

Amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail : Analyse critique et options pragmatiques

le 31 août 2011

www.commissionsantementale.ca



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

Commission de la santé mentale du Canada

Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction

Auteurs

Dan Bilsker, Ph. D. Merv Gilbert, Ph. D.



Les vues exprimées aux présentes sont celles de la Commission de la santé mentale du Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

© 2012 by the Mental Health Commission of Canada and the Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction. All rights reserved.

TABLE DE MATIÈRES	5	
RÉSUMÉ	7	
CONTEXTE	8	
INTRODUCTION	9	
MODÈLES ORGANISATIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE - FORCES ET FAIBLESSES		10
ANALYSE CRITIQUE DES MODÈLES DE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL		12
RÉSUMÉ	24	
LE CADRE P6 POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUES		25
CONCLUSIONS	39	
RÉFÉRENCES	41	

Les arguments prônant des milieux de travail propices à une bonne santé mentale sont [...] irréfutables, étant donné que de tels milieux se traduiront par une hausse de la productivité, laquelle compensera les coûts des investissements nécessaires pour réduire de façon significative les facteurs pouvant nuire à la santé mentale des travailleurs. (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006, p. 180)

L'incidence des problèmes de santé mentale en milieu de travail s'accroît continuellement. La gestion de ces problèmes deviendra de plus en plus exigeante à mesure que le fardeau qu'ils constituent s'alourdit dans les secteurs public et privé au Canada. En dépit de cette situation, force est d'admettre que les stratégies pour l'évaluation, la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale au travail font défaut et sont sous-utilisées lorsqu'elles existent. Le fossé qui sépare les besoins en matière de modèles efficaces et l'éventail des modèles existants s'explique en partie par un accès limité aux connaissances dans ce domaine. Si les études sur la prévalence et la nature des problèmes de santé mentale en milieu de travail abondent, on ne peut pas en dire autant des solutions concrètes proposées pour y remédier.

Pour favoriser l'adoption d'une approche pragmatique intégrée dans le domaine de la santé mentale au travail au Canada, le Comité consultatif sur la santé mentale en milieu de travail (CCSMMT) de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) ainsi que le Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA) de l'université Simon Fraser ont passé en revue les études scientifiques et les écrits parallèles portant sur les façons d'améliorer la santé mentale des employés.

S'appuyant sur les résultats de cet examen, la Commission de la santé mentale du Canada a publié les trois documents suivants :

- Un rapport proposant divers types d'interventions qui visent à améliorer la santé mentale au travail et qui formule des recommandations en faveur d'une approche intégrée;
- Un guide de l'employeur traitant de la façon d'améliorer la santé mentale au travail;
- Un plan portant sur l'échange des connaissances dans le but d'optimiser la diffusion et l'application des conclusions des rapports.

Ce rapport, le deuxième de trois documents publiés par la Commission de la santé mentale du Canada, se fonde sur une analyse documentaire et représente une analyse critique des modèles actuellement disponibles

pour guider les efforts d'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail. Ces modèles sont décrits et examinés par rapport à des normes de qualité généralement acceptées, à leur niveau de soutien d'une approche intégrée à la santé mentale au travail, et à leur niveau de pertinence au contexte des milieux de travail canadiens. S'appuyant sur cet examen, une approche pragmatique à l'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail au Canada est présentée. L'approche proposée, le Cadre P6, facilite la prestation d'interventions constituant un élément d'ensemble aux problèmes de santé psychologique au travail dans tout le continuum de l'emploi et entre les partenaires clés (employeurs, organes de réglementation, domaines du travail et de la santé mentale) qui jouent un rôle dans la gestion et l'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail. Une définition de chacun des six volets complémentaires du modèle (politiques, planification, promotion, prévention, processus et persistance) est fournie en plus des composantes principales et de pratiques exemplaires. Enfin, dans la perspective de nouvelles normes pancanadiennes protégeant la santé et la sécurité psychologiques au travail, chaque volet est comparé à son équivalent de l'Organisation internationale de normalisation (ISO).

CONTEXTE

Les problèmes courants de santé mentale tels que la dépression ou l'anxiété sont fréquents en milieu de travail. Treize pour cent des travailleurs signalent un niveau inquiétant de dépression à un moment donné et dix-huit pour cent de la population active déclare s'être absentée du travail ou avoir réduit sa charge en raison de symptômes dépressifs (Dunnagan, Peterson et Haynes, 2001; Kessler, Greenberg, Mickelson, Meneades et Wang, 2001; Grzywacz et Ettner, 2000). On estime que près de 30 % de toutes les réclamations pour invalidité à court et à long termes sont attribuables aux troubles mentaux et aux maladies mentales au Canada (Sairanen, S., Matzanke, D. et Smeall, D. [2011] The Business Case: Collaborating to help employees maintain their mental well-being. Healthcare Papers). En 2011, 40 % des Canadiens ayant un problème de santé mentale étaient âgés de 20 à 39 ans (Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011) The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, pour la Commission de la santé mentale du Canada). Les problèmes de santé mentale sont associés à la souffrance chez les individus, aux déficits fonctionnels et à la perte de productivité, ainsi qu'aux coûts que ces situations engendrent pour les employeurs (Berndt, Bailit, Keller, Verner et Finkelstein, 2000; Kessler, Barber, Birnbaum, Frank, Greenberg, Rose, Simon et Wang, 1999; Dewa et Goering, 2000). En fait, une étude de 2011 menée par la Commission de la santé mentale du Canada prédit que, s'ils ne sont pas traités, les problèmes de santé mentale (en raison de l'absentéisme, du présentéisme et du roulement du personnel) coûteront aux entreprises canadiennes 198 milliards de dollars en raison des pertes de productivité au cours des 30 prochaines années (Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. (2011) The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada). De toute évidence, la gestion efficace des problèmes de santé mentale au travail devrait être une priorité des employeurs et du système de soins de santé canadien (Bilsker, Gilbert, Myette et Stewart-Patterson, 2004). L'urgence de la situation est aggravée par la jurisprudence et les exigences réglementaires qui évoluent rapidement et qui obligent les employeurs à aborder la santé et la sécurité psychologiques de leurs employés (Shain, 2004).

Les problèmes de santé mentale en milieu de travail sont complexes et répondent à une dynamique. L'implication et l'adoption de mesures à la fois sur le plan individuel et sur le plan organisationnel sont nécessaires, ainsi que la participation des parties impliquées et les changements de moyens à l'échelle des systèmes et au fil du temps. Les mesures efficaces pour soutenir le bien-être mental des employés qui ne présentent aucun problème

évident impliquent des programmes, des politiques et des intervenants différents de ceux employés pour aider les employés ayant une incapacité liée à la santé mentale. Il faut que les systèmes soient coordonnés et qu'ils assurent une bonne communication tout au long du processus. Néanmoins, l'approche habituelle de gestion des problèmes de santé mentale au travail est mal intégrée. Comme le décrit le rapport intitulé De l'ombre à la lumière, document clé sur la santé mentale au Canada, une intégration accrue est nécessaire entre les entreprises et le système de soins de santé pour aborder la santé mentale en milieu de travail (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006, p. 124).

Une réponse intégrée et complète est coordonnée entre plusieurs dimensions critiques. Premièrement, il faut assurer l'intégration entre les partenaires. La contribution et les interventions spécifiques des diverses parties concernées (employés, gestionnaires, membres des ressources humaines, représentants syndicaux, conseillers en réadaptation, professionnels de la santé et autres) doivent être complémentaires, coordonnés et non conflictuels (Goetzel, Ozminkowski, Bowen et Tabrizi, 2008). Deuxièmement, il faut favoriser l'intégration dans le temps. Les interventions organisationnelles doivent être cohérentes et adaptées aux diverses étapes du développement des problèmes de santé mentale au travail et elles doivent y répondre adéquatement. Troisièmement, il faut assurer l'intégration entre les étapes d'intervention. Les interventions de promotion, de prévention et de traitement doivent être menées de façon systématique (Field, Highet et Robinson, 2002; Goldberg et Steury, 2001; Mino, Babazono, Tsuda et Yasuda, 2006). Quatrièmement, il faut promouvoir l'intégration entre les systèmes. Plus précisément, il doit y avoir communication et coordination entre le milieu de travail et les services de santé (Grove, 2006; Bilsker, Goldner et Jones, 2007; Lin, Von Korff, Russo, Katon, Simon, Unutzer, Bush, Walker et Ludman, 2000; Katon, Russo, Von Korff, Lin, Simon, Bush, Ludman et Walker, 2002; Kates, Craven, Crustolo, Nikolaou, Allen et Farrar, 1997). Cinquièmement, faut assurer l'intégration entre les diverses populations. Les interventions en milieu de travail ne sont généralement pas universelles, c'est-à-dire qu'elles sont plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux traits individuels tels que le sexe et le groupe ethnique ou linguistique ainsi qu'aux caractéristiques des organismes tels que la taille du milieu de travail et le secteur d'emploi (Bunce, 1997; Martin, Sanderson, Scott et Brough, 2009). Enfin, il faut assurer une approche intégrée à la stigmatisation mobilisant les dirigeants, les connaissances et la culture organisationnelle pour surmonter la stigmatisation encore associée aux problèmes de santé mentale (Santé Canada, 2006).

Ce rapport vise deux objectifs. En premier lieu, il propose une analyse critique des modèles actuels pour guider les efforts d'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail. Nous analysons ces modèles par rapport aux normes de qualité généralement acceptées et à leur niveau de soutien d'une approche intégrée à la santé mentale au travail. En deuxième lieu, il présente une approche pragmatique à l'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail au Canada, en s'appuyant sur les divers modèles étudiés. Cette approche pragmatique est guidée par l'objectif fondamental d'intégrer les interventions relatives aux problèmes de santé mentale au travail. Pour favoriser la constance en ce qui a trait à l'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques, nous définirons les volets de l'approche proposée et expliquerons les composantes principales et les pratiques propres à ces volets.

Ce rapport se fonde sur une recension approfondie des écrits sur la santé mentale ou psychologique au travail, qui porte entre autres sur les études empiriques existantes et les écrits parallèles. De plus, nous avons consulté plusieurs experts connaissant bien les politiques et pratiques des milieux de travail du Canada pour assurer la conformité de notre démarche.

PORTÉE

Notre discussion sera axée sur les problèmes psychologiques courants dont la morosité et la dépression, la tension et l'anxiété ou la consommation abusive de substances intoxicantes. Nous ne mettrons pas l'accent sur les mesures ciblant les personnes atteintes d'une maladie mentale importante et persistante, par exemple l'assurance-emploi. Nous ne tiendrons pas compte des études sur le « stress en milieu de travail et la gestion du stress », mais plutôt des modèles liés au stress ou des pratiques axées explicitement sur la santé mentale ou psychologique. Celles-ci sont consistantes souvent en des études sur les interventions de gestion du stress conçues pour prévenir l'occurrence des problèmes courants de santé mentale. Nous ne limiterons pas notre étude aux interventions visant précisément les personnes atteintes de problèmes de santé mentale; nous examinerons également les interventions visant l'ensemble des effectifs dans le but de promouvoir une bonne santé psychologique ou de prévenir les troubles de santé mentale.

CONTEXTE CANADIEN

Le Canada ne fait pas figure d'exception parmi les nations industrialisées par rapport à l'incidence sociale et financière des troubles de santé mentale et de la consommation inadéquate de substances intoxicantes. Une étude récente

a conclu que les problèmes de santé mentale coûtent à l'économie canadienne environ 51 milliards de dollars annuellement, la moitié de cette somme occasionnée par une perte de la qualité de vie en raison d'un trouble de santé (Lim, Jacobs, Ohinmaa, Schopflocher et Dewa, 2008). Bien que ce problème soit répandu à l'échelle internationale, certains aspects du contexte canadien sont des déterminants critiques de la création d'un modèle adéquat favorisant la santé et de la sécurité psychologiques dans les milieux de travail canadiens.

La nature, la taille et la structure d'un organisme et de ses effectifs influence le type et de la prévalence des problèmes psychologiques présents, leur incidence sur la sécurité, la responsabilité et les risques et l'état de préparation de l'organisme ainsi que sa capacité d'agir adéquatement. En 2009, environ 60 % des adultes canadiens occupaient un emploi, dont une légère majorité était des hommes. Actuellement, un peu moins du tiers des Canadiens occupant un emploi sont syndiqués (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2010). Plus de 95 % des entreprises canadiennes comptent moins de 50 employés (Industrie Canada, Principales statistiques relatives aux petites entreprises, 2008). Les entreprises canadiennes couvrent la gamme complète des secteurs d'emploi. Un modèle intégré doit respecter et incorporer cette diversité de milieux de travail et de travailleurs.

Le système de soins de santé canadien comprend à la fois des services publics et des services privés. Les services publics sont financés et régis par les gouvernements provinciaux et territoriaux, tandis que les services privés sont financés dans des proportions diverses par les entreprises, les assureurs, les programmes d'avantages sociaux et les individus. L'accès aux services de santé, particulièrement en santé mentale, dans le secteur public demeure un défi dans toutes les provinces. Le système de santé public manque de connaissances et d'outils pour gérer les problèmes en milieu de travail (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006). L'accès à des traitements non pharmacologiques fondés sur des données probantes, tels que ceux fournis par des psychologues, est déficient. Cela représente une préoccupation particulière puisque de telles interventions ont été déterminées efficaces pour gérer les problèmes de santé psychologique des employés (Hirschfeld, Dunner et Keitner, 2002). Les services privés peuvent aider à combler ce fossé mais ils sont inaccessibles pour de nombreux employés. La communication entre les employeurs, les pourvoyeurs privés et le système public de santé est déficiente.

Au Canada, les exigences juridiques, les lois sur les droits de la personne et les normes d'emploi en ce qui a trait à la santé et à la sécurité en milieu de travail relèvent à la fois des gouvernements provinciaux et fédéral. Dans la plupart des cas, on ne considère pas les maladies ou préjudices psychologiques comme faisant partie du champ d'application des commissions provinciales ou territoriales des accidents du travail. Les employeurs canadiens ne sont donc pas tenus de participer à un programme de santé et sécurité psychologiques au travail et ils ne sont pas tenus de se conformer à une politique ou directive commune s'ils décident de le faire à des fins de bonne gouvernance. Cela dit, ce tableau évolue rapidement. Partout au pays, on a constaté de nombreuses décisions judiciaires et modifications législatives qui augmentent la responsabilité de diligence raisonnable des employeurs pour veiller à ce que la santé psychologique de leurs effectifs ne soit pas lésée de façon imprudente, négligente ou intentionnelle (Shain, 2009). Une initiative récente accorde à la santé et à la sécurité psychologiques des employés la même attention que reçoivent la santé et la sécurité physiques. Le 16 janvier 2013, la Commission de la santé mentale du Canada a rendu publique la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail, élaborée en collaboration avec le Bureau de normalisation du Québec (BNQ) et le Groupe CSA. Cette norme propose des repères et des moyens pour améliorer de façon mesurable la santé et la sécurité psychologiques des employés canadiens qui, à leur tour, font augmenter le niveau d'engagement, la productivité et les bénéfices nets. Le Canada fait donc partie des nombreuses nations qui, comment en Europe et en Australie, possèdent une telle norme.

Le cadre de santé psychologique intégré en milieu de travail du Canada doit tenir compte du climat économique et de travail ainsi que des tendances dans les domaines juridique, réglementaire et des services de santé.

PUBLIC CIBLE

Ce rapport vise principalement :

- Les employeurs canadiens, qu'ils soient représentés par des propriétaires, des cadres supérieurs ou de dirigeants des ressources humaines;
- Les dirigeants canadiens qui interviennent dans les décisions relatives aux politiques de santé mentale en milieu de travail : représentants syndicaux, professionnels de la santé en milieu de travail, gestionnaires de programmes d'invalidité et autres;
- D'autres partenaires : chercheurs en santé au travail, employés ayant des problèmes de santé psychologique, pourvoyeurs de services autres que dans le domaine de la santé au travail et responsables des orientations politiques.

