur la promotion de la santé et la gestion des programmes de santé.

3.2. CANADA

3.2.1. Business and Economic Roundtable

En 2002, l'organisme canadien non gouvernemental et sans but lucratif suggère aux employeurs canadiens d'entreprendre une vaste campagne de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale au travail. L'organisme publie la « *charte sur la santé mentale dans une économie du savoir* ».

Le texte identifie le « leadership corporatif » comme élément-clé de la prévention des problèmes de santé mentale et de la promotion de la santé mentale en emploi. La charte propose quatre objectifs corporatifs :

- Prévenir l'incapacité psychologique (mental disability) par la promotion du dépistage précoce et du traitement des problèmes de santé mentale au travail.

- Réduire l'absentéisme en neutralisant ou en éliminant les 10 principales causes du stress au travail.
- Améliorer de façon significative la sensibilisation et la compréhension des problèmes de santé mentale et de toxicomanie au niveau des dirigeants, des gestionnaires et des employés.
- Appuyer les programmes d'éducation publique et ceux visant l'entreprise afin d'éliminer la stigmatisation qui agit comme obstacle important au dépistage et au traitement de ces problèmes et, par voie de conséquence aux coûts qu'ils engendrent.

Parmi les points forts du document explicatif de la charte sur la santé mentale dans une économie du savoir, notons les points suivants :

- L'invalidité (et non l'espérance de vie) comme problème principal de santé publique au XXI^e siècle.
- Par définition, l'invalidité est un problème d'entreprise.
- La dépression et les maladies cardiaques deviendront les deux principales causes d'absentéisme.
- Toute entreprise doit incorporer la santé mentale comme composante essentielle de sa politique de santé et de sécurité au travail.
- La population la plus vulnérable est celle de moins de 25 ans et celle qui a de 10 à 14 ans de services.
- Les employeurs et les syndicats ont chacun leurs responsabilités dans la gestion des problèmes de santé mentale.
- Il semble préférable de fusionner le concept d'invalidité physique et mentale afin de réduire la stigmatisation encore trop présente face à la maladie mentale.

3.2.2. Enquête Ipsos-Reid : Canada- États-Unis

En 2007, suite à la publication d'une politique de recherche sur la santé mentale en emploi de l'Institut canadien des centres de recherche, on confie à la firme Ipsos-Reid le mandat de faire une enquête statistiquement valable sur la perception de la santé mentale, notamment de la dépression, tant aux États-Unis qu'au Canada.

Parmi les faits saillants de cette enquête (Ipsos-Reid, 2007), on remarque que :

- 17 % des Nord-Américains ont reçu un diagnostic de dépression de leur médecin
- 21 % croient qu'ils souffrent de dépression sans avoir reçu le diagnostic
- 78 % des travailleurs croient qu'après avoir reçu un diagnostic de dépression, ils n'en parleraient pas, de peur de nuire à leurs chances de progresser au travail, et ce, malgré le fait que :
- 84 % de la population croit qu'un PDG considérerait comme prioritaire l'aide à apporter à un employé avec un diagnostic de dépression.

Au Canada, les problèmes de santé, donc de santé mentale, sont de juridiction provinciale.

Le Gouvernement canadien finance par octroi environ 25 % des budgets de santé de chaque province qui subissent le plus fort taux de croissance de tous les ministères. Compte tenu de l'intérêt suscité, entre autres par l'enquête Ipsos-Reid, le ministère de la Santé canadien a créé la Commission de la santé mentale qui se penche sur une foule de dossiers, y compris la santé mentale en emploi.

3.3. Invalidité liée à la maladie mentale

Dans l'édition d'été 2010 du Journal of Environmental Medicine, Dewa fait ressortir qu'au Canada pour chaque 1 000 employés les entreprises doivent s'attendre à 145 périodes d'absentéisme à court terme dont 20 sont causées par la maladie mentale; même si elles ne représentent qu'une fraction de l'ensemble, ce sont ces 20 périodes d'absence qui coûtent le plus cher (souvent le double) à l'employeur.

L'incapacité liée à un problème physique dure environ 33 jours et coûte en moyenne 9 000 \$ à l'employeur.

L'incapacité liée à une maladie mentale dure en moyenne 65 jours et coûte 18 000 \$ à l'employeur.

En ce qui a trait à la dépression, Kessler et Wang ont démontré que même si la dépression majeure était 6X plus fréquente et engendrait en moyenne 27,2 journées d'absence du travail, c'est la maladie bipolaire qui est la plus coûteuse puisqu'elle engendre en moyenne 65,5 journées d'absence par année.

3.4. Coûts de la santé mentale

En résumé, comme on vient de le voir, les problèmes de santé mentale en emploi représentent 25 % de l'ensemble des prestations d'invalidité de la Communauté européenne, et la dépression coûterait 1 % du PIB.

Au Canada, la dépression coûterait 83,1 milliards de dollars par année, surtout en coûts indirects; les périodes d'invalidité en lien avec la dépression coûtent souvent le double de celles liées aux problèmes physiques, soit en moyenne 18000 \$ par épisode.

4. Situation au Québec

4.1. Aperçu général

Le Québec ne fait pas exception aux autres entités géographiques de l'Amérique du Nord : dans les dix dernières années, il y a eu un accroissement notoire des préoccupations sur la santé mentale en emploi. Après des réussites impressionnantes dans la réduction des accidents de travail, on s'attaque de plus en plus aux aspects psychologiques du travail avec la conviction qu'ils sont la cause de la quasi-majorité des absences du travail, souvent responsables de l'invalidité à long terme et des coûts que cela engendre.

L'ENQUÊTE sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 1.2) nous fournit de précieux renseignements; elle fournit la principale base de données pour l'Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action

L'Enquête utilise comme instrument diagnostique le CIDI qui rejoint les critères du DSM_III_R et ceux du CIM-10.

- Dès les premières pages, l'Enquête fait ressortir
- l'impact d'un revenu inférieur sur l'autoévaluation de la santé mentale et la satisfaction de la vie et le fait que les femmes (surtout entre 15-44 ans) ont plus souvent un niveau élevé de détresse psychologique surtout en présence d'un faible soutien social et de sentiment d'insécurité d'emploi.
 - Le fait que 23 % des adultes ont souffert d'au moins un de cinq troubles anxieux ou de l'humeur dans leur vie, et 8 % dans la dernière année.
 - Le fait que, dans les douze derniers mois, 16 % des adultes ont eu une consommation excessive d'alcool, et 13 % ont utilisé du cannabis; ces tendances sont plus élevées chez ceux et celles qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale dans leur vie.
 - Que 10 % des adultes ont consulté une *ressource pour raison de santé mentale* pendant l'année, surtout un médecin de famille ou un psychologue.
 - L'importance de la comorbidité : lorsque présent, la détresse de la personne est plus intense, la durée et les coûts plus importants ainsi que les risques de complications plus élevés (Lesage 2010).

4.2. Travail et dépression au Québec

En plus de l'instrument diagnostique ci-haut mentionné (voir Lesage) l'enquête utilise aussi l'indice global de dépression qui comprend, en plus, les pensées suicidaires et les tentatives suicidaires au cours des 12 mois précédents (Figure 11).

L'enquête (voir Bernèche, 2010) nous apprend que :

- même si le fait de travailler permet d'obtenir un meilleur score dans les indicateurs de santé mentale que chez ceux qui ne travaillent pas,
- il n'en reste pas moins que 21 % des travailleurs avec un revenu supérieur à la normale présentaient un niveau de stress élevé,
- et que ce sont 39 % qui sont affectés lorsque le revenu est inférieur à la normale.
- que le niveau de détresse le plus élevé se situe entre 15-24 ans, alors que les 25-44 ans présentent les stress quotidiens le plus élevés.
- que la dépression majeure affecte une personne en emploi sur 25 (Figure 10), mais que cette proportion augmente à 1 personne sur 15 lorsqu'on utilise l'indice global positif de dépression.

Figure 10
Proportion de personnes ayant subi une dépression majeure sur 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail¹ et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

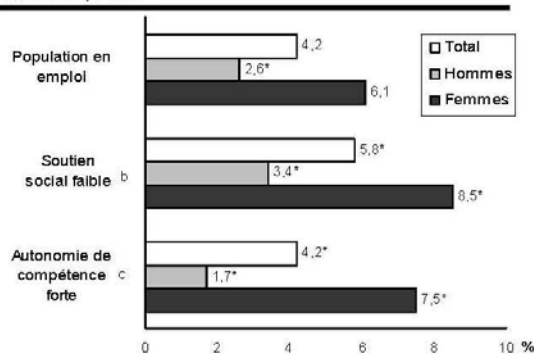
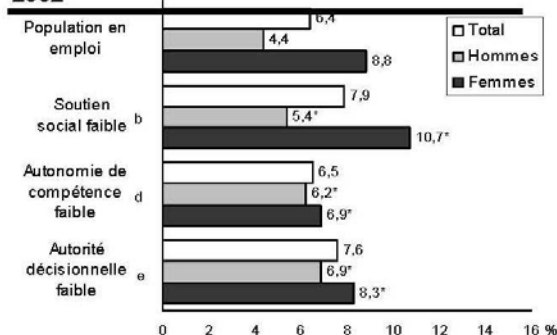


Figure 11
Proportion de personnes présentant un indice global positif de dépression sur 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail¹ et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002



Compilation : Institut de la statistique du Québec, à partir de ESSC (1.2)

Parmi les contraintes psychologiques souvent associées aux problèmes de santé mentale en emploi chez les femmes, l'Enquête mentionne :

- autonomie de compétence faible
- autonomie décisionnelle faible
- demande psychologique forte
- soutien social faible
- efforts physiques intenses
- insécurité d'emploi

Chez les hommes, c'est surtout l'autorité décisionnelle, le soutien social, et les efforts physiques qui entrent en jeu.

4.2.1. Programmes d'aide aux employés

Il reste difficile d'évaluer l'impact des Programmes d'aide aux Employés (PAE) qu'offre la majorité des grandes entreprises au Québec. Ces programmes dont l'accès et le fonctionnement restent très confidentiels, offrent la possibilité d'obtenir, aux frais de l'employeur de 4 à 6 consultations de la part d'équipes dont les membres sont, en général psychologues, travailleurs sociaux, spécialistes du travail, etc. Quelques-uns offrent des services par Internet. La majorité des programmes offrent leurs services à l'extérieur du milieu de travail.

Les problèmes pris en charge par les PAE comprennent aussi bien des questions liées au travail que des questions personnelles qui ont un impact sur le travail (relations de couple, problèmes de santé, financiers, etc). L'employeur ne connaît ni les noms de ceux qui consultent, ni le suivi qui leur est proposé; il doit se contenter d'un rapport périodique (souvent annuel) qui indique le nombre total de consultations sans trop connaître les motifs de la consultation.

Une étude américaine (French) révèle que les PAE coûtaient à l'entreprise en 2004 27,69 \$ par employé lorsqu'offerts à l'intérieur de l'entreprise, et 22,19 \$ lorsqu'offerts à l'extérieur.

4.2.2.Ministère de la Santé et des Services sociaux

La Politique du Gouvernement du Québec préconise l'intégration de la santé mentale au niveau des soins primaires : « le développement prioritaire de services de première ligne, particulièrement pour les personnes qui présentent des troubles modérés et qui ont besoin d'être évaluées et traitées rapidement, tant sur le plan médical que psychosocial est à la base de ce plan ».

Avec une population de près de 8 millions d'habitants, le Québec compte 5 200 omnipraticiens; selon Fleury (2009), de 20 à 25 % des consultations faites auprès des médecins de famille sont pour des raisons de santé mentale, surtout (60 %) pour des troubles mentaux modérés. En pratique, les omnipraticiens traiteraient trois fois plus de patients avec troubles mentaux que les psychiatres.

Parmi les actions les plus significatives du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du Québec, mentionnons :

- le développement de l'équipe de santé mentale de première ligne qui s'est surtout faite par le transfert substantiel de ressources financières et humaines en provenance de la troisième ligne, surtout les hôpitaux psychiatriques.

- la création de postes de psychiatre répondant qui agit comme « interlocuteur privilégié » pour tout le personnel de la première ligne.

Les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) qui sont une des principales portes d'entrée du réseau public en santé (l'autre étant l'accès direct à son médecin de famille) disposent en général d'une équipe de santé mentale qui au besoin fait appel au psychiatre répondant.

Il existe en ce moment au Québec 223 Groupes de médecine familiale (GMF) où travaillent 3 300 médecins généralistes et 400 infirmiers (res); 2,6 millions de patients, soit 59,8 %, sont inscrits auprès d'un médecin de famille. On tente progressivement d'ajouter d'autres professionnels que les infirmières aux équipes GMF, notamment des psychologues, pour faciliter l'accès à la psychothérapie.

Le Plan d'action en santé mentale 2012-2017 qui vient d'être annoncé par le ministre de la Santé continuera dans la même perspective en mettant l'accent sur « la bonification des services de première ligne en santé mentale.....et le maintien des services offerts dans la collectivité pour les personnes souffrant de troubles mentaux modérés... »

4.2.3.Cheminement de la personne avec problème de santé mentale

4.2.3.1. Au Québec

On sait qu'un fort pourcentage de Québécois consulte son médecin de famille pour des raisons de santé mentale. Les médecins de famille œuvrent soit en cabinet privé (solo) ou en groupe (GMF), ou ils sont rémunérés à l'acte; soit en Centre local de santé communautaire (CLSC) où ils sont rémunérés à salaire. Une majorité de médecins de famille travaille dans plus d'un endroit, y compris à l'Hôpital.

Remarquons que le pourcentage de personnes qui se présentent à la salle d'urgence avec un problème de santé mentale va en s'accroissant (voir Érudit). Il faut cependant ajouter qu'au Québec, 2 millions d'individus n'ont pas de médecin de famille. Parmi les

médecins de famille qui travaillent solos ou en groupe de médecine familiale (GMF, où les infirmières jouent un rôle de premier plan), nombreux sont ceux qui se sentent très souvent débordés par les problèmes de santé mentale de leur clientèle; ils ne se sentent pas nécessairement bien formés pour ce travail et ils ont tendance à recommander assez systématiquement les patients en psychiatrie (dans près de 50 % des cas). Ils ne font pas systématiquement appel aux psychologues, malgré le fait qu'il existe 8 000 psychologues au Québec dont 2 000 sont dans le réseau public. (Ref : Médecins et Psychologues)
L'ÉTUDE québécoise ci-haut mentionnée (Lesage) nous révèle que 10 % de la population a consulté pour des raisons de santé mentale dans les 12 mois précédents.

Les médecins de famille et les psychologues ont été consultés respectivement par 4,8 % et 3,7 % de la population.

Moins de 38 % a consulté après un diagnostic quelconque de santé mentale, ce pourcentage s'élevant à 50 % en cas de trouble de l'humeur et à 71 % pour troubles de l'humeur avec troubles anxieux.

Les médicaments les plus souvent consommés par la population de 15 ans et plus sont les somnifères (7 %), les anxiolytiques (7 %) et les antidépresseurs (5 %).

Selon une récente étude (Fleury et coll., 2009) on devrait catégoriser les omnipraticiens selon qu'ils acceptent ou non d'évaluer et de suivre des personnes avec troubles mentaux modérés et transitoires (dépression, angoisse, problèmes de comportement) ou des personnes avec problèmes graves (schizophrénie, maladie bipolaire) : alors que 11 % des omnipraticiens ne voient aucune personne avec maladie mentale modérée, ils sont 23 % à ne pas voir des personnes avec maladie mentale grave. Cependant, 75 % des omnipraticiens s'occupent de la quasi-totalité des personnes avec troubles mentaux modérés.

Le type d'établissement où exerce l'omnipraticien a relativement peu d'importance sur le % de personnes suivies avec troubles modérés, à l'exception des cliniques sans rendez-vous.

Les caractéristiques les plus notoires chez les omnipraticiens qui s'occupent de troubles mentaux graves sont la compétence, l'expérience et la confiance en soi.

Selon une autre enquête menée par Fleury et coll., 2011, de 20 à 30 % des consultations des médecins de famille sont pour des troubles de santé mentale dits « modérés ».

Alors qu'ils sont souvent pris aussi en charge par les omnipraticiens en milieu rural, les « troubles graves » de santé mentale sont plus systématiquement référés en « deuxième » ligne en milieu urbain.

La durée et la fréquence (souvent > 7 fois par année) des consultations de ces malades par les omnipraticiens sont plus grandes, exigent plus de temps et génèrent donc moins de revenus pour les omnipraticiens qui sont rémunérés à l'acte par opposition aux omnipraticiens des centres de santé communautaire (CLSC) qui sont à salaire.

Nous ne possédons pas de données précises sur l'impact du « secteur privé » en santé mentale tant pour la Catalogne que pour le Québec.

Au Canada, on continue à s'interroger sur l'impact que représentent les problèmes de santé mentale pour les omnipraticiens : une province canadienne, la Colombie-Britannique a décidé en 2009 d'offrir un cours « volontaire » de formation à ses omnipraticiens sur le diagnostic et le traitement des problèmes de santé mentale rencontrés dans leur pratique : les médecins sont payés pour assister au cours. De plus, la province a adapté la rémunération de la visite à un omnipraticien en fonction du temps nécessaire. Il en est de même pour le temps passé au téléphone et pour assurer un suivi à long terme. Environ 30 % des omnipraticiens de la province ont suivi le cours et en sont très satisfaits.

4.2.3.2. En Catalogne

Lors de deux visites à l'IAS de Girona, nous avons rencontré les responsables de l'identification et de la gestion des risques, y compris psychosociaux au travail ainsi qu'un médecin de santé primaire qui nous a parlé de l'identification et du suivi des problèmes de santé mentale de sa clientèle.

-l'équipe d'identification et gestion des risques relève des Ressources humaines (prévues par la loi) et comprend trois professionnels, y compris un médecin. L'équipe nous dit être très souvent consultée par des employés (es) pour des raisons psychologiques; elle n'hésite pas à intervenir tant auprès de l'employé que de son supérieur immédiat, malgré le volet implicite de confidentialité qui s'impose; selon le psychiatre en chef de l'IAS, les interventions de l'équipe en viennent à résoudre toute une foule de problèmes avant que la situation ne s'envenime. Il serait opportun de faire une enquête plus systématique du fonctionnement de ladite équipe afin d'obtenir des données probantes. On comprend cependant que le fait que, contrairement au Québec, l'Hôpital n'est pas l'assureur de l'absentéisme de l'employé joue sans doute un rôle important.

En ce qui a trait aux omnipraticiens que nous avons consultés, ceux-ci nous disent que la santé mentale, comme raison de consultation est probablement la même, donc très fréquente (entre 30-40%) qu'au Québec. Chaque citoyen a son médecin de famille, qui fait le diagnostic, signe ses recommandations sur l'absentéisme et, la plupart du temps, entreprend le traitement.

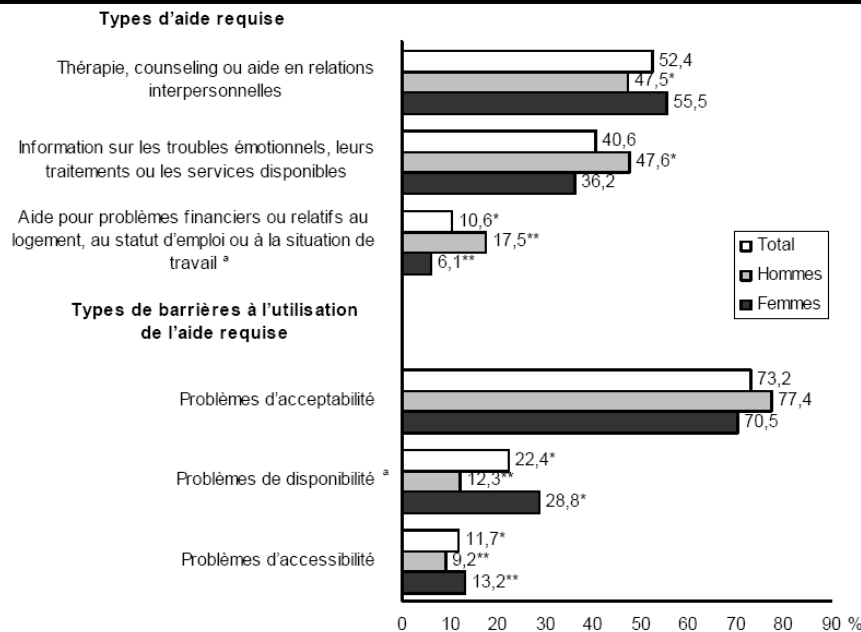
S'il juge qu'il existe une « composante emploi » liée au problème de son patient, il communique avec la « mutuelle ». Le médecin signe le certificat de retour au travail au moment approprié. Si son traitement ne fonctionne pas, il fait appel au CSM, le Centre de santé mentale de la région, soit pour une consultation ou pour y recommander le patient. Notons qu'il existe une rencontre, tous les deux mois avec le personnel du CSM pour discuter du suivi de tous les cas référés par le niveau de santé primaire.

La différence la plus notable avec le Québec vient du fait qu'en plus d'avoir une deuxième ligne très bien identifiée (les CSM), tous les omnipraticiens du secteur de la santé primaire sont rémunérés à salaire et non à l'acte. Plusieurs d'entre eux s'interrogent sur la possibilité de faire un traitement en santé mentale en première ligne en étant rémunéré à l'acte.

Il ne nous a pas été possible de déterminer l'ampleur du secteur privé en Catalogne dans le domaine de la santé mentale, tant au niveau de la première ligne que des soins spécialisés.

4.2.4. Satisfaction des services reçus

Figure 22
Types d'aide requise et de barrières¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale sur 12 mois, Québec, 2002



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.
Compilation : Institut de la statistique du Québec.

On constate que 3,8 % de la population considère ne pas avoir reçu l'aide dont elle avait besoin; les besoins les plus souvent identifiés étant la thérapie ou le counselling (51 %) et l'information sur les services disponibles (41 %). Il est par ailleurs intéressant de constater que les barrières les plus significatives quant à l'utilisation des services se situeraient au niveau de l'acceptabilité plutôt qu'au niveau de la disponibilité et de l'accessibilité; on voit bien ici le rôle que joue la stigmatisation. Par ailleurs, plusieurs chercheurs font ressortir les difficultés de communications entre les équipes de première ligne et les professionnels de la santé mentale, notamment les psychiatres et les psychologues.

4.2.5. Les antidépresseurs

Au Québec, l'usage des antidépresseurs a continué d'augmenter de 8,3 % par année entre 2005 et 2009; ce taux est deux fois supérieur chez les femmes que chez les hommes (voir Conseil du médicament). On remarque que 50,1 % des nouveaux utilisateurs sont âgés de plus de 60 ans. On remarque aussi que dans 82,5 % des cas le traitement antidépresseur a été prescrit par un omnipraticien. Il est aussi intéressant de noter que la majorité des nouveaux utilisateurs n'avait aucun diagnostic de santé mentale; pour ceux qui avaient un diagnostic, celui-ci était de dépression majeure (14,7 %), de troubles anxieux (14,1 %). L'absence d'un diagnostic peut être reliée à la stigmatisation dans la mesure où le médecin traitant voulait éviter à son patient d'être « étiqueté » comme malade mental. Il y a aussi problème dans la mesure où bon nombre de patients ne renouvellent pas leurs prescriptions dans le mois qui suit; cependant, ceux avec un diagnostic de dépression majeure ont plus souvent tendance à persister dans le traitement. On remarque aussi que seulement 15,5 % des nouveaux utilisateurs d'antidépresseurs ont effectué plus de huit visites dans l'année qui a suivi alors que la ligne directrice canadienne recommande un minimum de 10 visites de suivi.

4.2.6. Coûts associés

On sait qu'entre 1990 et 2001, les demandes d'indemnisation pour raison de santé à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) ont doublé (voir Chaire) passant de 1,5 à 6,9 millions par année. Les demandes pour indemnisations de longue durée sont passées de 18 % à 30 %-50 %.

Par ailleurs, la durée de l'invalidité en raison de problèmes de santé mentale est souvent du simple au double comparée à celle engendrée par la maladie physique.

4.3. Les Médias

La Presse écrite (les grands quotidiens et les hebdomadaires) ainsi que la télévision consacrent de plus en plus d'espace et de temps au sujet de la santé mentale au travail. Par exemple, l'hebdomadaire l'Actualité, dans son numéro de septembre 2010 mentionne les éléments suivants :

- la détresse psychologique toucherait un travailleur sur cinq en Amérique du Nord et en Europe.
- au Québec, les problèmes de santé mentale sont la première cause d'absence prolongée engendrant en 2007, 600 \$ millions de coûts d'indemnité
- les chercheurs croient que dans les cas d'épuisement professionnel 60 % des facteurs en cause seraient liés au travail proprement dit, et 40 % aux caractéristiques des individus eux-mêmes.
- le texte souligne les éléments les plus connus qui ont été identifiés comme « Les ennemis de la santé au travail » :

-charge de travail trop grande ou trop complexe

-manque de reconnaissance, de transparence et d'autonomie décisionnelle

- mauvaise ambiance de travail et relations conflictuelles avec les collègues ou les supérieurs.*
- gestion inéquitable*
- difficultés de conciliation entre le travail et la vie personnelle.*

4.4. Normes ISO en santé mentale

Une meilleure connaissance et prise en charge des facteurs précédents a amené une vingtaine d'entreprises (parmi les plus importantes au Québec) à proposer une certification ISO en SANTÉ MENTALE, comme on le fait pour la protection de l'environnement. Onze organisations ont reçu la certification l'an dernier.

Le gouvernement manifeste passablement d'intérêt pour qu'une telle norme puisse être adoptée dans les établissements de santé et services sociaux de la Province.

Il faut aussi mentionner que selon la Commission de la santé mentale du Canada, les indemnités qui ont été consenties par les tribunaux ont augmenté de 700 % entre 2005 et 2010. Ceci a amené la Commission à se pencher sur le développement d'une norme de « programmes –types » d'environnement psychologique qui fera entre autres ressortir quelles sont les responsabilités de l'employeur (voir Employeurs).

4.5. Grille d'identification des risques psychosociaux

En collaboration avec l'Institut National de Santé publique du Québec, des Chercheurs à la Chaire de recherche du Canada sur l'intégration professionnelle et l'environnement psychosocial du travail à l'UNIVERSITÉ Laval de Québec ont développé une grille d'identification des risques psychosociaux en milieu de travail qui peut être utilisée pour des programmes de prévention en entreprises

Le questionnaire contient les données de base suivantes :

- A-Absentéisme et maladie mentale
- B-Politique en santé au travail
- C-Politique contre le harcèlement psychologique
- D- Activités ou programme de retour au travail
- E-Activité ou programme conciliation travail et vie personnelle

Le questionnaire comprend aussi les composantes clés suivantes

- A-Charge de travail
- B-Reconnaissance au travail
- C-Soutien social des supérieurs
- D-Soutien social des collègues
- E-Information et communication

L'analyse des données permet d'en arriver à un indice chiffré du risque psychosocial dans l'entreprise. Un rapport synthèse est fourni à l'entreprise qui permet de dégager des suggestions ou des recommandations pertinentes.

Cette même Chaire de recherches vient de développer un nouvel outil axé sur l'aide aux petites et moyennes entreprises et qui met l'accent sur la prévention et des moyens d'action assez simples, surtout de la part des gestionnaires : (nouveauxrepres.cgsst.com)

5. La stigmatisation

La littérature moderne suggère que la stigmatisation a des composantes liées à la connaissance, aux attitudes et au comportement qui engendrent soit l'ignorance, les préjugés voire la discrimination.

Comme l'écrit Thornicroft « Un fait simple existe c'est qu'un diagnostic de maladie mentale est un des outils les plus puissants pour expulser quelqu'un du monde du travail ».

Une enquête américaine révèle que le milieu du travail est considéré comme endroit où la stigmatisation se manifeste le plus souvent.

Nous savons que malgré leur désir de se trouver du travail, le taux de chômage des personnes avec une maladie mentale grave se situe à près de 90 % alors qu'il est de 50 % pour des individus avec un handicap physique ou sensoriel équivalent (WHO/ILO). Ces pourcentages varient d'un pays à l'autre; ils sont meilleurs lorsqu'il existe une plus grande flexibilité dans l'environnement de travail. Ces personnes sont souvent jugées inaptes au travail, dans des proportions allant du simple au double lorsque l'on compare avec un handicap physique.

Cet état de choses persiste malgré l'existence de législations soi-disant contraignantes telles « the American with Disabilities Act » aux États-Unis et la Disability Discrimination Act en Grande-Bretagne; et d'autres législations ou règlements que l'on retrouve dans plusieurs pays. Il faut reconnaître que ces lois ont été promulguées au départ pour s'attaquer au handicap physique et que les ajustements nécessaires à leur application en santé mentale sont loin d'être complétés.

Pour les personnes aux prises avec une maladie mentale jugée moins grave (dépression, angoisse...) l'Enquête Ipsos-Reid nous révèle que 78 % n'en parlerait pas, de peur « d'en subir les conséquences ». Celles qui sont déjà en emploi se plaignent de la peur de voir leur diagnostic révélé, du manque d'échanges avec leurs collègues, de la rareté des offres de promotion et, en général, de difficultés à gérer le volet social du travail. Le retour au travail après une absence liée à la maladie mentale est souvent pénible, l'individu étant jugé comme moins apte, plus fragile....

En nous rappelant que seule une minorité de personnes aux prises avec un problème de santé mentale s'adresse à un professionnel de la santé mentale, et que la majorité soit n'en parle pas, soit se tourne vers quelqu'un d'autre par exemple un leader de la communauté (qu'on identifie aux États-Unis comme « porte d'entrée » ou « Gatekeepers »), on est amené à se pencher sur la stigmatisation.

Notre compréhension de la stigmatisation a été facilitée par les travaux (américains) de Dohrenwend, même si ceux-ci datent de plusieurs années. À partir de six descriptions fictives soumises à des leaders à qui les personnes en besoin s'adressent on constate une compréhension très différente de chaque type de leader, comparativement à celle d'un professionnel de la santé mentale :

- les leaders du secteur de l'éducation sont les plus souvent consultés et sont les plus proches d'une perspective de santé mentale. Ils reconnaissent les problèmes décrits comme maladie mentale comme sérieux et recommandent une aide de professionnels de la santé mentale.
- Les leaders économiques sont moins souvent consultés et ont moins tendance à voir la santé mentale dans les problèmes et à juger le tout comme sérieux.
- Les leaders « politico-légaux (élus, police, etc.) sont proches des leaders de l'éducation, quoique consultés moins souvent; ils ont moins tendance à voir le problème comme sérieux.
- Les leaders religieux sont presque aussi souvent consultés que les leaders de l'éducation. Ils jugent le problème comme sérieux, mais ne relevant pas nécessairement de la maladie mentale. Ils préfèrent souvent s'en occuper eux-mêmes plutôt que de référer.