Nous espérons que la révision des modèles et leur application à la santé et la sécurité psychologiques fourniront une base plus solide aux employeurs pour la mise en œuvre de politiques et de pratiques bien fondées et susceptibles de promouvoir des interventions constituant un ensemble cohérent relatives aux problèmes de santé psychologique au travail. Ce rapport offre aux employeurs, aux responsables des orientations politiques et aux chercheurs une approche cohérente avec les lois, les exigences réglementaires, les modèles théoriques, les pratiques en milieu de travail et les résultats empiriques actuels ou émergents.

MODÈLES ORGANISATIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE – FORCES ET FAIBLESSES

Ce rapport identifiera, décrira et commentera plusieurs approches importantes en matière de santé et de sécurité psychologiques en milieu de travail. Il ne tient pas compte des modèles portant sur la santé générale qui ne mettent pas l'accent sur la santé psychologique, ni ceux qui abordent de façon générale le stress au travail, à moins qu'ils ne se concentrent également sur la santé psychologique. En plus d'aborder la cohérence empirique et théorique du type de modèles choisis, nous examinerons leur utilité, particulièrement dans le contexte canadien. Notre examen tiendra également compte du niveau auquel les modèles offrent des renseignements, ressources et outils pratiques ainsi que des directives pour leur mise en œuvre. Nous avons choisi six critères de qualité largement acceptés pour examiner les modèles de santé psychologique en milieu de travail : pertinence, acceptabilité, accessibilité, efficacité, rendement et sécurité. Ces critères sont très pertinents à l'évaluation des modèles, c.-à-d. qu'ils représentent des approches de haut niveau pour l'identification, la planification et la mise en œuvre d'initiatives de santé psychologique au travail. Il n'est pas suffisant de simplement définir les six critères généraux de qualité. Nous devons également décrire la façon dont ils s'appliquent au domaine de la santé mentale au travail en soulignant les éléments clés dont il faut tenir compte au cours de l'application des critères aux modèles ou pratiques dans ce domaine. On doit également noter que les modèles ne peuvent pas, à proprement parler, être évalués en ce qui a trait au niveau de satisfaction des critères tels que

l'efficacité; seules les interventions ou les pratiques peuvent être évaluées de cette façon. Par conséquent, les modèles peuvent être évalués sur la façon dont ils abordent le critère pertinent et offrent des directives aux employeurs ou à d'autres dirigeants en milieu de travail pour l'élaboration et le maintien d'initiatives et d'interventions organisationnelles de grande qualité qui peuvent à leur tour être évaluées par rapport à l'efficacité ou à un autre critère.

Les six critères de qualité sont les suivants :

PERTINENCE

Ce critère soulève la question de savoir si le modèle répond aux besoins de l'utilisateur. L'utilisateur type est un employeur ou un directeur des ressources humaines qui a la responsabilité de planifier et de mettre en œuvre des interventions organisationnelles dans le but d'améliorer la santé psychologique des employés. Nous évaluons donc si chaque modèle répond aux exigences relatives aux connaissances et au champ d'influence de ces postes. Il faut déterminer si le modèle offre des directives adéquates à la formulation d'une approche intégrée pour la gamme d'interventions potentielles dans le domaine de la santé psychologique, qu'elles soient liées à la promotion de la santé mentale, aux étapes de la prévention, à l'accès aux services, à la réadaptation ou au retour au travail. Il est également important de déterminer si le modèle offre des directives adéquates favorisant une approche intégrée qui cerne tous les facteurs de risque en milieu de travail et les zones où l'on peut pratiquer une intervention adéquate. Il importe de savoir si le modèle est pertinent au contexte canadien, s'il répond aux réalités et aux défis particuliers des milieux de travail et des services en santé mentale. Il faut aussi savoir si le modèle est approprié aux interventions à la fois sur les plans organisationnel et individuel, c.-à-d. s'il prend en charge une approche intégrée entre ces niveaux

ACCEPTABILITÉ

Ce critère détermine si le modèle respecte les besoins, les préférences et les attentes de l'utilisateur et s'il y répond. Une approche qui intègre les points de vue de divers partenaires est requise, y compris les cadres, les syndicats (lorsque cela est applicable) et les employés. Cela peut comprendre l'implication active des employés dans ce qui a été décrit comme une approche « ascendante ».

ACCESSIBILITÉ

Ce critère fait référence à la disponibilité des interventions dans le contexte le plus adéquat possible à un coût raisonnable en matière de ressources, de distance ou de délai, sans barrière de langage ni atteinte à la vie privée.

Dans le contexte canadien, ce critère comprend l'attention portée aux barrières d'accès potentielles telles que la dispersion géographique des groupes d'employés ainsi que les barrières linguistiques, particulièrement l'accès dans les deux langues officielles.

EFFICACITÉ

Ce critère fait référence au niveau d'inclusion des connaissances scientifiques du modèle sur les méthodes possibles pour atteindre les résultats souhaités. On doit reconnaître que les études empiriques concernant les interventions efficaces pour l'amélioration de la santé mentale en milieu de travail sont relativement peu nombreuses. Néanmoins, les modèles devraient refléter les données probantes disponibles et les inclure le plus possible. Il convient de noter une observation pertinente des auteurs de l'un des modèles examinés :

Le paradigme entre la médecine clinique et les sciences naturelles... peut ne pas être adéquat pour juger les interventions dans la population (active) et, plus précisément, l'absence de telles données de qualité dans la sphère de la santé publique ne devrait pas être une raison de ne pas agir. [Traduction] (MacKay, Cousins, Kelly, Lee et McCaig, 2004, p. 93)

RENDEMENT

Ce critère détermine si le modèle aborde l'utilisation optimale et réalisable des ressources (finances, effectifs et infrastructure) pour atteindre les résultats souhaités. Il reconnaît qu'il peut exister des interventions éprouvées en recherche expérimentale dont la mise en œuvre dans des conditions réelles pourrait ne pas être réalisable. Le modèle doit aborder la faisabilité et l'efficacité par rapport au coût afin d'être complet et pertinent. Ce critère évoque un autre aspect de l'intégration, soit l'intégration d'une approche plus académique axée sur les essais d'interventions théoriques dans des conditions contrôlées et une approche de mise en œuvre axée sur la mise en application d'interventions respectant les ressources disponibles et les priorités ou capacités des employeurs. Du point de vue d'un directeur des ressources humaines, un modèle qui ne tient pas compte des réalités pragmatiques des contextes d'affaires réels a peu d'utilité.

SÉCURITÉ

Ce critère examine la façon dont les risques sont évalués et atténués afin d'éviter les résultats non intentionnels ou nuisibles. On doit garder à l'esprit que les interventions menées au travail avec les meilleures intentions peuvent entraîner des effets imprévus, dont certains négatifs, sur

des travailleurs et des milieux de travail. Par exemple, une intervention en milieu de travail visant à fournir une réponse précoce aux problèmes de santé mentale émergents peut être perçue par certains employés comme intrusive ou punitive. Bien qu'un modèle ne puisse évidemment pas identifier tous les risques des interventions, il devrait reconnaître et aborder le problème et offrir des directives pour affronter les incidences négatives potentielles.

ANALYSE CRITIQUE DES MODÈLES DE SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL

1. LE MODÈLE DU HSE

DESCRIPTION

Le Health and Safety Executive (HSE) est l'instance principale du Royaume-Uni responsable du maintien des normes de protection de la santé et de la sécurité en milieu de travail. Au cours des 15 dernières années, le HSE a adopté un processus sophistiqué permettant d'identifier des stratégies de réduction du stress lié au travail. Ce processus a inclus une recension complète des écrits sur les interventions organisationnelles visant à réduire le stress ainsi que de nombreuses consultations variées pour obtenir les opinions de partenaires de la région. Bien que le HSE ait d'abord prévu une approche réglementaire, il a été décidé d'adopter une approche plus collaborative et complexe, comprenant une étroite collaboration avec des partenaires, pour élaborer des normes claires et consensuelles concernant les bonnes pratiques de gestion. Plutôt que de réglementer la réduction du stress en milieu de travail, on a décidé de formuler des normes de façon collaborative et de fournir des outils pour rendre le changement pratique et attrayant. On a décidé d'encourager et de soutenir les milieux de travail plutôt que d'obliger l'instauration de changements de façon oppressive. Il s'agit d'une approche fondée sur des normes qui se base essentiellement sur une méthode de contrôle des risques et des dangers.

Les normes de gestion du HSE adoptent une approche préventive fondée sur l'identification des problèmes au niveau

organisationnel qui augmentent les facteurs de risque associés au stress au travail et sur la prise de mesures systématiques pour diminuer ces risques pour ainsi veiller à la santé et la sécurité des employés. Le modèle du HSE perçoit le stress comme un état psychologique comportant à la fois des composantes cognitives et émotionnelles, y compris la présence de demandes, un ensemble de processus d'évaluation par lesquels ces demandes sont perçues comme importantes et la création d'une intervention qui concerne généralement le bien-être de la personne (MacKay et coll., 2004, p. 93). Bien que l'on comprenne que le stress a des incidences négatives dans tous les domaines de la santé, il touche plus directement la santé psychologique.

La taxonomie de six facteurs de risque psychosociaux organisationnels dont on a prouvé le lien au stress au travail est fondamentale à ce modèle :

Demandes (y compris les problèmes associés à la charge de travail, au régime de travail et à l'environnement de travail)

Contrôle (niveau décisionnel d'une personne quant à la façon dont elle effectue son travail)

Soutien (comprend l'encouragement, l'encadrement et les ressources fournis par l'organisation, les cadres et les collègues)

Relations au travail (comprennent la promotion de pratiques de travail positives pour éviter les conflits et gérer les comportements inacceptables)

Rôle (fait qu'une personne connaisse son rôle dans l'organisme et que l'organisation veille à ce que celle-ci n'occupe pas de rôles conflictuels)

Changement (façon de gérer et de communiquer les changements organisationnels, petits ou grands, dans l'organisme)

Bien que les normes soient d'application volontaire, le HSE examine les plaintes et émet des « avis d'amélioration » à l'intention d'organismes qui refusent d'évaluer les risques ou de prendre des mesures relatives aux risques inacceptables.

Du matériel pédagogique a été créé et distribué aux employeurs pour enseigner la façon d'évaluer ces facteurs de risque organisationnels à l'aide d'indicateurs (tels que les taux d'absentéisme en raison d'une maladie et leur durée) et à l'aide d'un questionnaire à l'intention des employés élaboré par le HSE. On enseigne aussi la façon d'adopter une approche systématique de gestion du risque pour apporter des changements. Pour aider les employeurs à mettre les normes en œuvre, un second questionnaire pour les employés a été créé : le Management Standards Indicator Tool (outil-indicateur des normes de gestion). Il a été traduit dans plusieurs langues et des ressources en ligne le complètent pour faciliter l'évaluation des risques et des mesures de suivi adéquates. Du matériel a également été élaboré spécialement pour certains types d'organisations,

telles que les petites et les moyennes entreprises. Les recherches subséquentes au lancement des normes en 2004 ont soutenu la robustesse psychométrique de l'outil-indicateur et l'incidence positive de la réduction de l'exposition aux risques sur l'insatisfaction au travail, l'anxiété, la dépression et les erreurs au travail des employés (Edwards, Webster, Van Laar et Easton, 2008; Kerr, McHugh et McRory, 2009).

PERTINENCE

Le modèle du HSE a été fondé sur une recension approfondie des données probantes disponibles et des consultations avec les partenaires pertinents en ce qui a trait aux facteurs liés au stress au travail. Sa priorité est l'identification et la gestion des conditions de travail qui peuvent être précurseurs de la détresse des employés plutôt que d'intervenir auprès des employés qui manifestent des signes de détresse et des troubles potentiels de santé mentale ou des employés atteints d'une maladie mentale diagnostiquée toujours en service ou en arrêt de travail. Dans le cadre de cette approche de prévention de première ligne, on insiste sur les facteurs organisationnels plutôt que sur les facteurs prédisposants des individus. Bien que les normes aient été élaborées pour le Royaume-Uni, le modèle sous-jacent des risques et des interventions en milieu de travail présente une applicabilité universelle.

ACCEPTABILITÉ

Le HSE s'est engagé dans une consultation continue avec les personnes touchées par les normes, ce qui a entraîné la création de nombreux documents et directives pour faciliter sa mise en œuvre. Ceux-ci ont ciblé un vaste public composé de dirigeants, gestionnaires, gestionnaires des ressources humaines, représentants syndicaux, professionnels de la santé et de la sécurité au travail et employés des entreprises. Des renseignements sont fournis quant aux dossiers de décision concernant les normes et leur pertinence comme composante de la responsabilité sociale de l'entreprise. Il existe très peu d'information sur la prévention secondaire¹ ou tertiaire² et l'interface des normes avec le système de soins de santé mentale.

¹ Ces interventions surviennent après le diagnostic d'une maladie ou de sérieux facteurs de risque. L'objectif est d'arrêter ou de ralentir la progression de la maladie (si possible) dès ses premières manifestations; dans le cas d'une blessure, l'objectif comprend de limiter l'invalidité à long terme et de prévenir les nouvelles blessures. (Institut de recherche sur le travail et la santé, <http://www.iwh.on.ca/wrmb/primary-secondary-and-tertiary-prevention>)

² Elle aide les personnes à gérer les problèmes de santé complexes et à long terme tels que le diabète, la cardiopathie, le cancer et les douleurs musculo-squelettiques chroniques. Les objectifs comprennent la prévention d'une détérioration physique accrue et la maximisation de la qualité de vie. (Institut de recherche sur le travail et la santé, <http://www.iwh.on.ca/wrmb/primary-secondary-and-tertiary-prevention>)

ACCESSIBILITÉ

Tous les documents sont accessibles sur le site Web du HSE. De plus, on y ajoute des mises à jour sur des recherches pertinentes, des publications et des changements réglementaires ou juridiques de façon régulière. Ceux-ci ont été complétés par des balados, des études de cas, des vidéos et des forums en ligne pour discuter des problèmes de mise en œuvre. Le questionnaire d'évaluation est disponible en dix-huit langues et les liens vers les outils et ressources connexes sont fournis. Vu le mandat réglementaire et consultatif national du HSE et de prestation de services de santé nationaux au Royaume-Uni, il existe peu de barrières régionales par rapport au pouvoir de cette instance et aux ressources. Ce n'est pas le cas au Canada, où il existe des différences entre les provinces et les territoires en ce qui concerne les lois, les pouvoirs et la prestation de services de santé.

EFFICACITÉ

Les normes de gestion du HSE sont fondées sur la base de preuves nombreuses et bien établies démontrant la relation entre les facteurs organisationnels en milieu de travail et le stress des employés qui, lorsqu'il est adéquatement géré, atténue l'apparition, la gravité et l'incidence fonctionnelle de la maladie mentale. Malgré l'existence de données probantes sur l'efficacité des interventions organisationnelles pour réduire ces risques psychosociaux, les preuves que celles-ci sont efficaces dans la réduction de l'apparition et de la gravité des résultats individuels ne sont pas solides, bien que des études récentes soient prometteuses (Kelloway, Teed et Kelley, 2008; Kerr, McHugh et McRory, 2009).

RENDEMENT

Les employeurs peuvent accéder tout à fait gratuitement en ligne aux normes de gestion du HSE et aux ressources complémentaires, peu importe leur secteur d'activités ou leur taille. Cela représente également des possibilités de formation et de consultation. Néanmoins, la mise en œuvre réussie des normes nécessite des connaissances organisationnelles, de la préparation et des efforts. Cela peut être relativement simple dans les organisations qui reconnaissent l'incidence du stress en milieu de travail sur la productivité et les bénéfices nets, qui font preuve d'engagement à l'échelle de l'organisation et qui possèdent les effectifs, l'infrastructure et les ressources nécessaires pour effectuer une évaluation et répondre à

ses résultats. La mise en œuvre sera plus difficile pour les organisations qui ne sont pas au courant des problèmes de santé psychologique en milieu de travail, qui manquent d'engagement (particulièrement de la part des cadres supérieurs) ou qui possèdent des ressources insuffisantes.