En ce qui a trait aux moyens de diminuer la stigmatisation, il ne semble pas que les grandes campagnes de publicité d'envergure nationale donnent des résultats probants. Il semble préférable d'utiliser des projets ciblés et de plus petite envergure : il est essentiel de consulter les usagers et leurs familles lorsque vient le temps de déterminer les groupes cibles et les thèmes à aborder. Parmi les groupes cibles les plus souvent visés, on retrouve le secteur de la santé, les secteurs du droit et la police, les médias et les décideurs.

En plus des programmes ciblés et des campagnes de publicité de plus grande envergure, on se rend compte, depuis quelques années de l'efficacité grandissante des médias sociaux, surtout auprès des jeunes. Le Web est devenu incontournable comme moyen d'échange des connaissances; il est donc normal qu'on ait pensé à s'en servir pour s'attaquer à la stigmatisation.

À titre d'exemple, mentionnons que depuis plusieurs années, l'Institut Douglas a mis sur pied une École Mini Psy qui couvre toute une foule de sujets reliée à la santé mentale et à la stigmatisation : sur cinq ans, 900 personnes ont assisté sur place aux cours offerts : Cependant, on a constaté qu'une seule vidéo, offerte sur le Web depuis 2008 a été visionnée 60 000 fois. Depuis ce temps, l'Institut a multiplié les moyens de diffusion sur le Web : en plus du support informatique You Tube, l'Institut utilise Facebook et Twitter. Cinq « blogueurs » volontaires dont un psychologue, une infirmière clinicienne et des chercheurs échangent de façon régulière avec les internautes qui le veulent, le tout sous la gouverne du Département des Communications qui, entre autres, dispose d'une rédactrice spécialisée Web. Il est encore trop tôt pour faire le bilan de cette nouvelle approche, mais son utilisation croissante par un public de plus en plus large nous amène à penser que l'impact sera tout à fait valable.

6. Références

European Commission, Employment and Social Affairs (1999), Guidance on work related stress.

OCDE Synthèses, déc 2008.

OMS : Rapport sur la santé dans le monde, 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.

WHO/ILO Mental Health and Work: Impact, issues and good practices, Gaston Harnois, Phyllis Gabriel, Geneva 2000.

WHO: Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Policies and Programmes in the Workplace, Gaston Harnois, Margaret Grigg, Michelle Funk; Geneva, 2005.

WHO: Healthy Worplaces: a model for action; For employers, workers, policy-makers and practitioners, 2010.

WHO: Protecting Workers Health series No.9 –Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management, 2010.

The Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health,
www.mentalhealthroundtable.ca

Ipsos-Reid: Premiere North American Public Opinion Study on Depression and the Workplace Ipsos Feb 15th, 2007.

Occup Environ Med: Examining the comparative incidence and costs of physical and mental health-related disabilities in an employed population Dewa CS, Chau N, Dermer S.J Occup Environ Med. 2010 Jul;52(7):758-62.

APA Journal : Kessler, R, Wang, P., American Journal of Psychiatry, Sept.2006.

Lesage, A., F.Bernèche et M.Bordeleau (2010); S Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec. ESCC 1.2.

Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action; Institut de la statistique du Québec, Mai 2010.

French M et coll. (1999). Cost of employee assistance programs: comparison of the national estimates from 1993 and 1995. Journal of Behavioural Health Services & Research, 26(1) : 95-103.

Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Bibliothèque nationale du Québec, 2005.

Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail; Université Laval; La santé psychologique au travail; Fascicule no 1

Vézina, M. et R. Bourbonnais (2001) Incapacité au travail pour les problèmes de santé mentale, ch 12 dans Portrait social du Québec.

Médecins et Psychologues : Deux solitudes à rapprocher..L'actualité médicale, 9 février, 2011.

Clinical Practice Settings associated with GP's who Take on Patients with Mental Disorders. Fleury, M.J., Bamvita, J.M.; Aubé, D.; Tremblay, J.; Health Care Policy, vol.5, No.4, 2010.

Fleury, M.J., Médecins et omnipraticiens : pratique et intégration des soins en santé mentale au Québec. Santé Mentale, 2009.

ÉRUDIT : Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Yousef Ouadahi, Alain Lesage, Jean Rodrigue, Marie-José Fleury. Santé mentale au Québec, vol.34, no1.2009, p.161-172

Fleury, M.J. et Grenier. (in press, 2011) Primary Mental Healthcare and Integrated Services. Mental Illness Book 2, ISBN 979-953-307-696-5.

U. Laval : La grille d'identification des risques psychosociaux en milieu de travail : un premier pas vers l'action préventive. M.Vézina, C.Chouinard; présentation au Colloque du 15 octobre 2010, Québec.

Employeurs : la santé mentale, c'est aussi votre problème! Les Affaires, 19 février, 2011

G. Thornicroft, Shunned. Discrimination against people with mental illness, P.50.

P. Corrigan et coll. : Psychiatric Services 54 : 1105-1110, Aug.2003.

Urban Challenges to Psychiatry, Kolb; Bernard; Dohrenwend; The case history of a response; Little, Brown and Company, 1969.

Institut Douglas; en annexe : La promotion de la santé mentale à l'ère du Web 2.0 : L'Expérience de l'Institut Douglas, Le Point en administration de la santé et des services sociaux, M.G Ayoub, vol 7 no.1-Printemps 2011.

Conseil du médicament, Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés pour le régime public d'assurance médicament du Québec; janvier 2011. Gouvernement du Québec.

VOLET MACRO POUR LA CATALOGNE

Les collègues catalans (Prof Salvador-Carulla L, Alberdi C, Bendeck M, pour le groupe COSTDEP) ont choisi, dans un premier temps de se concentrer sur :

Travail et dépression : Situation actuelle en Europe, en Espagne et en Catalogne

Salvador-Carulla L, Motrico E, Alberdi C, Bendeck M, pour le groupe COSTDEP

7. Introduction

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté. Au cours des 30 dernières années, l'impact de la dépression sur le travail a été à la base de travaux de chercheurs et de politiques européennes et l'intérêt qu'on y porte ne cesse de s'accroître. Une des raisons principales est la forte prévalence de la dépression et son augmentation prévue dans les prochaines années. Aujourd'hui, la dépression figure sur la liste des dix maladies les plus invalidantes dans le monde et on s'attend à ce qu'elle occupe la deuxième place en l'an 2020 (Murray et Lopez, 1997; OMS, 2001). L'autre raison est économique; les coûts directs et indirects que les troubles mentaux occasionnent à la société dans son ensemble sont énormes. La plupart d'entre eux sont dus à la perte de productivité pour cause de dépression (Curran, Knapp, McDaid, Tomasson et MHEEN Group, 2007; McDaid, 2009, Salvador-Carulla, Knapp, Sabes-Figueras et le groupe Costdep, 2009). Enfin, le travail est un milieu fondamental au développement psychosocial et est considéré comme un vecteur essentiel pour le rétablissement et la réinsertion des personnes ayant des problèmes de santé mentale (Mental Health Government 2009, Priebe et coll., 2009). Ce qui suit est destiné à montrer le cadre de la réglementation et les initiatives politiques mises sur pied dans notre environnement immédiat au sujet de la dépression et du travail, pour ensuite résumer les dernières découvertes dans la littérature.

8. Réglementation et initiatives politiques

8.1. L'Union européenne

La santé mentale au travail est une priorité dans les politiques des États membres de la Communauté européenne. Ce domaine a été abordé lors de diverses conférences ministérielles et dans de nombreux projets se traduisant en réglementation au sein de l'Union européenne tant dans le milieu de la santé mentale que dans celui du travail. Les résolutions et les conclusions adoptées ne sont pas contraignantes, mais elles permettent

d'orienter les actions visant la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales au travail (García et Cantón, 2005).

Lors du Conseil du 12 juin 1989 (modifiée dans le règlement européen 1882/2003 et dans la directive 2007/30/CE), on établit la directive-cadre pour la santé et la sécurité au travail en Europe. Le résultat de cette politique est en vigueur à l'heure actuelle, il s'agit de la Stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail (2007-2012) avec l'objectif d'« améliorer la qualité et la productivité au travail ». On reconnaît la nécessité de promouvoir la santé mentale au travail et de l'urgence de faire de la recherche sur la dépression en milieu de travail, laquelle ne cesse de générer de plus en plus d'incapacités au travail en Europe.

Le Conseil de l'Union européenne du 18 novembre 1999 sur la promotion de la santé mentale donna le coup d'envoi à diverses actions. La lutte contre les problèmes liés au stress et à la dépression, publiée dans les conclusions du Conseil du 15 novembre **2001**, où on recommande aux États membres d'accorder une attention particulière au problème croissant du stress et de la dépression reliés au travail, et au Programme d'action communautaire de Santé publique (2003-2008) où se définissent des stratégies pour s'attaquer aux déterminants sociaux (stress, statut socio-économique, modes de vie, etc.) qui peuvent affecter la santé mentale.

La Conférence ministérielle européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le thème « Relever les défis, trouver des solutions » qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005 a reconnu que la santé mentale est essentielle à la qualité de vie et à la productivité des individus, des familles, des communautés et des nations. Il y a également été déclaré que la promotion de la santé mentale ainsi que la prévention, le traitement et la réadaptation des problèmes de santé mentale sont une priorité pour tous les membres de l'Union. La conférence a établi un cadre d'action mondial et les pays européens se sont

engagés à promouvoir et à développer des programmes de santé mentale ainsi qu'à évaluer la mise en œuvre de ces principes lors d'une réunion avant l'année 2010. En réponse à la Déclaration d'Helsinki, la Commission européenne du 14 octobre 2005 publie le Livre vert sur la santé mentale intitulé « Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne », qui propose les stratégies européennes dans le domaine de la santé mentale.

La santé mentale au travail a occupé beaucoup d'espace à la Conférence de haut niveau de l'Union européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » qui s'est tenue à Bruxelles les 12 et 13 juin 2008, où on a adopté le « Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être ». Ce pacte vise à entreprendre des mesures dans cinq grands domaines thématiques : la prévention du suicide et la dépression, la santé mentale de la jeunesse et de l'éducation, la santé mentale dans le cadre du travail, la santé mentale des personnes âgées, et la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

Actuellement, le Livre blanc de l'Union européenne "Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013 » est en vigueur. Il établit une nouvelle stratégie communautaire en matière de santé jusqu'en 2013. Il met en relief l'importance des coûts économiques des troubles mentaux et souligne que la plupart d'entre eux sont dus à la perte de productivité au travail. Le texte propose des actions communautaires de l'UE dans le domaine de la santé mentale et des mesures visant à promouvoir la santé des travailleurs. D'autre part, le Programme communautaire pour l'emploi et la solidarité sociale, PROGRESS (2007-2013) prend des mesures dans cinq domaines : l'emploi, la protection et l'inclusion sociale, les conditions de travail, la diversité et la lutte contre la discrimination en milieu de travail et l'égalité hommes femmes.

Dans le cadre de l'Union européenne, des organisations ont vu le jour et ont parmi leurs objectifs la prévention et la promotion de la santé mentale en milieu de travail. L'ONG **Santé Mentale Europe (SME)** a été créée en 1985 par la Fédération mondiale pour la santé mentale. La SME a mené plusieurs projets de recherche financés par l'Union européenne dans les domaines suivant : promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux, inclusion sociale et santé mentale ainsi que handicap et santé mentale. **Tant du Réseau européen pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux (IMHPA)** que du **Réseau européen pour la promotion de la santé mentale (ENMHP)** sont apparus des projets de recherche européens qui visent à aborder la prévention et la promotion la santé mentale d'un point de vue holistique et dans des contextes différents. Les deux cherchent à influencer les politiques de prévention de la santé mentale en Europe par la promotion de diverses activités et projets de recherche. D'autre part, en 1996, le **Réseau européen pour la promotion de la santé sur les lieux de travail (ENWHP)** a vu le jour; sa mission étant de promouvoir des « travailleurs sains dans des entreprises saines », il se compose d'organisations qui oeuvrent dans le domaine de la santé publique dans tous les pays européens. En Espagne, le bureau de liaison est l'Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

On développe aussi certaines initiatives visant la réinsertion des personnes atteintes de troubles mentaux dans le milieu du travail. Au Royaume-Uni, on a élaboré un guide des bonnes pratiques intitulé « **Travail, rétablissement et inclusion** » (HMG, 2009) dont le message clé est que le travail est bon pour la santé mentale et est essentiel pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le guide propose un plan d'action et de coordination entre les services de santé et de l'emploi.

Enfin, certains pays européens mènent des recherches visant à trouver des interventions appropriées pour réduire la dépression en milieu de travail. Aux Pays-Bas, Vlasveld et coll. (2008) ont entrepris un essai clinique randomisé visant à évaluer l'efficacité d'un modèle de collaboration (avec des interventions dans le milieu de travail, auprès de la personne et du système de santé) comparativement aux soins habituels donnés dans le traitement de la dépression majeure dans le domaine de la santé au travail. On évaluera

également l'efficacité de l'intervention en termes de retour au travail et les coûts du point de vue social.

8.2. La situation en Espagne

Au niveau de l'État, la **Loi 31/1995 sur la Prévention des risques professionnels** réglemente les aspects les plus importants de la santé et la sécurité au travail en Espagne. Cette loi, entrée en vigueur en février 1996, va au-delà de la prévention et de la sécurité; elle s'attaque aux risques à la source. Dans cette loi, le concept de santé et de sécurité au travail s'applique aux aspects tant physiques que mentaux. Par conséquent, dans la définition des conditions de travail qui pourraient poser un risque, on prend en compte l'organisation du travail, en plus des installations, des machines et des substances utilisées. La protection collective a priorité sur la protection individuelle, et l'adaptation du travail à l'individu prend le pas sur l'adaptation individuelle au lieu de travail (art. 4 et 15 de la LPRL). Les maladies professionnelles sont reconnues si les conditions de travail ont une influence importante, mais pas exclusive, sur leur apparition.

Actuellement, on définit d'invalidité temporaire (IT) la situation dans laquelle se trouve tout travailleur qui, à cause d'une maladie (professionnelle ou non) ou d'un accident (du travail ou non), est empêché de s'acquitter de son travail, tout en recevant des soins de santé par la sécurité sociale (art. 128.1 du texte refondu de la **Loi générale de la Sécurité sociale** 1/1994 du 20 juin, récemment modifiée par la loi 40/2007.). Il existe beaucoup de lois sur les allocations de la Sécurité sociale et sur les procédures administratives dérivées de l'IT, qui sont amorcées par des médecins de soins primaires (pour une revue, voir León, 2008). La durée maximale de l'IT est de douze mois, qui peut être prolongée de six mois, à la condition qu'on pressente que le processus mène à une guérison. Les inspecteurs de la Sécurité sociale, grâce à des équipes d'évaluation du handicap (EVI), sont ceux qui déterminent la prolongation de 6 mois, renouvelable si nécessaire avec un maximum de 24 mois depuis le début de l'IT. La proposition d'invalidité permanente (IP) peut être effectuée à tout moment du processus, si on constate qu'il n'existe aucune possibilité de traitement ou de guérison.

En Espagne, il n'y a pas de lois spécifiques sur la santé mentale ou sur la maladie mentale. Les procédures relatives à la santé mentale font partie de la **Loi 14/1986 du 25 avril, la santé générale** et la Loi 16/2003 du 28 mai, **Cohésion et qualité du système de santé national**. La **Stratégie en santé mentale du système de santé national** (MSC, 2007) est basée sur les recommandations européennes de la Déclaration d'Helsinki, qui a été signée par l'Espagne en 2005. Une des recommandations est de mettre sur pied et évaluer des services de prévention et des comités de santé au travail des Communautés autonomes visant à prévenir le stress au travail et les troubles mentaux liés au travail. En Espagne, on a voté récemment la Loi 39/2006 du 14 décembre **Promotion de l'autonomie personnelle et de soins aux personnes en situation de dépendance** a donné le jour au Système pour l'autonomie et des soins pour la dépendance (SAAD). Cette loi vise à une meilleure articulation des avantages sociaux et de santé pour les personnes à charge ayant des troubles mentaux et leurs familles.

8.3. Catalogne

Dans le domaine de la santé au travail, la Catalogne a développé des compétences et des stratégies spécifiques. Les fonctions de l'EVI sont transférées à l'**Institut catalan d'évaluations médicales** (ICAM, 2010), dépendant du ministère de la Santé de la Generalitat de Catalunya et à la Commission d'évaluation du handicap. De plus, la Generalitat de Catalunya a approuvé le **Plan gouvernemental de la prévention des risques professionnels 2005-2008** et la **Stratégie catalane de santé et sécurité au travail 2009-2012** (II Plan de Gobierno) est en vigueur; elle définit un cadre politique général par lequel s'établiront, de manière transversale, de nombreuses actions émanant de tous les milieux et services de la Generalitat.

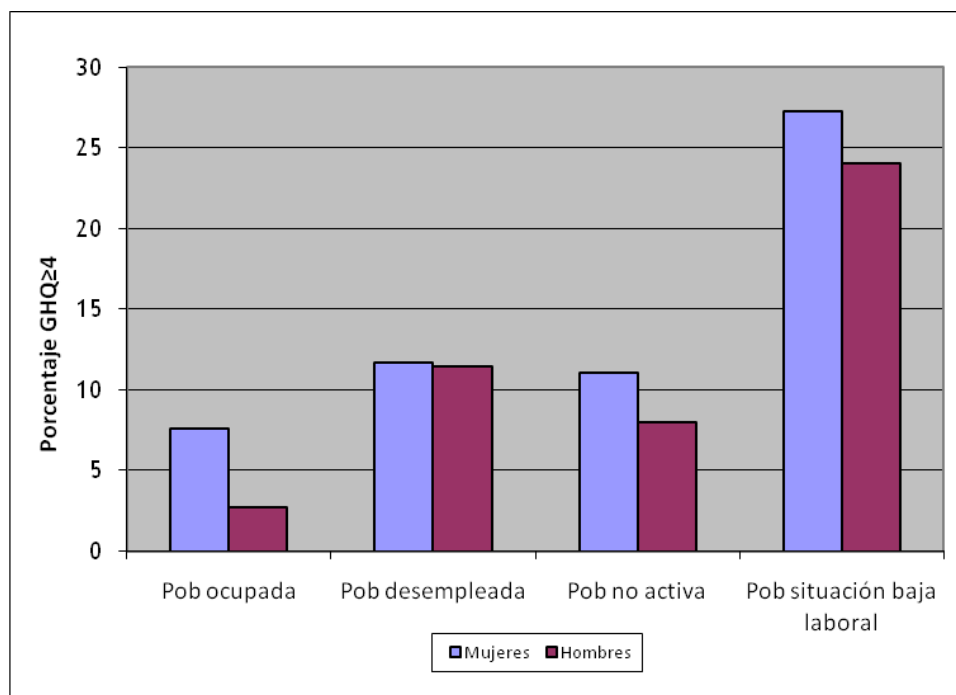
Le **Plan directeur en santé mentale et toxicomanie de la Catalogne** (Generalitat de Catalunya, 2007) fait partie du cadre des politiques de l'Union européenne (Déclaration d'Helsinki de 2005) et de la Stratégie en santé mentale du système de santé national (MSC, 2007). Le Plan vise à la fois à prévenir et à promouvoir la santé mentale, mais aussi à améliorer le soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux en Catalogne. L'une des principales priorités du Plan est de promouvoir la prévention des troubles

mentaux et de toxicomanie au niveau communautaire, qui comprend l'élaboration de projets de prévention en milieu de travail (prévention des risques, situations à risque particulières, passage à la retraite). En outre, cela fait toujours partie des priorités pour les années 2010-2014.

Fruits de ce cadre de travail, beaucoup d'actions ont été réalisées depuis le ministère de la Santé au niveau de la dépression au travail. Il a servi à coordonner la deuxième phase du **projet européen IMHPA** (2005-2007) pour la promotion et la prévention de la santé mentale, déjà mentionné, et également, depuis 2004, promeut la lutte contre la dépression et la prévention du suicide avec participation à la **Ligue européenne contre la dépression** (European Alliance Against Depression, EAAD). L'organisation développe des programmes de prévention et des stratégies d'intervention pour contrer la dépression et le suicide dans une perspective holistique et communautaire.

Le ministère de la Santé de la Catalogne a commandé en 2008 une étude fondamentale, la **COSTDEP-CAT**, afin de déterminer l'impact de la dépression en Catalogne. Le travail a été exécuté par la société scientifique PSICOST et la London School of Economics and Political Science, en collaboration avec l'Institut de Psychiatrie de Londres et la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé de la Catalogne (Salvador-Carulla et coll., 2009). L'estimation de la charge des troubles anxieux / dépression a été faite grâce à des données provenant de 18 126 entretiens faisant partie de l'Enquête de santé de la Catalogne (ESCA) de 2006, qui contient deux instruments : le Questionnaire de santé générale (GHQ-12) et le Questionnaire de santé EuroQol-5D. Les résultats de l'étude montrent que les troubles d'anxiété / dépression étaient plus fréquents parmi la population en arrêt de travail ou au chômage, indépendamment de leur sexe (figure 1). Ceci se traduit par une plus grande utilisation des services de santé et par la présence d'autres facteurs socio-économiques : vieillesse, être de sexe féminin, faible niveau d'instruction et d'appartenance à des classes sociales défavorisées.

Figure 1. Situation relative à l'emploi, sexe et prévalence des troubles d'anxiété / dépression (normalisés selon l'âge). Étude Costdep-Cat.



L'impact de l'anxiété / dépression sur la qualité de vie liée à la santé (QVLS), en tenant compte de la présence d'autres maladies chroniques, était de 0,167, autrement dit, une diminution de 20 % par rapport à la qualité de vie moyenne de la population catalane. En ce qui concerne le calcul de la perte des années de vie ajusté à la qualité (AVAC), l'anxiété / dépression est le deuxième problème de santé qui mène à la plus grande perte de qualité de vie, derrière les maladies associées aux cervicalgies / dorsalgies qui sont à leur tour fortement liées à l'anxiété / dépression.

Les résultats de l'étude confirment le coût élevé de la dépression en Catalogne, qui a atteint 735 400 000€, ce qui équivaut à 0,38 du PIB en 2006 (le PIB total de l'année s'élève à 195 857 000€) ((Institut d'Estadística de Catalunya 2008).) Quant à la répartition entre coûts directs et indirects, cette étude confirme l'importance relative des coûts en perte de productivité liée à l'invalidité, à l'absence au travail et à la mortalité attribuable à la dépression. Seuls 21,2 % des coûts ont été absorbés par le système de santé, tandis que 78,8 % des coûts vont à la perte de productivité.

En ce qui concerne la répartition des coûts directs sur la santé associés avec le traitement de la dépression, la prise en charge pharmacologique a le pourcentage le plus

élevé (65 % des coûts directs), suivi par les soins primaires (26,2 %), les soins spécialisés (5,2 %) et, enfin, les soins hospitaliers (3,6 %). Presque tous les coûts indirects ont été attribués à l'incapacité au travail (95,4 % des coûts indirects). Parmi ceux-ci, un 60,9 % correspond à l'incapacité permanente (IP) et un 34,4 % à l'incapacité temporaire (IT). Seulement 4,6 % des coûts indirects et 3,7 % des coûts totaux liés à la dépression sont dus au décès prématuré (suicide attribué à la dépression).

Les auteurs ont analysé un total de 1 134 949 nouvelles IT (congé de maladie) pour les 784 523 sujets résidant en Catalogne en 2007. Le tableau 1 montre que 7,8 % sont dues à des troubles mentaux, dont 3 % sont de dépression. Le pourcentage le plus élevé d'IT causées par la dépression se situe chez les femmes (3,8 % du total des IT) âgées de 45 et 54 ans (4,1 % du total des IT). Les troubles mentaux sont la cause à 19 % (9 % pour la dépression) de la perte de productivité pour IT.

Table 1. Sick-leave incidence rates and percentage over sick-leave spells from all causes.

	Sick-leave incidence rate			Percentage over all sick-leave spells		
	Depression group	Other mental diseases	Non mental diseases	Depression group	Other mental diseases	Non mental diseases
	n= 34,029	n= 54,237	n= 1,046,683	n= 34,029	n= 54,237	n= 1,046,683
Gender						
Men	607	1,107	26,828	2.1%	3.9%	94.0%
Women	1,538	2,257	35,891	3.9%	5.7%	90.4%
Total	995	1,586	30,601	3.0%	4.8%	92.2%
Age group						
<=24	690	1,776	41,540	1.6%	4.0%	94.4%
25-34	905	1,866	34,869	2.4%	5.0%	92.6%
35-44	1,020	1,650	27,781	3.4%	5.4%	91.2%
45-54	1,114	1,325	24,976	4.1%	4.8%	91.1%
>=55	1,187	1,044	28,132	3.9%	3.4%	92.7%

Sick-leave incidence rate expressed as number of new sick-leave spells/100,000 sickness insured workers/year

Le pourcentage d'invalidité due à la dépression augmente dans le cas de l'IP. Le 9,5 % de toutes les nouvelles demandes d'IP (N = 21 069) analysées a été pour le groupe des troubles dépressifs; ce pourcentage augmente à 10,7 % dans le cas des IP acceptés (tableau 3-doit être Tableau 2).

Table 3. Claimed and approved permanent disability cases.

	Mixed anxiety and depressive disorder	Dysthymia	All other depressive disorders	Total DG
Claims PD				
Men	86	40	497	623
Women	157	233	992	1,382
Total	243	273	1,489	2,005
Approved PD				
Men	39 (45.2%)	15 (38.2%)	399 (80.3%)	454 (72.8%)
Women	58 (36.8%)	62 (26.8%)	715 (72.1%)	835 (60.4%)
Total	97 (39.8%)	78 (28.4%)	1,114 (74.8%)	1,288 (64.2%)

PD: permanent disability. DG: depression group of disorders

Approved cases expressed as number (% over PD claims)

9. Situation actuelle

L'étude épidémiologique **ESEMeD** (Étude européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux) a révélé qu'un Européen sur quatre souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie (Alonso et coll., 2004). Les troubles dépressifs sont très communs avec une prévalence d'environ 12 %. Les dernières données sur la prévalence de la dépression en Espagne correspondent à cette étude, où l'échantillon comprenait 5 473 sujets espagnols. Les résultats ont montré que la prévalence à vie des troubles mentaux en Espagne était de 20 %, et la dépression reste la plus fréquente avec une prévalence à vie de 10,5 % (Haro et coll., 2006). L'étude SAMCAT, menée en Catalogne et faisant partie de l'ESEMeD, a montré que la dépression était plus fréquente en Catalogne que dans l'État espagnol, avec une prévalence au cours de la vie de 15,2 % (18,1 % dans le cas des femmes). Dans tous les cas, les taux de dépression étaient plus fréquents dans le cas des femmes et augmentaient avec l'âge (Alonso et coll., 2004).

L'un des principaux facteurs de risque pour les troubles de l'humeur était lié à la **situation relative à l'emploi de la population**. Les données de l'échantillon espagnol de l'étude ESEMeD ont révélé que les personnes en congé de maladie, en congé de maternité, en situation de chômage ou celles souffrant d'une quelconque invalidité couraient de 3 à 6 fois plus de risques d'avoir un trouble de l'humeur que ceux qui jouissaient d'un emploi

rémunéré. La population retraitée présentait 2 fois plus de risques de souffrir de troubles l'humeur au cours des 12 derniers mois par rapport à la population jouissant d'un emploi rémunéré (Haro et coll., 2003). Cette étude a de plus recueilli d'autres données sur l'emploi des participants qui sont en cours d'analyse.

Dans la littérature, on a constaté que **l'insatisfaction et le manque de soutien au travail** sont un facteur de risque pour la dépression. Le projet européen PREDICT-D (King et coll., 2008) suivit pendant un an une cohorte de 7 209 patients en soins primaires dans 6 pays européens (1 270 d'entre eux à partir de Malaga, Espagne), dans le but d'obtenir un indice de risque pour prévoir l'apparition de la dépression majeure. Des 39 facteurs psychosociaux évalués, 10 ont été en mesure de prédire l'incidence de la dépression : pays de résidence, âge, sexe, scolarité, antécédents personnels de dépression, antécédents de problèmes psychologiques chez des parents au premier degré, difficultés et manque de soutien dans le travail rémunéré et non rémunéré, plus mauvaise perception de la santé physique, plus mauvaise perception de la santé mentale, et perception de discrimination. Cette équation a montré sa capacité prédictive dans chaque pays et a démontré sa validité externe lorsqu'elle fut appliquée à un échantillon de la population chilienne.

Bien que seulement une petite partie des troubles mentaux soient causés directement par le travail, les troubles mentaux, en particulier la dépression, ont une forte **prévalence chez les personnes qui travaillent**. Les données d'octobre 2010 de l'étude périodique plus large sur la santé mentale au niveau européen (Commission européenne, 2010) révèlent que les travailleurs plus enclins à s'absenter du travail en Europe sont ceux qui ont demandé un soutien psychologique ou émotionnel et ceux qui ont pris des antidépresseurs (11 % absent pendant plus de 10 jours). Les risques psychosociaux (stress, violence, dépression et anxiété) sont le deuxième problème de santé au travail dans l'Union européenne, affectant plus de 40 millions de travailleurs (Eurofound, 2007).

Il existe des preuves de l'augmentation des **congés de maladie** en raison de problèmes de santé mentale en Europe (McDaid, 2009). Dans de nombreux pays européens, les problèmes de santé mentale prennent le pas sur les problèmes musculo-squelettiques

comme cause d'absence du travail. Cependant, on observe des pourcentages différents entre la plupart des pays observés. Ces différences peuvent être dues à des causes diverses. Les auteurs suggèrent que les travailleurs salariés et autonomes diffèrent quant au motif de leur absence du travail. Les résultats de l'étude montrent l'augmentation en Europe de la retraite anticipée en raison de problèmes de santé mentale (atteignant 28 % en Suède) (Curran, Knapp, McDaid, Tomasson et Groupe MHEEN, 2007).

En ce qui concerne **les coûts que la dépression engendre au niveau social**, on estime que les troubles mentaux coûtent à l'UE entre 3-4% du PIB, essentiellement en perte de productivité et en fardeau supplémentaire mis sur le système de santé, et aux niveaux social, éducatif et judiciaire (Lavikainen, Fryers et Lehtinen, 2006). Le **Réseau européen d'économie de la santé mentale** (Mental Health Economics European Network, MHEEN) a colligé des données récentes sur les coûts de la santé mentale au travail dans 17 pays européens; le tout coordonné par Santé Mentale Europe (SME) et la London School of Economics (Curran et coll., 2007). Bien que les pays interrogés aient estimé les coûts de la perte de productivité due à des troubles mentaux de différentes manières, il est clair que le coût est important et qu'une grande partie est due à la dépression. Enfin, il est à noter que les coûts de productivité perdue en raison de troubles mentaux graves varient substantiellement entre les pays européens. Les auteurs sont toutefois conscients qu'il existe peu de données sûres pour donner un diagnostic clair. En ce sens, Kilian et Becker (2007) ont constaté que les taux de chômage chez les personnes atteintes de schizophrénie dans 12 pays ont été corrélés avec le taux général de chômage et d'autres facteurs macro-économiques du pays (les conditions de travail, incitatifs économiques, etc.).