SÉCURITÉ

Le modèle du HSE se fonde sur l'hypothèse que l'identification et la gestion des risques pour les employés réduiront l'apparition de problèmes potentiels. En général, une telle approche de prévention primaire est moins susceptible d'être perturbatrice et d'entraîner des conséquences négatives non intentionnelles que les mesures plus intensives, coûteuses et envahissantes requises après l'émergence des problèmes. Il convient cependant de noter que toute intervention visant à avoir une incidence positive pourrait entraîner un résultat négatif. Dans le cas de l'approche du HSE, la confiance d'un employé pourrait diminuer et son stress augmenter s'il travaille pour un organisme qui a identifié des secteurs de risque mais qui n'a posé aucun geste pour y répondre ou qui a pris des mesures inadéquates. De plus, l'accent sur la prévention de première ligne peut réduire l'attention et les efforts envers la prévention et le traitement secondaires et tertiaires.

2. LE MODÈLE PRIMA-EF

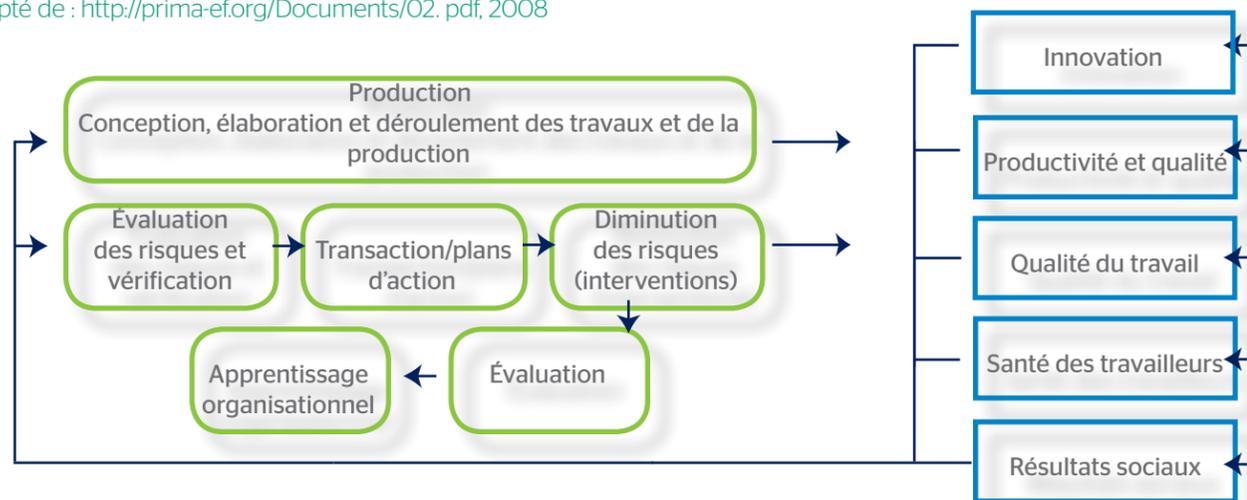
DESCRIPTION

Le cadre européen pour la gestion des risques psychosociaux (PRIMA-EF) a été créé par un consortium d'organisations spécialisées en santé au travail financé par l'Union européenne (PRIMA: Psychosocial Risk Management, Excellence framework). Le mandat de ce consortium est l'élaboration d'un cadre pour la gestion des risques psychosociaux et de normes nationales pour tous les pays participants (Leka et Cox, 2008).

Le modèle créé est pertinent à la fois pour les entreprises et sur le plan plus vaste des macropolitiques, en particulier en ce qui a trait aux défis concernant les risques psychosociaux existants à ces deux niveaux. Au niveau des entreprises, des politiques systématiques et efficaces clairement liées aux pratiques de gestion sont nécessaires pour prévenir et contrôler divers risques psychosociaux au travail. Aux niveaux national et de l'Union européenne, le défi principal est de traduire les politiques existantes en pratiques efficaces grâce à des outils qui stimuleront et soutiendront les organisations dans le but d'affronter ce défi, donc de prévenir et de contrôler les risques psychosociaux dans les milieux de travail et les sociétés. Aux deux niveaux, ces défis nécessitent un cadre complet pour gérer les risques psychosociaux. [Traduction] (Leka et Cox, 2008, p. 175)

La priorité du cadre est la création de politiques, d'indicateurs et de pratiques qui facilitent la prévention et la gestion du stress lié au travail et de la violence, du harcèlement et de l'intimidation en milieu de travail. Le principe selon lequel la gestion efficace des risques psychosociaux est continue, en s'appuyant sur des preuves solides, est adapté aux besoins des organisations. La participation de toutes les parties pertinentes est fondamentale à ce modèle. Dans le modèle PRIMA-EF, les risques psychosociaux liés au travail sont perçus comme incluant les aspects de la conception et de la gestion du travail et les contextes sociaux et organisationnels qui ont le potentiel de causer des dommages psychosociaux ou physiques. Ceux-ci comprennent, entre autres, la nature et la charge du travail, son rythme, l'horaire de travail, le niveau de contrôle, l'environnement et l'équipement, la culture organisationnelle et le poste, les relations interpersonnelles

Figure 1 : Directives PRIMA-EF, gestion des risques psychosociaux - Cadre européen : niveau de l'entreprise
Adapté de : <http://prima-ef.org/Documents/O2.pdf>, 2008



au travail, le rôle dans l'organisation, le perfectionnement de carrière et l'équilibre travail/vie personnelle. Il existe cinq éléments clés de la gestion des risques psychosociaux dans le modèle qui sont liés aux résultats pour les travailleurs, l'organisation et la société (Figure 1) :

- Identification d'un groupe de travailleurs, d'un milieu de travail ou d'un ensemble d'opérations particuliers sur lesquels on met l'accent
- Évaluation des risques psychosociaux et de leurs causes sous-jacentes
- Élaboration et mise en œuvre des mesures adéquates pour éliminer ou réduire les risques
- Évaluation du processus et des résultats de l'intervention
- Surveillance et amélioration continues du processus de gestion des risques

Plutôt que de prescrire des instruments ou des mesures précis, l'approche PRIMA-EF reconnaît la diversité des organisations et des contextes nationaux et laisse à la discrétion des participants le choix des outils, politiques et interventions adéquats à leurs besoins. Par exemple, le processus d'évaluation peut comprendre des sondages auprès des employés, des vérifications en milieu de travail, des discussions de groupe ou des observations directes. Un inventaire Web des meilleures interventions pour gérer le stress, la violence, l'intimidation et le harcèlement liés au travail est divisé par pays participant et par niveau d'intervention (PRIMA Psychosocial Risk Management, Excellence framework: Inventory of best practice). Aux fins de suivi de l'adoption du cadre, il existe actuellement un projet (Psychosocial Risk Management - Vocational Education and Training, PRIMAEt) visant la création d'un ensemble de ressources Web pour former les employeurs, gestionnaires, spécialistes de la santé au travail et autres praticiens sur les principes et les pratiques du cadre (PRIMA Psychosocial Risk Management, excellence framework: Psychosocial Risk Management, 2008).

PERTINENCE

Le modèle PRIMA-EF se fonde sur un examen des preuves scientifiques disponibles et des besoins définis des pays et organisations participants. La priorité est l'identification et la gestion des facteurs organisationnels et nationaux qui peuvent être des précurseurs au stress et au mauvais traitement en milieu de travail, ainsi qu'aux problèmes de santé mentale des employés. On s'attend à ce que la reconnaissance et la gestion de ces facteurs, ainsi que la création de politiques nationales adéquates, favorisent les travailleurs en détresse et en arrêt de travail. On ne tient toutefois pas compte de l'intégration de la prestation de services de santé mentale. Le cadre PRIMA-EF vise explicitement l'application au sein de la structure

réglementaire, juridique et de gouvernance des pays participants. Bien que les principes de la prévention de première ligne, de la gestion continue des risques et de la création de normes et de politiques nationales soient pertinents pour le contexte canadien, le contenu précis de ce modèle est moins applicable.

ACCEPTABILITÉ

Comme le projet impliquait un consortium d'organisations œuvrant pour la santé et la sécurité, le processus de consultation de chaque pays européen participant était vaste et comprenait des groupes d'employés et d'employeurs ainsi que des organismes nationaux. Le concept du « dialogue social », qui nécessite une collaboration régulière et importante entre les agences gouvernementales, les employeurs, les travailleurs et leurs représentants dans le but d'identifier et de gérer les problèmes, d'élaborer des politiques efficaces et de créer des accords communs est un élément fondamental de l'approche PRIMA-EF. La diffusion du cadre est continue et prise en charge par l'Organisation mondiale de la Santé et le portail de santé et sécurité au travail de l'Organisation internationale du Travail, organisations qui permettent des consultations, des examens et des améliorations continues. On s'attend implicitement à ce que les employeurs utilisent le cadre car on dit que c'est « ce qu'il y a lieu de faire » (et ils peuvent être sujets à des sanctions réglementaires ou juridiques s'ils ne le font pas) plutôt que parce que la gestion des risques psychosociaux augmentera la productivité, facilitera la tâche des ressources humaines et entraînera des diminutions de coûts. Cet argument peut ne pas convaincre les organisations de participer, particulièrement au Canada, où il existe moins de normes pertinentes ou d'exigences juridiques.

ACCESSIBILITÉ

Le cadre PRIMA-EF reflète un partenariat de collaboration entre de nombreux pays de l'Union européenne et organisations de consultation et cible donc le niveau général des politiques et processus plutôt que des pratiques, secteurs ou organisations particuliers. Le contexte et les directives de mise en œuvre sont fournis en de nombreuses langues. L'inventaire Web des meilleures interventions divisées par pays et niveau d'intervention augmentera son accessibilité. Toutefois, le niveau auquel les employeurs, particulièrement les petites et moyennes entreprises, trouveront une utilité à ce cadre n'a toujours pas été déterminé. La terminologie et les références aux politiques européennes et aux organisations de recherche, aux exigences réglementaires et aux normes seront peu pertinentes pour les organisations canadiennes.

EFFICACITÉ

Le cadre PRIMA-EF recommande un processus d'évaluation et d'action mais laisse aux utilisateurs le choix des outils, gabarits et pratiques. Ce modèle général est cohérent avec les recherches selon lesquelles il existe des changements et des améliorations organisationnels en matière de santé et de sécurité. Malgré l'existence de données probantes sur l'efficacité des interventions organisationnelles pour réduire les risques psychosociaux, les preuves que celles-ci sont efficaces dans la réduction de la prévalence et de la gravité des résultats de santé négatifs ne sont pas solides (Kelloway, Teed et Kelley, 2008). L'inclusion de risques organisationnels généraux ainsi que d'occurrences précises de violence et d'intimidation en milieu de travail peut être déconcertante puisque les interventions efficaces pour une organisation ne sont pas les mêmes pour toutes. L'efficacité de l'approche PRIMA-EF reste à déterminer.

RENDEMENT

Les employeurs et les responsables des orientations politiques peuvent accéder tout à fait gratuitement en ligne au matériel pédagogique sur le modèle PRIMA-EF. La mise en œuvre réussie du cadre nécessite des connaissances organisationnelles, de la préparation et des efforts de la part des utilisateurs potentiels. Un guide est offert aux utilisateurs potentiels en de nombreuses langues (PRIMA: Psychosocial Risk Management, Excellence framework). Cela peut être relativement simple pour les organisations et les pays qui reconnaissent l'incidence du stress, de la violence, de l'intimidation et du harcèlement en milieu de travail et qui possèdent l'engagement, les ressources et l'infrastructure pour prendre les mesures adéquates. Toutefois, les organisations ou systèmes où tous ces éléments sont déficients auront plus de difficulté. Les développeurs reconnaissent ce problème, en soulignant qu'il existe de grandes différences de capacités au sein de l'Union européenne. Dans les pays aux capacités réduites, la réussite des pratiques PRIMA s'en trouve affaiblie (PRIMA: Psychosocial Risk Management, Excellence framework).

SÉCURITÉ

Le modèle PRIMA-EF se fonde sur l'hypothèse que l'identification et la gestion des risques et dangers pour les employés réduiront la probabilité d'émergence de problèmes. Cette approche est moins susceptible d'être perturbatrice et d'entraîner des conséquences négatives non intentionnelles que les mesures plus intensives, coûteuses et envahissantes requises après l'émergence des problèmes. Il convient cependant de noter que toute intervention visant à avoir une incidence positive pourrait théoriquement entraîner un résultat négatif. Comme il a été souligné ci-dessus, la confiance d'un employé pourrait diminuer et son stress augmenter s'il travaille pour une organisation qui identifie des secteurs de risque mais qui ne pose aucun geste pour y répondre, ou qui prend des mesures inadéquates. Cela est une des préoccupations

principales par rapport au cadre PRIMA, vu l'inclusion explicite du harcèlement, de l'intimidation et de la violence en milieu de travail qui peuvent être incendiaires s'ils ne sont pas gérés efficacement.

3. LE CADRE POUR UN MILIEU DE TRAVAIL SAIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

DESCRIPTION

En 2007, l'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec l'Organisation internationale du Travail, a créé un cadre et un modèle généraux pour des milieux de travail sains dont l'objectif est de protéger et de promouvoir la santé au travail. Selon ce modèle (Organisation mondiale de la Santé, 2010, p. 11) :

Dans un milieu de travail sain, travailleurs et cadres collaborent afin d'utiliser un processus d'amélioration continue destiné à protéger et à promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de tous les travailleurs et la durabilité du milieu de travail en tenant compte des besoins déterminés suivants :

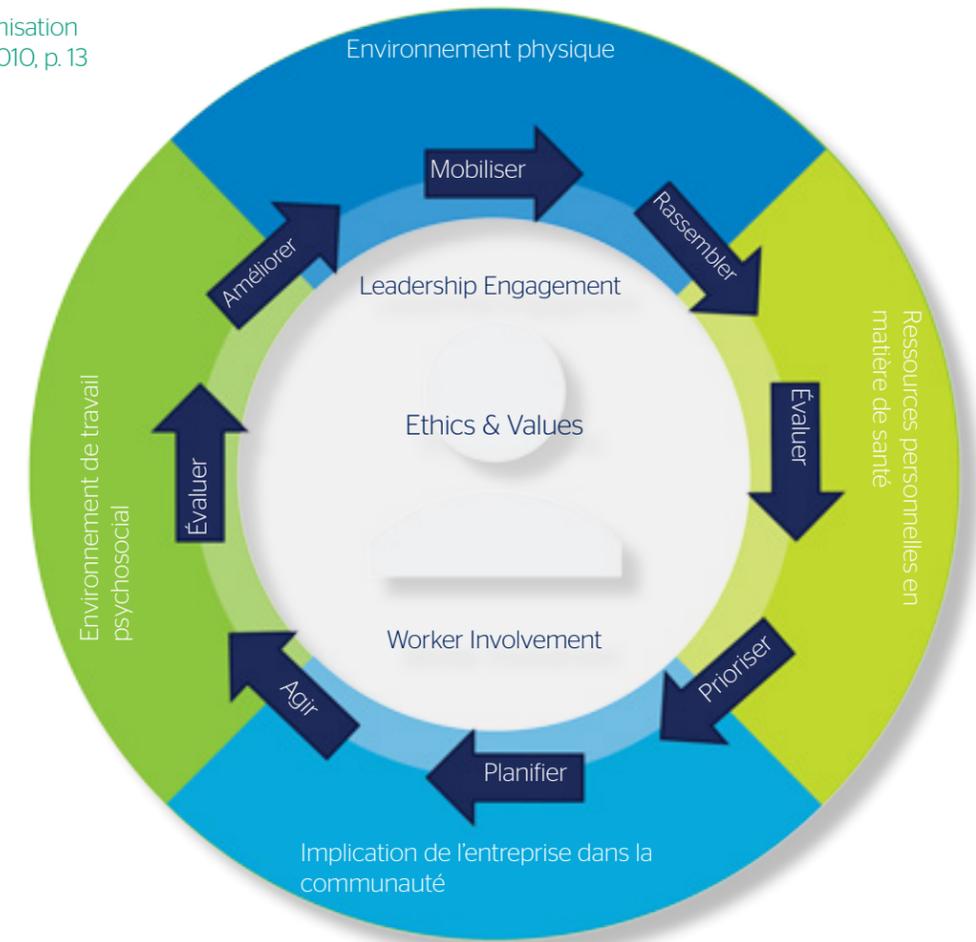
- problèmes de santé et sécurité dans l'environnement de travail physique;
- problèmes de santé, sécurité et bien-être dans l'environnement de travail psychosocial, y compris l'organisation du travail et la culture d'entreprise;
- ressources personnelles en santé au travail;
- moyens de participer à la communauté afin d'améliorer la santé des travailleurs, de leur famille et d'autres membres de la communauté.

Cette définition vise à prévenir les maladies et les préjudices. Le modèle est en fait fondé sur la prévention de première ligne. Il comprend toutefois les préventions des niveaux secondaire et tertiaire, la planification du retour au travail et la création d'un environnement qui minimise la possibilité de subir de nouveaux préjudices ou la réapparition d'une maladie. Selon ce modèle, les employeurs peuvent améliorer la santé des travailleurs ainsi que la productivité, le rendement et la concurrence organisationnels en agissant sur quatre sphères d'influence :

1. l'environnement physique;
2. l'environnement de travail psychosocial;
3. les ressources personnelles en matière de santé;
4. l'implication de l'entreprise dans la communauté.

Chacun de ces domaines de contenu est abordé à l'aide d'un processus d'amélioration continue qui veille à ce que les programmes de santé, sécurité et bien-être répondent aux besoins de toutes les parties concernées et qu'ils soient durables. La réussite de ces efforts dépend de l'adhésion aux principes fondamentaux d'engagement de la direction et de participation des travailleurs, tous deux guidés par

Figure 2 : Source : Organisation mondiale de la Santé, 2010, p. 13



un ensemble partagé de valeurs centrales. Le modèle incorpore ces principes, étapes de processus et domaines de contenu comme le montre la Figure 2.

Le modèle de milieu de travail sain de l'Organisation mondiale de la Santé est intentionnellement holistique, celui-ci définissant la santé en tant qu'état de bien-être physique, mental et social plutôt qu'en tant qu'une absence d'une maladie. Le facteur de l'environnement de travail psychosocial est grandement important dans le présent examen. Il comprend des variables telles que l'organisation du travail, la culture organisationnelle générale et les valeurs, pratiques et comportements prévalents présents dans un milieu de travail particulier. Lorsque ces variables ont des effets négatifs, elles deviennent des facteurs de risque ou des stressors potentiels qui peuvent entraîner un stress émotionnel ou mental chez les employés. Les efforts pour gérer ces facteurs de risque comprennent leur réduction ou leur élimination à la source et la

reconnaissance que certains risques sont inhérents à de nombreux milieux de travail, aux politiques ou aux programmes qui diminuent leur impact et protègent les travailleurs contre les préjudices indus. Les ajustements à l'environnement psychosocial peuvent également aider les employés en arrêt de travail en raison d'une maladie ou d'un préjudice en augmentant la probabilité d'un retour au travail réussi et en diminuant les rechutes potentielles. Bien que le domaine psychosocial soit le plus pertinent, les autres secteurs sont également importants pour la santé mentale au travail. Il existe une relation entre l'environnement de travail psychosocial et physique; l'exposition aux dangers dans l'un de ces domaines augmente le risque de maladie physique et psychologique, ainsi que la probabilité d'accidents, d'incidents ou de blessures. De façon similaire, la disponibilité des ressources personnelles en matière de santé telles que les avantages sociaux, les horaires flexibles, les initiatives relatives au bien-être et les programmes d'auto-traitement ont une incidence

sur la santé mentale. Enfin, l'implication de l'organisme dans la communauté élargie et la société influence la santé mentale, particulièrement lorsqu'elle comprend l'engagement dans des initiatives communautaires de santé mentale, la collaboration à l'égard d'une meilleure communication d'un meilleur accès aux services publics en santé mentale et la participation à la création de normes régionales ou dans l'industrie en ce qui a trait à la santé et la sécurité psychologiques.

Le modèle de milieu de travail sain de l'OMS est fondé sur une consultation internationale à grande échelle et continue et sur l'examen d'études scientifiques et d'écrits parallèles (Organisation mondiale de la Santé, 2010). Ce cadre est intentionnellement non normatif. Plutôt que de fournir un gabarit universel, il vise à fournir des directives souples à l'intention des utilisateurs dans les organisations, secteurs et pays.

Le modèle offre des directives d'action dans le milieu de travail, particulièrement lorsque l'employeur, les travailleurs et leurs représentants travaillent ensemble de façon collaborative. Toutefois, les milieux de travail existent dans un contexte beaucoup plus vaste. Les lois et normes gouvernementales, nationales et régionales, la société civile, les conditions du marché et les systèmes de soins de santé de première ligne ont tous une grande incidence, positive ou négative, sur les milieux de travail et sur ce que les différentes parties peuvent y accomplir. [Traduction] (Healthy Workplaces: A model for action: For employers, workers, policy-makers and practitioners, 2010, p. 32)

Se fondant sur ce cadre, l'OMS a organisé des conférences, des symposiums et des recherches en collaboration avec de nombreux partenaires internationaux. De plus, l'OMS a offert de la formation et de la documentation sur les pratiques et politiques efficaces pour un milieu de travail sain. Celles-ci sont offertes dans de nombreuses langues, sont conçues pour divers publics cibles et couvrent une vaste gamme de sujets pertinents à la santé mentale et aux dépendances en milieu de travail (Organisation mondiale de la Santé, 2005).

PERTINENCE

Le cadre de l'OMS aborde la gamme complète des facteurs qui déterminent les milieux de travail sains en décrivant les principes particuliers utilisés à cette fin et en identifiant les facteurs de réussite sous-jacents à ces principes. Le modèle holistique de la santé adopté par l'OMS reconnaît l'intégration de la santé physique et psychologique, l'importance des facteurs individuels et organisationnels et l'interaction entre les entreprises et les communautés dans lesquelles elles font affaire. La priorité est portée sur

la prévention de première ligne mais l'inclusion explicite des préventions des niveaux secondaire et tertiaire et des facteurs de retour au travail dans le modèle augmente la probabilité que le continuum des problèmes de santé mentale au travail soit abordé. Bien que la plupart des utilisateurs puissent identifier leurs besoins particuliers dans ce modèle, le vaste spectre couvert détourne l'attention des directives précises en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale. Aussi, la portée internationale du cadre et de la documentation connexe limite la pertinence pour les milieux de travail canadiens.

ACCEPTABILITÉ

Compte tenu de la vaste consultation entreprise et de la participation active des responsables des orientations politiques, des chercheurs, des syndicats et des employeurs dans sa création et sa diffusion, le cadre de l'OMS est susceptible d'être acceptable pour toutes les parties concernées. Le partenariat avec l'Organisation internationale du Travail pour la création du cadre démontre l'appui du mouvement syndical. L'inclusion des facteurs physiques et psychosociaux dans le modèle est susceptible d'augmenter l'acceptabilité et de réduire la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale. De plus, le cadre de l'OMS est particulièrement remarquable en raison de l'inclusion du gouvernement et de la communauté dans son modèle. Cela augmente les occasions d'améliorer le dialogue et la collaboration entre les entreprises, les assureurs, les professionnels de la santé au travail et les pourvoyeurs de services de santé mentale.

ACCESSIBILITÉ

De nombreux documents sont accessibles dans la section portant sur les milieux de travail sains du site Web de l'OMS, en plus de liens croisés vers les organisations partenaires de nombreux pays. Ceux-ci sont disponibles dans de nombreuses langues et sont appuyés par des directives et des documents concernant des sujets précis tels que le stress, le harcèlement et la violence en milieu de travail. De plus, vu le vaste mandat de l'OMS, il existe une importante collection de ressources sur les problèmes de santé et sécurité au travail et sur des sujets de santé plus généraux. Cela étant dit, il est important de répéter que la portée du modèle et l'étendue des sujets peuvent limiter l'accès par des employeurs canadiens particuliers.

EFFICACITÉ

Pour appuyer le modèle de l'OMS, les auteurs ont eu recours à des analyses documentaires existantes, telles que celles de la collaboration Cochrane, en ce qui concerne les conséquences négatives des environnements nocifs et l'efficacité des interventions en milieu de travail. Bien qu'il existe de nombreuses données probantes soulignant les conséquences des environnements de travail nocifs, les auteurs ont constaté une relative insuffisance de recherches convaincantes sur l'efficacité des interventions en milieu de travail. En reconnaissant que le paradigme

traditionnel de la recherche en santé puisse ne pas être adéquat pour le monde dynamique du travail, ils ont élargi leurs critères concernant l'efficacité pour y inclure le niveau de participation dans l'intervention des employés ainsi que l'efficacité au niveau des coûts des interventions. La recherche a également été élargie pour comprendre les études parallèles et celles mettant l'accent sur les preuves concernant les interventions abordant chacune des « sources d'influence ». En ce qui a trait aux interventions psychosociales, les études ont démontré de façon relativement positive que de telles interventions étaient efficaces (Organisation mondiale de la Santé, 2010).

RENDEMENT

L'étendue du cadre de l'OMS est intentionnellement vaste. Même si les chercheurs et les responsables des orientations politiques trouveront le modèle utile, les employeurs canadiens cherchant des directives sur la façon de gérer des problèmes précis de santé mentale au travail auront probablement de la difficulté à identifier les ressources utiles aux activités quotidiennes.

SÉCURITÉ

Le modèle de l'OMS se fonde sur l'hypothèse que l'identification précoce, la réduction et la gestion des risques et des dangers pour les employés réduiront la probabilité d'émergence de problèmes de santé pour les employés et la gravité de ceux-ci. Les concepteurs de ce modèle reconnaissent que des recherches supplémentaires et davantage d'essais pratiques sont requis afin de déterminer les mesures adéquates fondées sur des données probantes mais ils déclarent également que l'insuffisance de données probantes ne devrait pas atténuer les mesures prises. Comme le souligne Joan Burton, une des auteurs des documents contextuels de l'OMS :

Le principe (de précaution) implique qu'en cas de menaces sérieuses ou irréversibles envers la santé des humains ou l'écosystème, l'incertitude scientifique reconnue ne devrait pas être une raison de reporter les mesures préventives. En d'autres mots, dans le contexte de ce document, les employeurs et les travailleurs ne devraient pas retarder les mises en œuvre visant à améliorer les conditions du milieu de travail et à promouvoir la santé simplement parce qu'il n'existe pas de solides preuves scientifiques de l'efficacité de l'intervention. Il peut s'agir d'une déclaration plutôt hérétique selon certains qui s'accompagne d'une mise en garde majeure : on doit être totalement certain que l'intervention ne causera aucun tort, tant à la santé des travailleurs qu'à la durabilité de l'entreprise.

[Traduction] (Organisation mondiale de la Santé, 2010, p. 43)

4. LE MODÈLE PSYCHOLOGICALLY HEALTHY WORKPLACE DE L'AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

DESCRIPTION

Le programme Psychologically Healthy Workplace Program (PHWP) a été lancé comme effort conjoint entre l'American Psychological Association (APA) et l'APA Practice Organization. Il a été conçu pour aider les employeurs à optimiser le bien-être des employés et le rendement organisationnel. Le modèle PHWP intègre l'efficacité organisationnelle et les approches misant sur les avantages sociaux des employés dans le but d'optimiser les résultats à la fois pour les employés et les organisations. Le modèle comprend une approche à multiples niveaux qui incorpore des interventions de première ligne et de niveaux secondaire et tertiaire afin de gérer les problèmes, réduire les risques, prévenir le développement de problèmes et optimiser le rendement organisationnel et individuel. La mise en œuvre de ce modèle repose sur une approche de « recherche-action » qui inclut l'évaluation des besoins, la conception d'un programme et d'une mise en œuvre personnalisés et l'évaluation continue. Le modèle reconnaît que les organisations sont des systèmes complexes et que les initiatives, programmes et politiques d'un secteur interagissent avec les autres, ainsi qu'avec le contexte organisationnel et sociétal plus vaste. L'approche PHWP encourage les organisations à personnaliser leur approche afin de répondre aux besoins de leurs effectifs. Le modèle se fonde sur la recherche psychologique en ce qui a trait au rendement et au changement individuels et organisationnels, ainsi que sur la recherche et les pratiques concernant les domaines de la santé publique, de l'économie et de la santé au travail. Le modèle PHWP ne se concentre pas précisément sur la santé mentale, mais plutôt sur les pratiques organisationnelles plus vastes qui informent sur le comportement, la santé et le style de vie des employés et qui ont une incidence sur ceux-ci. En utilisant une approche socio-écologique, on estime que les personnes réussiront davantage à adopter et maintenir des comportements positifs de santé puisqu'elles sont soutenues par la culture organisationnelle. À leur tour, les changements systémiques positifs seront cohérents avec les comportements des employés et seront complétés par ceux-ci.

Le modèle PHWP identifie cinq vastes catégories de pratiques, politiques et programmes de milieu de travail en santé. Ils doivent tous être fondamentalement liés par une communication claire et constante (Figure 3). Les cinq catégories sont les suivantes :

- Participation des employés
- Santé et sécurité
- Croissance et perfectionnement des employés
- Conciliation travail-vie personnelle
- Reconnaissance des employés

Pour soutenir le modèle, l'APA Practice Organization gère un site Web (www.phwa.org) qui propose des renseignements et des ressources aux parties intéressées. Ceux-ci comprennent des balados et des bulletins électroniques réguliers, des résultats de recherche pertinents et des études de cas. En plus de l'éducation, l'APA soutient également un programme de reconnaissance et de récompenses pour les employeurs. Depuis 1999, des Psychologically Healthy Workplace Awards sont remis à des organisations par des associations psychologiques d'État, provinciales et territoriales à la suite d'un processus de candidature et de sélection concurrentiel. Le programme de récompense reconnaît une variété de milieux de travail, petits et grands, avec ou sans but lucratif, dans divers contextes. Les gagnants au niveau local sont également admissibles à une reconnaissance au niveau international pour leurs pratiques de santé psychologique générales

Figure 3 : Source : « Promoting Employee Health and Well-Being and Organizational Performance », présentation du Dr David Ballard date du 16 octobre 2009, American Psychological Association, Vancouver, Canada



ou pour des pratiques particulières qui personnifient les principes du PHWP. Jusqu'à maintenant, 52 associations professionnelles ont reconnu plus de 450 organisations d'Amérique du Nord pour leurs efforts.

PERTINENCE

Le PHWP avance des arguments convaincants sur les mérites de la création de milieux de travail sains sur le plan psychologique en ce qui a trait aux résultats commerciaux tels que l'augmentation de la productivité et la réduction des coûts. Plutôt que d'identifier les secteurs à problème ou à risque, le modèle PHWP met l'accent sur les secteurs où les organisations peuvent prendre des mesures efficaces et positives. Cette approche ambitieuse plutôt que critique est susceptible d'être plus attrayante et engageante pour les entreprises. Puisque le programme est axé sur le bien-être général, relativement peu de ressources ciblent la santé mentale au travail. Bien que le PHWP ait reçu une importante participation de la part d'organismes professionnels et d'entreprises du Canada, le programme cible le système américain dans lequel les soins de santé ne sont pas universels mais bien fournis sur la base d'un financement individuel et organisationnel hétéroclite. Cela pourrait limiter la pertinence du PHWP pour les utilisateurs canadiens.

ACCEPTABILITÉ

Les employeurs sont le public cible principal du PHWP. Viennent ensuite le grand public et les professionnels, particulièrement les psychologues. À cet égard, le programme réussit très bien à utiliser un langage adéquat pour identifier les types de problèmes et des solutions préoccupant les ressources humaines ou d'autres cadres et est donc susceptible d'être plutôt acceptable. Cela est renforcé par la composante de reconnaissance du programme qui motive les organisations à améliorer leur milieu de travail. L'objectif déclaré du programme est d'avantager à la fois les organisations et les employés; toutefois, le travail organisé, les organismes réglementaires ou le gouvernement n'y occupent aucun rôle explicite. Cela reflète encore le contexte américain et peut rendre le programme moins acceptable au Canada.