Dans le cas de l'Espagne, les données les plus récentes sur les coûts en maladie de la dépression sont dans les études de Sobocki (Sobocki, Jönsson et coll. 2006)) et Salvador-Carulla et coll. (2009), celui-ci avec la population catalane. Soboki et coll. (2006) estime que le total des coûts dus à la dépression (à l'exclusion du trouble bipolaire) a été de l'ordre de 5 005 millions d'euros en 2004, dont 985 millions correspondent à des frais médicaux, 449 millions à la consommation de médicaments, les coûts de 3 385 en perte

de productivité et de 187 millions le coût de la mortalité attribuable à la dépression. Les auteurs soulignent la nécessité d'études plus récentes avec des méthodes d'évaluation fiables qui permettent une comparaison entre les pays (Salvador-Carulla et coll., 2006).

10. Conclusions

La dépression est la plus fréquente des maladies mentales et l'une des principales causes d'incapacité (Murray et Lopez, 1996). Bien que la dépression ait d'importantes répercussions sur la santé, les données montrent que, contrairement à d'autres maladies mentales, elle a un impact significatif sur la vie au travail des individus, ce qui entraîne des coûts énormes pour la société en général, principalement en raison de la perte de productivité et de travail (Curran et coll., 2007. Salvador-Carulla et coll., 2006).

L'impact de la dépression au travail est une priorité dans les politiques de l'Union européenne, de l'Espagne et du gouvernement régional de Catalogne. Ils ont tous mis en marche des initiatives afin de promouvoir la santé mentale en milieu de travail et prévenir le stress et les autres facteurs de risque psychosociaux au travail. Il est nécessaire de recueillir davantage de données sur les coûts de la dépression dans les différents pays; il se développe des initiatives pour prévenir la dépression en milieu de travail et on met en place davantage de mesures pour faciliter l'insertion socioprofessionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux.

11. Références

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7.

- Curran, C., Knapp, M., McDaid, D., Tomasson, K. y MHEEN Group. (2007). Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. *Journal of Mental Health*, 16, 195-209.
- Eurofund (2007). IV Encuesta europea sobre condiciones de trabajo, disponible en <http://www.eurofound.europa.eu/index.htm>
- European Commission (2010). Special Eurobarometer 345. Mental Health. Disponible en : http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf
- García, I. y Cantón, M. A. (2005). Informes estratégicos “La Unión Europea y el Sistema Sanitario Público de Andalucía”: La promoción de la salud mental en Europa. Granada : Observatorio de la Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Generalitat de Catalunya (2007). Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Disponible en : <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir3564/index.html>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G. M., Romera, B., Codony, M. y Autonell, J. (2003). La Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 182-191.
- Haro, J. M., C. Palacin, G. Vilagut, M. Martinez, M. Bernal, I. Luque, M. Codony, M. Dolz y J. Alonso (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clinica (Barcelona)*, 126, 445-451.
- Health Mental Gobertment (2009). Work, recovery & inclusion. Employment support for people in contact with secondary mental health services. London, UK: Health Mental Gobertment.
- Institut Catalá d’Avaluaciones Mèdiques (2010). Balanc d’activitat 2007/2010. Barcelona: Institut Catalá d’Avaluaciones Mèdiques. Disponible en : http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3398/icam2007_2010.pdf
- Kilian, R y Becker, T. (2007). Macroeconomic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16, 211-222.
- King, M., Walker, C., Levy, G., Bottomley, C., Royston, P., Weich, S., Bellón-Saameño, J.A., Moreno, B., Svab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaroos, H. I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M. I., Xavier, M., Carraça, I., Gonçalves-Pereira, M., Vicente, B., Saldivia, S., Melipillan, R., Torres-Gonzalez, F. y Nazareth, I. (2008). Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1368–1376.
- Lavikainen, J., Fryers, T. y Lehtinen, V. (Eds.) (2006). Improving Mental Health information in Europe. Proposal of the MINDFUL project. Finland: Stakes and European Union.
- León, F. (Coord.). (2008). Incapacidad temporal. Manual para el manejo en atención primaria. Madrid : Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Disponible en : <http://www.somamfyc.com/Portals/0/PropertyAgent/400/Files/5/INCAPACIDAD%20TEMPORAL.pdf>

- McDaid, D. (2009). Progress in measuring mental health and wellbeing across Europe. Report to DG Employment for Health and Long Term Care Observatory. London : London School of Economics.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid : Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Murray, C. J. L. y Lopez, A. D. (1996). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1436–1442.
- Murray, C.J. y López, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Priebe, S., Saidi, M., Want, A., Mangalore, R. y Knapp, M. (2009). Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 805-814.
- Salvador-Carulla, L., Knapp, M., Sabes-Figueras, R. y grupo Costdep (2009). Estudio costes y carga de la depresión en Catalunya (CostDep-2006). Informe de investigación sin publicar.
- Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., van Mechelen, W., Hoedeman, R., van Marwijk, H. W., Rutten, F. F., Hakkaart-van Roijen, L. y van der Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Health Services Research*, 8, 99.
- World Health Organization (2001). Documentos básicos (43ª edición). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

VOLET MICRO

Introduction

L'OMS croit que, compte tenu de l'envergure des problèmes qu'on y rencontre, la santé mentale au travail est un élément essentiel de toutes politiques nationales de santé mentale.

Par ailleurs, l'OMS croit que la dépression deviendra la principale cause d'absentéisme au travail en 2020, devançant ainsi les maladies cardiaques et autres pathologies. Il est estimé par exemple qu'au Canada et aux États-Unis, la dépression coute 60 milliards par année, surtout en perte de productivité.

Suite à l'approbation du projet par la ministre des Relations internationales du Québec dans le cadre de l'entente Québec-Catalogne, le projet d'étude

comparative vise à identifier ce qui est fait en santé mentale au travail dans deux établissements ayant un minimum de 1 000 employés.

12. Les données

12.1. Le Québec et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

12.1.1. La mission de l'Institut Douglas

La vision de l'Institut Douglas vise le rétablissement grâce à l'intégration des soins, de l'enseignement et de la recherche. Il est affilié à l'Université McGill et à l'Organisation mondiale de la santé. Il est un chef de file international en soins, recherche et enseignement en santé mentale. Comme centre d'excellence, le Douglas :

- offre des services d'excellence spécialisés et surspécialisés dans un contexte de continuum de soins avec ses partenaires de la première ligne;
- mise sur la prévention et le rétablissement, et contribue à lutter contre les préjugés entourant la maladie mentale;
- contribue à l'avancement des connaissances et des pratiques par la recherche et l'enseignement de pointe.

Le Douglas se démarque par son caractère innovateur, multiculturel et bilingue. Soutenu par un engagement philanthropique, il est empreint d'humanisme et d'ouverture. Fondé par la communauté montréalaise, il est fier d'une tradition d'échanges et de collaboration avec de nombreux partenaires.

À titre d'institut universitaire en santé mentale, le Douglas a le mandat de soigner, de découvrir, d'enseigner et d'évaluer les modes de pratique dans un contexte de partage des connaissances avec le monde.

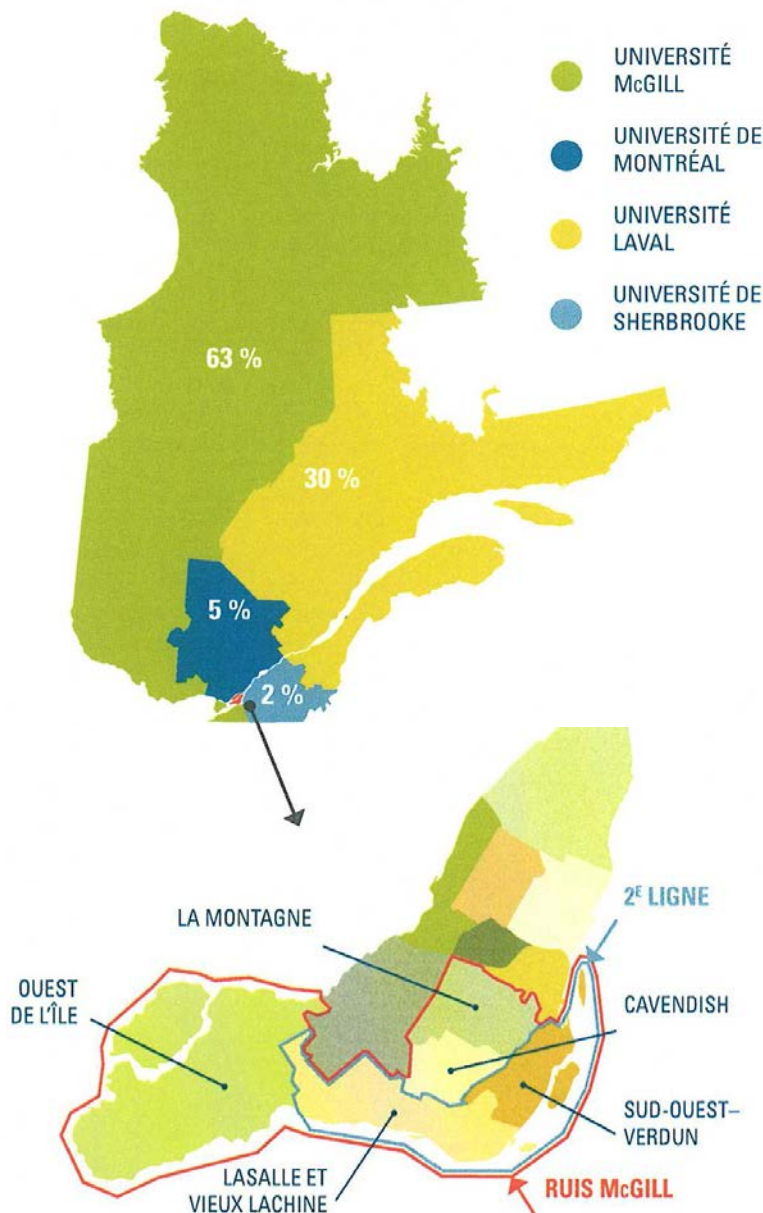
Le Douglas prône des valeurs qui sont pour lui fondamentales :

- **Excellence** : Appliquer les meilleures pratiques avec rigueur;
- **Innovation** : Être un milieu stimulant et dynamique où l'on développe de nouvelles connaissances pour mieux comprendre et soigner;
- **Engagement** : Être déterminés pour réaliser notre mission;
- **Collaboration** : Travailler en équipe interdisciplinaire, tant avec nos partenaires internes que communautaires, universitaires ou internationaux;

- **Éducation** : Être une organisation apprenante qui valorise le capital humain et qui évolue grâce au partage des connaissances et à la formation.

12.1.2. Description : Éléments constitutifs

Le Douglas dessert deux centres de santé et service sociaux (CSSS) ; CSSS Dorval-Lachine-Lasalle et CSSS du Sud-Ouest-Verdun. Ils assurent les services de santé et services sociaux pour une population environ de 150 000 personnes chacun. De plus, le Douglas assure des services pour le Ruis McGill. Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) ont le mandat de coordonner les soins de santé tertiaires. Ils coordonnent également l'enseignement et la recherche offerts par les facultés de médecine, leurs hôpitaux d'enseignement et font l'évaluation de la technologie. Le Ruis détermine l'offre de services de 3e ligne pour son territoire donné du Québec.



INDICATEURS D'ACTIVITÉS		
	2009-2010	2008-2009
Nombre de lits	241	241
Hospitalisation court terme	1562	1504
Hospitalisation long terme	253	254
Clients externes (CE)	9246	9604
Visites à l'Urgence	4444	4106
Incidents/accidents	1912	1904
Mesures de contrôle	8586	7822

PERSONNEL DE L'INSTITUT DOUGLAS		
	2009-2010	2008-2009
Employés de l'Hôpital	1148	1 173
Employés du Centre de recherche	277	230
Total	1425	1 403
Médecins (autres que psychiatres)	10	10
Psychiatres *	49	51
Chercheurs principaux	54	52
Chercheurs et cliniciens associés	16	15
Résidents, internes et étudiants	256	260
Personnel des soins infirmiers	325	331
Professionnels	230	236
Autre personnel de soins	128	134
Autres employés	465	472

PROFIL DES RESSOURCES HUMAINES

1134 employé (e) s incluant la centrale de remplacement

392 hommes - 742 femmes

943 détenteurs de poste

191 non-détenteurs de poste

Temps complet permanent

756

Temps partiel permanent

187

Occasionnel

191

	Hommes	Femmes	Moyenne d'âge	Nombre postes TC	Nombre postes TP	Occasionnel	Total	%
Gestionnaires APTS (professionnels)	34	50	47.06	80	2	2	84	7 %
APES (pharmaciens)	49	170	42.90	143	35	41	219	19.31 %
FIQ (infirmières)	0	4	48.75	3	0	1	4	0.35 %
FTQ-bureau	99	222	46.50	208	86	27	321	28.31 %
FTQ-technique	31	153	47.50	143	4	37	184	16.23 %
Non-syndiqués	168	122	44.82	151	60	79	290	25.57 %
	11	21	42.13	28	0	4	32	2.82 %
	392	742		756	187	191	1134	100.00 %

Répartition d'âge

Sexe	Nombre d'employés	Catégories d'employés	18-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	< 65	Total	%
Homme	34	Gestionnaires	0	0	2	2	7	1	5	9	5	3	0	34	3.00 %
	49	APTS (professionnels)	0	1	4	1	2	7	8	9	11	5	1	49	4.32 %
	0	APES (pharmaciens)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00 %
	99	FIIQ (infirmières)	0	2	7	5	12	17	21	20	8	6	1	99	8.73 %
	31	FTQ-bureau	0	3	2	3	2	5	3	8	4	1	0	31	2.73 %
	168	FTQ-technique	10	11	7	11	13	24	25	34	25	7	1	168	14.81 %
	11	Non-syndiqués	0	0	1	1	1	1	6	1	0	0	0	11	0.97 %
		Total hommes	10	17	23	23	37	55	68	81	53	22	3	392	34.57 %
Femmes	50	Gestionnaires	0	0	3	4	5	7	9	15	6	0	1	50	4.41 %
	170	APTS (professionnels)	0	5	28	37	21	20	14	24	16	5	0	170	14.99 %
	4	APES (pharmaciens)	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	4	0.35 %
	222	FIIQ (infirmières)	0	7	14	25	20	27	37	41	28	19	4	222	19.58 %
	153	FTQ-bureau	1	6	15	10	6	10	22	36	25	16	6	153	13.49 %
	122	FTQ-technique	4	7	8	8	10	17	28	14	15	9	2	122	10.76 %
	21	Non-syndiqués	0	0	4	3	3	4	3	2	0	2	0	21	1.85 %
		Total femmes	5	25	72	87	65	85	116	133	90	51	13	742	65.43 %
Grand total	1134		15	42	95	110	102	140	184	214	143	73	16	1134	100.00 %

Nombre d'employés par catégorie

84	Gestionnaires	7.41 %
219	APTS (professionnels)	19.31 %
4	APES (pharmaciens)	0.35 %
321	FIIQ (infirmières)	28.31 %
184	FTQ-bureau	16.23 %
290	FTQ-technique	25.57 %
32	Non-syndiqués	2.82 %
1134		100.00 %

Pourcentage par catégorie

	Hommes	Femmes	Total
Gestionnaires	34	50	84
APTS (professionnels)	49	170	219
APES (pharmaciens)	0	4	4
FIIQ (infirmières)	99	222	321
FTQ-bureau	31	153	184
FTQ-technique	168	122	290
Non-syndiqués	11	21	32
	392	742	1134

12.1.2.1. L'agrément

Agrément Canada est un organisme privé sans but lucratif et indépendant qui fournit aux organismes de santé et de services sociaux nationaux et internationaux un examen, qui est mené par des pairs de l'extérieur, afin d'évaluer la qualité de leurs services selon des normes d'excellence. Agrément Canada est agréé par l'International Society for Quality in Health Care et il favorise l'excellence dans les soins de santé au Canada et à l'étranger depuis 1958. En octobre 2009, l'organisme tenait un sondage « pulse » sur la qualité de vie au travail. 839 employés ont complété le sondage. Les résultats sont très positifs dans l'ensemble.

12.2. Douglas : centre collaborateur de l'OMS

L'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies. Le Douglas agit. Depuis 1982 comme centre collaborateur de Montréal de l'OMS, affilié à sa Division de santé mentale.

Celle-ci est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique. Un accent est mis sur les pays en développement.

L'OMS atteint ses objectifs en exécutant des fonctions essentielles :

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire;
- Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
- Fixer des normes et des critères et en encourager et suivre l'application;

- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances en matière de santé.¹

12.3. La Santé et le bien-être au travail : Au cœur des préoccupations de la direction des ressources humaines de l'Institut Douglas

La Direction des ressources humaines assure un suivi rigoureux de la présence au travail et cette gestion est appuyée par des conditions favorisant un climat de travail positif et un environnement stimulant. Le tout est accentué par le volet prévention. À cet égard, plusieurs programmes et pratiques de gestion appuient cette orientation, notamment; le programme santé bien-être, la norme entreprise en santé, le programme de retour au travail, le programme d'aide aux employés, le programme de gestion intégrée de l'assiduité.

« Les praticiens en ressources humaines doivent devenir des partenaires stratégiques pour leur organisation afin d'optimiser la gestion et le bien-être du capital humain de leur entreprise. C'est en suggérant des solutions et des interventions basées sur les meilleures pratiques et sur des données probantes qu'il est possible d'implanter des solutions durables pour assurer à la fois la productivité d'une organisation et la santé de son personnel. »(Grenier, Mallette, 2011)

12.3.1.1. Programme Santé Bien-être

Ainsi, une politique de promotion de la santé qui inclut un comité de santé bien-être a été instaurée. Cette démarche a pour but de promouvoir et d'améliorer la santé des employés et ainsi la qualité des soins et des services donnés aux patients. Elle permet également d'accroître le pouvoir d'attraction et de rétention de l'Institut Douglas sur le marché concurrentiel de l'emploi.

La direction des ressources humaines veut ainsi :

- Créer une gestion d'établissement globale de la santé;
- Contribuer à ce que l'Institut Douglas soit un lieu stimulant où existe un sentiment d'appartenance des employés envers leur milieu de travail;

¹ www.who.int/

- Favoriser une communication interactive et franche pour déterminer le contenu d'un programme de santé mieux-être et veiller à ce qu'il soit compris et apprécié des employés de l'Institut Douglas;
- Concevoir et offrir des produits et services actuels et significatifs pour combler les besoins identifiés des employés en fonction des résultats de la collecte de données, des priorités stratégiques de l'organisation et des valeurs de l'organisation;
- Faire en sorte que les initiatives de promotion de la santé s'inscrivent dans l'orientation de l'Institut Douglas.

Ainsi, la direction des ressources humaines offre différentes activités de promotion de la santé, dont elle assume environ 95 % des coûts, ce qui est grandement apprécié des employés participants :

- Massage sur chaise;
- Défi Vélo-Boulot;
- Cours de peinture ;
- Cours de mosaïque;
- Cours de bijoux;
- Cours de vitrail;
- Marche nordique;
- Coach en gestion de conflits;
- Campagne d'influenza;
- Entraîneur pour des rencontres individuelles;
- Parrainage interne dans le cadre du Défi provincial j'arrête, j'y gagne;
- Activités internes pour le Défi 5/30;
- Nutritionniste pour des rencontres individuelles;
- Prix négocié par l'établissement dans différents centres d'entraînement;

L'équipe des ressources humaines se préoccupe de la santé des employés. Les changements de comportements sont encouragés par le biais de l'approche client : une dynamique de plaisir et de support par les pairs.

Compte tenu de ses démarches, Douglas vient d'ailleurs de recevoir une subvention de 150 000 \$ sur deux (2) ans pour l'implantation et l'intégration de stratégies de type *Employeurs de choix*, telles *Entreprise en santé*.

12.3.1.2. Douglas en démarche pour une reconnaissance de la norme québécoise de qualité « Entreprise en santé »

Le Bureau de normalisation du Québec émettait en 2008, à l'initiative d'un groupement d'organisations et d'entreprises québécoises, la nouvelle norme sur

la prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail intitulée : « Entreprise en santé ».

Cette norme est une démarche d'amélioration continue qui s'appuie sur 4 sphères d'activités qui peuvent avoir un impact sur la santé physique et psychologie des travailleurs. En effet, il a été démontré le lien qui existe entre l'équilibre des différentes dimensions du travail. (Grenier, Mallette, 2011)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a ainsi décidé d'intégrer la norme Entreprise en santé dans ses établissements :

« En effet, de par la nature de son offre de services (nuit et jour, sept jours par semaine), les ressources humaines sont au cœur du système de santé et de la qualité des soins et services dispensés à la population. Dans ce contexte, la santé globale et le mieux-être des employés, comme levier d'attraction et de fidélisation de la main d'œuvre, représentent une orientation stratégique importante pour le Ministère. Le Ministère a donc décidé d'adopter une approche préventive à l'égard de la santé globale du personnel du Réseau de la santé et des services sociaux du Québec. C'est ainsi que le programme de santé et sécurité du travail est devenu le programme Santé des Organisations et des Individus. » (Grenier, Mallette, 2011)

Cette norme repose sur trois principes de base : l'engagement de la direction de l'entreprise, un partenariat étroit entre tous les intervenants concernés et la participation volontaire des individus.

La norme vise le maintien et l'amélioration durable de la santé des personnes par la mobilisation à tous les paliers de l'organisation. La santé du personnel est une valeur devant être intégrée dans les processus de gestion des organisations.

Le Douglas a mis en place un comité de pilotage constitué de représentants de toutes les catégories du personnel ayant manifesté leur intérêt. Son mandat est de réaliser les premières étapes visant à répondre aux exigences de la norme « Entreprise en santé ».

L'une des toutes premières étapes est de réaliser une collecte de données et de dresser un inventaire des besoins, sur lesquels un programme efficace de santé et mieux-être devra s'appuyer. Ensuite, il faudra déterminer les indicateurs et les cibles pertinents pour mesurer l'efficacité des mesures retenues et, à la lumière de ces résultats, apporter les correctifs nécessaires.

Le Douglas a conclu une entente avec le Ministère pour l'accompagner dans l'implantation de la norme « Entreprise en santé ». Cette démarche a pour but de

promouvoir et d'améliorer la santé des employés et ainsi la qualité des soins et des services donnés aux patients. Elle permet également d'accroître le pouvoir d'attraction et de rétention de l'Institut Douglas sur le marché concurrentiel de l'emploi.

Cette démarche organisationnelle permettra à Douglas de réviser et d'enrichir la programmation de ses activités de façon à répondre plus adéquatement aux besoins et aux attentes prioritaires de ses employés.

Jusqu'à maintenant, des groupes de discussion avec les employés ont été réalisés afin de planifier des plans d'action qui leur conviennent. Le Douglas travaillera sur les habitudes de vie et les communications organisationnelles, qui sont reliées aux pratiques de gestion.

Un club a été formé. Le *Douglas en santé* permet aux employés de prendre un engagement personnel vers la santé, physique ou psychologique, et de bénéficier d'événements, d'objets promotionnels, de prix de participation, et autres.



Les 4 sphères d'intervention

HABITUDES DE VIE

Habitudes alimentaires
Activités physiques
Stress
Tabagisme

ÉQUILIBRE TRAVAIL - VIE PERSONNELLE

Flexibilité des horaires
Aménagement du temps de travail
Congés raisons personnelles
Garderie au travail

ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Ergonomie
Bruit-ventilation
Outils de travail disponibles
Installations physiques

PRATIQUES DE GESTION

Reconnaissance
Formation et développement
Participation aux décisions
Communication
Travail d'équipe

Cinq (5) étapes de la norme

1	2	3	4
ENGAGEMENT DE LA DIRECTION	COMITÉ SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE	COLLECTE DE DONNÉES	PLAN DE MISE EN ŒUVRE
•Engagement et politique •Respect SST/ME •Représentants de la direction et du personnel •Planification stratégique •Formation + évaluation des gestionnaires	•Organisation •Mandat et responsabilités du comité •Composition •Formation	•Confidentialité •Objet de la collecte de données : - Suggestions du personnel - Satisfaction et besoins - Données administratives •Rapport et communication	•Choix des interventions (priorités) - Exigences Sphères d'activités (4/4) •Objectifs des interventions (retombées) •Calendrier et responsabilités •Communication (moyens et population) •Budget des interventions

12.3.1.3. Un programme de retour au travail

Il a pour objectif l'amélioration du processus de retour au travail afin de favoriser une réintégration et d'éviter une rechute. Selon Louise St-Arnaud, professeur titulaire de la Chaire de recherche du Canada, Université Laval, environ 30 % des absences sont reliés au travail; 60 % aurait un lien avec le travail et la vie personnelle et 10 % purement relié à un aspect personnel. De l'ensemble des absences pour cause psychologique, 90 % serait lié au travail (St-Arnaud, 2009). Plusieurs personnes sont donc mobilisées pour assurer un retour efficace; le gestionnaire, le bureau de santé et un gestionnaire de la DRH qui n'a pas géré le dossier administrativement qui agit à titre de facilitateur pour le retour au travail. Nous croyons que le soutien est indispensable pour faciliter le retour.

12.3.1.4. Le Programme d'aide aux employés (PAE)

Il est offert par l'Institut Douglas à son personnel et s'assure que les personnes admissibles au programme puissent, sur demande, recevoir un ou des services (s) d'aide pour résoudre des problèmes d'ordre personnel aux termes stipulés dans son programme. L'établissement signe un contrat avec une firme externe pour assurer les services. Le coût annuel est environ 35 000,00 \$ dollars.

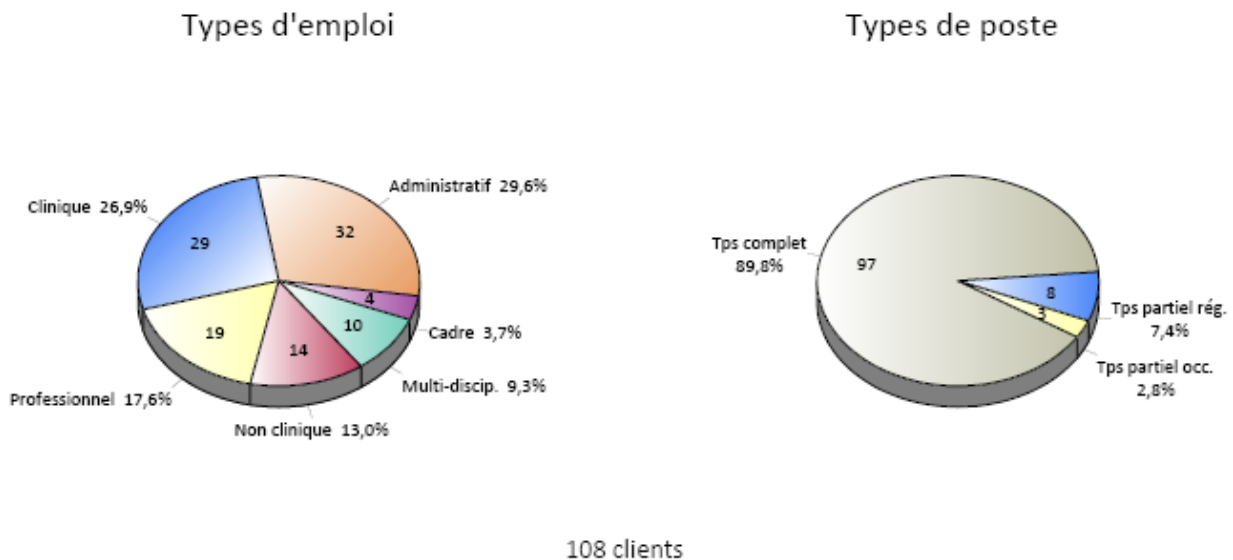
Tous les dossiers de consultation en relation d'aide sont confidentiels. L'identité des employés ne sera en aucun cas révélée aux représentants du Douglas sauf avec le consentement écrit du client, donc de l'employé.

Les employés ont accès à un service d'urgence téléphonique de vingt-quatre (24) heures par jour, sept (7) jours par semaine. Dans les quarante-huit (48) heures de la demande du client, l'aide est rendue disponible. Chaque employé peut recevoir un service d'intervention brève, pour un maximum de six (6) heures d'intervention en personne et/ou au téléphone par année.

Par la suite, un service d'orientation vers le professionnel ou la ressource communautaire publique ou privée la plus apte à fournir de l'assistance spécialisée à plus long terme est offert.

Un suivi par un professionnel autre que l'intervenant sera effectué par téléphone après l'intervention.

Hôpital Douglas



Les services offerts doivent répondre à tout problème qui pourrait affecter la concentration, la santé psychologique et la présence au travail du personnel, et doivent inclure les services d'aide suivants :

- Familial, conjugal;
- Travail, carrière;
- Stress, épuisement;
- Dépendances : tabagisme, jeux, drogue, alcool... etc.;
- Nécessitant un professionnel de la nutrition.

12.3.1.5. Orientation

À l'institut Douglas, nous avons trois types d'orientations : générale, spécifique et sur l'unité. De plus, les gestionnaires peuvent préparer l'arrivée de leurs nouveaux employés en utilisant les guides d'intégration prévus à cet effet. Une pochette d'accueil contenant de l'information pertinente est également remise aux nouveaux employés. En 2010-2011, 143 nouveaux employés ont été accueillis.

L'orientation générale est une journée de bienvenue pour tous les nouveaux employés. Y sont présentés la mission, les valeurs, les orientations organisationnelles ainsi que les différentes directions et services. Pendant cette journée, les nouveaux employés sont sensibilisés aux mesures de prévention des infections et des situations instables et à risques (OMÉGA). L'orientation

spécifique d'une durée d'une à trois journées facilite l'intégration des employés dans leur travail. Il y en a une pour les catégories d'employé suivantes : soins infirmiers, professionnel, personnel de bureau et de métier. Nous avons également un parcours de formation pour les nouveaux cadres inter établissements et des sessions de formation sur les pratiques en ressources humaines.

L'orientation sur les unités, d'une durée variable, permet de réaliser un entraînement à la tâche par jumelage avec d'autres employés.

12.3.1.6. Formation et développement

Les plans de formation des différentes catégories d'employés sont déterminés en collaboration avec les syndicats à partir d'un processus de consultation et en tenant compte du plan stratégique, du PDRH, des objectifs ministériels et organisationnels fixés. Au total, plus de 4470 heures de formation ont été diffusées. Pour les gestionnaires, 2114 heures de formation auprès de 410 participants pour 31 différentes sessions de formation. Pour le personnel de bureau et de métier, 664 heures de formation auprès de 139 participants pour 12 sessions de formation. Pour le personnel en soins infirmiers, 1383 heures de formation auprès de 152 participants pour 159 sessions de formation. Pour les professionnels, 309 heures de formation ont été diffusées auprès de 32 participants pour 15 sessions de formation.