ACCESSIBILITÉ

Le programme PHWP est très accessible. Tout le contenu est offert sur le site Web et est renforcé par du matériel connexe dont une base de données de recherches et de présentations multimédia pertinentes sur la façon de créer un milieu de travail sain au niveau psychologique et les avantages qui en découlent. Les études de cas qui décrivent les pratiques et les programmes utilisés par diverses entreprises nord-américaines sont particulièrement intéressantes. Le fait que le PHWP ait été adopté par de nombreuses associations professionnelles d'États ou de provinces signifie qu'il existe une probabilité accrue que les parties intéressées soient exposées au modèle, aient l'occasion de poursuivre leur éducation et reçoivent une reconnaissance pour leurs efforts.

EFFICACITÉ

Le modèle PHWP a été créé en fonction des études actuelles sur les déterminants organisationnels et individuels de la santé et de la productivité. Les cinq domaines du PHWP sont descriptifs plutôt que déterminés de façon empirique. Cependant, si les entreprises veulent être reconnues pour leurs pratiques relatives au PHWP, on s'attend à ce qu'elles fournissent des preuves quantitatives ou qualitatives de l'efficacité de leurs efforts. Le processus se termine par des visites aux organisations participantes au cours desquelles les employés et les cadres sont interviewés. Afin de démontrer la valeur de telles pratiques, une étude récente a comparé des gagnants du PHWP en ce qui a trait aux taux de base de l'industrie concernant certains indicateurs clés :

Ces cinq organisations ont rapporté un taux de roulement moyen de seulement 9 p. 100 en 2009, ce qui est beaucoup moins que la moyenne nationale de 41 p. 100 estimée par le Bureau of Labor Statistics du Department of Labor américain. Les questionnaires remplis par les organisations gagnantes montrent que seulement 30 p. 100 des employés rapportent vivre un stress chronique au travail comparativement à 41 p. 100 à l'échelle nationale, et 73 p. 100 des employés ont rapporté être satisfaits au travail par rapport au taux national de seulement 65 p. 100. De plus, 67 p. 100 des employés ont déclaré qu'ils recommanderaient leur organisation à d'autres par rapport au taux national de 54 p. 100, et seulement 12 p. 100 ont dit avoir l'intention de chercher un emploi ailleurs au cours de la prochaine année comparativement à 31 p. 100 au niveau national. [Traduction]. (American Psychological Association, 2010; <http://www.apa.org/news/press/releases/2010/03/workplace-awards.aspx>)

RENDEMENT

Le modèle PHWP et les ressources connexes sont intentionnellement « propices aux affaires ». Les réalités économiques auxquelles font face les employeurs nord-américains sont reconnues d'emblée et les mesures efficaces entreprises dans les cinq catégories ne doivent pas exiger de vastes ressources. L'inclusion explicite de petites entreprises et d'organisations sans but lucratif au sein du processus de reconnaissance offre l'occasion à de telles organisations d'utiliser le modèle et fournit des exemples pratiques et des études de cas sur les pratiques efficaces.

SÉCURITÉ

Comme il est souligné ci-dessus, toute intervention organisationnelle visant des résultats positifs peut entraîner des résultats négatifs inattendus. Les pratiques, programmes et politiques mis en œuvre dans le cadre du modèle PHWP ne font pas exception à la règle. Néanmoins, cela peut être moins préoccupant pour cette approche en raison de la perspective fondée sur les forces, de l'inclusion des objectifs de l'employeur et de l'employé favorisant un point de vue plus équilibré et du fait que les organisations cherchant une reconnaissance pour leurs pratiques relatives au PHWP entreprennent une évaluation rigoureuse par le biais de plusieurs évaluateurs et méthodes.

5. LE MODÈLE DE RETOUR THÉRAPEUTIQUE AU TRAVAIL

DESCRIPTION

Ce modèle se fonde sur le programme de retour thérapeutique au travail du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (Durand, Loisel, Charpentier, Labelle et Hong, 2004; Durand, Vachon, Loisel et Berthelette, 2003). Le programme de retour thérapeutique au travail se fonde sur le modèle de réadaptation de l'Université de Sherbrooke visant les personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques, lequel est appliqué à la réadaptation et à la prévention de type tertiaire pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. L'objectif est d'utiliser les connaissances obtenues de la réadaptation des personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques et de montrer la façon dont elles peuvent être appliquées efficacement aux personnes ayant une incapacité au travail liée à un problème de santé mentale. Ce modèle met l'accent sur l'intégration dans de nombreuses dimensions que nous avons déterminées comme critiques :

La pratique clinique a évolué d'une perspective médicale et parcellaire (où l'on s'attardait à réduire la déficience ou à améliorer les capacités de la personne) vers une perspective globale et centrée sur le paradigme d'incapacité, c'est-à-dire où l'on considère les facteurs psychosociaux et socio-économiques et, plus récemment, les interventions en milieu de travail et les interventions précoces sont prises en considération (Loisel et coll., 2001). L'incapacité à long terme au travail n'est donc plus perçue comme la simple conséquence d'une maladie (ou handicap), mais plutôt comme le résultat des interactions entre le travailleur et trois systèmes principaux : le système de santé, l'environnement de travail et le mode de rémunération financière. Les interventions de retour au travail doivent tenir compte d'un ensemble complexe de facteurs interreliés (cliniques, psychologiques et d'environnement de travail) concernant l'implication de divers partenaires. [Traduction] (Briand, Durand, St-Arnaud et Corbière, 2007, p. 445)

Le modèle de retour thérapeutique au travail aborde les facteurs suivants : facteurs psychologiques (détresse psychologique, dépression, événements de vie stressants et attentes concernant le retour au travail), facteurs d'environnement de travail (demandes physiques et organisationnelles, relations avec les collègues et superviseurs, culture organisationnelle) et facteurs liés à l'implication des partenaires dans le processus de réadaptation (le système de rémunération et les services de santé offerts).

Les objectifs ou étapes critiques du processus de réadaptation de ce modèle sont les suivants :

1. l'identification des obstacles au retour au travail;
2. l'augmentation de la volonté de s'engager dans un retour au travail;
3. le soutien de l'engagement envers le retour au travail;
4. la conservation de l'emploi.

PERTINENCE

Le modèle de retour thérapeutique au travail fournit un cadre intégré pour les interventions de santé mentale au travail relatives à plusieurs dimensions clés. Premièrement, il aborde l'intégration de mesures entre les pourvoyeurs de services en offrant des directives quant à leur intégration avec les gestionnaires de programmes d'invalidité, les employeurs et les employés par le biais d'un processus de consultations et de réunions fréquentes afin de veiller à ce que les objectifs cohérents soient abordés et que les barrières potentielles soient identifiées de façon continue. Deuxièmement, cette approche aborde l'intégration de l'intervention en milieu de travail au fil du temps, au moins durant l'échéancier pertinent à la fonction de réadaptation au travail pour une personne en congé en raison d'un problème de santé mentale, pour veiller à ce que l'intervention soit appropriée à l'étape de réadaptation visant la reprise du travail. Troisièmement, cette approche aborde l'intégration dans les systèmes en incorporant des canaux de communication clairs entre les pourvoyeurs de services de santé et le milieu de travail ainsi qu'avec les représentants des sociétés d'assurance-invalidité.

Toutefois, cette approche comporte une portée étroite, mettant l'accent sur la prévention tertiaire et la réadaptation ou le retour au travail et n'aborde pas vraiment les premières phases d'une intervention potentielle; la prévention aux niveaux organisationnel et individuel, l'identification précoce des problèmes de santé mentale, etc. Elle n'offre aucune directive en ce qui a trait aux interventions adéquates au cours des premières phases du processus par lequel les problèmes de santé mentale se développent dans des contextes de travail. En ce qui concerne les connaissances requises par les employeurs pour planifier et mettre en œuvre des interventions de santé mentale au travail, il s'agit d'une limite fondamentale.

ACCEPTABILITÉ

Le modèle de retour thérapeutique au travail adopte une attitude très respectueuse envers les travailleurs ayant des difficultés de santé mentale et leurs employeurs, en invitant chacun d'entre eux, ainsi que d'autres partenaires, à s'engager dans une entreprise collaborative de résolution de problèmes. Cette approche a été vastement adoptée au Québec en ce qui a trait à la réadaptation musculo-squelettique. Les travailleurs, employeurs et autres ont trouvé l'approche très acceptable et pertinente à

leurs besoins perçus. Il est très probable qu'un degré d'acceptation similaire émergerait en appliquant ce modèle au domaine de la santé mentale.

ACCESSIBILITÉ

L'approche de retour thérapeutique au travail présume un niveau assez élevé de collaboration entre les pourvoyeurs de soins de santé, les employeurs, les assureurs et les responsables gouvernementaux des orientations politiques. Bien que le système de santé et sécurité au travail du Québec ait été exemplaire en ce qui a trait à la création de ce niveau de coopération, ce n'est pas le cas dans toutes les provinces. Atteindre le niveau de coopération requis pour le fonctionnement optimal de ce modèle représenterait un défi majeur au niveau pancanadien.

Néanmoins, des éléments clés du modèle de retour thérapeutique au travail sont présents partout au pays : pourvoyeurs de services de santé au travail, gestionnaires de programmes d'assurance pour les personnes en arrêt de travail, autres pourvoyeurs de services de santé ayant un intérêt pour la santé mentale au travail, etc. Il peut être possible de rendre ce modèle de réadaptation accessible partout au pays de manière atténuée, en réduisant l'ampleur des interventions pour préserver les aspects clés du modèle sans nécessairement mettre en œuvre l'approche en entier. Toutefois, une des barrières importantes à l'accès au modèle de retour thérapeutique au travail partout au pays serait la disponibilité de services de soutien psychologiques et d'interventions, identifiés comme une fonction clé de ce modèle à toutes les étapes de la réadaptation. Les services psychologiques semblent être plus accessibles au Québec que dans les autres provinces.

EFFICACITÉ

Les interventions fondées sur ce modèle ont fait l'objet de nombreux essais, du moins par rapport à la réadaptation musculo-squelettique. Le programme de retour thérapeutique au travail est fondé sur un modèle théorique bien documenté et est soutenu par des données probantes sur le processus de retour au travail (Durand, Vachon, Loisel et Berthelette, 2003). Le chevauchement entre l'invalidité professionnelle liée aux problèmes musculo-squelettiques et celle liée aux problèmes de santé mentale est suffisant pour présumer que les interventions fondées sur ce modèle entraîneront une efficacité comparable. Nous pouvons au moins affirmer que le modèle soutient l'élaboration d'interventions qui peuvent être systématiquement testées et qu'il a fait ses preuves quant à l'exécution réussie d'interventions dans les domaines de la réadaptation et du retour au travail. De plus

amples recherches seront requises pour déterminer si les interventions fondées sur ce modèle sont aussi efficaces pour les problèmes de santé mentale qu'elles le sont pour les problèmes musculo-squelettiques.

RENDEMENT

Il est évident que l'application de ce modèle à la réadaptation et au retour au travail pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale nécessiterait d'importants investissements dans de nouvelles ressources et infrastructures pour les provinces autres que le Québec. Il est possible que la réorganisation des services et infrastructures existants soit plus simple pour certains systèmes provinciaux de santé e sécurité au travail mais, dans tous les cas, le modèle impose des exigences considérables pour les systèmes existants. Les employeurs souhaitant améliorer la santé mentale au sein de leur organisation pourraient trouver coûteuses les exigences financières de ce modèle. Il est possible que la mise en œuvre d'une version réduite de ce modèle ou de certains éléments précis du modèle soit plus facile pour l'employeur. Par exemple, un grand employeur pourrait trouver que l'amélioration de la collaboration entre le personnel de la santé au travail, les gestionnaires de programmes d'aide aux personnes en arrêt de travail des sociétés d'assurance, le pourvoyeur d'aide à l'employé, les pourvoyeurs de services de santé mentale dans la communauté et les employés entraîne de nombreux avantages sans occasionner de coûts excessifs.

SÉCURITÉ

En matière de santé mentale, l'importance que place ce modèle sur la communication et la collaboration continues entre les partenaires du processus de réadaptation pourrait permettre la détection précoce des conséquences négatives non intentionnelles et des risques imprévus sur la sécurité. À cet égard, encourager un engagement actif envers le retour au travail chez un travailleur quand il y a un risque pour sa sécurité peut s'avérer délicat, se traduisant par un retour prématuré au travail et des problèmes de sécurité psychologique potentiels. La communication continue pourrait être efficace pour limiter les risques que de telles situations surviennent.

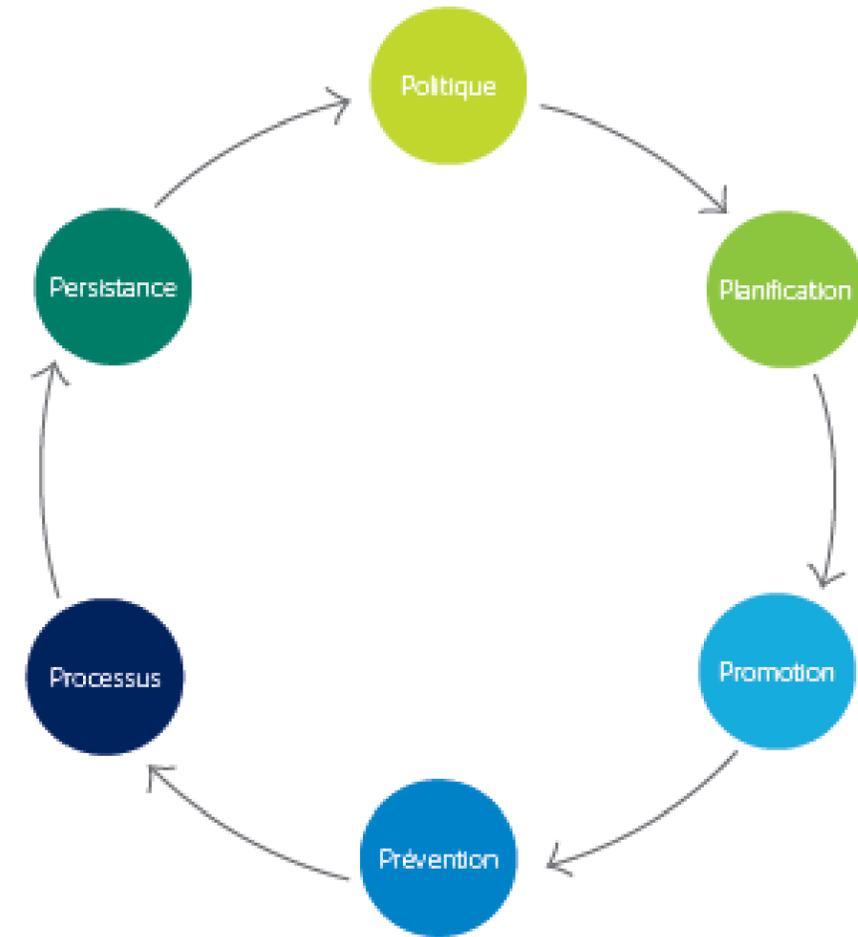
RÉSUMÉ

Les cinq modèles examinés ont plusieurs caractéristiques en commun. Entre autres, ils admettent tous que les facteurs associés au travail et au milieu de travail ont une incidence sur la santé et la productivité, que ces facteurs sont susceptibles d'être modifiés grâce à des programmes, politiques et interventions pratiques adéquats et qu'ils peuvent comprendre des mesures visant l'employé en tant qu'individu ainsi que le milieu de travail dans son ensemble. Les modèles diffèrent toutefois à divers degrés en fonction, entre autres, des éléments suivants :

- Le degré de participation active, d'engagement et de responsabilité de la part des employeurs, des employés, des syndicats et du gouvernement
- La portée à laquelle l'application du modèle vise à améliorer la santé de l'employé et les résultats commerciaux ou à réduire les risques réglementaires ou juridiques
- Le degré auquel le modèle aborde explicitement les problèmes de santé mentale de l'employé comparativement aux conditions du milieu de travail qui peuvent avoir une incidence sur la probabilité que de tels problèmes surviennent, empirent ou deviennent récurrents
- La portée à laquelle le modèle met l'accent sur diverses étapes de la trajectoire des problèmes de santé mentale au travail : interventions de première ligne ou de type secondaire ou tertiaire
- Le degré auquel le modèle incorpore le contexte social, gouvernemental et réglementaire élargi, plus particulièrement en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé mentale

Nous avons vu que chacun des modèles examinés présente un équilibre particulier entre ses avantages et ses désavantages. Chacun de ces modèles met l'accent sur certains segments de la gamme d'interventions qui peuvent être entreprises par un employeur souhaitant améliorer la santé mentale dans son milieu de travail. Certains des modèles se préoccupent principalement des interventions organisationnelles de prévention de première ligne, d'autres du rétablissement et de la réadaptation des travailleurs en arrêt de travail en raison d'un trouble de santé mentale. Mais du point de vue du public cible, cette approche fragmentée n'est pas satisfaisante. Nous proposerons un cadre qui tient compte des actions de l'employeur en matière d'intégration des différents niveaux et étapes d'intervention. L'objectif est d'offrir à notre public cible une approche pratique relative aux problèmes et aux options pour éclairer son choix d'interventions efficaces et réalisables.