Activités de développement adressées aux employés non cliniques

- ✓ PowerPoint (secteur administratif)- *15 personnes formées*
- ✓ Perfectionner ses constructions de phrase (secteur administratif)- *12 personnes formées*
- ✓ Rédaction anglaise (secteur administratif)- *12 personnes formées*
- ✓ SIMDUT (secteur entretien ménager, cuisine, services techniques, pharmacie)- *(100 personnes formées)*
- ✓ Cours d'initiation à l'approche des personnes bénéficiaires psychiatriques (personnel des services auxiliaires et métiers)- *(13 personnes formées)*

Programmes d'orientation des nouveaux

Au Douglas, nous avons trois types d'orientation : générale, spécifique et sur l'unité. De plus, les gestionnaires peuvent préparer l'arrivée de leurs nouveaux employés en utilisant les guides d'intégration prévus à cet effet. En 2010-2011, nous avons accueilli plus de 143 nouveaux employés.

L'orientation générale est une journée de bienvenue pour tous les nouveaux employés où l'on présente la mission, les valeurs, les orientations

organisationnelles ainsi que les différentes directions et services. À l'intérieur de cette journée, les nouveaux employés sont sensibilisés aux mesures de prévention des infections et des situations instables et à risques (OMÉGA).

L'orientation spécifique d'une durée d'une à trois journées facilite l'intégration des employés dans leur nouveau travail, il y en a une pour les catégories d'employés suivants : soins infirmiers, professionnel, personnel de bureau et de métier. Nous avons un parcours de formation pour les nouveaux cadres des hôpitaux psychiatriques et des formations sur les pratiques en ressources humaines.

L'orientation sur les unités d'une durée variable permet de réaliser un entraînement à la tâche par jumelage avec d'autres employés.

12.3.1.7. Comité paritaire de santé et sécurité au travail

Le CP SST au Douglas est composé de représentants de chacun des groupes de syndiqués ainsi que de représentants de directions de l'établissement.

Le mandat du Comité est de promouvoir la prévention dans l'organisation. Lors des rencontres, au nombre de 6 à 8 annuellement, les membres se penchent sur les questions de santé et de sécurité qui préoccupent leurs mandats respectifs. C'est un organe consultatif et ses décisions sont prises par consensus.

Ses recommandations sont guidées par le principe que la prévention doit être prise en charge par le milieu. Ainsi, au fur et à mesure de ses interventions, le Comité souhaite développer dans l'organisation une culture de prévention.

12.3.1.8. Code blanc

La violence et les agressions sont des réalités très importantes depuis toujours. Elles concernent tout le monde. Le Douglas souhaite que son personnel puisse travailler dans un milieu sécuritaire. Le code blanc, soutenu par une équipe, a donc été instauré. Le code blanc est un signal d'urgence pour une demande d'aide immédiate dans une situation où un client a un comportement d'agressivité qui présente un risque pour sa sécurité et celle des autres, qui a le potentiel de s'aggraver ou qui escalade au-delà des capacités du personnel en place à gérer de façon sécuritaire cet événement (Proulx, 2007).

Les objectifs de l'équipe code blanc :

- o Toujours compter sur un groupe pour intervenir de façon sécuritaire;
- o Coordonner efficacement les activités de l'équipe
- o Travailler avec cohésion
- o Donner une formation avancée
- o Identifier systématiquement les participants
- o Identifier les situations et les individus
- o Assurer un suivi dans l'unité
- o Réduire les risques de blessure

Les avantages de l'équipe code blanc :

- o Disposer d'une équipe d'intervention
- o Disposer de renseignements fiables
- o Réduire les coûts humains et financiers
- o Pour le personnel de l'hôpital, un sentiment de travailler dans un milieu sécuritaire.

12.3.1.9. Politique contre la violence et le harcèlement

La violence en milieu de travail est une question qui touche l'ensemble des employés à travers le continuum des soins de santé. La violence au travail peut être assimilée, selon les définitions contenues à la présente politique, à une forme de harcèlement au travail.

L'Institut Douglas s'engage par le biais de sa politique pour contrer la violence et le harcèlement à :

- Instaurer un environnement de travail où toutes les personnes visées par cette politique sont traitées avec dignité et respect;
- Prendre toutes les mesures préventives, dissuasives et nécessaires pour éviter les situations et les comportements risquant d'entraîner de la violence ou du harcèlement.

La politique s'applique à tous les incidents en relation avec le travail lorsqu'ils surviennent sur les lieux du travail. Elle s'applique également aux incidents survenus en dehors des lieux du travail lorsqu'ils ont un impact sur le travail. Le Douglas peut engager, si les employés concernés le désirent, les services de médiateurs externes.

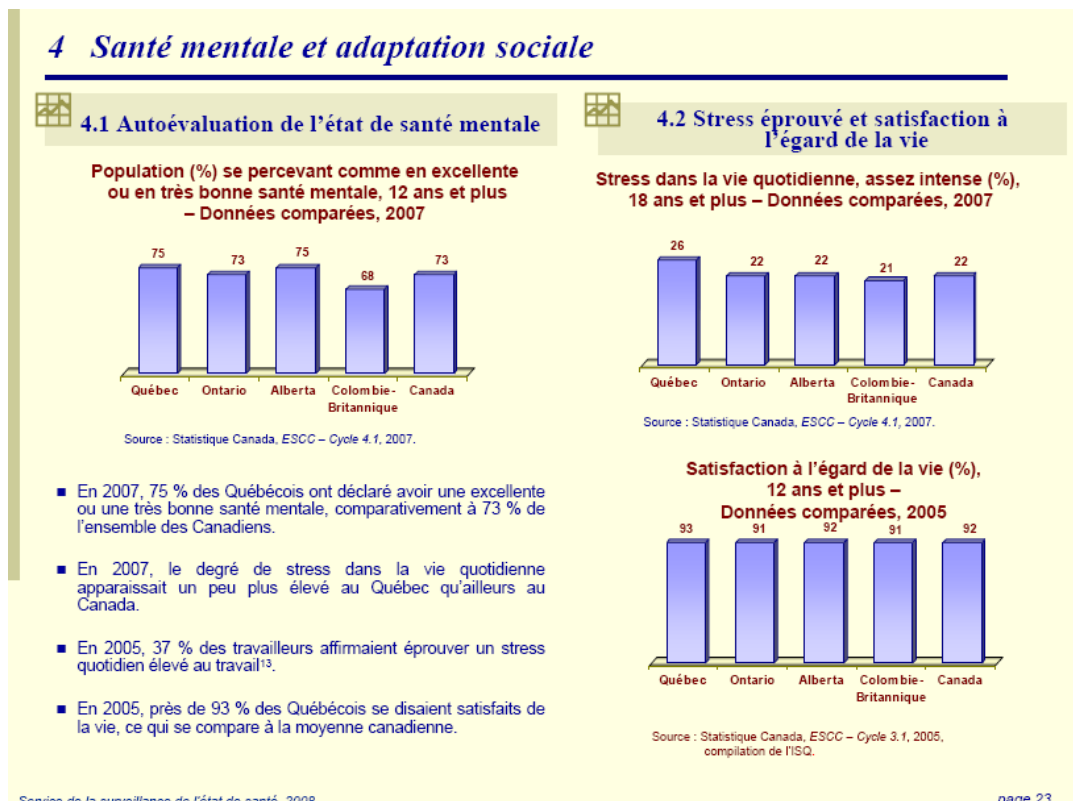
12.4. Les coûts reliés à la dépression et à l'absentéisme

L'OMS croit que, compte tenu de l'envergure des problèmes qu'on y rencontre, la santé mentale au travail est un élément essentiel de toute politique nationale de santé. Par ailleurs, l'OMS évalue que la dépression deviendra la principale cause d'absentéisme au travail en 2020, devançant ainsi les maladies cardiaques et autres pathologies. Il est estimé par exemple qu'au Canada et aux États-Unis, la dépression coûtera 60 milliards par année, surtout en perte de productivité.

La direction nationale de santé publique publiait quelques statistiques sur la santé des Québécois en 2009. Plusieurs données pertinentes sur la santé mentale et adaptation sociale figuraient. Nous reproduisons quelques tableaux pertinents des données.

En 2002, 39 % des personnes en emploi au Québec estimaient que la plupart de leurs journées de travail étaient assez ou extrêmement stressantes. (Vézina, bourdonnais, 2008) Ce niveau de stress serait étroitement lié à l'absence au travail : près d'une personne sur cinq percevant le travail comme étant un stressant a pris au moins un jour de maladie pendant les deux semaines précédant une enquête (Vézina, Bourbonnais, 2008).

Au Canada, 43 % des travailleurs canadiens ont connu un épisode de détresse psychologique entre 1994 et 2000 (Brun, 2004).

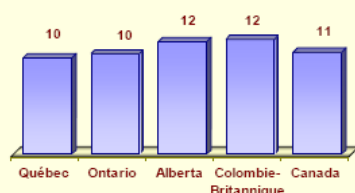


4 Santé mentale et adaptation sociale



4.3 Troubles de santé mentale

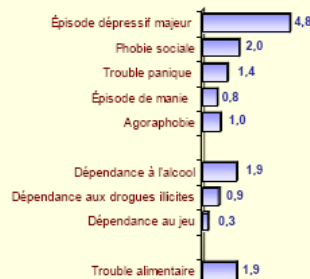
Présence d'au moins un trouble de santé mentale ou d'une dépendance* au cours d'une période de 12 mois (%), 15 ans et plus – Données comparées, 2002



* Excluant la dépendance au jeu et le trouble alimentaire.

Source : Statistique Canada, ESCC – Cycle 1.2, 2002.

Principaux problèmes de santé mentale ou de dépendance mesurés (%), 15 ans et plus, Québec, 2002



Source : Statistique Canada, ESCC – Cycle 1.2, 2002.

- En 2002, environ 10 % des Québécois ont été touchés par au moins un trouble de santé mentale ou une dépendance à une substance (alcool ou drogues illicites) au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion était comparable à celle qui était observée pour l'ensemble du Canada.
- Parmi les troubles de santé mentale mesurés en 2002, les épisodes dépressifs majeurs étaient les plus fréquents (5 % de la population).
- En 2007, 21 % des Québécois avaient éprouvé un niveau élevé de détresse psychologique au cours du mois précédant l'enquête. Cette proportion était plus élevée chez les femmes (24 %) que chez les hommes (17 %). Par ailleurs, le niveau de détresse psychologique diminuait graduellement avec l'âge.
- En 2007, les troubles de l'anxiété, comme les troubles de l'humeur, touchaient 5 % de la population québécoise²³.

Service de la surveillance de l'état de santé, 2008

page 24

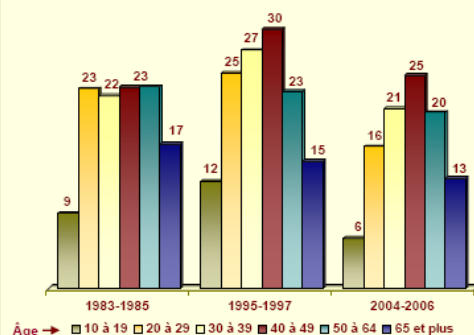
État
de

4 Santé mentale et adaptation sociale



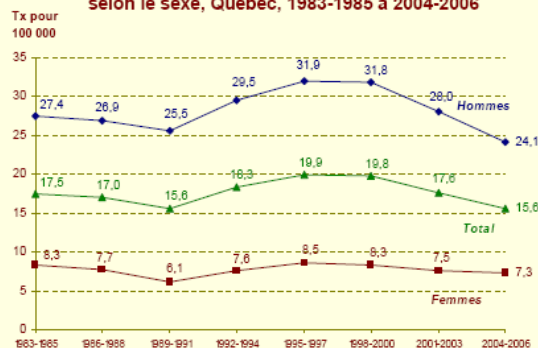
4.4 Suicide

Taux moyen brut de mortalité par suicide selon le groupe d'âge, Québec, 1983-1985, 1995-1997, 2004-2006



Âge → ■ 10 à 19 ■ 20 à 29 ■ 30 à 39 ■ 40 à 49 ■ 50 à 64 ■ 65 et plus

Taux annuel moyen ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, Québec, 1983-1985 à 2004-2006



Source : MSSS, Fichier des décès. Les données de 2005 et 2006 sont provisoires.

- Après une hausse dans les années 1990, le taux de mortalité attribuable au suicide tend à diminuer depuis le début des années 2000 et atteint des valeurs comparables à celles qui étaient observées dans les années 1980.
- Le taux de suicide le plus élevé pour la période 2004-2006 est observé chez les personnes de 40 à 49 ans. C'est aussi dans ce seul groupe d'âge que le suicide n'a pas diminué par rapport à 1983-1985.
- En 2004-2006, plus de 75 % des décès par suicide sont survenus chez les hommes.
- Depuis une vingtaine d'années, la répartition des décès par suicide selon l'âge s'est modifiée. Considérant l'ensemble des suicides au Québec, la part des jeunes adultes (20 à 29 ans) est passée de 28 % à 14 %, tandis que celle des personnes de 40 à 49 ans est passée de 16 % à 27 %.
- Le Québec affichait l'un des plus hauts taux de mortalité par suicide des provinces canadiennes en 2004¹⁷ et l'un des plus élevés des pays industrialisés en 2003²⁴.

Service de la surveillance de l'état de santé, 2008

page 25

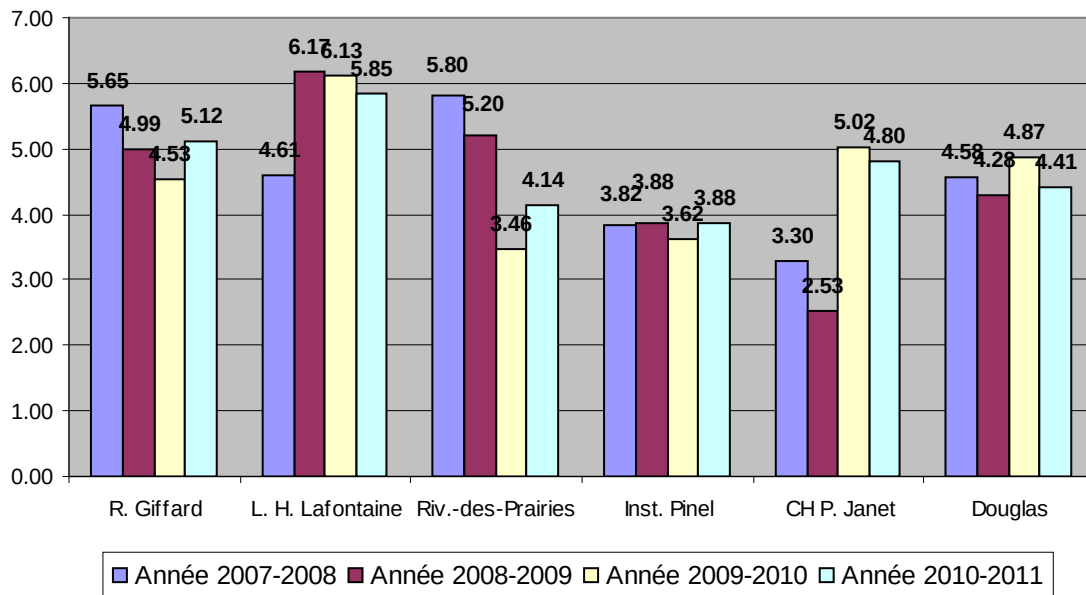
La gestion de l'invalidité comporte plusieurs éléments qui vont de la prévention à la gestion clinico-administrative des dossiers. L'équipe de santé et sécurité du travail est composée de deux conseillers ressources humaines, une technicienne en administration et un chef de service. Elle est supportée par un médecin traitant.

Essentiellement, les conseillers s'assurent du respect des conventions collectives en regard à l'assurance salaire et gèrent le processus. La capacité à offrir une prestation de travail compte tenu de la condition médicale est évaluée par un médecin-conseil. Le médecin s'assure que le suivi et le traitement des employés en invalidité sont optimaux et respectés, entre autres pour les cas de dépression. Il conseille l'équipe de santé sur les invalidités et peut communiquer avec le médecin traitant (de l'employé) au besoin, entre autres s'il juge que la médication prescrite devrait être ajustée.

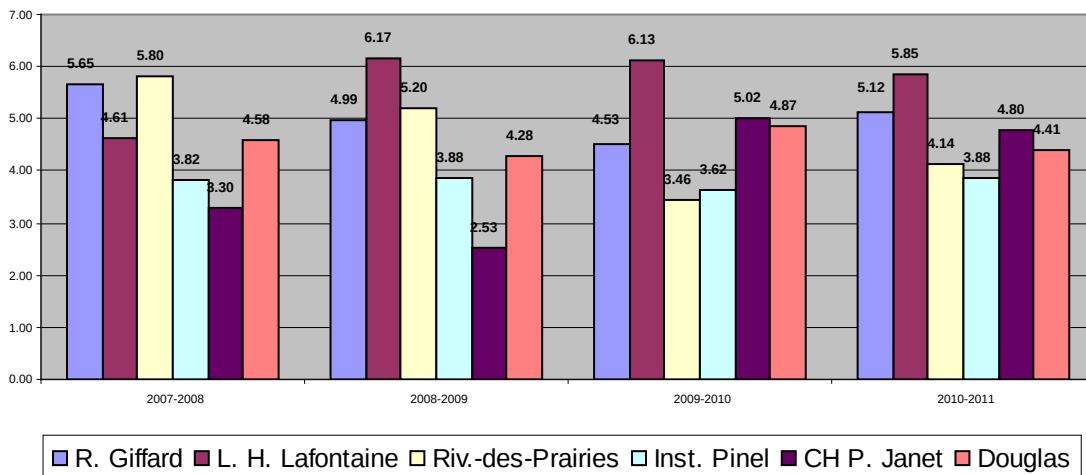
Pour les dossiers plus complexes, l'équipe peut recourir à un médecin expert pour un avis plus poussé. La gestion des invalidités vise à réduire les impacts d'une blessure ou d'une maladie invalidante, tant sur l'organisation que sur l'individu.

Le Douglas a amélioré son taux d'assurance salaire de façon significative depuis quelques années. Le taux d'assurance salaire représente le % en heures des gens qui ont reçu de l'assurance salaire sur l'ensemble des heures travaillées de l'institution. Celui-ci a diminué de plus de 40 % depuis l'année 2003. Le taux est de 4,41 pour l'année 2010-2011 alors que la cible visée était de 4,87, une économie pour l'établissement de 120 000 \$.

**Ratio assurance salaire pour les hôpitaux psychiatriques du Québec
comparatif 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011**



**Ratio assurance salaire pour les hôpitaux psychiatriques du Québec
comparatif 2007-2008, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011**



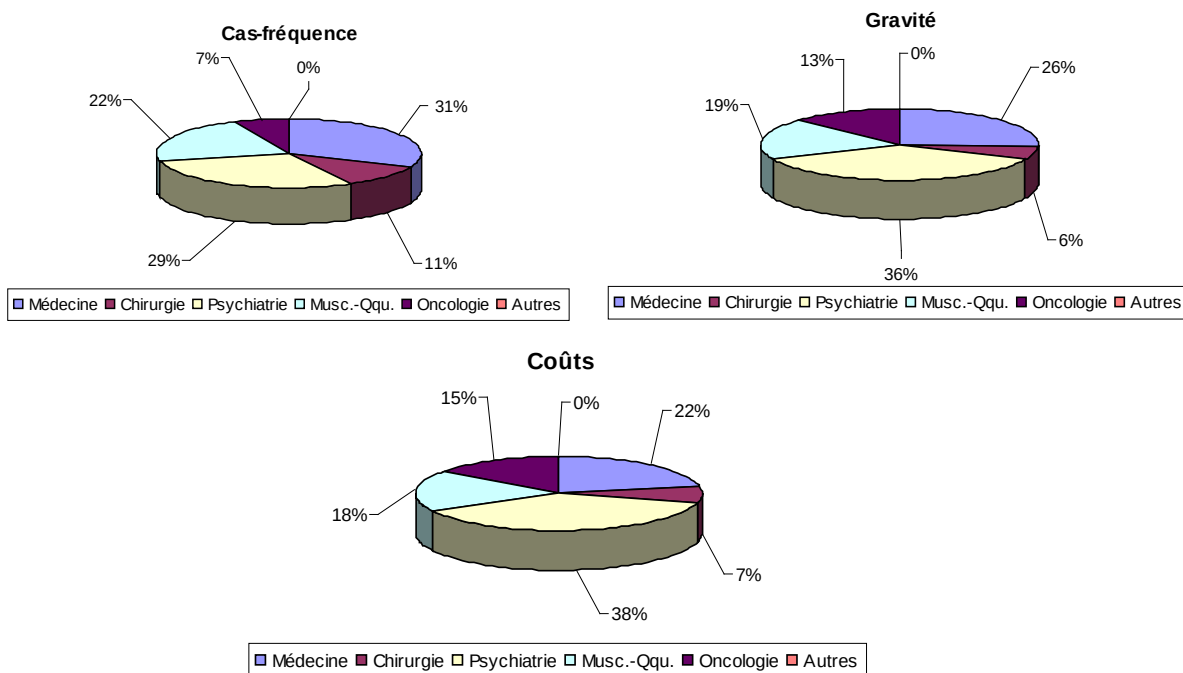
Le Douglas se positionne aujourd’hui très bien face à d’autres hôpitaux psychiatriques du Québec en regard de son taux d’assurance salaire. Si nous retirons l’Institut Pinel (vocation de médecine justice), nous sommes parmi les meilleurs.

Pour le Douglas, spécifiquement quant à la dépression, selon le sondage commenté dans la partie 2, elle a été diagnostiquée dans 6 % des cas. En

consultant les données du Douglas reliées aux absences pour cause d'invalidité, en 2009-2010, 27,27 % étaient reliées à des problèmes de santé mentale et 29 cas (16 % des cas totaux) concernaient la dépression. 55 % de ces cas provenaient d'employés qui travaillaient dans les services cliniques et 45 % dans les services administratifs. Toutefois, il est à noter que ces cas sont à 86 % des femmes et seulement 14 % des hommes alors que les femmes sont représentées à 65 % au Douglas et les hommes à 35 %.

En 2010-2011, 30,30 % des cas étaient reliés à la santé mentale, dont 26 cas (16 % des cas) de dépression. De ce nombre, 64 % des cas provenaient d'employés qui travaillaient dans les services cliniques et 36 % dans les services administratifs. 80 % étaient des femmes et 20 % des hommes.

Au niveau des données du Ministère pour 2009-2010, les statistiques suivantes peuvent être citées :



**Gouvernement du Québec – ministère de la Santé et des Services sociaux – sommaire assurance salaire :
Fréquence/Gravité/Coût (groupe diagnostic)**

12.5. L'Espagne et l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Girona

12.5.1. La mission de l'IAS

L'IAS est une société publique appartenant à la Generalitat de Catalogne (GC). L'IAS est une partie du réseau du système de santé et social qui donne une couverture publique, en consultation avec le ministère de la Santé et le Département des affaires sociales et de la famille de la GC.

Le travail de nos professionnels se centre sur les gens et le soin que nous portons à leur santé est fourni intégralement par une continuité ainsi qu'une coordination entre les différents niveaux de soins du territoire : primaires, hospitaliers, de santé mentale, de santé sociale et sociaux.

L'IAS a conclu un accord de collaboration avec les universités, les écoles et les institutions oeuvrant en Catalogne (enseignement, formation et recherche). Nous sommes accrédités comme Unité d'enseignement en résidence par le ministère de la Santé espagnol. Nous formons des résidents en psychiatrie (MIR : Psychiatre), des résidents en psychologie clinique (PIR) et en soins infirmiers (soins infirmiers psychiatriques et en périnatalité).

Les services de l'IAS couvrent (Voir Figure 1 & 2) :

- gère trois zones de soins de santé primaires (Anglès, Breda-Hostalric & Cassa de la Selva) avec une population de 50 800 personnes.
- L'IAS fournit des soins de santé et de services sociaux (réadaptation, CHSLD, soins palliatifs et de convalescence, démence, etc.) à 300 000 personnes de Gironès-Pla de l'Estany et des régions intérieures de La Selva.
- L'IAS gère l'Hôpital Santa Caterina, hôpital général de base du Gironès et des régions intérieures de La Selva.
- L'IAS fournit des services de santé mentale pour toute la province de Gérone (800 000 personnes).



Health Services

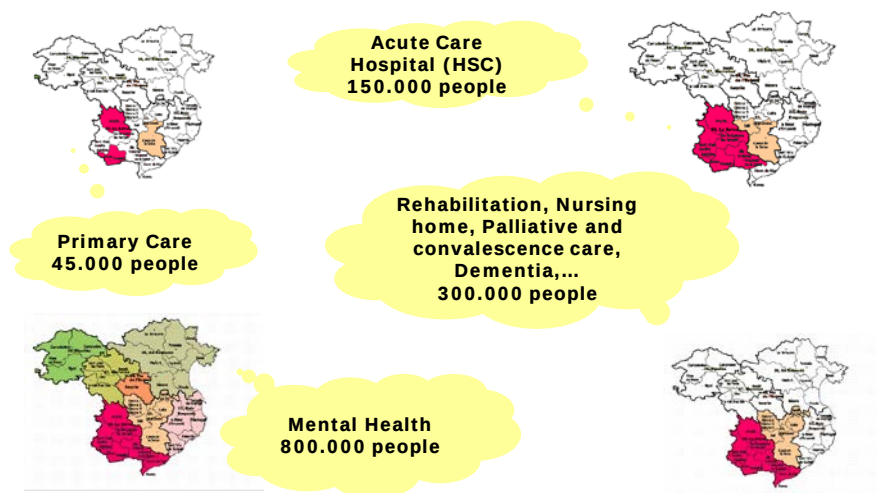


Figure 1. Services de santé de l'IAS dans la province de Gérone

CARE PORTFOLIO	Martí i Julia Hospital Park	Community
Mental Health Girona Health Region (800.000 hab.)	Emergency Room Inpatient Unit (Adults, child-adolescents & Dual P) Day Hospital: Adults and child-adolescents Rehabilitation Service Intellectual Disabilities	7 Adult Mental Health Center 7 Rehabilitation C. 7 child-adolescents Mental Health C. 5 Drug Addiction C.
Long term Care & Acute Care (300.000 hab.)	Convalescence Palliative Care UFISS Demences UFISS Geriatrics Géronto-psychiatrie	PADES
Hospital Care (135.000 hab.)	Santa Caterina Hospital	PASSIR Pediatrics
Primary Care (45.000 hab.)		ABS Anglès ABS Breda-H ABS Cassà
Social	Therapeutic Residence MH and ID	Protected Flats MH

Figure 2. Portfolio Soins de l'IAS.

Notre vision est d'être un centre d'excellence dans les soins de santé prodigués aux gens. Nous voulons contribuer à l'amélioration de la santé de la population et la qualité de la vie et la cohésion sociale des citoyens d'une manière continue et durable.

Les IAS se sont investis dans l'éthique sociale, la qualité des soins, la participation des professionnels, l'utilisation optimale des ressources disponibles et la coresponsabilité des utilisateurs. De façon précise, nous pouvons résumer nos valeurs ainsi :

- **RAISON D'ÊTRE DE L'IAS, CITOYENS** : Toute l'organisation pour répondre aux besoins et attentes dans le domaine de la santé. Cela signifie dévouement, respect, proximité, intégrité, loyauté et travail d'équipe.
- **PROFESSIONNALISME** : responsabilité, le désir d'améliorer la pratique professionnelle et l'excellence dans la connaissance, fondée sur les principes d'honnêteté, de responsabilité, de solidarité, de justice et l'application stricte de la loi.
- **ACCUEIL** : Le souci du bien-être des personnes. L'actif principal professionnel de la gestion des organisations d'intégration des soins, la motivation, l'implication et la participation.
- **ENGAGEMENT** : la coopération solidaire entre les entreprises, les institutions et la société.
- **INNOVATION** : L'amélioration continue des processus, produits et services adaptés aux besoins des clients (internes et externes). Nous voulons nous adapter aux changements démographiques et sociaux qui affectent les services fournis par l'IAS.

Comme on peut le voir dans la figure 1 et la figure 2, l'IAS est une organisation complexe qui est structurée en trois niveaux différents : Conseil d'administration, Comité directeur, et Unités de gestion. Les services ou centres (communautaires et hospitaliers) sont considérés comme des unités de gestion (UG). Les UG fonctionnent comme de petites entreprises ou organisations oeuvrant au sein de la structure micro, travaillant indépendamment à la réalisation des objectifs globaux de l'institution et suivant la stratégie et les objectifs de l'IAS.

12.5.2. Description : Éléments constitutifs

Le personnel de l'IAS est de 1 334. Le personnel équivalent est de 160. L'effectif total est 1 478. Ce lieu de travail résulte en 2 000 vrais travailleurs. (Travail régulier + travail temporaire + réserve pour postes vacants). Dans les tableaux qui suivent, nous notons la répartition par sexe par catégories professionnelles, et

la répartition par sexe par Services. La majorité des travailleurs sont des femmes, le 2/3 est des femmes.

Tableau. Distribution des professionnels à l'IAS selon le sexe

	Homme	Femme	Total
Médecin 1	110,96	168,00	278,96
Infirmier 2	38,09	341,82	379,91
Infirmier auxiliaire-3	88,62	282,91	371,53
Expert technique -4	13,00	8,85	21,85
m technique-5	8,00	8,00	16,00
administratif - 6	34,21	135,69	169,90
Non admissibles - 7	40,79	54,21	95,00
	333,67	999,48	1333,15

Tableau. Répartition des services de l'IAS selon le sexe

	Homme	Femme	Total
Service Central - 1	28,67	57,83	86,50
Services spécialisés - 2	123,40	377,98	501,38
Santé mentale - 3	115,79	273,60	389,39
Soins primaires-4	12,02	96,30	108,32
Sociosanitaire - 5	22,57	109,99	132,56
Services généraux - 6	26,12	68,67	94,79
Admission & utilisateur de services - 7	4,90	6,72	11,62
Services sociaux - 8	1,20	8,39	9,59
	334,67	999,48	1334,15

Enfin, nous pouvons observer la répartition des catégories professionnelles par service. Comme nous l'observons, le personnel infirmier (n = 751) est le plus fréquent (n = 379); infirmier auxiliaire (n = 371), médecin (n = 278) et personnel administratif (n = 169).

Tableau. La distribution des catégories professionnelles par service.