LE CADRE P6 POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ PSYCHOLOGIQUES



Politique

Engagement pris par les dirigeants de l'organisation de favoriser la santé et la sécurité psychologiques au moyen d'interventions dans le milieu de travail

Planification

Identification des principaux indicateurs de la santé mentale au sein de l'organisation, choix des interventions et établissement des objectifs

Promotion

Mesures prises pour promouvoir la santé psychologique générale de la main-d'œuvre

Prévention

Mesures prises pour prévenir les problèmes psychologiques ou mentaux graves susceptibles de se manifester aux niveaux primaire, secondaire ou tertiaire

Processus

Évaluation de la mise en œuvre des mesures prises pour favoriser la santé et la sécurité psychologiques et des résultats obtenus

Persistance

Poursuite d'interventions efficaces dans un processus d'amélioration continue

Nous avons élaboré un cadre pour aider les employeurs à aborder la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Ce cadre se fonde sur notre examen des modèles visant à améliorer la santé et la sécurité psychologiques. Chacun des modèles examinés possède des forces et des faiblesses et nous avons tenté d'incorporer leurs mérites et d'éviter leurs défauts. De façon générale, nous avons cherché à favoriser une approche intégrée à la santé et la sécurité psychologiques. Nous nommons ce cadre le « Cadre P6 » pour souligner les six composantes « P » clés de sa fondation, comme illustré ci-dessous. Ce cadre se fonde sur les priorités d'implication de partenaires critiques, d'encouragement des réponses organisationnelles qui abordent différentes étapes du développement des problèmes de santé mentale au travail, de la suggestion d'interventions parmi la gamme complète allant de la promotion de la santé à la réadaptation, du soutien de la communication et de la coordination entre les systèmes organisationnels et de soins de santé, de l'adaptation des recommandations à divers groupes d'employeurs et d'employés et de la défense d'initiatives organisationnelles pour réduire la stigmatisation associée aux troubles psychologiques.

Le Cadre P6 correspond à une démarche largement répandue visant à améliorer la qualité organisationnelle, soit l'approche mise au point par l'Organisation internationale de normalisation (ISO). Les interventions organisationnelles fondées sur le modèle de l'ISO ont déjà fait leurs preuves en matière de conformité accrue aux exigences législatives et réglementaires et créent d'importantes retombées économiques (Sheldon, 1997). On voit clairement que notre cadre est conforme au modèle de l'ISO lorsqu'on compare chacun de ses volets aux volets du modèle l'ISO : le volet Politique et Engagement de l'ISO correspond à notre volet Politiques, le volet Planification à notre volet Planification, le volet Mise en œuvre et Exploitation à nos volets Promotion et Prévention, le volet Vérification et Mesures correctives à notre volet Processus et le volet Examen et Amélioration à notre volet Persistance (Martin, 1998). Nous lierons notre cadre à l'approche de l'ISO en utilisant les concepts particulièrement pertinents aux domaines de la santé psychologique et mentale. Le cadre proposé est également conçu en tenant compte du contexte des milieux de travail canadiens et de l'émergence des lois et politiques réglementaires provinciales et fédérales pertinentes à la santé et la sécurité psychologiques.

Nous présentons maintenant chacune des composantes du Cadre P6 en fonction : 1) de sa définition, 2) de sa relation à l'ISO et 3) d'exemples de pratiques prometteuses, selon les recherches disponibles.

POLITIQUES

Dans cette composante du cadre, l'organisation établit une politique générale, ou un énoncé de principe, conçue pour mettre explicitement l'accent sur l'engagement

envers l'amélioration de la santé mentale au travail ou, plus précisément, la promotion et la protection de la santé et de la sécurité psychologiques en milieu de travail. Un leadership fort est essentiel : l'appui et le soutien actifs des dirigeants envoient un message aux travailleurs et aux gestionnaires concernant l'importance des questions de santé mentale au travail et l'intention de prendre des mesures efficaces. Lorsque des syndicats ou d'autres formes d'associations d'employés sont présents, le soutien de ces leaders est également requis. Au cours de cette première étape, la base d'action est établie. Dans une grande entreprise, l'élaboration des politiques peut être confiée au service des ressources humaines, lequel veille à faire participer au processus la direction ainsi que d'autres membres clés de l'organisation.

Cette composante est comparable au volet Politique et Engagement de l'ISO qui comprend un énoncé clair sur l'engagement de l'organisation envers la protection de la santé et de la sécurité psychologiques au travail. Elle comprend un engagement de prendre des mesures adéquates et efficaces pour améliorer la santé et la sécurité psychologiques dans un processus d'amélioration continue. Cet engagement doit être communiqué par le biais d'énoncés de politiques afin que l'on comprenne qu'il s'agit d'une priorité organisationnelle. De plus, les politiques servent de base à des objectifs clairs et réalisables. Les politiques ne sont pas de simples déclarations pieuses, mais bien des intentions d'agir. En créant des objectifs à partir de politiques, on instaure un processus de conformité avec les politiques (Hoyle, 2006, p. 249).

Pratiques prometteuses

- Formulation d'une raison pour adopter des mesures favorisant l'amélioration de la santé mentale au travail. Cela sert à défendre les mesures (et les coûts connexes) et à sécuriser la participation des partenaires clés de l'organisation. Un argument convaincant pour le changement capte l'intérêt et l'engagement actif des dirigeants (cadres, membres du conseil, haute direction, représentants syndicaux, représentants de la santé au travail et partenaires externes). Le choix de l'intervention en santé mentale au travail réside généralement sur trois piliers :

Finances : On a déterminé que les problèmes de santé mentale contribuent de façon importante aux coûts organisationnels en raison de la réduction de productivité associée aux congés de maladie ou au fonctionnement réduit des employés à cause de troubles mentaux, ainsi qu'aux coûts de recherche et de formation de nouveaux employés pour remplacer ceux en arrêt de travail. Il convient de noter que des difficultés relatives au stress et à la santé psychologique peuvent toucher des employés très compétents et consciencieux, ce qui entraîne une perte partielle ou complète de précieux travailleurs. De plus, on a constaté que les organisations dans lesquelles

une proportion importante d'employés font face à une réduction de bien-être mental et à un « épuisement émotionnel » sont susceptibles de subir également une perte de productivité et de rendement organisationnels (Taris et Schreurs, 2009). D'importantes économies de coûts sont possibles grâce à des initiatives bien ciblées de santé mentale au travail, lorsque les analyses les plus sophistiquées qui soient ont été réalisées sur les interventions relatives à la dépression au travail (Simon, Barber, Birnbaum, Frank, Greenberg, Rose, Wang et Kessler, 2001; Lo Sasso, Rost et Beck, 2006; Wang, Simon et Kessler, 2008).

Éthique : Pour refléter leur responsabilité commerciale, la plupart des organisations affirment comme valeur clé leur préoccupation quant à la santé et la sécurité de leurs employés. Les facteurs du milieu de travail qui entraînent des risques indus à la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs doivent être abordés pour exprimer cette valeur organisationnelle. Il existe de nombreuses recherches scientifiques qui déterminent que les facteurs du milieu de travail, tels que les demandes élevées de travail combinées à un faible contrôle des tâches ou les efforts élevés au travail combinés à de piètres reconnaissances et récompenses, sont associés à des taux élevés de troubles mentaux courants tels que la dépression et l'anxiété (Stansfeld et Candy, 2006).

Lois et règlements : Les tribunaux et les organismes réglementaires reconnaissent de plus en plus la responsabilité qu'ont les milieux de travail de protéger la santé et la sécurité psychologiques des employés. Cela est directement comparable à la responsabilité des entreprises, largement acceptée, de veiller à la santé et la sécurité physiques de leurs employés, ou du moins de prévenir les risques physiques excessifs. Des instances juridiques ou réglementaires qui ont déterminé que des employeurs n'ont pas pris les mesures raisonnables pour réduire les risques psychologiques en milieu de travail ont imposé à ces derniers des pénalités importantes. La tendance croissante des instances juridiques et réglementaires d'exiger que les milieux de travail protègent la santé et la sécurité psychologiques de leurs employés a été décrite comme une « bataille légitime » qui combine de nombreux facteurs pour augmenter la pression juridique sur les employeurs. Comme l'a déclaré un expert juridique du Canada dans ce domaine :

Le Canada assiste actuellement à l'apparition d'une obligation juridique de fournir et de maintenir un environnement de travail sain sur le plan psychologique.

Un milieu de travail sain sur le plan psychologique est un milieu qui ne tolère aucun dommage à la santé mentale des employés causé de manière négligente, inconsidérée ou délibérée... il s'agit d'un milieu dans lequel tous les efforts sont déployés afin d'éviter les dommages raisonnablement prévisibles à la santé mentale des employés et (au fil du temps) il est devenu encore plus évident qu'une telle obligation existe, qu'elle gagne en cohérence et que les employeurs qui l'ignorent s'exposent de plus en plus au risque d'être tenus responsables des préjudices psychologiques subis par des employés. (Shain, 2010)

- *Utilisation du plan d'affaires élaboré par la table de concertation du monde des affaires sur les dépendances et la santé mentale (Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health) pour aborder les troubles de santé mentale au travail.* Ce plan recommande, entre autres, que les dirigeants d'entreprises habilite l'ensemble du milieu de travail à créer les informations et les procédures requises pour détecter rapidement les symptômes de troubles mentaux, que les objectifs financiers (p. ex., réduire l'absentéisme ou le taux d'invalidité à court terme) soient liés à des initiatives favorisant la santé mentale au travail et que le milieu de travail mette en place des politiques, pratiques et protocoles de formation clairs et offre des conseils professionnels aux employeurs et employés afin de respecter les exigences très particulières du retour au travail des travailleurs en dépression.
- *Inciter les acteurs importants rattachés aux milieux de travail à mieux saisir les avantages d'aborder la santé mentale au travail.* Il est essentiel de communiquer les motifs des interventions à une vaste gamme d'acteurs internes et externes au milieu de travail, en insistant particulièrement sur le fait que la santé et la sécurité psychologiques englobent les préjudices psychologiques autant que les blessures physiques. À cette fin, des documents peuvent être distribués dans le contexte de réunions en petits groupes qui abordent des sujets clés. Des documents d'information de ce type peuvent être téléchargés sans frais à partir de plusieurs sites Web canadiens, y compris Protégeons la santé mentale au travail, le Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West et le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail.

- *Inclusion de la participation active à l'échelle de l'organisation.* Les employés accueilleront favorablement et utiliseront les programmes, politiques et procédures visant à instaurer la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail, et seront plus attentifs à leur propre santé psychologique, s'ils ont participé au processus de création de ces initiatives. Cela n'exclut pas l'autorité et la responsabilité de la haute direction de veiller à ce que toutes les mesures prises soient durables sur les plans opérationnel et fiscal et cohérentes avec les priorités stratégiques sous-jacentes de l'organisation.
- *Prise en considération de l'état de préparation au changement du milieu de travail au cours de l'élaboration de politiques ou d'interventions liées à la santé mentale ou à la consommation de substances intoxicantes.* On a constaté qu'une enquête sur l'état de préparation au changement du milieu de travail peut identifier les administrateurs ou les membres du personnel de première ligne qui sont les plus favorables envers les nouvelles pratiques et ceux qui sont susceptibles d'être moins à l'aise ou résistants au changement (Fuller, Rieckmann, Nunes, Miller, Arfken, Edmundson et McCarty, 2007). Cela peut guider les efforts d'amélioration de l'état de préparation au changement en augmentant la probabilité d'une mise en œuvre efficace des politiques (Cunningham, Woodward, Shannon, MacIntosh, Lendrum, Rosenbloom et Brown, 2002).
- *Utilisation d'une approche « au niveau des systèmes » (Myette, 2008).* Les approches systémiques portent sur les diverses étapes par lesquelles le stress ou les problèmes de santé mentale se développent et tiennent compte des interactions complexes entre l'employé, l'environnement de travail et le pourvoyeur de services de santé. De telles approches :

...mettent l'accent sur la prévention primaire ou sur les stressseurs comme déterminants en amont du stress au travail. De plus, les approches systémiques intègrent les interventions de première ligne et de type secondaire dirigées par le travailleur et tertiaire dirigées par la maladie, incluent la participation significative de groupes ciblés par l'intervention et sont sensibles au contexte. [Traduction] (LaMontagne, Keegel et Vallance, 2007, p. 221)

De ce point de vue, les politiques conçues pour aborder de façon intégrée les problèmes au niveau des systèmes, bien que peut-être plus difficiles à formuler, seront au final plus efficaces.

PLANIFICATION

Il est essentiel de tenir compte dès le départ des buts et objectifs particuliers du plan d'intervention en milieu de

travail, y compris des types d'intrants (investissements, dotation en personnel) qui seront requis et des indicateurs qui détermineront l'incidence du plan. En examinant au préalable la façon dont le plan d'intervention devrait être évalué, l'organisation est plus susceptible de faire le suivi de son efficacité de façon significative et (s'il ne crée pas d'effets positifs) de le poursuivre dans le cadre d'une procédure d'exploitation normale. Il n'existe aucune approche universelle à la santé et la sécurité psychologiques au travail. Les besoins, ressources et contextes des organisations diffèrent; l'approche adoptée par un milieu de travail peut ne pas être adéquate pour les autres. Cela est particulièrement pertinent pour les petites ou moyennes entreprises qui sont la base de l'économie canadienne. Dans les entreprises plus grandes, la stratégie devrait être élaborée et mise en œuvre sous la direction d'une équipe dévouée composée d'acteurs clés de la direction, des syndicats, des services de santé au travail et de ressources humaines, ainsi que d'autres partenaires clés qui peuvent se charger de ces dossiers. Les entreprises plus petites sont moins susceptibles de compter du personnel occupant tous ces postes. La responsabilité de planification incombe donc aux propriétaires et cadres, préférablement avec la participation d'employés choisis.

La planification doit être fondée sur une évaluation prudente identifiant les problèmes ou facteurs de risque particuliers qui sont très pertinents au milieu de travail ou à l'équipe désignés. Cela permettra de déterminer les problèmes qui nécessitent le plus d'attention, les occasions de changements particulières et les forces organisationnelles que l'on peut mettre à profit afin d'améliorer la santé et la sécurité psychologiques. Le profilage d'une organisation à l'aide de diverses sources de données permet à l'employeur de déterminer des cibles précises de changement. Il est possible d'identifier des cibles à priorité élevée (lorsque le statu quo engendre des coûts importants, a une incidence sur la santé des employés ou entraîne une perturbation des processus au travail) et à faisabilité élevée (c.-à-d. le changement est pratique vu les contraintes sur les ressources financières, les aptitudes du personnel ou l'échéancier). Plus particulièrement, les recherches démontrent l'importance de déterminer les groupes d'employés qui sont le plus à risque de subir des problèmes psychologiques et qui exigent donc une intervention ciblée et une évaluation attentive. Comme déclaré dans un examen des interventions de gestion du stress :

Il est essentiel de commencer en ciblant les travailleurs à risque et ce qui constitue des conditions de travail risquées; des instruments de dépistage peuvent être utilisés, une évaluation du stress peut être organisée ou l'absentéisme et le taux de rotation du personnel peuvent être analysés. [Traduction] (Van der Hek et Plomp, 1997, p. 140)

Le volet Planification de l'ISO est défini comme la partie de la gestion de la qualité qui est axée sur l'établissement d'objectifs, de processus opérationnels et de ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs de qualité (Hoyle, 2006, p. 267). On met l'accent sur la connexion claire entre les politiques, les objectifs et les processus mis en œuvre pour répondre à ces objectifs. De plus, les objectifs sont eux-mêmes des mesures de rendement pour l'amélioration de la qualité. En effet, le modèle de l'ISO demande aux personnes responsables de la planification des initiatives de qualité d'établir le modèle logique du changement : quel est l'engagement sous-jacent à ce changement, quels sont les objectifs exacts, par quels processus le changement sera-t-il accompli et comment la réalisation des objectifs sera-t-elle mesurée?

Pratiques prometteuses

Plusieurs types de collecte d'information se sont avérés pertinents à la planification attentive des interventions axées sur la santé et la sécurité psychologiques :

- *Collecte de données organisationnelles existantes qui peuvent être liées aux problèmes de santé mentale, telles que les taux d'absentéisme, de roulement du personnel, d'accidents ou de blessures et d'invalidité à court et à long termes.* Les taux d'absentéisme sont, bien sûr, des indicateurs importants des effets négatifs causés par les risques sur la santé et la sécurité. De façon similaire, les taux d'absence causés par des problèmes de santé et d'invalidité sont des indicateurs cruciaux. Certes, il peut être difficile de déterminer la proportion de l'absentéisme ou de l'absence en raison d'une invalidité précisément liée à des problèmes psychologiques, mais il est important d'établir un repère pour la planification d'interventions et l'évaluation de leur efficacité. D'autres formes de données sont plus facilement liées à la santé psychologique, dont l'utilisation de clauses d'un régime d'assurance complémentaire portant sur les services de santé mentale, les taux d'utilisation de médicaments psychotropes couverts par les assurances-médicaments des employeurs et l'utilisation de services d'aide aux employés et à leur famille (Aldana et Pronk, 2001). De plus, il est utile d'obtenir des renseignements sur le présentéisme, qui signifie que la personne est présente au travail mais qu'elle fonctionne à capacité réduite en raison d'un problème de santé mentale ou de consommation de substances intoxicantes. Bien sûr, le présentéisme n'apparaît dans aucune base

de données, mais il peut être évalué grâce à des sondages auprès des employés (Sanderson, Tilse, Nicholson, Oldenburg et Graves, 2007). Les données quantitatives peuvent être complétées par les données qualitatives obtenues dans des évaluations de la performance, des rapports du comité de santé et sécurité et des entrevues de départ.

- *Réalisation de sondages et de vérifications conçus pour mesurer les facteurs de risque organisationnels pertinents à la santé et la sécurité psychologiques.* De nombreux outils de sondage ont été élaborés pour identifier les facteurs de risque psychosociaux en milieu de travail, qui mettent principalement l'accent sur le concept du « stress au travail » (Tabanelli, Depolo, Cooke, Sarchielli, Bonfiglioli, Mattioli et Violante, 2008). Comme souligné ci-dessus, « Protégeons la santé mentale au travail » est une excellente ressource et elle contient un questionnaire pour les employés permettant de mesurer un ensemble de douze facteurs de risque organisationnels dont l'incidence sur la santé et la sécurité psychologiques a été prouvée (Consortium for Organizational Mental Health, 2009-2010). La gestion de la charge de travail, la culture organisationnelle, le soutien psychologique et le niveau de correspondance psychologique avec le travail sont des exemples de ces facteurs de risque. Protégeons la santé mentale au travail comprend également un outil de vérification qui se veut un complément ou une solution de rechange au questionnaire pour les employés. Une approche plus spécifique à l'évaluation des risques en milieu de travail pourrait mettre l'accent sur un facteur particulier perçu comme hautement prioritaire ou ayant été déterminé comme pertinent à un milieu de travail précis : par exemple, l'intimidation ou le harcèlement en milieu de travail, auquel cas une mesure précise serait adéquate (Einarson, Hoel et Notelaers, 2009).
- *Utilisation de sondages par autodéclaration des employés sur les problèmes de santé mentale ou de consommation de substances intoxicantes (Arthur, 2005; Hermansson, Helander, Huss, Brandt et Ronnberg, 2000).* Cette forme de collecte de données doit être effectuée de façon à protéger l'anonymat et peut ne pas être possible dans des organisations plus petites où l'anonymat ne peut être garanti. De plus, il existe une obligation morale, sinon juridique, de faire le suivi de tels sondages en

ayant un accès opportun aux ressources adéquates de santé mentale. Comme mentionné ci-dessus, des mesures du présentisme peuvent accompagner cette stratégie pour faciliter la démonstration de l'incidence des interventions en santé mentale (Sanderson, Tilse, Nicholson, Oldenburg et Graves, 2007). Il convient de garder à l'esprit que les mesures ne doivent pas seulement se concentrer sur les problèmes ou pathologies; de nombreuses études ont mis l'accent sur les mesures du bien-être psychologique des employés. Les facteurs du milieu de travail peuvent augmenter ou diminuer le bien-être psychologique des employés, donc les interventions au travail peuvent chercher à réduire les impacts négatifs des facteurs ou à augmenter leur incidence positive (Loretto, Popham, Platt, Pavis, Hardy, MacLeod et Gibbs, 2005).

PROMOTION

Dans ce volet, on met l'accent sur les mesures qui favorisent la santé psychologique générale de la main-d'œuvre. La santé psychologique est plus que l'absence de maladie; elle implique un ensemble de qualités et forces personnelles qui font partie intégrante de l'identité et de la contribution à la société d'une personne. Il convient de noter que le travail est, ou devrait être, une partie intégrante de la bonne santé psychologique. Le travail offre une structure et une identité, un moyen de participer à la communauté, et une occasion d'interagir avec d'autres personnes, sans oublier le revenu, qui contribuent tous à la santé et au bien-être psychologiques. La priorité de la promotion de la santé psychologique n'est pas d'aborder des troubles précis de santé mentale ou de traiter les personnes en détresse émotionnelle, mais plutôt d'aider l'employé moyen à augmenter son bien-être et sa résilience psychologiques. Ce bien-être accru créera indirectement de la résistance aux difficultés de santé psychologique et, si des difficultés surviennent, il peut aider les personnes à s'engager dans des mécanismes d'adaptation, à chercher de l'aide (au besoin) et à se rétablir plus rapidement (Kuoppala, Anne et Paivi, 2008). La promotion de la santé psychologique a été liée au concept de la santé mentale positive :

La santé mentale positive désigne les qualités et les aptitudes de vie telles que le fonctionnement cognitif, l'estime de soi positive, les habiletés sociales et de résolution de problèmes, la capacité de gérer des changements importants et le stress et d'influencer l'environnement social, l'habileté de travailler de façon productive et fructueuse et de contribuer à la communauté, et un état de bien-être émotionnel, spirituel et mental (Hosman, 1997; OMS, 2001). La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être généraux et, dans un sens plus large, elle reflète l'équilibre entre l'individu et l'environnement. [Traduction] (Jane-Llopis, Barry,

Hosman et Patel, 2005, p. 9)

Le but de la promotion de la santé dans ce contexte est d'accroître la capacité des employés de gérer le stress ou les défis émotifs d'une façon qui réduit l'apparition éventuelle de troubles de santé mentale (Rutter, 1985). Fait intéressant à noter, on a constaté que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont plus susceptibles que les autres d'adopter des comportements propices à la santé (Green et Pope, 2000). On a également constaté que les interventions de promotion de la santé au travail, même si elles ne ciblent pas spécifiquement la santé mentale, ont un effet positif en réduisant les symptômes de dépression et d'anxiété chez les employés (Martin, Sanderson et Cocker, 2009). La promotion implique également le développement de résilience au niveau organisationnel. Une organisation résiliente, dans le contexte du soutien de la santé psychologique, est une organisation qui adopte des programmes et politiques souples et qui est en mesure de les ajuster et de les adapter afin de répondre aux caractéristiques et aux besoins changeants des employés.

À première vue, il peut sembler difficile de distinguer clairement la différence entre la promotion de la santé psychologique et la prévention primaire, comme il est décrit dans la prochaine section. En général, la promotion de la santé mentale vise les personnes qui ne vivent aucune difficulté de santé mentale ou détresse importante et elle met l'accent sur l'augmentation du bien-être plutôt que sur la réduction des problèmes de santé mentale. Certaines interventions sont pertinentes à l'une ou l'autre des catégories et seront utilisées où elles semblent le plus logiques.

La promotion de la santé et de la sécurité psychologiques correspond au volet Mise en œuvre et Exploitation du modèle de l'ISO. Le volet Mise en œuvre et Exploitation implique la dotation en ressources, l'exploitation et la gestion des plans et processus nécessaires pour atteindre les résultats prévus (Hoyle, 2009, p. 15). Dans ce volet, on veille à ce que le personnel impliqué dans les interventions liées à la santé psychologique comprenne leurs objectifs et la façon dont leur rendement sera mesuré, les responsabilités pour les mesures et décisions à prendre soient clairement attribuées, les mesures efficaces soient adoptées et réalisées de façon opportune, les secteurs où des changements sont nécessaires soient identifiés et pris en charge, les indicateurs soient en place pour mesurer la qualité de la mise en œuvre et les résultats obtenus, et des examens continus soient effectués pour veiller au fonctionnement comme prévu des interventions (Hoyle, 2006, p. 171).

Pratiques prometteuses

Les interventions de promotion de la santé psychologique au travail peuvent être mises en œuvre aux niveaux organisationnel ou individuel.

- *Obtention d'un engagement organisationnel envers la promotion du bien-être psychologique ou mental des effectifs.* Cet élément d'intervention au niveau organisationnel a reçu un grand appui dans un rapport complet et sophistiqué produit par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) du Royaume-Uni (National Institute for Clinical Excellence, 2009). Cet engagement exige que les leaders organisationnels :

...adoptent une approche à l'échelle de l'organisation pour promouvoir le bien-être mental de tous les employés, en travaillant en collaboration avec eux. Cette approche devrait intégrer la promotion du bien-être mental dans toutes les politiques et pratiques concernant la gestion des travailleurs, y compris celles liées aux droits en matière d'emploi et aux conditions de travail. [Traduction] (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009, p. 8)

Bien que cela ne soit pas particulier à la santé mentale, on a constaté un changement graduel des priorités, en partant d'initiatives de promotion de la santé visant la modification des comportements individuels à des stratégies qui cherchent à créer un milieu de travail promouvant la santé. Il y a donc eu un mouvement vers une approche globale qui habilite les travailleurs et les employeurs afin d'améliorer toutes les facettes de leur santé (Chu, Driscoll et Dwyer, 1997). Bien que cela représente une approche très ambitieuse et peut-être irréaliste dans certains contextes de travail, elle attire l'attention sur l'importance de modifier les valeurs organisationnelles pour qu'elles englobent la santé en général et la santé mentale en particulier.

- *Création d'un milieu de travail respectueux.* La santé psychologique individuelle et organisationnelle est plus susceptible de s'épanouir dans un environnement de travail qui soutient le bien-être physique, social et psychologique de tous les employés (Estes et Wang, 2008). On désigne souvent de tels environnements par « milieux de travail respectueux » dans lesquels les personnes sont valorisées, les communications sont polies et courtoises et le comportement irrespectueux (y compris le harcèlement et l'intimidation) est géré rapidement et efficacement (Komisin et Placone, 2003). Cette attente concernant la façon dont les

personnes traitent les autres s'étend à tous les niveaux de l'organisation, y compris les relations avec les consommateurs, les clients et le public. L'attente est créée et maintenue dans la séance d'orientation des nouveaux employés, l'éducation et la formation continues des employés et des cadres, et la création et la communication de politiques et procédures efficaces pour traiter les bris de cette attente.

- *Célébration de la diversité.* La promotion de la santé mentale est augmentée par les initiatives, programmes et politiques organisationnels qui reconnaissent, respectent et abordent la diversité des employés (Stevens, Plaut et Sanchez-Burks, 2008). Cela devrait être intégré dans la culture organisationnelle et reflété tout au long de l'emploi, y compris l'embauche, la séance d'orientation, la formation et la promotion (Ely et Thomas, 2001). De tels efforts servent à réduire les conflits et les malentendus qui peuvent entraîner l'intimidation, le harcèlement et la discrimination, et sont exigés par la législation sur les droits de la personne aux niveaux provincial, territorial et fédéral. Afin de protéger la santé psychologique des employés, l'existence d'initiatives éducatives et informationnelles est essentielle pour aborder et réduire la stigmatisation des employés ayant des troubles mentaux (Brohan et Thornicroft, 2010). La campagne Changer les mentalités de la Commission de la santé mentale du Canada est une excellente ressource à consulter à cette fin.
- *Promotion de la santé mentale au niveau individuel en augmentant le bien-être psychologique, la compétence et la résilience (Couser, 2008).* Voici un exemple de promotion de la santé mentale axée sur l'individu. Il s'agit d'un projet réalisé auprès du personnel des urgences : au cours d'une période de trois ans, on a inculqué à ces employés des aptitudes de gestion du stress impliquant la résolution de conflits, l'amélioration des communications et la relaxation. Ils ont connu une réduction importante de leurs symptômes dépressifs (Kagan, Kagan et Watson, 1995). Un autre programme a amélioré la résilience et le bien-être mental des employés grâce à une formation utilisant des principes cognitivo-comportementaux (Millea, Lioussis, Shochet, Biggs et Donald, 2008).

PRÉVENTION

Ce type d'intervention est conçu pour prévenir l'apparition ou réduire la gravité et l'incidence fonctionnelle des problèmes de santé mentale au travail. Fait tout à fait rassurant, des chercheurs canadiens ont récemment découvert un important corpus de recherche appuyant l'efficacité des interventions en milieu de travail pour prévenir les problèmes de santé mentale (Corbière, Shen, Rouleau et Dewa, 2009). Il existe trois types de prévention dont on tiendra compte séparément : la prévention primaire, qui cherche à changer les conditions individuelles ou organisationnelles qui peuvent contribuer aux problèmes de santé mentale, la prévention secondaire, qui gère les problèmes de santé mentale lorsque ceux-ci sont relativement faibles, ou les situations organisationnelles qui mettent à risque les employés, pour lesquelles une réponse rapide empêche l'apparition de problèmes plus importants et la prévention tertiaire, axée sur la réduction de la détresse et de la dysfonction associées aux problèmes de santé mentale.

La prévention correspond au volet Mise en œuvre et Exploitation du modèle de l'ISO. Il est essentiel de veiller à ce que le personnel comprenne l'engagement à l'égard des activités de prévention, ainsi que la raison d'être de celles-ci, de faire en sorte que les interventions choisies soient efficaces et mises en œuvre de façon opportune et que des indicateurs soient mis en place pour mesurer la qualité de la mise en œuvre et les résultats de ces interventions.

Prévention primaire

La prévention primaire peut être réalisée aux niveaux organisationnel ou individuel. Au niveau organisationnel, il convient d'essayer de modifier les facteurs de risque au travail associés à une augmentation de la probabilité de problèmes psychologiques. Citons en exemple l'octroi à l'employé d'un plus grand droit de regard sur la façon dont il s'acquitte de certaines tâches particulières dans le but de réduire le stress professionnel et la probabilité de développement de problèmes psychologiques. Au niveau individuel, on propose d'offrir aux employés des formes particulières de soutien ou de les aider à acquérir les compétences voulues pour réduire ces risques. Par exemple, un cours de gestion du stress peut être offert aux employés. La plupart des études empiriques dans le domaine de la santé mentale au travail se préoccupent de l'efficacité des approches de prévention primaire axées sur l'individu.