	Médecin 1	Infirmier 2	Infirmier auxiliaire-3	Expert Technique-4	M. Technique -5	Administratif - 6	Non Qualifié - 7	Autres	Total
Service central- 1	19,70	13,33	0,00	13,08	11,00	27,39	1,00	1,00	86,50
Services spécialisés - 2	105,63	167,00	155,41	2,50	2,00	36,17	32,67	0,00	501,38
Santé Mentale- 3	113,80	101,16	142,81	1,00	0,00	30,62	0,00	0,00	389,39
Soins primaires - 4	27,24	43,23	4,66	1,00	1,00	31,19	0,00	0,00	108,32
Sociosanitaire - 5	12,09	47,90	68,65	0,27	0,00	3,65	0,00	0,00	132,56
Services Généraux - 6	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	30,46	61,33	0,00	94,79

Admission & utilisateurs de services - 7	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00	8,62	0,00	0,00	11,62
Services Sociaux - 8	0,50	7,29	0,00	0,00	0,00	1,80	0,00	0,00	9,59
	278,96	379,91	371,53	21,85	16,00	169,90	95,00	1,00	1334,15

12.5.3. La Direction des ressources humaines : la Santé et la Sécurité

Le plan des ressources humaines développé depuis 2006 guide les politiques RRHH compatibles avec la planification stratégique de l'IAS. Le professionnalisme, la rigueur, l'éthique, le ciblage des individus et la société doivent avoir préséance sur toutes les relations entre l'entreprise et les travailleurs de l'organisation. La Direction des ressources humaines a un compromis à faire entre la promotion de la santé et la sécurité au travail. Nous pouvons résumer les politiques impliquées dans :

12.5.3.1. Le plan de promotion de la stabilité du personnel

L'IAS, en tant qu'organisation de santé publique, choisit les membres du personnel dans un processus de sélection complexe. Le travailleur doit sortir gagnant d'un processus de sélection ouvert pour remporter un contrat permanent parmi le personnel. Le but de RRHH est la promotion de la stabilité d'emploi, en diminuant le temps des contrats temporaires aux travailleurs de l'IAS. En 2008, 162 travailleurs ont été sélectionnés dans le processus de sélection public, et ils ont obtenu un contrat permanent. Au cours des trois dernières années 2007-2009, 300 travailleurs ont adhéré à un contrat permanent avec l'IAS, une augmentation de 30 % de l'effectif total.

12.5.3.2. Plan d'accueil

Tous les nouveaux professionnels intégrant l'IAS sont accueillis (indépendamment du type de contrat). L'objectif est d'atteindre, aussi rapidement que possible, l'interaction maximale entre les compétences et les nouvelles attentes professionnelles et l'organisation des exigences pour occuper le poste. Chaque fois qu'une personne se joint à nous pour la première fois, l'organisation en est facilitée par une série de documents : « manuel d'accueil », bulletin d'information en prévention, carte d'identité, règles d'éthique et la protection des données. L'hôte, coordonné à partir du secteur donné, comprend

l'attention par le personnel des ressources humaines et du service de prévention responsable de l'unité hébergeant le lieu de travail.

12.5.3.3. Relations de travail

L'objectif principal de cette section est de tenir compte de la responsabilité quant à l'interprétation des conventions et des lois du travail applicables. Les RRHH essaient d'offrir une médiation lorsque surgissent des conflits, menant à un compromis visant à résoudre cela par consensus aussi rapidement que possible.

12.5.3.4. Plan de communication

L'objectif du plan de communication de l'IAS est de gérer l'information et les activités liées à la communication institutionnelle de l'IAS, tant interne et qu'externe.

12.5.3.5. Participation à la prise de décisions

L'IAS favorise la participation à la prise de décision à travers divers organes, dont les commissions, le département des réunions internes, les commissions du bien-être et des unités de gestion de comités.

12.5.3.6. Formation et perfectionnement

L'IAS favorise l'éducation et le perfectionnement professionnel de ses employés, de sorte que ceux-ci continuent de recevoir une formation qui leur permet de maintenir leurs connaissances à jour et améliorer leur qualité de soins. En 2008, l'IAS a organisé 75 cours à l'interne, avec 1 191 heures d'enseignement (augmentation de plus de 30 % depuis 2007), et 972 travailleurs y ont participé (augmentation de 28 % depuis 2007).

De plus, l'IAS a présenté Carrière professionnelle, régie par une convention collective. Le système d'incitation, de promotion et de perfectionnement professionnel (Carrière professionnelle) est composé de quatre niveaux : A, B, C et D. Ces niveaux sont le fruit d'années d'expérience et d'une évaluation par questionnaire, qui évalue ces domaines : activité de soins, les dates qualitatives et quantitatives liées à l'engagement, la participation et l'implication à l'organisation, les compétences et la formation, la recherche et l'enseignement.

12.5.3.7. Prévention du risque

Les Services de prévention sont le département directement impliqué dans la promotion de la santé dans les travaux à risques. Nous verrons cela dans le prochain point.

12.5.3.8. Le programme de prévention : Pratiques de Gestion

Comme nous l'avons vu dans la partie macro, *«Au Niveau de l'État, la **Loi 31/1995 sur la Prévention des Risques professionnels** réglemente les aspects les plus importants de la santé et la sécurité au travail en Espagne. Cette loi, entrée en vigueur en février 1996, va au-delà de la prévention et de la sécurité; elle s'attaque aux risques à la source. Cette loi précise que les entreprises de plus de 500 employés doivent avoir un service de prévention, interne ou externe (fourni à l'entreprise) à l'organisation. À l'IAS, nous avons notre propre service de prévention (interne).*

Les principales politiques en matière de prévention sont effectuées par le Service de prévention (SP) de l'IAS. Le SP est un groupe interdisciplinaire de professionnels (médecins, infirmières, techniciens et cadres) pour appliquer la prévention dans quatre disciplines : surveillance de la santé, la sécurité au travail, l'hygiène, l'ergonomie et psychosociologie.

Le service de prévention de l'IAS s'acquitte de fonctions que nous pouvons résumer ainsi :

- Élaborer des politiques pour la prévention des risques professionnels dans les lignes directrices énoncées par l'IAS.
- Conception, mise en œuvre et la coordination des plans et programmes d'action préventive.
- Évaluation des facteurs de risque pour la sécurité et la santé des travailleurs et la proposition d'amélioration.
- Fournir de l'information et de la formation aux travailleurs ainsi que la sécurité et la santé dans leur milieu de travail.
- Offrir les premiers soins (aux travailleurs blessés après un accident).
- La surveillance de la santé des travailleurs par rapport aux risques liés au travail.
- Élaborer des programmes de promotion de la santé destinés à différents groupes de travailleurs.
- Les plans d'urgence : développement, mise en place et diffusion.
- Conseils à la direction et aux travailleurs sur les risques professionnels.

Dans le tableau suivant, nous pouvons observer les activités les plus importantes qu'a faites le Service de prévention de l'IAS lors des années précédentes. Comme on peut le voir, le nombre de visites est en augmentation au cours des trois dernières années. L'Évaluation de la santé, les activités Autres soins et de Vaccination préventive sont les activités les plus fréquentes.

Tableau. Distribution des activités du Service de prévention de l'IAS par année

	2006	2007	2008
Nombre de visites	1.888	2.114	2.374
Évaluation de la santé	398	491	633
Assistance Accidents de travail	403	359	310
Vaccination préventive	629	904	1.060
Activités Autres soins	1.209	1.599	944

Enfin, nous allons décrire les politiques les plus importantes et les plans élaborés par le SP, ou quand le SP participe à la promotion de la santé au travail et à diminuer les risques liés au travail :

12.5.3.8.1. Hôpitaux promoteurs de santé

L'IAS fait partie de l'initiative Hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS. Un groupe d'hôpitaux et de services de santé qui favorise la santé en conformité avec les principes de la Lettre d'Ottawa (1986), de la Déclaration de Budapest (1991), des Recommandations du Document de Vienne (1997), de la Norme de promotion de la santé dans les hôpitaux (2004) et de la Lettre de Bangkok (2006). Le Service de prévention participe de façon active à ce comité de l'IAS pour promouvoir la santé, conjointement avec l'Université de Gérone.

12.5.3.8.2. Guide de prévention des risques

Un manuel de prévention des risques a été mis sur pied. Il nous renseigne sur les risques de base et spécifiques liés au travail. Il est accessible à l'ensemble des travailleurs dans le site Web de l'IAS. En outre, il définit le protocole d'intervention en cas de risque détecté.

12.5.3.8.3. Comité de santé et de sécurité

L'article 38 de la loi de prévention des risques de travail définit un comité paritaire de professionnels qui participent à un comité qui étudie les processus et les activités de l'entreprise liées à la prévention des risques. Le comité sera constitué en égales proportions entre les délégués à la prévention des risques et du directeur général et de ses représentants. Le Service de prévention participe à ce comité, mais il ne peut pas voter lors de décisions.

12.5.3.8.4. Guide de prévention des conflits et harcèlement moral au travail

En 2008, l'IAS approuve le guide pour prévenir les conflits et résoudre les cas de harcèlement moral. Ce guide rassemble les comportements intolérables, les processus à suivre en cas d'un comportement intolérable ou de conflit, les modes de résolutions. Le SP est impliqué dans le processus visant à identifier, soutenir et aider à résoudre le conflit en participant au Comité de la santé et de la sécurité.

12.5.3.8.5. Interventions de l'IAS à promouvoir le Guide du tabagisme

L'IAS fait partie du Réseau catalan d'hôpitaux sans tabac. Le modèle de l'hôpital sans tabac se base sur les mesures du Réseau mondial de Centres de soins de santé sans tabac (ENSH) afin de parvenir à des hôpitaux non-fumeurs. L'IAS s'est joint au Réseau catalan, lequel a été relié à celui de l'Europe depuis ses débuts, menant et représentant les réseaux régionaux des hôpitaux sans tabac en Espagne. Le Réseau catalan des hôpitaux sans tabac, appuyé par le ministère de la Santé publique du gouvernement catalan, a étendu le modèle « hôpital sans tabac » à travers les hôpitaux publics en Catalogne.

Se basant sur ces principes, le Service de prévention de l'IAS a élaboré un guide (2007) avec deux objectifs principaux : promouvoir que tous les services de l'IAS étaient « sans tabac » et de commencer un programme de désaccoutumance au tabac. Depuis 2009, tous les services de l'IAS sont sans tabac et le SP a lancé un programme de cessation du tabac avec trois composantes : l'éducation, le traitement pharmacologique et un traitement de thérapie de groupe pour arrêter de fumer. Ce programme a aidé à cesser de fumer....

12.5.3.8.6. Coûts reliés à la dépression et à l'absentéisme

Un des facteurs les plus liés à la productivité est le taux d'absentéisme au travail. Il existe des différences importantes entre les entreprises de santé dans le taux

d'absentéisme. Comme on peut le voir, le taux d'absentéisme de l'IAS est de 3,73 en 2009.

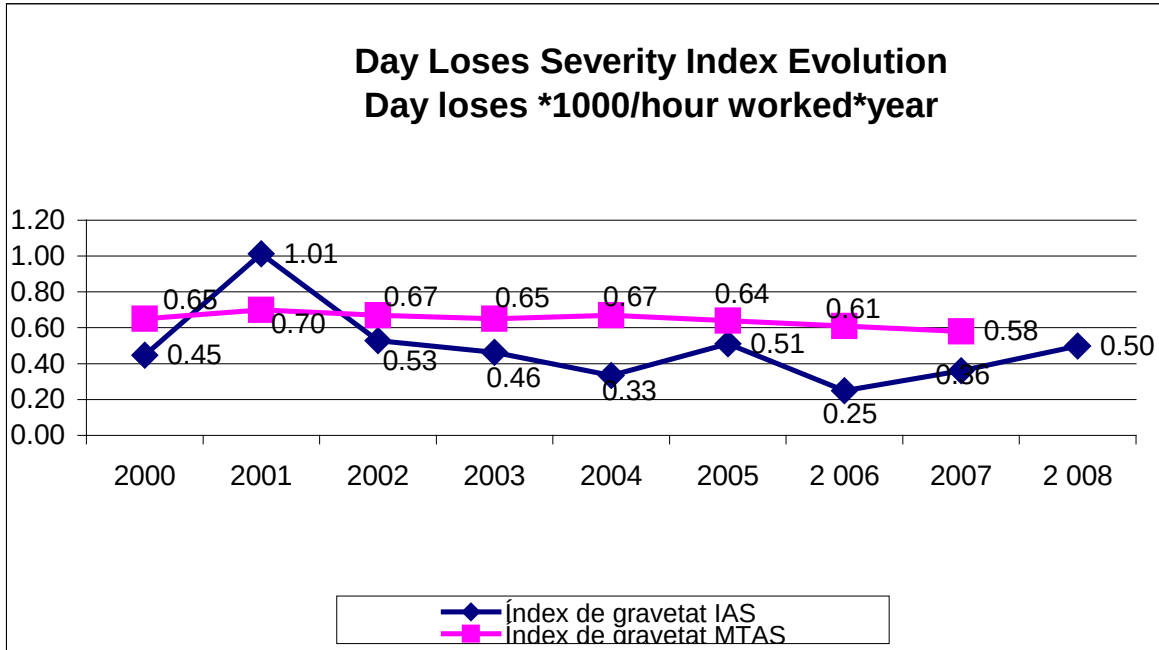
Tableau Taux d'absentéisme de l'IAS par service et par année

	2007	2008	2009
IAS	4,81	5,12	3,73
Services centraux - 1	3,40	3,42	2,61
Services spécialisés - 2	4,67	4,82	3,60
Santé mentale - 3	4,80	5,84	3,18
Soins primaires-4	3,61	4,85	3,70
Sociosanitaire - 5	7,70	6,71	6,71
Services généraux - 6	4,76	5,89	4,89
Admission & usagers des services - 7	1,49	2,63	2,85
Service social - 8	- -	6,46	1,78

Même en connaissant ces taux par entreprises, il reste très difficile de calculer les coûts liés à l'absentéisme pour maladie en Espagne. Nous devons rechercher des mesures indirectes afin d'en connaître l'impact. Il existe deux types de mesures utilisées, macro ou micro. Le ministère de l'Emploi du gouvernement espagnol calcule différents index macro pour connaître l'impact de l'absentéisme dans les entreprises. L'un d'eux, l'**Indice de gravité des jours perdus**, est calculé par le nombre de jours perdus plus 1000 divisé par le nombre d'heures travaillées par année. Chaque entreprise peut calculer et comparer cet indice par le Taux moyen de gravité espagnole. Dans la figure, on peut voir l'**Indice de gravité des jours perdus** (ligne rose) la moyenne de l'indice de gravité calculé par le ministère de l'Emploi espagnol entre 2000 et 2008. En outre, nous pouvons voir l'**Indice de gravité des jours perdus** de l'IAS (ligne bleue) dans la même période. Comme nous pouvons observer, sauf en 2001, l'Indice de gravité de l'IAS est plus bas que

la référence espagnole chaque année. C'est à dire, le nombre de jours perdus par an est inférieur à la moyenne espagnole.

Figure. Évolution de l'Indice de gravité comparé à l'IAS



Au niveau micro, l'entreprise doit regarder d'autres mesures spécifiques pour connaître l'impact de l'absentéisme. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les services de prévention et la RRHH ne connaissent pas la maladie spécifique ou les problèmes de santé liés à l'absentéisme. C'est le droit du travailleur de communiquer le diagnostic lié à un congé maladie. L'une des mesures utilisées est calculée à partir de remplacement équivalent en personnel et en calculant le coût par année de remplacement équivalent en personnel. Dans les dates de l'IAS, nous pouvons voir une diminution du nombre de remplacements par équivalent en personnel, depuis 2007. En 2009, la moyenne de remplacement en personnel a été de 60 ETP.

**Tableau. Moyenne équivalent en personnel de
remplacement à l'IAS par année**

	2007	2008	2009
remplacement EP de l'IAS	138.32	163.23	59.86
remplacement EP spécialisés	40.83	47.22	47.66
remplacement EP de la santé mentale	34.88	46.57	37.98
remplacement social EP	7.82	8.30	12.62
remplacement sociosanitaire EP	19.32	21.04	20.14
Ann Admissions Service de remplacement utilisateur EP	15.32	17.82	19.14
remplacement de Services Centraux EP	5.92	8.56	9.02
remplacement Services généraux EP	13.98	12.85	12.97

	2008	Coût
remplacement EP de l'IAS	163.23	4500 E
remplacement spécialisé EP	47.22	4680E
remplacement de la santé mentale EP	46.57	4.467E
remplacement social EP	8.30	----
remplacement sociosanitaire EP	21.04	----
Ann Admissions Service de remplacement utilisateur EP	17.82	----
remplacement Services centraux EP	8.56	4124E
remplacement Services généraux EP	12.85	-----

En dépit des questions juridiques, nous allons montrer l'analyse de l'absentéisme et Journées perdues par maladie. Dans le tableau, nous montrons que la moyenne d'absentéisme a été de 5,12 en 2008 et 3,73 en 2009. On peut aussi observer le nombre de journées perdues à l'IAS par les travailleurs en 2008-2009.

L'augmentation est de 1 000 l'an dernier, nous avons plus de 20 000 jours perdus en 2009.

	2008	2009
absentéisme à l'IAS	5,12	3,73
Jours perdus	19,124	20,952

Quelles sont les causes des journées perdues? Nous pouvons voir que les figures A et B montrent les cas (nombre de travailleurs) qui avaient des congés de maladie pour des maladies courantes et la fréquence des maladies courantes des congés de maladie.

Les figures A et B, les maladies respiratoires 30, 50 % (N = 413 cas) en 2008, et 18 % (n = 279 cas) en 2009 est la plus fréquente des maladies courantes. On poursuit avec les maladies digestives 11,16 % (n = 151 cas) un 14,2 % (n = 229 cas).

Dans la figure C, on peut voir les jours perdus pour chaque diagnostic. Le congé de maladie causée par **Grossesse** (maternité) est la maladie la plus fréquente courante en jours perdus, avec 18,9 % (3 621 jours perdus en 2008) et 24,8 % (5 189 jours perdus en 2009). La deuxième cause la plus fréquente est **musculo-squelettique** 10,9 % (1 985 jours perdus en 2008) un 11,4 % (2 379 jours perdus en 2009).

Enfin, les troubles mentaux sont la onzième cause des maladies communes avec 1,85 % (25 cas) en 2008, et 2,7 % (42 cas) en 2009. Dans les jours perdus, c'est la sixième principale cause de toutes les causes de jours perdus au travail. En nombre de jours par année, on obtient qu'en 2008, ils ont perdu 875 jours; 1 286 en 2009. Cela représente un passage de 4,6 % à 6,1 % de jours perdus. Si l'on estime qu'une proportion de « sans diagnostics » aurait un trouble mental, le nombre de jours perdus était 1 709 en 2009.

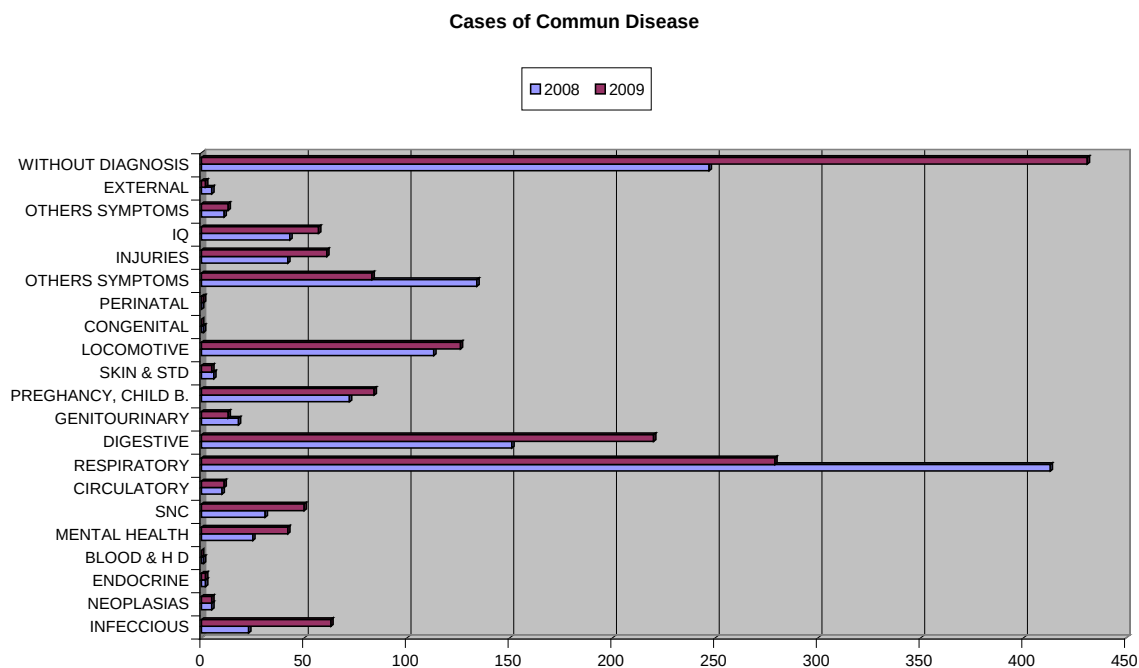


Figure A

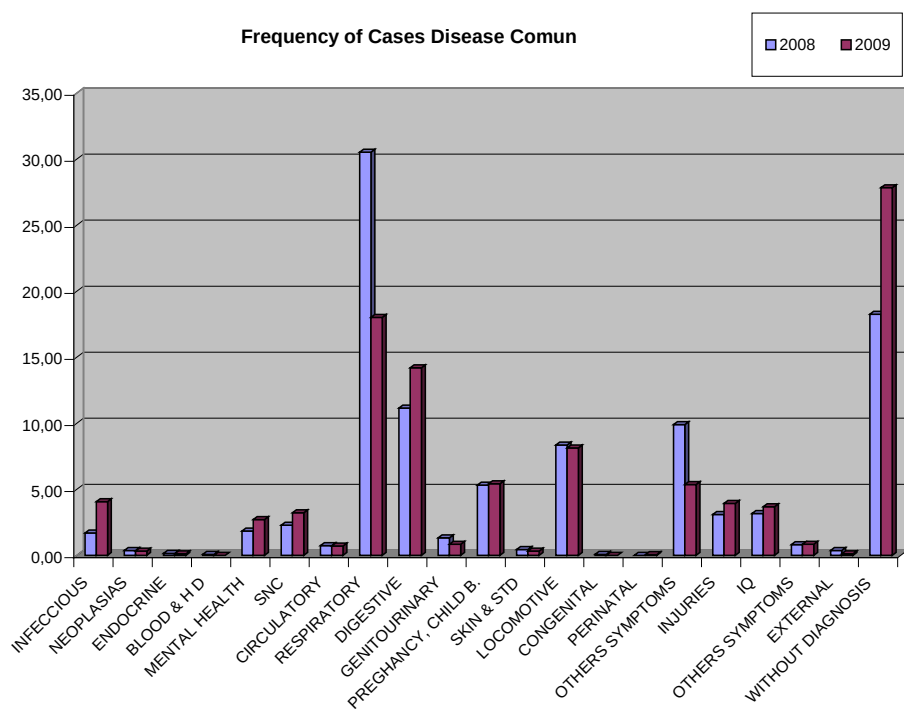
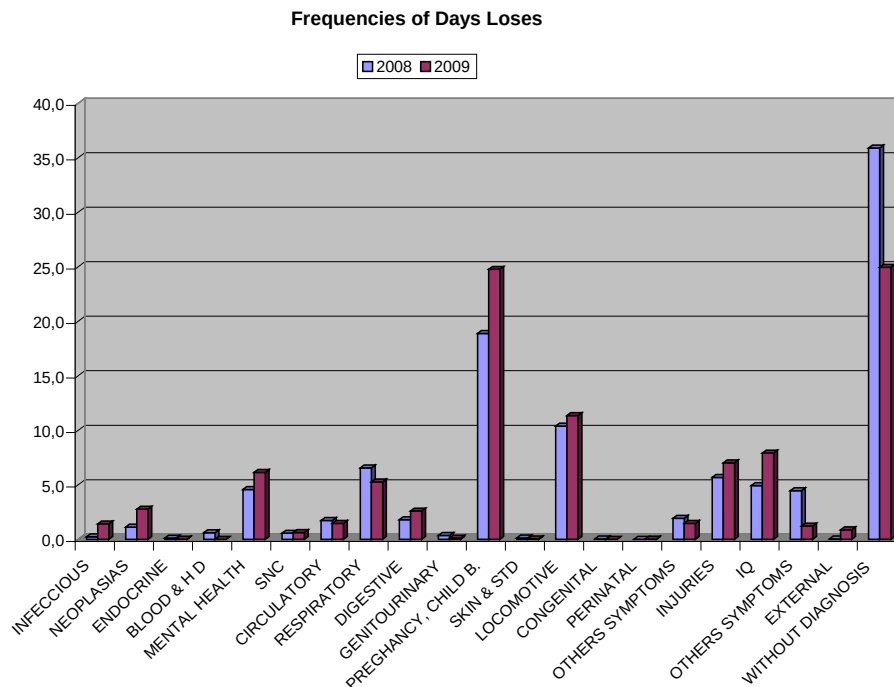


Figure B



Nous analysons les 25 cas en 2008 et 42 cas en 2009 qui ont communiqué leur diagnostic de santé mentale au Service de prévention. Dans le tableau, on observe les cas d'anxiété et de dépression, avec une proportion majeure de diagnostics d'anxiété en 2008-2009. Les travailleurs présentant de l'anxiété sont plus jeunes que les travailleurs souffrant de dépression. Quant aux jours perdus, on peut observer que l'anxiété est la plus grande partie de jours perdus, mais il y a plus de cas par année qui ont seulement perdu entre 1 et 3 jours, par rapport à la dépression.

	2009			2008		
	Anxiété	Dépression	Total	Anxiété	Dépression	Total
n	31	9	40	10	8	18
Âge moyen	37.4	43.44	40.42	40.3	40.5	40.4
Tranche d'âge	18-57	31-52	18-57	30-53	32-46	30-53
Sexe						
Hommes	3	3	6	0	0	0
Femmes	28	6	34	10	8	18
Nombre total de jours perdus	569	335	904	306	397	703

Moyenne Jours perdus	35.35	37.22	36.28	55.63	49.62	52.62
Cas 1-3 Jours perdus	19	1	20	4	2	6

Dans le cadre du présent projet de recherche, le gouvernement espagnol a consenti à fournir des données plus précises sur les différents taux d'absence.

IAS_GIRONA_Sick leave SAMPLE detected by COMPANY Fields						
	N Spells	%	Mean Duration (days)	Median Duration (days)	Sum Days on sick leave/year	%
Musculoskeletal diseases	192	24.6%	42.8	29.5	8 210	32.2%
Respiratory diseases	158	20.2%	8.5	5	1 338	5.2%
Mental diseases	74	9.5%	49.5	37.5	3 663	14.4%
Depression	21	2.7%	52.2	39	1 096	4.3%
Other mental diseases	53	6.8%	48.4	36	2 567	10.1%
Infectious diseases	35	4.5%	8.6	5	301	1.2%
Other medical conditions	265	33.9%	35.1	12	9 296	36.4%
Trauma and external causes	58	7.4%	46.8	31	2 712	10.6%
Total DETECTED BY ICAM	782	100.0%	32.6	12	25 520	100.0%

GIRONA PROVINCE (302.699 employees)								TOTAL CATALONIA (3.182.422 employees)							
	N Spells	%	Mean Duration (days)	Median Duration (days)	Sum Days on sick leave/year	%	Mean days on SL /employee /year		N Spells	%	Mean Duration (days)	Median Duration (days)	Sum Days on sick leave/year	%	Mean days on SL /employee /year
Respiratory diseases	17 724	23.3%	8.8	5	156 076	5.4%	0.5		273 951	26.2%	7.9	5	2 165 588	6.3%	0.7
Musculoskeletal diseases	15 296	20.1%	54.1	18	827 639	28.9%	2.7		194 909	18.6%	49.7	17	9 682 792	28.1%	3.0
Infectious diseases	5 656	7.4%	9.2	4	52 064	1.8%	0.2		109 096	10.4%	7.3	3	794 707	2.3%	0.2
Mental diseases	5 718	7.5%	79.0	31	451 959	15.8%	1.5		74 714	7.1%	80.6	31	6 022 039	17.5%	1.9
Depression	1 956	2.6%	96.6	47	188 980	6.6%	0.6		25 202	2.4%	106.7	54	2 689 777	7.8%	0.8
Other Mental Diseases	3 762	4.9%	69.9	25	262 979	9.2%	0.9		49 512	4.7%	67.3	24	3 332 262	9.7%	1.0
Other medical conditions	23 330	30.6%	40.8	9	950 811	33.1%	3.1		296 547	28.3%	37.3	8	11 074 151	32.1%	3.5
Trauma and external causes	8 426	11.1%	51.0	22	429 885	15.0%	1.4		97 519	9.3%	48.7	20	4 753 380	13.8%	1.5
Total causes for Sick leave year 2009	76 150	100.0%	37.7	9	2 868 434	100.0%	9.5		1 046 736	100.0%	33.0	8	34 492 657	100.0%	10.8

12.6. Comparaison entre les deux établissements

Le premier élément notable pour cette étude est la différence importante dans la prévalence de la maladie mentale et de la dépression dans les deux Instituts.

En effet, au Douglas, 27,27 % des cas d'assurance-salaire étaient reliés à des problèmes de santé mentale et 29 cas (16 % des cas totaux) concernaient la dépression en 2009-2010. En 2010-2011, 30,30 % des cas étaient reliés à la santé mentale, dont 26 cas (16 % des cas) de dépression. À IAS, seulement 9,5 % des cas étaient reliés à la maladie mentale pour un taux d'importance à 14,4 %. Les participants à cette étude ont fait des spéculations sur les raisons que pourraient justifier cette différence : le rythme de vie, le degré de luminosité, une différence sur les obligations de résultat, la législation au niveau de la prévention... mais il serait très intéressant pour une autre étude comparative de se pencher sur cette question.

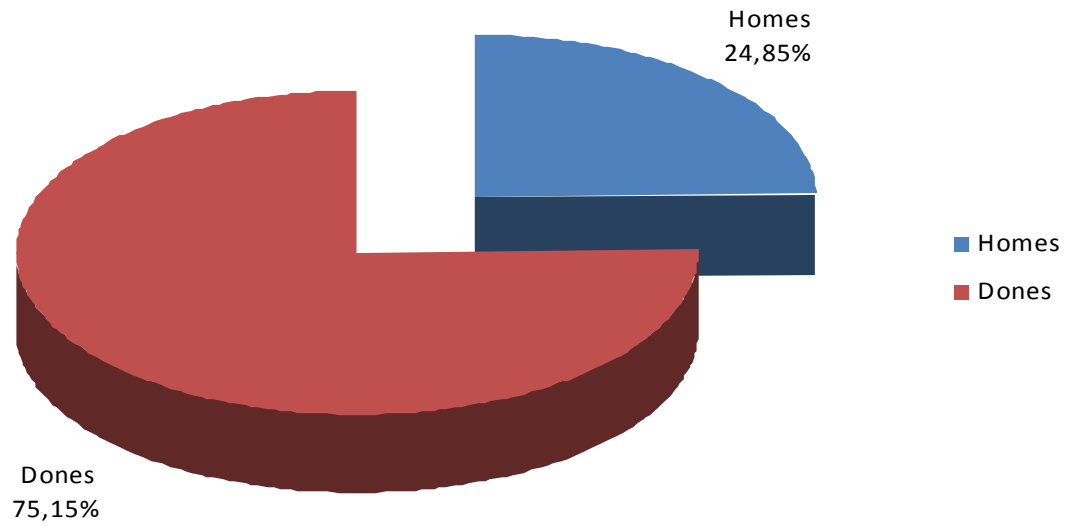
Ensuite, les régimes d'assurance-salaire sont extrêmement différents. En effet, le Douglas est l'assureur de ses employés pour les deux premières années d'absence. Sa gestion est donc teintée de ses obligations à ce niveau. Le budget de l'établissement pour l'ensemble des services est directement affecté par sa bonne ou mauvaise gestion de dossiers d'assurance.

Quant à IAS, il n'est pas l'assureur. Il n'a pas accès à la gestion qui est faite par l'assureur, ni aux informations qu'il détient. De plus, son budget n'est pratiquement pas affecté par le fait que son taux d'absence est bon ou mauvais. Il est à noter que l'impact pour eux se retrouve au niveau de la première période d'absence, environ 3 mois, pendant laquelle l'établissement doit compenser une partie du salaire de l'employé absent. Cette situation est paradoxale pour une province qui a autant légiféré dans le domaine de la prévention.

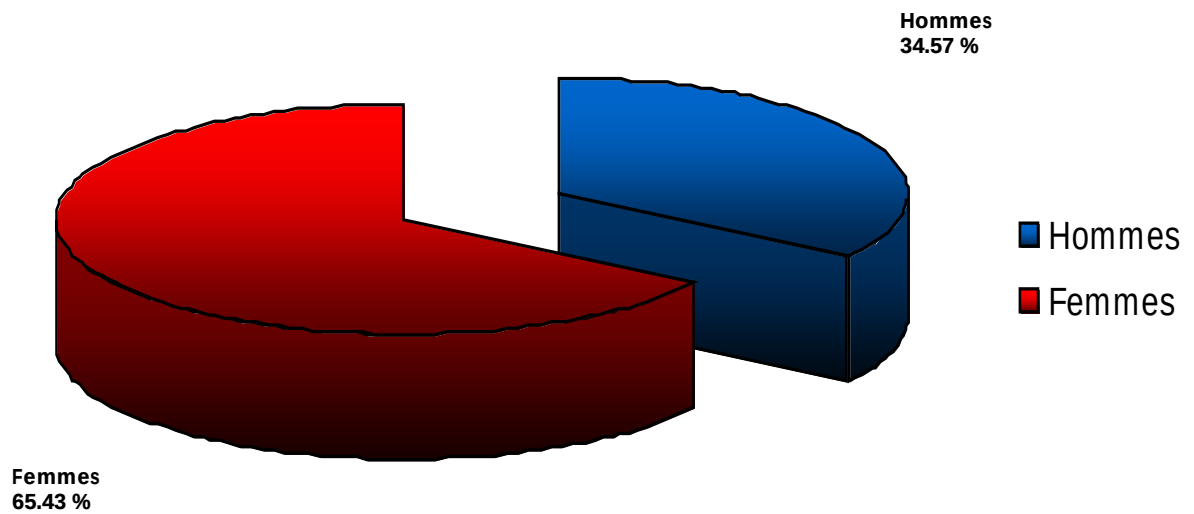
On peut ensuite noter qu'au niveau des ressources humaines, les 2 établissements ont en commun de nombreux éléments. On peut ainsi en regrouper sous certains graphiques.

Entre autres, la proportion des travailleurs masculins et féminins est semblable. Cette prédominance est donc féminine dans les 2 établissements. Comme vu précédemment, la dépression est également prédominante chez les femmes.

Distribució per gènere de l'I.A.S.



Distribution par genre Douglas



La distribution des professionnels est également semblable.

Tableau. Distribution des professionnels à l'IAS selon le sexe

	Homme	Femme	Total
Médecin 1	110,96	168,00	278,96
Infirmier 2	38,09	341,82	379,91
Infirmier auxiliaire-3	88,62	282,91	371,53
Expert technique -4	13,00	8,85	21,85
m technique-5	8,00	8,00	16,00
administratif - 6	34,21	135,69	169,90
Non admissibles - 7	40,79	54,21	95,00
	333,67	999,48	1333,15

Institut Douglas - Répartition des Employés par sexe

	Hommes	Femmes	Total
Gestionnaires	34	50	84
Techniciens et Professionnels de la Santé et des Services sociaux	49	170	219
Pharmaciens	0	4	4
Personnel Soins infirmiers en	99	222	321
Personnel de bureau, techniciens et Professionnels de l'administration	31	153	184
Personnel paratechnique, services et métiers Auxiliaires	168	122	290
Non-syndiqués	11	21	32
	392	742	1134

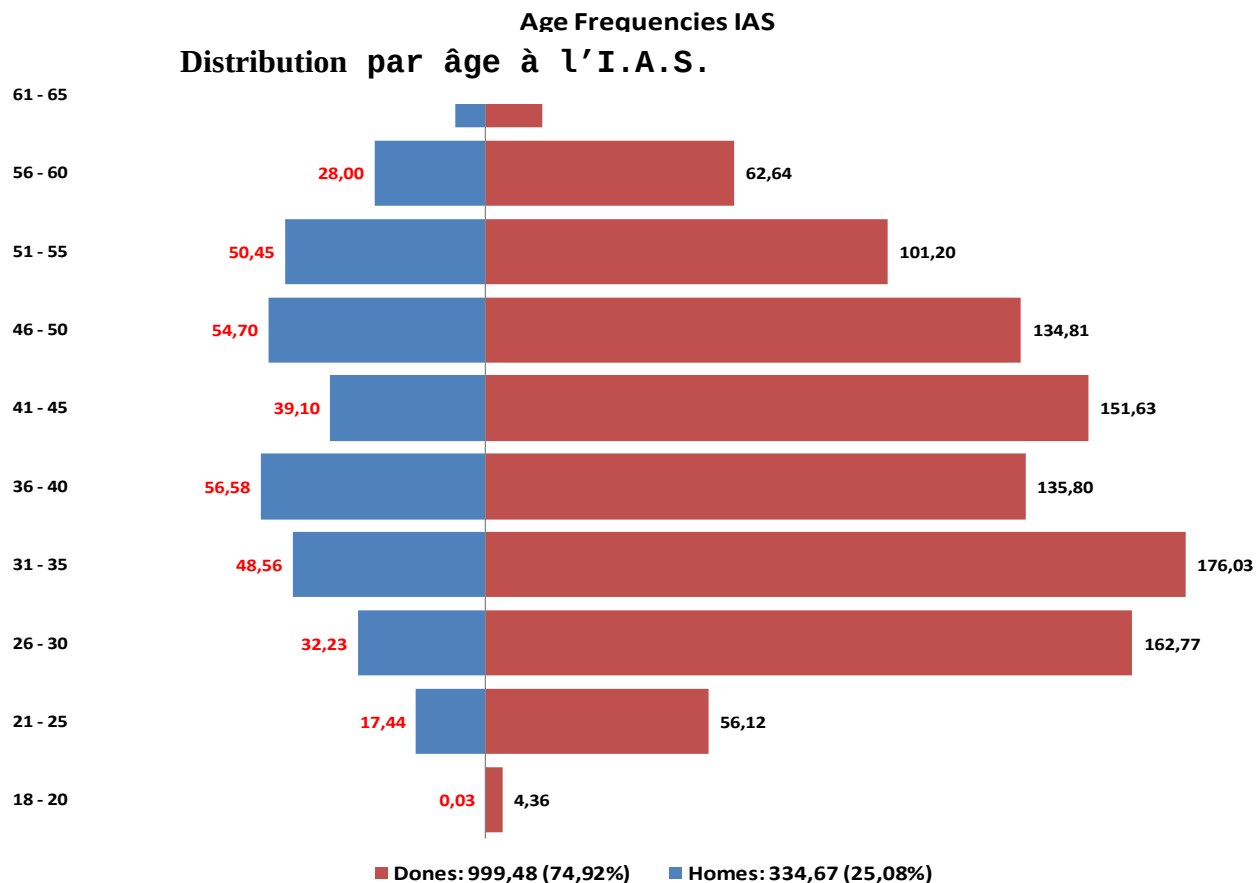
Tableau. Répartition des services de l'IAS selon le sexe

	Homme	Femme	Total
Service Central - 1	28,67	57,83	86,50
Services spécialisés - 2	123,40	377,98	501,38
Santé mentale - 3	115,79	273,60	389,39
Soins primaires-4	12,02	96,30	108,32
Sociosanitaire - 5	22,57	109,99	132,56
Services généraux - 6	26,12	68,67	94,79
Admission & utilisateur de services - 7	4,90	6,72	11,62
Services sociaux - 8	1,20	8,39	9,59
	334,67	999,48	1334,15

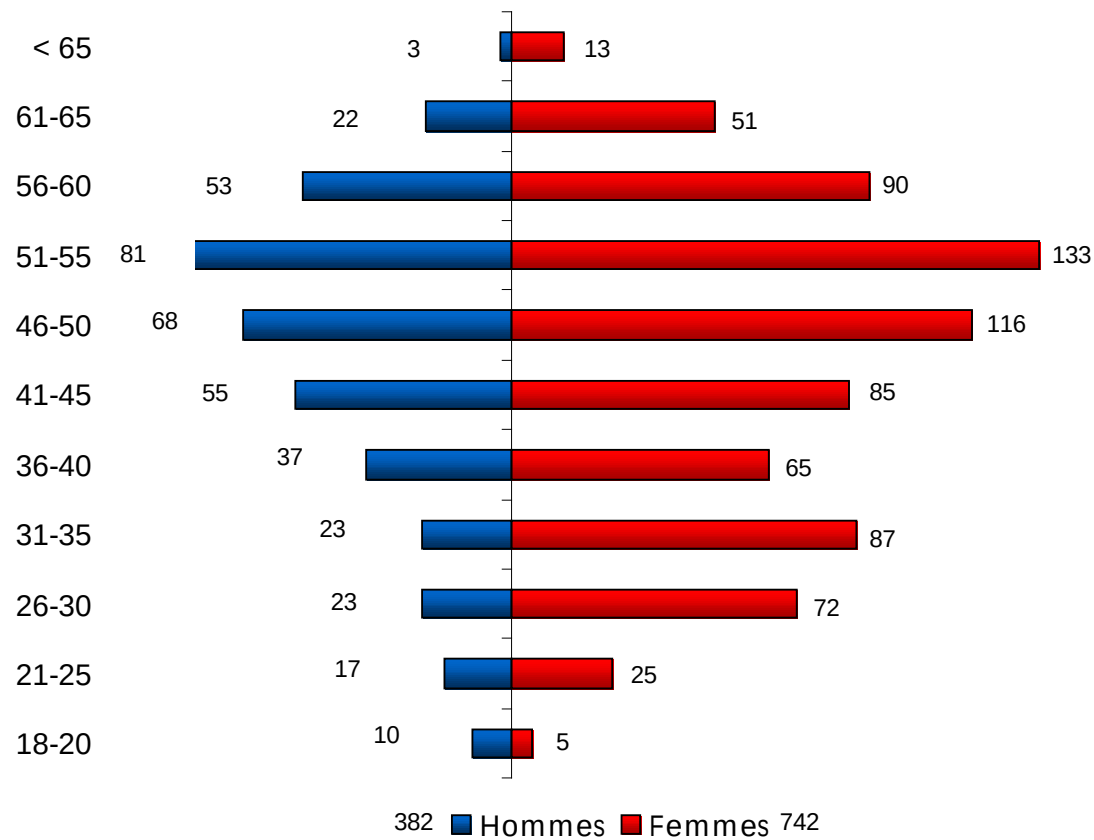
Institut Douglas - Répartition des Employés des services par sexe

	Hommes	Femmes	Total
Direction générale	5	16	21
Direction des Activités Cliniques, de transfert de	181	444	625
Direction des services hospitaliers et Professionnels	10	67	77
Direction des ressources humaines	4	18	22
Direction des services financiers et informationnels	22	27	49
Direction des services techniques et de l'immobilier	102	58	160
Direction des Soins infirmiers	10	16	26
Centre de recherche (Employés de l'Institut)	3	2	5
Autres	55	94	149

Quant aux moyennes des âges, il est utile de constater que les employés de l'IAS ont une moyenne plus basse que les employés de Douglas, ce qui peut avoir un impact sur les causes des absences.



Distribution par âge homme-femme



Il est également intéressant de noter les différentes pratiques semblables dans chacun des établissements.

Douglas	IAS
Pratique de gestion afin d'assurer la stabilité du personnel	Pratique de gestion afin d'assurer la stabilité du personnel
Orientation générale	Orientation générale
Relations avec les employés	Relations avec les employés
Stratégie de communication	Stratégie de communication
Formation et développement	Formation et développement
Entreprise en santé	Hôpitaux promoteurs de santé
Comité santé : sécurité du travail	Comité santé et sécurité du travail
Développement organisationnel et médiation externe	Guide de prévention des conflits au travail

13. Partie 2. Notions légales nécessaires à l'analyse

13.1. La représentation des travailleurs

13.1.1. L'Institut Douglas – Les syndicats dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec

Le régime syndical applicable aux différents syndicats et aux établissements de santé a été grandement modifié lors de l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*², connue sous le nom de « Loi 30 ».

Les établissements avaient auparavant de nombreuses unités d'accréditation en leur sein et en ont maintenant un maximum de quatre. Ces catégories, qui se retrouvent à l'annexe 1 de cette loi 30, sont les suivantes :

- 1- Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires³;
- 2- Personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers⁴;
- 3- Personnel de bureau, des techniciens et professionnels de l'administration⁵;
- 4- Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux⁶.

En plus de ces catégories, il faut mentionner que certains salariés se retrouvent dans le groupe des syndicaux non-syndiqués⁷. De plus, il existe le groupe des cadres intermédiaires, celui des cadres supérieurs et le hors cadre, soit le directeur général.

À ces éléments s'ajoute le fait que les établissements, eu égard à leur droit de gestion, acceptent ou non la multiaccréditation, c'est-à-dire que certains salariés peuvent appartenir, dans un même établissement, à plusieurs unités d'accréditation.

² L.Q. 2003, c. 25

³ Entre autres, les infirmières

⁴ Entre autres, les cuisiniers, les ébénistes et les électriciens

⁵ Entre autres, les agents administratifs, les messages et les réceptionnistes.

⁶ Entre autres, les audiologistes et les psychologues.

⁷ Entre autres, des conseillers en ressources humaines qui seraient qualifiés de représentants de l'employeur peuvent se retrouver dans cette catégorie. Toute situation doit être analysée au cas par cas.

Évidemment, ces différentes catégories auront un impact important dans l'analyse des clauses des conventions collectives qui s'appliquent.

13.1.2. IAS Les syndicats dans le réseau de la santé et des services sociaux de la Catalogne

Il y a différents syndicats à IAS. Les conventions collectives applicables sont négociées au niveau provincial.

13.2. Des éléments de quelques conventions collectives applicables au Québec

À l'Institut Douglas, les conventions collectives suivantes trouvent application pour chacune des catégories concernées :

- 1 – Convention collective intervenue entre *Le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS)* et *La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (F.I.I.Q.)*, 14 mai 2006 au 31 mars 2010 [ci-après convention « F.I.I.Q. »];
- 2 – Convention collective intervenue entre *Le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS)* et *Le Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298*, 14 mai 2006 au 31 mars 2010 [ci-après convention « F T.Q. »];
- 3 – *Idem*;
- 4 – Convention collective intervenue entre *Le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS)* et *L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (A.P.T.S.)*, 14 mai 2006 au 31 mars 2010 [ci-après convention « A.P.T.S. »];

Les conventions collectives du réseau prirent fin en décembre 2005. Il y avait alors 141 conventions collectives. Il en existe maintenant 15. Ces conventions collectives contiennent seulement des sujets de juridiction nationale (donc du Québec), la Loi 30 ayant décentralisée 26 matières qui sont de la juridiction locale, dont doivent être négociées directement au sein des établissements. Dubé, 2007) Les sujets que nous allons maintenant aborder sont de juridiction nationale.

13.2.1. La protection de l'invalidité

13.2.1.1. La notion d'assurance-salaire

Les personnes salariées bénéficient, selon certains critères, en cas d'accident ou de maladie, autre que causée par le travail, d'un régime d'assurance-salaire.

Pour l'invalidité de 104 semaines et moins, elle se définit comme un état d'incapacité résultant d'une maladie faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue, comportant une rémunération similaire.

La définition d'invalidité n'est valable qu'aux seules fins du **régime d'assurance salaire de courte durée qui est administré par l'employeur. En effet, l'employeur assume à même son budget les coûts d'assurance.** Il se doit d'effectuer une gestion rigoureuse de ses dossiers et rencontrer des ratios qui sont fixés par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Il est donc nécessaire que les critères suivants soient satisfaits :

1- que le salarié soit dans un état d'incapacité résultant notamment d'une maladie ou d'un accident. Ainsi, la présence de douleurs en l'absence de signes cliniques objectifs ne suffit pas pour conclure à une invalidité.

2- que la salariée fasse l'objet d'un suivi médical. Conséquemment, lorsque les soins fournis ont un caractère préventif ou qu'ils visent à calmer une douleur ou à en prévenir, il n'y a pas application de la notion d'invalidité si l'état de santé est asymptomatique;

3- que la salariée soit dans l'impossibilité totale d'accomplir toutes les tâches habituelles de son emploi ou d'un autre emploi analogue offert par l'employeur.

« À titre d'exemple, une salariée qui souffre de diabète peut faire l'objet d'un suivi médical, mais elle n'est pas invalide si son diabète est contrôlé et qu'elle n'est pas incapable d'accomplir les tâches habituelles de son poste. D'autre part, la prescription d'un repos excluant tout suivi médical n'est pas suffisante pour justifier l'admissibilité aux prestations; d'autres dispositions de la convention collective permettent déjà à la salariée de s'absenter (ex. : congés annuels, congés sans solde). De la même façon, une salariée affectée par un trouble d'adaptation ou une humeur dépressive n'est pas nécessairement invalide au sens du présent paragraphe si telle affection peut se contrôler par la prise de certains médicaments ou par le recours à des thérapies légères. Elle l'est encore moins si les problèmes de la salariée sont plutôt de nature relationnelle. Enfin, soulignons que la fatigue, le stress, le surmenage et l'épuisement professionnel ne sont généralement pas

considérés comme des maladies au sens de la définition d'invalidité si un tel état n'est pas accompagné d'une condition clinique objective reliée à une maladie. »⁸

Les dispositions du contrat d'assurance du régime d'assurance maladie, option assurance-salaire long terme, régissent les invalidités qui se prolongent au-delà de cent quatre (104) semaines. L'invalidité se définit comme un état qui rend la personne salariée totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle elle est raisonnablement apte par suite de son éducation, sa formation et son expérience. Le régime est alors administré par une compagnie d'assurance.

13.2.1.2. Utilisation de la procédure d'arbitrage médical

Il existe une procédure d'arbitrage médical lorsque l'employeur et le salarié ne s'entendent pas sur des éléments relatifs à l'invalidité. La procédure prévue s'applique pour tout litige relatif à une invalidité, peu importe la nature de cette invalidité. Il y a un litige sur l'inexistence d'une invalidité lorsque l'employeur, dès le dépôt du certificat médical produit par le médecin traitant de la salariée, émet des doutes sur l'invalidité et entreprend un processus de vérification de l'invalidité présumée. Il y a un litige sur la cessation de l'invalidité lorsque l'employeur, après avoir reconnu l'invalidité pendant un certain moment, entreprend une démarche auprès de son médecin désigné ou d'un médecin expert pour vérifier si l'invalidité perdure toujours. Une telle action s'observe notamment lorsque des informations parviennent à l'employeur permettant de conclure que la salariée est apte au travail ou lorsque l'absence atteint une durée qualifiée d'habituelle pour le type d'invalidité affectant la salariée.⁹

La décision de l'arbitre déterminée par les parties sera finale et sans appel.

13.2.2. La sécurité d'emploi et la fermeture de dossiers après un délai de 36 mois

Les conventions collectives nationales contiennent des clauses relatives à la fermeture du dossier d'un salarié suite à une absence pour accident ou maladie, autre qu'un accident du travail ou maladie professionnelle. Ces clauses ont fait couler beaucoup d'encre (Dubé, 2007).

⁸ Guide d'interprétation de la convention collective CSN, Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, 2010.

⁹ *Idem.*

En fait, elles ont pour but, dans ce réseau où les salariés bénéficient de la sécurité d'emploi, de permettre aux employeurs de mettre fin au lien d'emploi lorsque le salarié est absent pour une période de trente-six mois ou plus, pour les raisons mentionnées.

Ceci étant dit, une analyse des commentaires et des jugements sur cette question, qui n'est pas nécessaire pour le but de la présente, incite tous les intervenants à être très prudents dans leur application (Dubé, 2007).

13.3.Des éléments de quelques conventions collectives applicables à IAS

Au niveau de l'État, la **Loi 31/1995 sur la Prévention des risques professionnels** réglemente les aspects les plus importants de la santé et la sécurité au travail en Espagne. Cette loi, entrée en vigueur en février 1996, va au-delà de la prévention et de la sécurité; elle s'attaque aux risques à la source. Dans cette loi, le concept de santé et de sécurité au travail s'applique aux aspects tant physiques que mentaux. Par conséquent, dans la définition des conditions de travail qui pourraient poser un risque, on prend en compte l'organisation du travail, en plus des installations, des machines et des substances utilisées. La protection collective a priorité sur la protection individuelle, et l'adaptation du travail à l'individu prend le pas sur l'adaptation individuelle au lieu de travail (art. 4 et 15 de la LPRL). Les maladies professionnelles sont reconnues si les conditions de travail ont une influence importante, mais pas exclusive, sur leur apparition.

Actuellement, on définit d'invalidité temporaire (IT) la situation dans laquelle se trouve tout travailleur qui, à cause d'une maladie (professionnelle ou non) ou d'un accident (du travail ou non), est empêché de s'acquitter de son travail, tout en recevant des soins de santé par la sécurité sociale (art. 128.1 du texte refondu de la **Loi générale de la Sécurité sociale** 1/1994 du 20 juin, récemment modifiée par la loi 40/2007.). Il existe beaucoup de lois sur les allocations de la Sécurité sociale et sur les procédures administratives dérivées de la IT, qui sont amorcées par des médecins de soins primaires (pour une revue, voir León, 2008). La durée maximale de la IT est de douze mois, qui peut être prolongée de six mois, à la condition qu'on pressente que le processus mène à une guérison. Les inspecteurs

de la Sécurité sociale, grâce à des équipes d'évaluation du handicap (EVI), sont ceux qui déterminent la prolongation de 6 mois, renouvelable si nécessaire avec un maximum de 24 mois depuis le début de l'IT. La proposition d'invalidité permanente (IP) peut être effectuée à tout moment du processus, si on constate qu'il n'existe aucune possibilité de traitement ou de guérison.

Les applications de cette question juridique sont documentées dans les documents suivants qui guident le travail de l'IAS:

- Loi consolidée espagnole sur le statut des travailleurs. Les articles, 115 et 116 définissent les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- La section VII de la convention collective du réseau des hôpitaux publics (RHP) et des centres de soins primaires. Cet accord fait par un pacte entre les unités et établissements de santé ou entreprises.

Aussi, nous avons quelques accords spécifiques avec des institutions qui sont liés à des questions complémentaires au sujet de la convention collective. Ces questions complémentaires sont la reconnaissance des droits historiques ou des nouvelles situations. Ces accords sont spécifiques et ne s'appliquent pas à l'ensemble des établissements de santé ou des entreprises. Dans le cas de l'IAS, nous avons trois accords spécifiques:

- Adhésion au Réseau Alliance de la santé mentale et des toxicomanies (XSMA), signé en mars 2004.
- Accord avec l'Hôpital Santa-Catarina et Services centraux (HSC et SSCC), signé le 23 juillet 2004.
- Accord Soins de Santé primaire (SSP), signé le 30 septembre 2010.

Les articles liés à l'amélioration des prestations de sécurité sociale en cas d'invalidité temporaire (IT) des travailleurs que la loi et les accords décrivent sont les suivants:

- L'article 55. Maladie commune. En cas de maladie commune découlant d'une invalidité temporaire, les entreprises assurent à leurs salariés le complément nécessaire avec la sécurité sociale obligatoire, afin de recevoir la totalité du paiement de leur travail. L'entreprise est seulement tenue de payer cette extension, jusqu'à un maximum de 90 jours par année civile, soit à l'occasion d'un seul ou de plusieurs épisodes d'IT.

- L'article 56. Maternité. Dans le cas du congé de maternité ou dans la partie prévue à l'article 48.4 de la Loi sur le Statut des travailleurs, les entreprises assurent le complément nécessaire à leurs travailleurs, car, en plus de la disposition législative de la Sécurité sociale, ils reçoivent un paiement complet.
- L'article 57. Accident.

57.1. Dans le processus d'IT résultant d'un accident, que ce soit un accident de travail ou une maladie professionnelle, les entreprises assurent le complément nécessaire à leurs employés, en plus de fournir la totalité du paiement des journées comme si l'employé avait travaillé.

57.2. La société n'est tenue de rémunérer cette extension que pour un maximum de 90 jours par année civile.

B.1. La procédure de congé de maladie.

Lorsque le travailleur a un problème de santé et va chez le médecin, c'est habituellement chez un médecin généraliste parce que, en Espagne, chaque citoyen a un omnipraticien de référence attribué. Si, à la suite d'un ennui de santé, un travailleur ne va pas au travail, il a besoin d'un certificat d'un médecin généraliste, des urgences ou des services de prévention pour justifier son absence au travail (dans ces cas, il n'y a aucune conséquence sur son salaire), **seulement dans les trois premiers jours**. Si le problème de santé *est de plus de trois jours*, le travailleur a besoin d'un *Congé de maladie*. Le Service de prévention de l'IAS ne peut pas donner des congés de maladie. Si un travailleur de l'IAS a un congé de maladie, il doit communiquer et envoyer son certificat de congés de maladie au Service des ressources humaines de l'IAS. Puis, le Service des ressources humaines communique ces congés de maladie au Service de la prévention. Le Service de prévention ne peut pas contrôler les congés de maladie. Le contrôle des congés de maladie se fait par une institution privée contractée par l'Institut national de la sécurité sociale (INSS). La durée maximale d'un congé de maladie temporaire est de 18 mois. Dans le cas d'une maladie qui dure plus de 18 mois, le travailleur est appelé subir un examen de santé avec l'Institut catalan d'évaluation médicale (ICAM). L'ICAM revoit les congés de maladie, et détermine leur poursuite ou non. Le temps maximum de cette période de temps

supplémentaire est de six mois. Dans ce cas, le travailleur passe à une incapacité permanente.

Dans ce cas, le salaire des travailleurs de la santé est de 100 % du salaire de ces 90 jours. Cela ne peut pas être généralisé à tous les travailleurs espagnols, parce cela dépend de l'accord entre les entreprises collectives et l'Institut national de la sécurité sociale (INSS).

Dans le cas où une incapacité temporaire dérivée d'une maladie commune est supérieure à trois mois, l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) paie le salaire, mais il est réduit en fonction de la convention collective.

B.2. Questions juridiques des services de prévention

Tous les incidents de travail doivent être rapportés. Le processus général est de remplir un formulaire qui fera part de l'absentéisme résultant de la maladie au Service de prévention ou des Ressources humaines. Les jours d'absentéisme ont des conséquences juridiques. En Espagne, si l'absence est inférieure à trois jours, il n'y a pas de conséquences, mais le travailleur doit en aviser les Ressources humaines. L'entreprise couvre l'ensemble de la rémunération. Au contraire, si l'absentéisme est de plus de trois jours, le travailleur a besoin d'un congé de maladie (voir la procédure dans le point précédent). On peut se poser la question de la connaissance des diagnostics par le Service de prévention. Les travailleurs ont le droit de communiquer ou non le diagnostic au Service de prévention. Lorsque le travailleur retourne au travail, le Service de prévention le demande à l'employé, à titre d'information. Le travailleur a alors le droit de le communiquer ou non. Le Service de prévention pourrait être pénalisé s'il demandait des informations sur le diagnostic comme contrôle d'absence. Cette question est cruciale pour avoir des données sur les diagnostics et aussi ne pas aider les travailleurs à la fin d'un processus de maladie à réintégrer le travail.

14. Comparaison entre les résultats de sondages eu égard aux éléments reliés à la santé psychologique ainsi qu'à la dépression

14.1. La méthodologie

14.1.1. L'Institut Douglas

Afin de pouvoir répondre aux préoccupations des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux concernant la santé et la sécurité du travail (ci-après SST), l'ASSTSAS¹⁰ a réalisé un sondage. L'édition 2007 du sondage « Et la santé, comment ça va? » a été l'occasion de mieux connaître les perceptions des répondants sur leur SST et de dresser un portrait statistique de la situation actuelle. L'Institut Douglas a décidé de saisir l'opportunité et de réaliser ce même sondage auprès de ses employés en 2009.

Certaines variables ont été sélectionnées mesurant la qualité de l'état de santé des employés :

- La qualité perçue par le répondant de son état de santé général;
- Les habitudes de vie;
- La détresse psychologie, le stress et la qualité du sommeil;
- La satisfaction et le plaisir au travail;
- Les affections chroniques ayant été diagnostiquées par un professionnel de la santé;
- Les douleurs corporelles;
- Les accidents du travail;
- Les agressions physiques subies au cours des douze derniers mois;
- Les divers harcèlements subis au cours des douze derniers mois;
- Les médicaments consommés.

Léger Marketing a été mandaté pour réaliser cette étude visant à approfondir la compréhension de tous les facteurs ayant un impact sur la santé des employés du secteur de la santé. Elle a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 311 employés, avec une marge d'erreur de 5,56 %, 19 fois sur 20. Le profil sociodémographique est joint en annexe 1.

14.1.2. L'Institut D'Assistencia Sanitaria

L'enquête sur le climat organisationnel perçu par les professionnels à l'IAS a été menée par le Service de prévention entre octobre et décembre 2006. Dans un carnet de collecte des données (QRD) de format pour l'information sur les caractéristiques et l'évaluation sociale des divers aspects des instruments de la

¹⁰ Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales.

qualité de vie au travail (conditions de travail et de vie, climat social et organisationnel et niveau d'épuisement professionnel) et qualité de vie liée à la santé (SF-12).

Le Service de prévention a distribué 1 157 carnets QRD aux salariés de l'entreprise; 759 ont répondu, soit 55,5 %. L'unité de recherche a fait l'analyse par statistiques descriptives de l'information recueillie.

Considérant les aspects précités, on remarquera dans les résultats :

- **Le niveau de participation:** La participation a été modérée, avec 55,5 % des employés qui remplissent et retournent au Service de prévention le QRD. Il n'existait aucune différence dans la répartition de la participation selon le lieu de travail ou le type de contrat de travail. Cependant, les résultats peuvent être biaisés en raison d'un effet d'auto-sélection dû à une participation volontaire.
- **Caractéristiques de travail:** L'âge moyen des travailleurs était de 37,9 ans et a montré une fréquence plus élevée d'employées femmes (75,3 %). 58,7 % des travailleurs avaient des contrats permanents, 26,8 % à 14,4 % avaient des contrats temporaires. Le nombre moyen d'années travaillées à l'institution était de 9,9 ans.
- **Qualité de vie au travail:**
 - o Le score moyen pondéré de l'échelle globale et des conditions de vie de l'emploi a été de 6,2 points à 10. Les aspects notés moins de 5 points sont liés aux modes de participation aux décisions de l'entreprise ainsi qu'aux possibilités d'avancement de carrière.
 - o Le score moyen pondéré des facteurs de qualité de vie au travail donne 5,3 à la qualité du travail; 7,3 au facteur de notation du travail; 5,7 à l'environnement et 6,7 à la qualité du recrutement. Ces facteurs varient selon les caractéristiques professionnelles, les sites de travail et le type d'activité.
- **Climat social:** le score moyen pondéré pour l'échelle du climat social global a été de 6,7 points sur 10.
- **Le fonctionnement général au travail:** Un score de 8,6 % est décrit comme très bon, 74,8 % comme bon, et 15,3 % comme mauvais. Les différences ont été observées en fonction de caractéristiques professionnelles, selon l'emploi, selon l'activité et par catégorie professionnelle.
- **Environnement de travail:** Les dimensions de l'autonomie au travail, du travail d'équipe et de l'utilité au travail ont contribué aux perspectives du climat de travail (> 70 %). Les dimensions des incitatifs et de l'organisation dans son ensemble ont reçu les pires cotes (<50 %). Des

différences ont été observées en fonction de caractéristiques professionnelles, selon le lieu de travail et selon le type d'activité et par catégorie professionnelle.

-
- **Épuisement émotionnel:** La dimension de l'épuisement émotionnel est élevée pour 21,6 % des travailleurs de la santé. On a observé un faible niveau de dépersonnalisation causée par le travail (2 %).

Le résultat s'est traduit par l'amélioration de chaque zone de climat de travail. Le sondage a été refait en 2009. Aussi, le sondage sur le climat organisationnel perçu par les professionnels a été réalisé par le Service de prévention de l'IAS dans son ensemble au cours des mois d'octobre à décembre 2009. Nous avons répété les mêmes étapes que celles décrites précédemment. Nous avons donné le sondage à un échantillon représentatif composé de 426 employés choisis au hasard de l'effectif total de l'IAS.

L'analyse statistique a porté sur les 270 questionnaires dûment remplis, ce qui représente un degré de participation de 63,4 %.

Les résultats de l'échelle de **Conditions de vie et de travail** sont similaires à ceux obtenus dans l'enquête de 2006; ils apparaissent sur le tableau qui suit :

Descriptifs de l'échelle des conditions de vie et de travail					
	2006		2009		P
	n	Moyenne (DE)	n	Moyenne (DE)	
QvL1. Santé et sécurité	736	6,20 (2,15)	270	6,95 (1,99)	0133
QvL2. Installations et équipement	743	5,79 (2,30)	269	6,76 (2,12)	0114
QvL3. Environnement physique	744	5,28 (2,52)	270	5,95 (2,48)	0763
QvL4. Services	708	5,64 (2,19)	262	6,44 (2,01)	0102
QvL5. Le temps de travail	740	6,54 (2,11)	269	7,25 (1,98)	0218
QvL6. La compensation monétaire	740	5,47 (2,25)	269	6,62 (1,77)	<0001 *
QvL7. Type et qualité de contrat	731	6,68 (2,15)	268	7,50 (1,95)	0059
QvL8. Charge de travail	737	5,64 (2,37)	270	6,41 (2,09)	0015
QvL9. La stabilité d'emploi	735	6,73 (2,36)	269	7,66 (1,85)	<0001 *
QvL10. La compatibilité entre travail et vie privée	736	6,68 (2,18)	268	7,57 (2,07)	0317
QvL11. L'organisation du travail	740	6,31 (2,10)	270	7,57 (4,18)	<0001 *
QvL12. Formation au travail	738	5,47 (2,37)	269	6,77 (2,13)	0039
QvL13. Occasions de promotion professionnelle	728	4,42 (2,65)	267	5,17 (2,71)	0646

QvL14. Façons de participer aux décisions de l'organisation	718	4,67 (2,62)	265	4,91 (2,49)	0329
QvL15. La motivation personnelle au travail	740	6,95 (2,36)	270	7,53 (2,05)	0007
QvL16. La satisfaction personnelle au travail	741	7,07 (2,15)	270	7,66 (1,84)	0003 *
QvL17. Performance au travail	738	8,04 (1,34)	270	8,22 (1,36)	0756
QvL18. Réalisation professionnelle au travail	739	7,07 (2,13)	270	7,62 (1,75)	0,0002 *

*p< 0,005.

Nous n'avons pas de différences entre les travailleurs de l'Échelle du climat social entre les deux années. Aussi, dans le fonctionnement général en milieu de travail, nous pouvons voir une réduction de l'évaluation négative (question mauvaise catégorie) en 2009.

Le fonctionnement général en milieu de travail					
	2006		2009		p
	n	%	n	%	
Très bon	62	8,6	36	13,5	0031
Bon	536	74,8	211	79,3	0150
Mauvais	110	15,3	19	7,1	0001 *
Très Mauvais	9	1,3	0	0,0	0145

Enfin, nous obtenons une diminution des indications d'épuisement depuis 2006, mais un peu d'augmentation des dépersonnalisations dans 5 % des cas.

Indicateurs d'épuisement	2006		2009		p
	n	%	n	%	
Fort épuisement émotionnel	86	21,58	8	6	<0001 *
Haut niveau de dépersonnalisation	1	0,25	7	5	<0001 *
Faible accomplissement personnel	52	12,95	17	13	0883

14.2. Les résultats

Comment les répondants au sondage perçoivent-ils leur état de santé en général? La santé des citoyens est un enjeu de société. Depuis plusieurs années, elle est scrutée, analysée et l'objet de nombreux débats. La perception de l'état de santé constitue un indicateur fiable. Elle est le reflet de l'appréciation qu'une personne

fait de son état de santé. La personne intègre ses expériences et ses connaissances de la santé (Bigaouette, 2008).

14.2.1. La qualité de l'état de santé

Comment la population du Québec, celle de l'Institut Douglas et de l'IAS se porte-t-elle? Assez bien si on se fie aux données.

En général, diriez-vous que votre santé est... (%)

État de santé général	Population québécoise (ESCC 2005) ¹¹	Secteur de la santé (ASSTSAS 2007)	Douglas 2009		IAS	
			Clinique	Non clinique	Clinique	Non Clinique
Excellent ou très bon	59,3 %	61,7 %	70 %	70 %	70 %	68 %
Bon	30,3 %	32 %	26 %	22 %	n.d.	n.d.
Passable ou mauvais	10,3 %	6,3 %	6 %	4 %	n.d.	n.d.

Ainsi, le total des employés de Douglas ayant complété le sondage se considère à 70 % en très bonne ou excellente santé, pour une différence de 10,7 % de plus que la moyenne québécoise. Les employés de l'IAS ont des résultats semblables.

Il est également à remarquer que la tendance générale montre qu'il y a moins de répondants se déclarant en mauvaise santé au Douglas que dans la population générale.

D'autres éléments des résultats de l'IAS peuvent nous donner des indications quant à l'état de santé générale des employés.

État de santé général	IAS			
	Clinique		Non Clinique	
Certaines limites pour faire des exercices modérés	6,7 %		14,7 %	
Limité pour utiliser l'escalier	Très limité	Certaines limites	Très limité	Certaines limites
	1,5 %	12 %	2,2 %	20,1 %

¹¹ STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, cycle 1.1, 2001.

Il est envisageable de comparer l'état de santé général des employés du Douglas avec le « certaines limites » de IAS. En effet, les employés du Douglas considéraient à 24 % leur état de santé général comme bon alors que les employés de l'IAS considèrent qu'ils ont certaines limites dans 16 % des cas.

Au même effet, nous tentons de comparer l'état de santé passable ou mauvais des employés du Douglas au % des employés de IAS qui considèrent être très limités dans leur possibilité de monter un escalier. Ce % est à 5 pour le Douglas est à 2 % pour IAS.

Ainsi, de façon générale, les employés de IAS et du Douglas ont des résultats semblables, qui sont meilleurs que ceux de la population générale québécoise et ceux des employés du réseau québécois.

14.2.2. Les saines habitudes de vie

Il a mainte fois été démontré que la qualité de l'état de santé dépend des habitudes de vie. Bien manger et faire de l'exercice sont des composantes d'un équilibre nécessaire à la santé mentale (Bigaouette, 2007).

Habitudes de vie	ASSTSAS (2007)	Douglas (2009)
Mangent santé	68,1 %	67 %
Font de l'exercice depuis plus d'une année	48,6%	40 %
Entrepris un programme de remise en forme	18,1 %	20 %
Corrigé leur diète récemment	18,1 %	19 %

Autre résultat prometteur, 68 % des employés du Douglas seraient intéressés à participer à un programme visant à améliorer leur santé et leur bien-être si l'organisation leur offrait.

14.2.3. La santé psychologique

Comment définir la santé psychologique au travail?

« La santé psychologique au travail réfère à un fonctionnement harmonieux, agréable et efficace d'une personne qui fait face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre. Cette santé psychologique est influencée par trois grandes composantes :

- i. les composantes associées au travail (autonomie, reconnaissance, charge et exigences du travail, etc.)
- ii. les caractéristiques individuelles (personnalité, santé physique, histoire personnelle, dimensions affectives, compétences, etc.);
- iii. l'environnement social (amis, famille, communauté, etc.). »(Brun, 2004)

La majorité des répondants du Douglas s'estiment en excellente ou très bonne santé. Toutefois, des questions posées, il ressort que de nombreux répondants ressentent de l'anxiété. Ainsi, au cours du dernier mois, 16 % des personnes se sont sentis tout le temps ou la plupart du temps nerveux (comparativement à 22,6 % pour le sondage ASSTSAS 2007), principalement dans le groupe d'âge 18 à 34 ans à 77 %.

Des répondants des deux établissements éprouvent des symptômes de détresse psychologique. Ainsi :

Symptômes de détresse psychologique	ASSTSAS (2007)	Douglas (2009)		IAS		
		Clinique	Non clinique	Clinique	Non clinique	Moyenne
Tout le temps ou la plupart du temps que tout est un effort	4,6 %	5 %	n.d.	4,5 %	3,7 %	4,1 %
Tout le temps ou la plupart du temps des bons à rien	3,1 %	2 %	n.d.	0,7 %	1,5 %	1,1 %
Tout le temps ou la plupart du temps désespéré	2,9 %	3 %	n.d.	0,7 %	1,5 %	1,1 %
Tout le temps ou la plupart du temps déprimés au point où plus rien ne les fait sourire	1,2 %	2 %	n.d.	2,3 %	5,8 %	4,1 %
Plusieurs fois pendant les trois derniers mois des difficultés à dormir par des pensées liées au travail	58,5 %	44 %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Quant à l'IAS, certains éléments très intéressants sont à considérer en ce qui a trait à l'état de santé psychologique :

Problèmes émotifs	IAS
-------------------	-----

	Clinique	Non clinique
Faire moins compte tenu de problèmes émotifs	10,4 %	11,8 %
Moins attentif compte tenu de problèmes émotifs	10.4 %	9.6 %
Presque jamais se sentir calme et en paix	2,3 %	5,8 %
Presque toujours limité dans les activités sociales	0 %	3,7 %
Presque toujours vidé émotionnellement par le travail	8,2 %	n.d.
Presque toujours fatigué à la fin de la journée de travail	25,3 %	n.d.
Presque toujours fatigué au levé du lit	5,9 %	n.d.
Presque toujours vidé par le travail	1,5 %	n.d.
Presque toujours incapable de gérer adéquatement les difficultés émotielles au travail	1,5 %	n.d.
Presque jamais en mesure de créer un environnement relaxant pour les patients	1,5 %	n.d.
Presque jamais encouragé de travailler avec les patients	0 %	n.d.+

Il est intéressant de remarquer que 11,2 % des employés de l'IAS sont d'une quelconque façon limités dans leurs activités quotidiennes, ce qui peut très certainement avoir un impact sur leur travail.

Les résultats des établissements sont comparables et très semblables à ceux de l'ensemble du réseau québécois. Il est à remarquer toutefois qu'ils sont meilleurs au niveau de la question du sommeil pour les employés du Douglas que ceux du réseau québécois. De même, il existe une légère différence entre les deux établissements au niveau du sentiment d'être déprimé.

En ce qui trait aux éléments qui peuvent être comparés entre les deux établissements et le réseau québécois, il est utile de consulter l'extrait qui suit :

« La combinaison des résultats à ces [...] questions de l'ESCC permet de calculer un indice de détresse psychologique (nommé K6) dont les valeurs possibles varient entre 0 et 24. L'indice K6 est efficace pour estimer la prévalence de la

dépression majeure et des troubles anxieux, deux composantes de la détresse psychologique, que ce soit sur un ou douze mois [...]

Les [...] références différentes nous amènent à déduire que la proportion des répondants au sondage en détresse psychologique se situerait entre 4,1 % [...] et 55,8 % [...]. Cet écart est considérable!

Cependant, que l'on réfère à l'une ou l'autre des quatre plages, il ressort que la prévalence de la détresse psychologie est deux à trois fois plus élevée chez les répondants à notre sondage que dans la population québécoise. Si l'on considère la plage retenue par Statistique Canada, 5,7 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus présente un niveau élevé de détresse psychologique [...] 13,9 % de la population québécoise serait en détresse psychologique. » (Bigaouette, 2007)

Quant au stress excessif pour les employés du Douglas, 41 % des personnes répondent ne pas se sentir stressées mais 33 % ont entrepris une action préventive.

Pour le Douglas, quant à spécifiquement la dépression ou les troubles bipolaires, selon le sondage, ils ont été diagnostiqués dans 6 % des cas. En consultant les données du Douglas reliées aux absences pour cause d'invalidité, en 2009-2010, 27,27 % étaient reliés à des problèmes de santé mentale et 29 cas (16 % des cas de santé mentale) concernaient la dépression. En 2010-2011, 30,30 % étaient reliés à la santé mentale, dont 26 cas (16 % des cas) étaient reliés à des cas de dépression.

Pour ce qui est de l'IAS, nous analysons les 25 cas en 2008 et 42 cas en 2009 qui ont communiqué diagnostic de santé mentale au Service de prévention. Dans le tableau, on constate les cas d'anxiété et de dépression, avec une forte proportion de diagnostics d'anxiété en 2008-2009. Les employés souffrant d'anxiété sont plus jeunes que les employés souffrant de dépression. En ce qui a trait aux pertes de journées, nous observons que l'anxiété possède la proportion des jours perdus, mais il y a plus de cas par année qui n'ont perdu qu'entre 1 et 3 jours, comparés à la dépression.

14.2.4. Respect au travail

La majorité des répondants ont l'impression d'être respectés par leur supérieur et de recevoir du support de la part de leurs collègues de travail. Il est intéressant de constater que pour IAS, le support et le respect semblent être plus présents entre les pairs qu'entre collègues de travail.

	Douglas (2009)	IAS
--	----------------	-----

	Clinique	Non clinique	Clinique	Non clinique
Respecté de la part du supérieur	69 %	85 %	79,8 %	72,1 %
Support des collègues dans l'exécution du travail	77 %	72 %	68,4 %	61,9 %
Support et respect des collègues	85 %	79 %	84,2 % pairs 75,9 % collègues	72,5 % pairs 66,1 % collègues

14.2.5. Quantité de travail

	Douglas (2009)		IAS
	Clinique	Non clinique	Clinique
Quantité excessive de travail	39 %	49 %	13,2 % presque tous les jours

Il est intéressant de constater qu'au Douglas, 44 % des employés ont l'impression d'avoir une quantité excessive de travail. Toutefois, la donnée sur la fréquence n'est pas disponible. Ce taux est à 13,2 % à IAS.

14.2.6. Agression physique et harcèlement

Au total, 19 % des répondants ont été victimes d'une agression physique au travail dont 95 % l'ont subi de la part d'un patient, d'un client ou d'un résident (20 % et 93 % dans le sondage ASSTSAS 2007).

Au cours de la même période, des répondants déclarent avoir été harcelés :

Harcèlement	ASSTSAS 2007	Douglas 2009
Psychologique	37,3 %	38 %
Sexuel	9 %	12 %
Racial	4,4 %	13 %
Religieux	1,9 %	6 %

55 % provient des membres de l'organisation (comparativement à 59 % pour l'ASSTSAS.)

15. Recommandations

Le profil général des employés du Douglas et de l'IAS, ayant répondu au sondage, a donc été présenté. Certains résultats sont positifs, d'autres moins. De façon générale, retenons que la majorité de répondants estime être en bonne santé générale. Il y a également plus de répondants en bonne santé générale que dans la population québécoise.

Pourquoi en est-il ainsi?

« La qualité de la santé se façonne de bien des manières. Le travail constitue un des déterminants de la santé. Dans notre secteur, certains facteurs présents dans les milieux de travail semblent influencer positivement sur la santé générale des répondants. Ces facteurs protecteurs contribuent probablement à la satisfaction au travail : 86 % des répondants déclarent être satisfaits dans leur emploi [87 % *au Douglas (2007)*]. Il est aussi remarquable d'observer que, malgré la détresse psychologique bien réelle, 83 % des répondants affirment avoir du plaisir au travail [84 % *au Douglas (2007)*]. L'identification de ces facteurs protecteurs est primordiale, car ils contrebalancent les effets négatifs des contraintes du travail. »(Bigaouette, 2007)

Il est à remarquer que le degré de satisfaction des Catalans se situe autour de 78 % selon les résultats dont il a été question dans la section sur le profil psychologique. Il est également remarquable que 71 % de ces employés soit d'avis que l'IAS accorde de l'importance à la prévention des risques.

Tout de même, plusieurs résultats reliés à de la détresse psychologique dont il a été question précédemment doivent être pris en compte par les deux établissements. L'existence de ces cas témoigne pour certains d'une situation urgente.

Comment maintenant avoir une influence sur les aspects négatifs dans chacune des organisations en s'inspirant de l'autre?

15.1. Stratégies Employeurs de choix

Il est nécessaire, dans une organisation, d'intégrer au moins une des démarches d'amélioration continue reconnues scientifiquement pour leur impact positif sur la santé physique et psychologique des individus. Elles doivent toucher des éléments pratiques de gestion et des enjeux plus personnels, tels que les habitudes de vie. Des modèles peuvent être cités pour appuyer cette position.

Ainsi, le modèle de Karasek repose sur la notion d'équilibre entre deux dimensions :

- a. la demande psychologique qui est associée à la réalisation de tâches;
- b. la latitude décisionnelle qui recouvre : l'autonomie dans l'organisation et la participation aux décisions ainsi que l'utilisation des compétences.

Karasek a démontré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle représente un risque pour la santé physique et psychique. Johnson a par la suite enrichi ce modèle d'une troisième dimension : le support social au travail (Nidehammer, 2002)

		EXIGENCE AU POSTE DE TRAVAIL	
		Forte	Faible
DEGRÉ D'AUTONOMIE	Faible	« Job strain »	Travail passif
	Forte	Travail très actif	Travail détendu

Dans les années 1990, Siegrist a développé le modèle de Déséquilibre effort/récompense. Il repose sur l'équilibre entre les efforts consentis par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour. Il distingue deux sous-domaines :

- c. la notion d'effort extrinsèque qui reprend certains items du concept de « demande » de Karasek : contraintes de temps, interruptions, ...
- d. l'investissement de l'individu vis-à-vis de ce qui est demandé : incapacité à se distancier du travail, compétitivité et hostilité, besoin d'approbation, impatience et irritabilité...

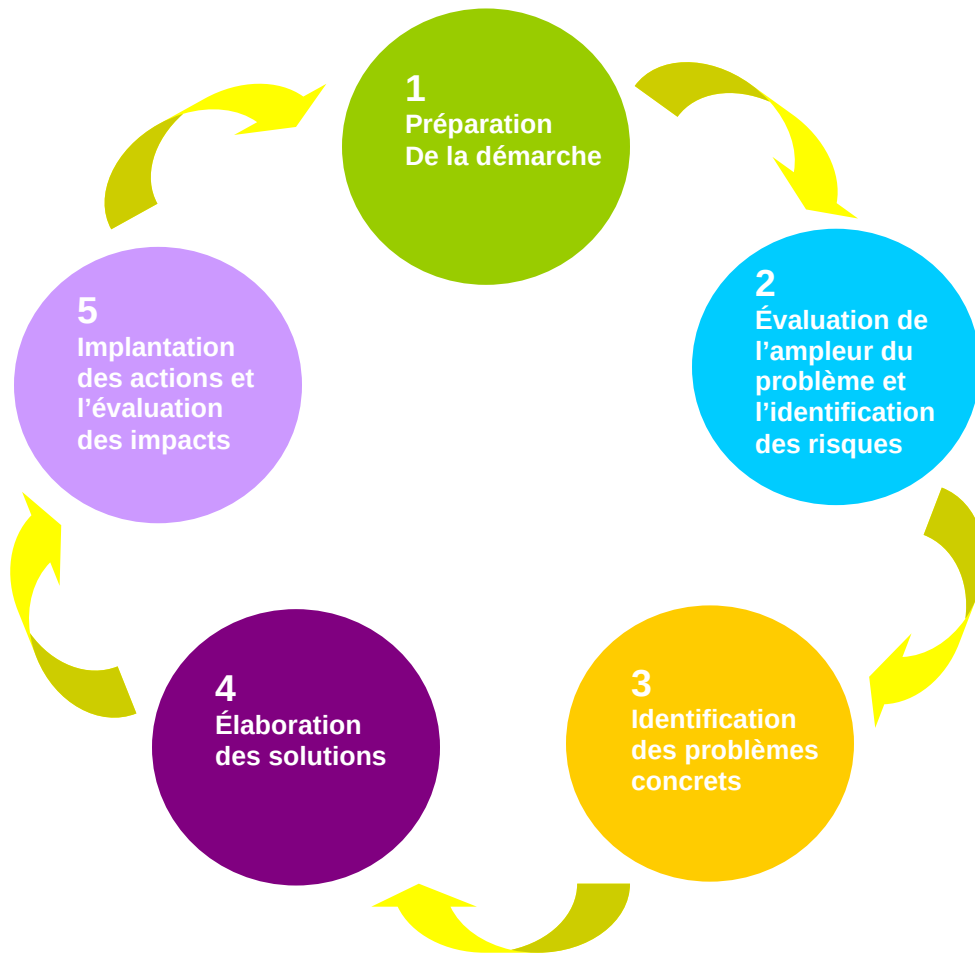
Ainsi, la notion d'exigence de la tâche est modulée par un trait de la personnalité de l'individu qui est son positionnement face aux exigences du travail.

Le deuxième concept du modèle s'intéresse aux gratifications qu'apporte le travail, qu'elles soient monétaires, d'estime ou liées au statut (sécurité d'emploi et opportunités de carrière.) Cet aspect permet de prendre en compte non seulement la réalisation et l'organisation immédiate de son travail, mais

également le contrôle que peut avoir l'individu sur l'ensemble de sa carrière professionnelle (Nidehammer, 2000). Pour poursuivre la réflexion sur le déséquilibre, citons le modèle transactionnel de Lazarus définissant le stress comme un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources d'un individu (Lazarus, 1984) :

Selon ce modèle, l'individu fait une évaluation primaire de la situation ou de la demande à laquelle il est confronté. La demande peut être perçue comme un défi ou encore comme une menace si l'individu juge qu'elle risque d'engendrer des conséquences négatives. Ensuite, l'individu fait une évaluation dite secondaire où il tente de déterminer quelles sont les ressources disponibles pour répondre à la demande. Ainsi, le stress occupationnel implique que les demandes liées au travail excèdent les capacités de l'employé à s'adapter à ces demandes (Lazarus, Folkman, 1984). Les effets du stress peuvent donc être positifs et procurer de la motivation, l'énergie et la créativité nécessaires à accomplir une tâche si l'individu considère qu'il possède les capacités et les ressources requises pour y arriver. Les effets du stress vont être négatifs lorsqu'il y a discordance entre les ressources de l'individu et la demande. » (CGSST, 2011)

Les problèmes de santé psychologique constituent l'un des enjeux majeurs des organisations. Ils peuvent avoir un impact considérable sur l'organisation. Les organisations qui sont efficaces et atteignent de bons résultats en matière de prévention des problèmes psychologiques font appel à une démarche stratégique (Giga, Faragher, 2003). Brun propose une démarche en cinq étapes décrites ainsi (Brun, 2004) :



Afin de minimiser le stress négatif au travail et intégrer une démarche de prévention, des stratégies peuvent être mises de l'avant. Entre autres, les deux premières stratégies ici citées sont reconnues internationalement :

HPS

Pour favoriser la santé en améliorant la qualité des soins, la relation entre les hôpitaux ou services de santé et la collectivité ; les conditions offertes aux patients, à leur famille et au personnel, et la satisfaction de ces derniers. L'appartenance au réseau HPS apporte plusieurs avantages pour le personnel des établissements de santé. En effet, le développement d'une culture de promotion de la santé et de stratégies de santé au travail profite à tous les employés d'une organisation.¹²

¹² www.hps.santemontreal.qc.ca

Planetree

Pour améliorer l'expérience de soins de santé et de services tant pour les patients et leurs proches que pour l'ensemble du personnel. Planetree est un modèle intégrateur de gestion et de pratiques cliniques centrées sur la personne. Il repose essentiellement sur 10 composantes telles que la famille, les amis et le réseau social ; le plein pouvoir : informer, éduquer ; le design architectural. Le regroupement tire son nom du platane, cet arbre en dessous duquel Hippocrate s'asseyait pour enseigner la médecine.¹³

Entreprise en santé (Québec)

Le programme de certification Entreprise en santé est basé sur la norme BNQ 9700-800 *Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail*. Il vise le maintien et l'amélioration durable de l'état de santé des personnes en milieu de travail par :

- L'intégration de la valeur de la santé des personnes dans le processus de gestion des entreprises ;
- La création de conditions favorables à la responsabilisation du personnel au regard de leur santé ;
- L'acquisition de saines habitudes de vie et le maintien d'un milieu de travail favorable à la santé.¹⁴

Développer un milieu de travail sain, c'est mettre de l'avant une démarche intégrée, multi stratégique et participative. Chaque projet ne doit pas être conçu comme une succession d'actions sur un même thème, mais comme un ensemble cohérent et organisé d'actions rejoignant un même but. « Chaque décision de gestion et chaque changement n'a pas inmanquablement un effet direct sur la santé psychologique; c'est plutôt le cumul d'actions, de changements ou de pratiques qui influence la santé des personnes. » (Brun, 2004) La démarche doit donc combiner :

- « - Des activités visant à créer des environnements de travail positifs : réorganisation, modifications de l'environnement de travail...
- Des activités de sensibilisation : affichage, mois thématique...
- Des activités centrées sur l'acquisition d'habiletés : formations, ateliers... »¹⁵

¹³ www.reseauplanetree.org

¹⁴ www.gp2s.com

¹⁵ Réseau montréalais des CSSS et des hôpitaux promoteurs de santé, *Destination santé Montréal*, cyberlettre trimestrielle, vol. 3, no 2, avril 2011. hps.santemontreal.qc.ca.

Et elle doit être intégrée en ce que :

- e. « Elle engage les différents groupes d'employés tout au long du processus et favorise les échanges entre employés et gestionnaires
- f. Soutenir le bien-être des employés et les pratiques de gestion efficace ;
- g. Améliorer l'environnement physique des travailleurs et le rendre plus sécuritaire ;
- h. Promouvoir de saines habitudes de vie en milieu de travail ;
- i. Intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé en milieu de travail (tenir compte des besoins de santé spécifiques de certaines catégories d'employés) ;
- j. Faire des choix verts intégrant les principes du développement durable. »¹⁶

Certaines études scientifiques ont permis de développer des modèles d'analyse qui tracent un profil spécifique des priorités d'action à prendre en charge pour améliorer ou maintenir la santé des employés d'une organisation (Biron, Ivers, Brun, Cooper, 2006). Il existe une hiérarchie des dimensions à considérer pour favoriser la santé du personnel d'un établissement (Grenier, Mallette, 2011).

PRIORITÉ	DIMENSION	NIVEAU DE RISQUE
1	Environnement de travail	ÉLEVÉ
2	Participation aux décisions	
3	Gestion du rendement	
4	Engagement du gestionnaire à la santé	
5	Circulation de l'information	
6	Reconnaissance	MOYEN
7	Formation	
8	Conciliation travail – vie personnelle	
9	Soutien du supérieur	
10	Soutien des collègues	
11	Alimentation	FAIBLE
12	Activité physique	
13	Demande psychologique	
14	Autonomie décisionnelle	
15	Autonomie de compétence	
16	Tabagisme	

¹⁶*Ibid.*

Actuellement, le comité de santé mieux-être de Douglas travaille sur les *habitudes de vie*, donc à impact faible, mais obligatoire selon la norme, et également sur la *circulation de l'information*, qui est un élément à impact élevé.

Il est important, dans la mesure où il est souhaité d'obtenir des résultats optimaux, de se servir de certaines recherches. On peut entre autres citer les faits saillants d'une étude qui avait pour but de vérifier la démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail :

« LES FAITS SAILLANTS DU SUIVI DES INTERVENTIONS SONT LES SUIVANTS :

- Les données administratives sur l'absentéisme sont très utiles puisqu'elles éclairent les décisions en début et pendant les interventions préventives.
- Lorsque les données administratives ne sont pas disponibles, un sondage sur le stress au travail « *stress audit* » s'avère aussi un choix judicieux.
- Si aucune donnée administrative ou d'enquête par sondage n'est disponible, le recours à des informations subjectives peut permettre de cibler les unités plus à risque.
- L'engagement de la direction est un processus qui doit faire l'objet d'une attention particulière et qui doit être reconfirmé régulièrement tout au long du projet.
- L'incorporation des enjeux de santé au travail dans les orientations stratégiques impose une reddition de compte de la direction envers le personnel et envers le conseil d'administration.
- La volonté et le sérieux d'une organisation à mettre en place des changements visant la réduction du stress au travail sont considérés beaucoup plus crédibles et réalisables lorsqu'un budget spécifique est octroyé.
- L'engagement des parties se mesure par la volonté de dépasser le diagnostic (*c.-à-d.* sondage, « *focus group* », etc.) et d'implanter des structures, des programmes ou des interventions spécifiques. Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail – IRSST ii
- Il est important de soutenir les cadres de premier niveau et intermédiaires dans l'implantation des activités puisqu'ils sont souvent considérés par les employés comme la source des problèmes, ce qui peut être très menaçant pour eux.
- L'engagement et la participation du syndicat sont une valeur ajoutée aux interventions et augmentent la crédibilité des activités proposées.
- La participation des employés ne doit pas se limiter à la mise en place des actions, elle doit prendre forme beaucoup plus en amont dès l'identification des risques et des solutions.
- Il est essentiel de mettre en place des actions qui se situent dans un échéancier à long terme, mais aussi des actions, plus simples, qui peuvent être réalisées à très court terme.

- La conduite d'une intervention visant l'amélioration des conditions d'exercice du travail peut faire face à certaines opinions défavorables et il importe d'implanter rapidement des actions concrètes et s'assurer de la diffusion d'information sur ces réalisations.
- Peu de soutien est offert aux membres des comités lors de situations délicates (*c.-à-d.* rencontres d'employés pour présenter le projet, animation de groupe de résolution de problèmes, etc.). À ces occasions, le soutien d'un expert est généralement fort apprécié.
- La sélection du pilote de projet, en fait le responsable du comité de pilotage, est un élément clef de la réussite des interventions. Cette personne doit posséder des qualités de leader, être très efficace, détenir des compétences en gestion de projet et user de stratégies pour faire face aux résistances des employés et des gestionnaires. » (Brun, Biron, Ivers, 2010)

Dans ce contexte, Douglas a choisi de continuer sa démarche *Entreprise en santé* et compte tenu de la présente étude, de se fixer comme objectif d'obtenir la certification élite d'ici deux ans, donc de travailler principalement sur des éléments à impact élevé sur la santé et le mieux-être des employés.

En se fiant sur l'expérience des Catalans et leur bon résultat au niveau de la santé mentale, il semble opportun pour le Douglas d'analyser ses besoins en matière de prévention et de s'interroger sur la nécessité de créer un poste responsable de cette question dans son service de santé. De la prévention soutenue pourrait avoir un impact significatif sur le taux d'absence salaire.

Quant à IAS, il commence à travailler actuellement sur la norme HPS au niveau des éléments suivants : activités physiques et alimentation. La recommandation est donc de travailler sur des éléments à impact élevé.

Il est nécessaire de remarquer qu'en Catalogne, les travailleurs ont un degré de responsabilité différent compte tenu de leur système vis-à-vis leur employeur. L'employeur ne peut contrôler le processus. L'équipe de prévention qui est présente est un élément important et un facteur de succès. Toutefois, ils ont accès à environ la moitié des diagnostics. Pour y responsabiliser les employés et leurs médecins et permettre à cette équipe de travailler sur les éléments pertinents, entre autres dans leur démarche Employeur de choix, le service gouvernemental de sécurité sociale devrait leur faire parvenir les informations dénominatives sur les diagnostics des absences. Il est ainsi nécessaire travailler sur les éléments qui ont un impact direct et important sur la santé des travailleurs.

15.2. Entrevue motivationnelle

Les déséquilibres dont il vient d'être question ont des conséquences et peuvent correspondre à un état de stress chronique et aux affections qui apparaissent à long terme : des symptômes physiques, émotionnels et intellectuels. Toutefois, les symptômes sont réversibles et cessent quand la solution est trouvée.

Pour éviter que la détérioration ne devienne irréversible, il est nécessaire de mettre un processus en place. IAS a déjà une équipe à l'interne qui assure une prise en charge de l'employé. Toutefois, Douglas a tenté cette expérience dans le passé, mais comme il agit comme assureur dans les deux premières années d'invalidité, il est difficile d'intégrer un processus comme celui de l'IAS, pour une question de conflit d'intérêts en cas de litige. Il peut toutefois améliorer son processus d'une autre façon.

Brun (Chaire en gestion) présente un modèle de prévention du stress au travail.

PRÉVENTION PRIMAIRE	
AVANTAGES	LIMITES
◆ Adapte la situation de travail à la personne. ◆ Agit directement sur la source de stress pour l'éliminer ou la contrôler. ◆ Produit des effets durables. ◆ Peut s'intégrer aux activités quotidiennes de gestion.	◆ Exige un engagement de la haute direction. ◆ Nécessite du temps et de l'énergie. ◆ Peut parfois s'échelonner sur le long terme. ◆ Requier l'investissement de ressources humaines, financières et matérielles.

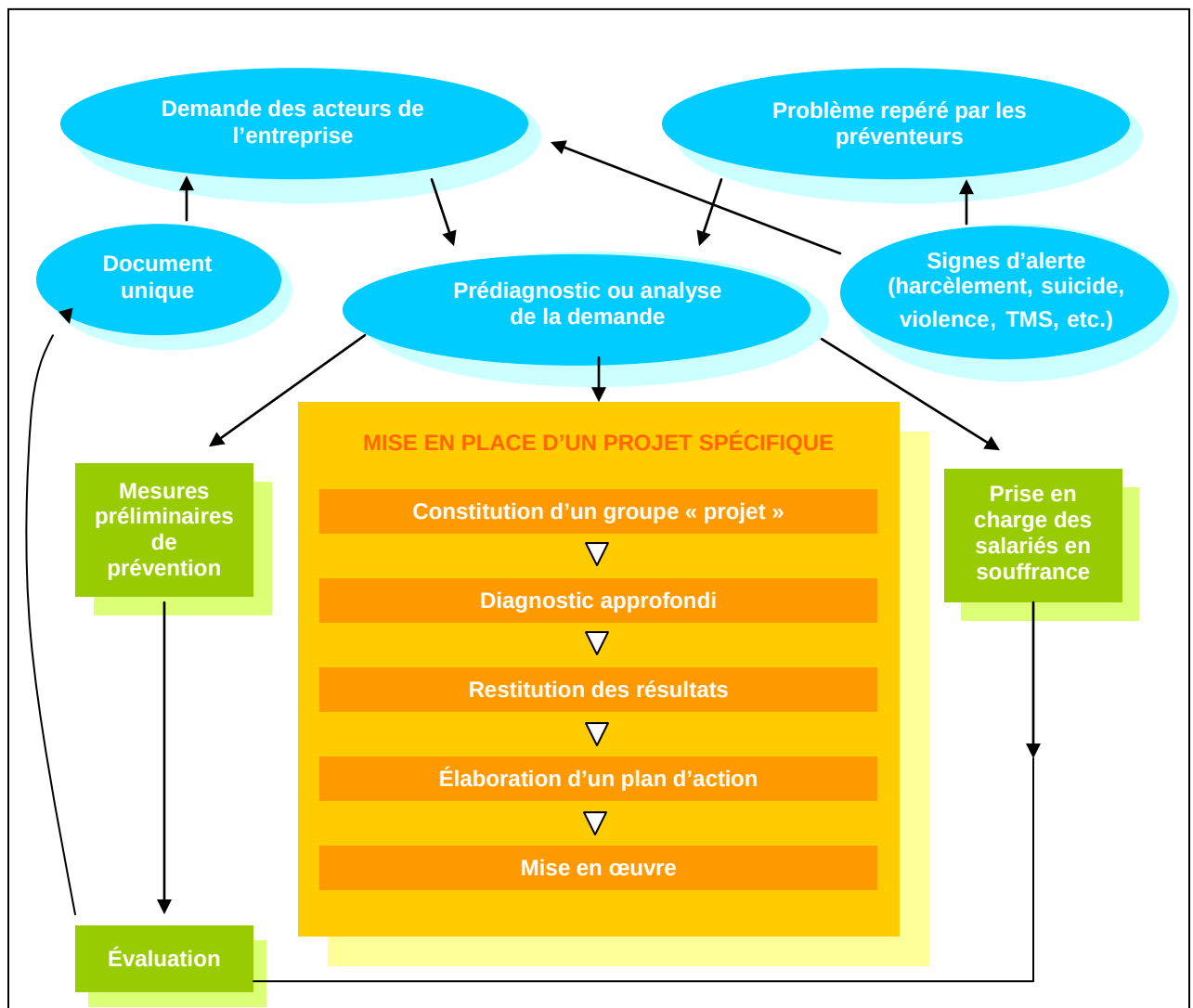
PRÉVENTION SECONDAIRE	
AVANTAGES	LIMITES
◆ Informe et sensibilise les travailleurs et les gestionnaires quant à la problématique de la santé psychologique au travail. ◆ Permet aux travailleurs et aux gestionnaires de développer des connaissances et des habiletés pour mieux faire face au stress.	◆ Ne modifie pas ou n'élimine pas les sources de stress. ◆ Laisse la responsabilité aux individus de développer leurs ressources. ◆ Démarche orientée sur la limitation des dommages (démarche pansement). ◆ Produit des effets à court terme seulement.

Douglas travaille actuellement activement sur ces deux niveaux de prévention compte tenu des différentes actions déjà présentées, dont l'engagement envers la norme *Entreprise en santé*.

En se basant sur ce modèle, le Douglas pourrait agir en améliorant spécifiquement une de ses interventions au niveau de la prévention tertiaire, soit une prévention orientée sur la personne en tentant de diminuer les symptômes.

PRÉVENTION TERTIAIRE	
AVANTAGES	LIMITES
◆ Fournit de l'information, de l'aide et du soutien aux personnes souffrant d'un problème de santé psychologique au travail. ◆ Offre des services volontaires, confidentiels et disponibles en tout temps. ◆ Diminue le risque de rechute.	◆ Orientée sur la personne plutôt que sur la situation de travail ou l'organisation. ◆ S'adresse aux personnes qui souffrent ou ont déjà souffert d'un problème de santé psychologique. ◆ Vise plutôt les conséquences que le problème.

Douglas a déjà un programme de retour au travail, comme il est recommandé par Brun au niveau de l'intervention tertiaire. Toutefois, il est souhaitable d'y intégrer l'entrevue motivationnelle. Cette intégration de la démarche pourrait reposer sur un modèle de prévention du stress (IRNS, 2006).



L'entrevue motivationnelle est une méthode de communication utilisée pour augmenter la motivation du client à entreprendre des changements propices à sa santé. Une multitude d'études scientifiques démontrent que l'entrevue motivationnelle constitue un outil d'efficacité supérieure pour ce qui est de l'intégration de saines habitudes de vie, par exemple en matière de nutrition, d'activité physique et d'adhérence aux consignes de traitement (Phaneuf, 2006).

Les techniques d'entrevue motivationnelle constituent une bonne méthode pour améliorer les approches d'intervention brève (Miller et Rollnick, 1991). Elles sont conçues pour intégrer les niveaux de motivation décrits dans le modèle des étapes du changement de Prochaska et DiClemente (1986). L'acronyme FRAMES sert à conceptualiser cette approche :

- **F – Feedback** : une rétroaction est donnée à la personne sur son état de santé actuel ou selon le cas et sa consommation problématique d'alcool et d'autres drogues.
- **R – Responsibility** : on met l'accent sur la responsabilité du changement de la part de la personne.
- **A – Advice** : des conseils sont donnés sur la réduction des méfaits ou la personne est aiguillée vers un traitement en services spécialisés.
- **M – Menu** : le menu renvoie à la prestation de solutions de rechange parmi lesquelles la personne peut faire un choix personnel et s'engager envers le changement;
- **E – Empathy** : l'empathie sert à créer un climat favorable qui amène la personne à entreprendre des changements positifs;
- **S – Self-efficacy** : l'autoefficacité, c'est-à-dire lorsque les fournisseurs de services croient que la personne peut obtenir des gains positifs grâce au traitement.

Dans une approche fondée sur la recherche, les auteurs William Miller et Stephen Rollnick proposèrent une démarche différente de préparation du malade au changement et des repères nouveaux pour l'entretien. La directivité était remise en question au profit d'une attitude plus motivante.

Cette approche d'abord adaptée à la toxicomanie s'est ensuite étendue aux autres domaines des soins où il nous est nécessaire d'amener la personne à se prendre en main face à son traitement ou à une modification du comportement. Elle permet d'explorer l'ambivalence au changement du malade et d'arriver à la

dépasser en misant sur une approche ouverte et respectueuse de ce qu'il vit et ressent face à son problème.

Dans ces situations de dépendance ou de comportements à modifier, la motivation est un facteur central. Dans une approche plus traditionnelle, pour réussir le traitement, il va de soi que la personne doit être motivée. On le reconnaît par exemple lorsqu'elle accepte l'étiquette d'alcoolique, lorsqu'elle est d'accord avec les soignants et suit fidèlement leurs recommandations.

Essentiellement centrée sur la personne, cette approche de l'entretien motivationnel a pour objectif central de susciter une motivation qui porte à décider d'agir plutôt qu'une stimulation extérieure.

L'approche de l'entretien motivationnel vise un changement important, soutenu par l'action d'une motivation intérieure partant de la personne elle-même et par le dépassement de son ambivalence et de son déni.

Dans cette approche, son nom l'indique, la motivation est le facteur central.

Cette stratégie, par sa logique, son objectivité et sa clarté aide souvent le malade à voir sa situation dans une juste lumière et à se donner la motivation pour évoluer et avec elle, l'énergie pour le faire.

Cette approche motivationnelle visant le changement, ses principes et ses modes d'action tiennent compte de tous les facteurs qui peuvent l'influencer. En effet, ce processus est complexe; il doit être étudié et bien préparé afin de produire ses effets. Il s'influence ici du modèle de Prochaska et DiClemente qui définit clairement les étapes que parcourt un sujet désireux de modifier son comportement, soit pour un traitement, soit pour mettre fin à une dépendance quelconque que ce soit l'alcool, le jeu ou la drogue.

Les phases en sont bien définies dans le tableau ci-joint (Phaneuf, 2006).

FACTEURS QUI INFLUENCENT LE CHANGEMENT

- La perception de la personne d'un besoin de changement en raison de la distance entre sa souffrance présente et une possible amélioration.
- La croyance que le changement est possible et que ses avantages peuvent se manifester dans un délai raisonnable.
- La conviction de la personne qu'elle est capable de changer (aussi chez la soignante).
- L'Identification par la personne de moyens précis pour y arriver et d'un agenda bien déterminé.
- La motivation à l'autoprotection.
- L'expression de sa volonté de changer.

Pour donner les résultats attendus, le déroulement de l'entretien conduit à choisir des techniques et stratégies facilitantes qui permettent d'appliquer ses principes.

Une autre stratégie, la « *balance décisionnelle* » où il nous faut aborder les côtés positifs et négatifs du problème, tout autant que les côtés positifs et négatifs du changement, sans pour autant renforcer les aspects agréables de la dépendance ou les aspects désagréables de la modification de la conduite (Phaneuf, 2006).

QUELQUES QUESTIONS OUVERTES, FERMÉES COMBINÉES

- Est-ce que vous aimeriez voir votre vie changer? (f)
- Parlez-moi de votre souffrance. (o)
- Est-ce que vous aimeriez être aidé? (f) Si non, pourquoi? Si oui, comment puis-je vous aider? (c)
- Si vous pouviez changer de vie comment serait-elle? (o)
- Quels avantages tirez-vous de ce comportement? (manque d'exercice, non-fidélité au régime, dépendance à la cigarette, à l'alcool, à la drogue. (o)
- Quels sont des désavantages? (o)
- Que perdriez-vous en changeant? Que gagneriez-vous? (o)
- Est-ce que vous avez déjà tenté de changer? Que s'est-il passé? Comment vivez-vous cette situation? (c)
- Que désirez-vous faire maintenant? (o)

Mais l'outil de prédilection des échanges dans cette approche non directive est *l'écoute réflexive*. Tout comme en relation d'aide, c'est la présentation en miroir, ce qu'il nous communique de ses pensées, de ses opinions, de ses craintes et de ses sentiments par la réponse-reflet.

Dans cette approche motivationnelle, elle prend d'ailleurs un visage un peu différent. Elle comporte les mêmes niveaux que l'écoute réflexive propre à la relation d'aide, mais y ajoute deux niveaux supplémentaires. Il y a d'abord le reflet double qui vient compléter la *balance décisionnelle du comportement* en reflétant les côtés positifs et négatifs de la situation et s'ajoute aussi le *reflet amplifié* qui sert à grossir ou à minimiser un comportement ou une situation. Il vise à provoquer une réaction chez la personne (Phaneuf, 2006).

Le Douglas a expérimenté le modèle via un psychiatre pour une dizaine de cas de retour au travail. Nous ne pouvons pas tirer des conclusions de ces expériences, mais la stratégie de pénétration devrait être revue, notamment en intégrant la formation des gestionnaires des dossiers ressources humaines. Quelques essais concluants portent à croire que l'utilisation de l'entrevue motivationnelle au début du processus pourrait améliorer d'une façon durable le retour au travail.

Spécifiquement en ce qui a trait à l'objectif de cette étude comparative sur la santé mentale en emploi dans nos deux Instituts, nous croyons que, en tant que professionnels de la santé, nous devons nous concerter (gestionnaires, syndicats, employés, cliniciens) pour conscientiser nos milieux de travail sur l'envergure et l'impact des problèmes de santé mentale au travail afin de les prévenir et de mieux les gérer lorsqu'ils se développent.

16. BIBLIOGRAPHIE

BIGAOUETTE, M.(2007), « Et maintenant, comment allez-vous? » *Objectif prévention*, vol. 31, no 3, 2008, p.12.

BIRON, C., IVERS, H., BRUN, J.-P., & COOPER, C. L. (2006). *Risk assessment of occupational stress: Extensions of the Clarke and Cooper approach*. *Health, Risk & Society*, 8(4), 417-429.

BRUN, J.P. (2004). *La santé psychologique au travail, de la définition du problème aux solutions, trousse de prévention*, Chaire en gestion e la santé et de la sécurité du travail, Québec.

BRUN, J.-P., BIRON, C., IVERS, H. (2010), *Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail*, IRSST, Santé psychologique, Études et recherche, Rapport R-514

Centre patronal de santé et de sécurité du travail du Québec, *Le Burnout*, 1996.

Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail (Brun, J.-P.), *Le stress en travail. Le stress, qu'est-ce que c'est?* www.cgsst.com/fra/le-stress-ay-travail/comprendre-ce-quest-le-stress.asp

Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (2003), IRSST, *Faire cesser le problème, La prévention du stress au travail, La santé psychologique au travail, de la définition du problème aux solutions*, Fascicule 3.

DUBÉ, C. (2007), « Aspects pratiques de l'obligation d'accommodement dans le réseau de la santé et des services sociaux. » *Les accommodements raisonnables : quoi, comment, jusqu'où? Des outils pour tous*. Éditions Yvon Blais.

GIGA, S., FARAGHER, et coll. (2003) *Identification of good practice in stress prevention-management*. Beacons of excellence in stress prevention. J. Jordan, E. Gurr, G. Tinline et coll. Sudbury, England, HSE Books. HSE Research report 133 :1-45.

GRENIER, Simon, MALLETTE, Sylvie (avril-mai 2011), *Vers la santé globale au travail, implantation de la démarche Entreprise en santé*, Effectif.

IRNS, Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention (2006), DMT, dossiers médico-technique, Documents pour le médecin du travail, no 106, 2^{ième} trimestre, 169.

LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. (1984), New York: Springer.

Miller, W.R., et Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, Guilford Press.

MURPHY, L. *Workplace interventions for stress reduction and prevention* (1988). In C.L. Cooper and R. Payne (ed.) *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester: John Wiley & sons.

NIEHAMMER, I. (2002), Psychometric properties of the French version of the Karasek job content questionnaire: a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support and physical demands in the GAZEL cohort. *Int. Arch Occup. Environ Health*, 75 (3): 129.

NIDEHAMMER I., SIEGRIST J., LANDRE M.F., GOLDBERT M. et coll. (2000), Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev Épidémiol Santé Publique* :48 (5) : 419.

PHANEUF, M. (2006) L'entrevue motivationnelle,
[//www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_entretien%20motivationnel.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_entretien%20motivationnel.pdf)

PROCHASKA, J., et DICLEMENTE, C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. Dans W.R. Miller, et N. Heather (éd.). *Treating addictive behaviours: Processes of change*. New York, Plenum

PROULX, Y. (2007), *Une équipe de code blanc au Douglas*, objectif prévention, vol. 30, no 3

ST-ARNAUD, Louise (2009). "Le retour au travail à la suite d'un problème de santé mentale, une étape cruciale." Équipe de recherche sur les impacts psychologiques, organisationnels et sociaux du travail.", Les grands rendez-vous Forum CSST, 3 novembre 2009.

VÉZINA, M. BOURBONNAIS, et coll. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Cycle 1.2)*. Québec, Institut de la statistique du Québec : 50.

17. ANALYSE ET CONCLUSIONS

Même si nous disposons de peu d'instruments développés spécifiquement aux fins de notre étude comparative sur les problèmes de santé mentale en emploi entre le Québec et la Catalogne, et même si les instruments utilisés sont rarement identiques, nous pouvons mettre de l'avant, à partir des consultations faites et des documents et de la littérature consultés que, tant en Europe qu'en Amérique du Nord, la santé mentale en emploi prend de plus en plus d'importance.

Les principaux facteurs qui ont amené cet intérêt grandissant sont : l'impact croissant des coûts de l'absentéisme liés à la maladie mentale et le fait que les problèmes de santé mentale sont souvent devenus une des principales raisons de consultation du médecin de famille.

L'Amérique du Nord ne dispose pas d'un organisme équivalent à celui de la Communauté Européenne qui s'intéresse depuis longtemps à la question et qui a développé des politiques, des normes et des recommandations, telles celles mentionnées plus haut, p.ex., la Stratégie communautaire pour la santé et la sécurité au travail; le Réseau européen pour la promotion de la santé mentale.

La décision de l'OMS d'inclure en 2007 la santé mentale en emploi comme élément clef de son programme sur les Politiques de santé mentale fait en sorte que, dorénavant ce sujet devient une partie intégrante de toute politique nationale de santé mentale.

Au niveau national, mentionnons, au Canada, où la santé est de responsabilité provinciale, l'intérêt fourni du Gouvernement national qui a adopté une politique de recherches sur la santé mentale en emploi et qui soutient financièrement deux Instituts de recherches, dont la Chaire en gestion de la santé et sécurité au travail dans les organisations, à l'Université Laval de Québec. Le ministre fédéral à l'époque et plus tard Ambassadeur du Canada aux États-Unis est responsable de la tenue de deux rencontres entre experts canadiens et américains ainsi que de l'Enquête Ipsos-Reid 2003. Mentionnons aussi, le rôle joué par l'ONG canadienne *Business and Economic Roundtable* qui depuis plusieurs années joue un rôle clef de sensibilisation, surtout auprès du monde des Affaires, ajoutant une crédibilité et un savoir-faire que n'aurait pu obtenir seul, « le secteur de la santé mentale ».

En Espagne, il nous semble que la Loi 31/1995 sur la Prévention des risques professionnels jouent un rôle important dans la mesure où la notion de sécurité s'applique aux aspects physiques et mentaux; la loi prévoit l'existence d'une équipe d'identification et de gestion des risques, y compris psychosociaux, relevant de la Direction des ressources humaines. Dans une large mesure, ce dispositif semble remplacer les Programmes d'aide aux employés que l'on retrouve systématiquement dans les grandes entreprises au Canada. Le Québec ne dispose pas d'une telle loi et les nombreux programmes et activités de prévention du Département de ressources humaines sont, de ce fait, un peu moins structurés. Une évaluation plus approfondie et une comparaison rigoureuse entre les deux façons de faire seraient utiles. Il faudrait analyser plus en profondeur l'impact du fait, qu'au Québec, l'employeur joue le rôle d'assureur et d'agent payeur pour l'absentéisme à court terme contrairement à la Catalogne où ce rôle est dévolu à la Sécurité sociale.

En ce qui a trait à l'incidence et la prévalence des problèmes de santé mentale au Québec et en Catalogne il n'y a pas une différence très marquée; on estime que la prévalence à vie pour problème de santé mentale est de 23 % au Québec et de 20 % en Catalogne.

La dépression reste la maladie mentale la plus commune : au Québec la dépression majeure affecte 4,2 % des personnes en emploi, ratio qui augmente à 6,4 % lorsqu'on

utilise l'indice global de dépression, alors qu'en Catalogne, pour l'ensemble de la population la prévalence à vie pour la dépression serait de 15,2 %.

La maladie mentale est une des toutes premières causes d'absentéisme au travail tant au Québec qu'en Catalogne. On s'entend pour dire que l'invalidité liée à l'absence pour maladie mentale est souvent deux fois plus longue, et coûteuse que celle liée à la maladie physique. La Catalogne porte une attention particulière aux personnes en chômage, en arrêt d'emploi et aux femmes en congé de maternité.

En, ce qui a trait aux coûts de la prise en charge de la dépression, il représenterait 0,38 % du PIB de la Catalogne en 2006; on remarque que 21,2 % des coûts sont chargés au Ministère de la Santé; alors que 78,8 % sont imputables à la perte de productivité. Au Québec le nombre de journées d'absentéisme liées aux problèmes de santé mentale est passé de 7,4 à 24,6 jours par 100 personnes entre 1992 et 1998. (Vézina, 2001)

Parmi les facteurs de risques les plus importants tant au Québec qu'en Catalogne on remarque le faible soutien social et le sentiment de précarisation de l'emploi.

L'approche préconisée par la Catalogne et le Québec repose, en premier lieu, sur la prévention ; une foule de mesures, souvent de nature éducative, visent à sensibiliser les employés aux différents volets de la santé mentale en emploi et, à améliorer le milieu de travail et favoriser la conciliation travail-famille.

Lorsqu'un problème arrive, nous avons noté l'avantage que peut représenter l'équipe de « prévention des risques » que nous retrouvons en Catalogne. Le fait que tous les Catalans aient un médecin de famille, alors que le quart de la population québécoise n'en a pas, joue un rôle important; il serait utile de faire une étude plus approfondie sur la trajectoire d'une personne avec problème de santé mentale en emploi dans les deux contextes et de mieux connaître les caractéristiques et les conditions qui favorisent une meilleure prise en charge et le suivi de tels patients. Nous croyons que le mode de rémunération à l'acte pour bon nombre d'omnipraticiens québécois pourrait jouer un rôle. Il nous faudrait faire le même genre d'étude en Catalogne qu'au Québec sur le profil et l'implication des médecins de famille catalans en santé mentale afin d'apprécier l'impact du mode de rémunération à salaire des médecins catalans.

L'existence, le cas échéant, d'un réseau de deuxième ligne bien identifié et accessible nous apparaît un élément clef de la trajectoire des patients; il faudrait approfondir par exemple le rôle des Cliniques de santé mentale en Catalogne (au nombre de 467 pour l'Espagne) et celui des psychiatres répondants dans le contexte québécois pour la clientèle qui nous intéresse.

Au niveau micro, la principale différence entre les deux partenaires de l'étude tient au fait qu'à l'Institut Douglas, 27 % de l'invalidité est liée aux problèmes de santé mentale, dont 16 % causée par la dépression, alors que ce chiffre est de 9,5 % à l'IAS de Gérone (il était de 5,8 % en 2008), dont 3,8 % causé par la dépression. Nous croyons que les chiffres ne sont peut-être pas comparables,

dans la mesure où, en Catalogne, l'employeur ne dispose pas du vrai diagnostic justifiant l'absentéisme dans la majorité des cas; cette donnée n'est disponible que sur la formule qui parvient à l'Institut national de la sécurité sociale, qui agit comme agent payeur.

Une autre différence importante est le fait qu'au Québec, des coûts directs sont imputés au budget de l'établissement alors qu'en Catalogne, ce n'est pas le cas, à l'exception des premiers mois d'absence, durant lequel l'employeur paie une partie du salaire. Les incitatifs sont donc beaucoup moins importants en Catalogne qu'au Québec puisque les coûts en Catalogne sont imputés à la Sécurité sociale. Ceci fait que les Catalans ont une approche beaucoup plus protectrice de leurs employés qu'au Québec. Au Québec, les dossiers sont gérés en tant qu'assureur alors qu'en Catalogne, un tiers paie, donc leur approche du rétablissement est très différente. Nous pensons que des mesures incitatives pourraient être mises de l'avant par le gouvernement catalan (primes au rendement, incitatifs dans l'esprit des accidents de travail, subvention pour des programmes de prévention...) Une évaluation de ces stratégies devrait être également faite.

On remarque que seule une minorité d'employés catalans révèlent un diagnostic de « santé mentale à l'Équipe d'examen de prévention risques en emploi. Le certificat d'absentéisme au Douglas nous semble plus près de la réalité. La différence dans les pourcentages d'invalidité liée à la santé mentale entre les deux sites est d'autant plus surprenante, si on tient compte du fait que le pourcentage des employés cliniques et non cliniques des deux Instituts qui se décrivent « en excellente ou bonne santé » est le même, soit 70 %.

Même si les programmes des deux Instituts sont axés sur la prévention, il reste probable que l'équipe catalane de prévention du risque a un impact significatif dans la prévention des problèmes de santé mentale au travail et que le bien-fondé d'une telle équipe dans le modèle québécois mériterait d'être envisagé. On constate que les coûts de l'invalidité sont très importants et qu'un nombre surprenant de travailleurs catalans optent pour une pension d'invalidité permanente après une absence prolongée liée à la maladie mentale souvent avec l'accord plus ou moins explicite de l'employeur. Nous nous interrogeons aussi sur le rôle de la stigmatisation dans l'utilisation ou non d'un diagnostic de maladie mentale dans les deux contextes.

La dépression et les travailleurs de la santé sont à une prédominance féminine. Compte tenu de l'envergure du problème, il nous semble que le Plan d'action en santé mentale, tant du côté québécois que catalan pourrait être plus spécifique sur le volet santé mentale en emploi, tel que recommandé par l'OMS.

Le grand défi reste d'identifier la combinaison de programmes qui permettra de prévenir les problèmes de santé mentale au travail et de mieux les gérer lorsqu'ils se présentent.

Nous croyons que cette Étude comparative entre les deux Instituts nous démontre que tant au Québec qu'en Catalogne, les employeurs sont en train de reconnaître leur niveau de responsabilité face à la santé psychologique de leurs employés.

Tant en Catalogne qu'au Québec on s'entend sur l'importance grandissante de toute la problématique reliée à la santé mentale en emploi. Malgré une approche très souvent similaire entre les deux sites d'étude, nous croyons que les différences révélées mériteraient qu'on pousse plus loin la comparaison sur l'incidence, la prévalence, les coûts, la prévention et la gestion des problèmes de santé mentale en emploi y compris le rôle joué par l'organisation des soins dans les deux sites.