Pratiques prometteuses

- *Mise en œuvre de stratégies de redéfinition des tâches pour améliorer la santé et la sécurité psychologiques et réduire les risques.* Un examen de la recherche sur la promotion de la santé mentale a conclu que les stratégies de redéfinition des tâches susceptibles d'avoir une incidence positive sur la santé mentale des employés comprennent

les interventions telles que l'enrichissement des tâches, les améliorations ergonomiques, la réduction du bruit, la réduction des charges de travail ainsi que l'amélioration de la clarté des postes et des relations sociales (Jane-Llopis, Barry, Hosman et Patel, 2005, p. 11). De plus, cette intervention au niveau organisationnel cherche à modifier les facteurs de risques liés à l'emploi tels que les charges de travail excessives ou imprévisibles, les attentes professionnelles peu claires ou le manque de contrôle perçu. Ils ont tous été liés à une augmentation des risques relatifs à la santé mentale. Les études identifient des pratiques particulières de prévention primaire telles que l'amélioration de la clarté des descriptions de postes, la mise sur pied de comités employés-gestionnaires pour augmenter la participation des travailleurs dans les prises de décisions et l'offre de services de garde d'enfants ou d'aînés (Hurrell et Murphy, 1996). Cela a également été décrit comme englobant l'augmentation de l'autonomie et (ou) du contrôle professionnel en permettant aux employés de prendre plus de décisions relatives à leur emploi, à l'augmentation de l'exercice des compétences en permettant aux travailleurs d'utiliser leurs aptitudes, connaissances et habiletés pour effectuer des tâches complexes et à la redistribution du pouvoir parmi tous les employés pour créer un milieu de travail plus démocratique et augmenter le sentiment de contrôle de l'employé (Bergerman, Corabian et Harstall, 2009, p. 18). Par exemple, une étude sur les interventions organisationnelles comprenait un comité participatif de réduction du stress, un nombre accru d'équipes plus petites avec des sous-superviseurs, plus de formation pratique et des améliorations économiques (Bergerman et coll., 2009, p. 23). Une autre étude citée dans cet examen impliquait une intervention dans laquelle des travailleurs manuels d'usine formaient des groupes de travail pour contrôler la production (Egan, Bambra, Petticrew, Whitehead et Thomson, 2007). Une autre montrait que l'identification des facteurs de stress pour un groupe de travailleurs d'usine, puis la mise en œuvre d'un changement organisationnel visant à réduire les aspects stressants de la situation en milieu de travail entraînaient une importante réduction des troubles dépressifs et des congés de maladie connexes (Kawakami, Araki, Kawashima, Masumoto et Hayashi, 1997).

- *Offre de programmes de gestion du stress.* La formation sur la gestion du stress est une forme de prévention primaire au niveau individuel qui a été bien évaluée et qui a démontré des effets positifs (Mimura et Griffiths, 2003). Elle donne aux employés des moyens de gérer le stress de façon plus efficace. Parmi les méthodes de gestion du

stress invoquées, citons la résolution de problèmes structurée pour évaluer les problèmes et y répondre plus efficacement, les stratégies interpersonnelles pour mobiliser du soutien au travail, la gestion de conflits pour gérer les désaccords avec les collègues, les techniques de relaxation pour réduire la tension inadaptée et la formation sur la communication pour exprimer clairement et fermement son point de vue (Stein, 2001). De nombreuses recherches ont examiné l'incidence de la formation sur la gestion du stress sur les symptômes relatifs à la santé mentale des travailleurs, laquelle entraîne la plupart du temps d'importantes améliorations (Johansson, 1991; Heaney, Price et Refferty, 1995). Par exemple, une étude menée dans le contexte d'une organisation de maintien de la santé aux États-Unis a offert une formation en petits groupes sur les aptitudes d'adaptation au stress et a constaté des réductions notables de l'anxiété signalée, de l'utilisation des services de santé et des congés de maladie (Rahe, Taylor, Tolles, Newhall, Veatch et Bryson, 2002). Une autre étude a offert une intervention complète en matière de gestion du stress qui comprenait une redéfinition du travail ainsi qu'une formation sur l'adaptation; cette intervention a entraîné une réduction des symptômes dépressifs et de l'absentéisme (Munz, Kohler et Greenberg, 2001). Généralement, il semble que les interventions les plus efficaces de gestion du stress au travail en ce qui a trait à l'amélioration de la santé psychologique soient fondées sur des principes cognitivo-comportementaux (Richardson et Rothstein, 2008).

- *Mobilisation de l'influence et du soutien des pairs pour réduire la consommation d'alcool et procéder à des interventions rapides dans le cas des buveurs à risque.* De telles interventions visant à réduire l'incidence de la consommation abusive d'alcool au travail ont obtenu des résultats positifs (Richmond, Kehoe, Heather et Wodak, 2000; Anderson et Larimer, 2002). Dans une étude, un programme de réduction de la consommation d'alcool a entraîné une réduction importante des taux de blessure des employés (Spicer et Miller, 2005). Cette forme d'intervention mobilise la culture organisationnelle comme moyen d'influencer les comportements individuels.
- *Offre d'une formation en relaxation aux employés.* La formation sur la relaxation est étroitement liée à la gestion du stress, mais elle est plus facile à

mettre en œuvre et implique d'offrir aux employés des méthodes particulières pour gérer la tension physique ou mentale. Un programme enseignait des techniques de relaxation aux employés de petites entreprises, leur inculquant des attitudes positives pour échapper au stress. Il est rassurant de trouver un programme simple de gestion du stress qui est efficace dans le contexte des petites entreprises, malgré les défis contenus dans ce contexte :

Les travailleurs peuvent relaxer et échapper au stress grâce à des comportements positifs (exercice, méditation, lecture) ou à des substances (alcool, médicaments, drogues ou tabac). Cette étude a exploré la formation sur la détente et la prévention offerte aux travailleurs de petites entreprises (N = 539). Les facteurs protecteurs individuels et organisationnels ont contribué à l'augmentation des comportements positifs plutôt que de la consommation de substances. La détente positive est une importante ressource potentiellement efficace dans les petites entreprises. [Traduction] (Patterson, Bennett et Wiitala, 2005, p. 221)

- *Offre de formation sur Internet sur les compétences des employés en matière de santé et sécurité psychologiques.* Plusieurs études ont démontré que la formation sur Internet peut améliorer de façon efficace les capacités d'adaptation des employés ainsi que les habiletés de soutien des gestionnaires (Kawakami, Kobayashi, Takao et Tsutsumi, 2005; Matano, Koopman et Wanat, 2007). L'offre d'interventions par Internet est une méthode peu coûteuse, qui vaut la peine d'être prise en considération comme composante de tout programme d'amélioration de la santé psychologique.

Prévention secondaire

La prévention secondaire cherche à détecter les problèmes de santé mentale légers à un stade précoce afin d'intervenir rapidement et, espère-t-on, de prévenir l'émergence de troubles plus graves (Cooper, Sadri, Allison et Reynolds, 1990; Reynolds, 1997).

Pratiques prometteuses

- *Identification de problèmes de santé psychologique relativement légers grâce au programme d'aide aux employés et à leur famille (PAEF).* Le PAEF ou le PAE (programme d'aide aux employés) est un excellent moyen de favoriser les interventions

précoces. Les personnes sont susceptibles de participer à un counseling du PAEF lorsqu'elles vivent de la détresse émotionnelle ou des symptômes précis de dépression : dans une grande entreprise américaine, 40 % des employés faisant appel aux services d'aide aux employés et à leur famille montraient des symptômes de dépression (Dainas et Beien, 2003). Les personnes ayant un trouble diagnostiqué sont susceptibles de faire partie de la catégorie moins urgente. La prévention secondaire serait donc adéquate pour elles. La consommation d'alcool à risque est un problème ayant une importante incidence négative au travail, spécialement pour les postes sensibles à la sécurité. Elle peut être déterminée dans le PAE. Du point de vue des politiques et de la formation, veiller à ce que les pourvoyeurs des PAE aient la capacité d'identifier la consommation abusive d'alcool en deçà de la dépendance à l'alcool et d'y répondre est une pratique prometteuse du domaine de la prévention secondaire (Blum et Roman, 2002). Le PAE peut jouer un rôle précieux dans l'intervention précoce pour les employés faisant preuve d'une consommation d'alcool « à risque » (Chan, Neighbors et Marlatt, 2004). Une étude contrôlée a démontré une réduction importante des problèmes liés à l'alcool après une brève intervention menée par des conseillers du PAE (Osilla, Zellmer, Larimer, Neighbors et Marlatt, 2008).

- *Offre d'une formation aux gestionnaires pour les aider à gérer les comportements des employés qui peuvent être dus à un problème de santé mentale.* Cette intervention au niveau organisationnel est également fortement appuyée par le rapport du National Institute for Health and Clinical Excellence mentionné ci-dessus. Elle implique :

la promotion d'un style de gestion qui encourage la participation, la délégation, la rétroaction positive, le mentorat et l'accompagnement; en veillant à ce que les politiques de recrutement, de sélection, de formation et de perfectionnement des gestionnaires reconnaissent et promeuvent ces compétences, et en s'assurant que les gestionnaires sont en mesure d'identifier les préoccupations émotionnelles et les symptômes des problèmes de santé mentale des employés, et d'y répondre avec sensibilité. [Traduction] (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009, p. 12)

Renforçant l'importance de la formation des gestionnaires, une récente étude des interventions de réduction du stress au travail a conclu que :

Les changements des caractéristiques objectives de l'emploi auront un résultat modeste mais très

prévisible. Toutefois, certains prétendent qu'il semble que la formation des gestionnaires ou superviseurs visant la gestion de la perception des employés au travail entraînera les plus grands avantages. [Traduction] (Morrison et Payne, 2003)

Il convient de noter qu'une recommandation similaire visant la formation des gestionnaires sur l'identification des problèmes de santé mentale des employés, et la réponse efficace à ceux-ci, a émergé d'un récent groupe témoin de dirigeants d'entreprises canadiens concernant les approches optimales relatives à l'amélioration de la santé mentale au travail. Bien que les études empiriques sur l'efficacité de telles interventions organisationnelles demeurent rares, ces interventions peuvent certainement être classées comme prometteuses. Une étude récente sur les interventions de promotion de la santé non spécifiques à la santé mentale (c.-à-d. axées sur le bien-être général) a constaté que ces interventions ont d'importants effets positifs sur les symptômes de dépression et d'anxiété (Martin, Sanderson et Cocker, 2009).

- *Élargissement du rôle des collègues dans la reconnaissance de la détresse psychologique.* Les collègues peuvent être bien placés pour identifier la détresse d'une personne à un stade précoce. La mise en œuvre d'une approche de détection précoce conçue pour protéger les droits de l'employé et demeurer confidentielle faciliterait la prévention secondaire (Conference Board du Canada, 2005).
- *Outils ou formations relatifs à l'autogestion de l'humeur.* Offrir des techniques d'autogestion par le biais de manuels, de sites Web interactifs ou d'ateliers est un moyen efficace d'augmenter les capacités de gestion du stress ou les problèmes émotifs des employés. Stratégies antidépressives pour les travailleurs est un outil testé dans le contexte canadien. Il s'agit d'un manuel contenant des instructions étape par étape relatives aux techniques efficaces pour gérer l'humeur et les situations de stress au travail (Bilsker, Gilbert et Samra, 2009). Ce manuel a été distribué à de nombreux travailleurs canadiens par le biais d'un téléchargement gratuit sur Internet ou de programmes de santé des employés et un examen des interventions en milieu de travail a constaté son efficacité dans la réduction des manifestations de dépression (Couser, 2008).
- *Amélioration des connaissances sur la santé mentale.* Une forme de prévention secondaire au niveau individuel est l'amélioration des connaissances en santé mentale, par l'éducation des employés sur les problèmes de santé mentale et les options

de traitement ou de gestion. Une telle éducation peut aider à réduire la stigmatisation associée aux problèmes et troubles de santé mentale afin que les personnes soient plus susceptibles de les reconnaître chez elles et cherchent rapidement de l'aide, pour que les gestionnaires soient plus au courant des manifestations précoces des difficultés de santé mentale et pour aider les employés à trouver les programmes de soutien adéquats. Enfin, pour que les collègues aient moins tendance à stigmatiser ces personnes et soient plus disposés à les aider (Halter, 2004; Glozier, 1998).

- *Offre d'une intervention en cas d'urgence.* Cela implique une réponse rapide à la détresse aiguë liée à des événements potentiellement traumatisants dans le but d'éviter des problèmes de santé mentale plus graves. Les recherches disponibles indiquent que le milieu de travail peut être une plateforme utile pour offrir des programmes d'intervention en cas d'urgence (Everly, Sherman, Stapelton, Barnett, Hiremath et Links, 2006). On doit également noter que les formes les plus communément déployées d'intervention en cas d'urgence à la suite d'événements traumatisants, soit l'aide après un stress dû à un incident grave ou la gestion du stress à la suite d'un incident critique, demeurent controversées en ce qui a trait à leur incidence positive et au risque d'effets psychologiques négatifs imprévus (Devilly et Cotton, 2003; Devilly, Gist et Cotton, 2006).

Prévention tertiaire

Cette étape de l'intervention met l'accent sur la réduction de la détresse et de la dysfonction associées aux problèmes de santé mentale et aux troubles mentaux. Il peut s'agir de s'assurer que l'employé ait rapidement accès à un traitement approprié, de lui offrir des services de réadaptation pour réduire son déficit fonctionnel ou de mettre en œuvre des programmes de retour au travail souples pour éviter que les problèmes psychologiques ne causent une invalidité professionnelle prolongée. Une personne qui obtient un traitement adéquat, une réadaptation efficace et un soutien au retour au travail est moins susceptible de subir des effets négatifs durables et que ses problèmes de santé mentale deviennent récurrents.

Un aspect critique de la prévention tertiaire est de veiller à ce que le traitement et la réadaptation aillent au-delà du soulagement des symptômes aigus, de la restauration du

niveau de fonctionnement antérieur ou, encore, du simple retour au travail (si des congés sont requis). Il faut inclure des interventions continues pour s'assurer que la personne touchée réussisse sur les plans personnel et professionnel de façon durable. De plus, si elle fait face à des difficultés ou à la récurrence des symptômes, celle-ci doit être traitée de façon opportune et efficace. Des chercheurs du Québec ont noté l'existence de quatre étapes de l'invalidité : 1) le congé (et l'obtention d'un traitement), 2) la réintégration au travail, 3) la conservation du travail (et la prévention des rechutes) et 4) l'amélioration du travail et l'avancement professionnel (Wasiak, Young, Roessler, McPherson, Van Poppel et Anema, 2007). Malheureusement, de nombreux efforts de traitement et de réadaptation s'intéressent peu aux étapes trois et quatre, ce qui représente une lacune importante vu le risque élevé de rechute pour de nombreuses formes de maladies mentales.

Le fait que les services de traitement et de réadaptation soient mal intégrés constitue un autre problème de la prévention tertiaire (Bilsker, Gilbert, Myette et Stewart-Patterson, 2004). Le diagnostic et le traitement des symptômes sont offerts par le système de santé public, généralement par un médecin de famille qui a une compréhension et des connaissances minimales du poste et de la situation professionnelle de la personne. La réadaptation, les interventions anti-stigmatisation et la planification du retour au travail sont menées par un service interne ou externe de gestion des invalidités axé principalement sur le fonctionnement plutôt que sur les symptômes. Les employeurs s'impliquent souvent au minimum malgré leur responsabilité d'offrir des accommodements et de veiller à un retour au travail réussi. Il existe un besoin d'améliorer la communication et la collaboration entre tous les partenaires (Bilsker, Wiseman et Gilbert, 2006).

Pratiques prometteuses

- *Amélioration de l'accès aux traitements comportementaux.* Il s'agit d'une stratégie prometteuse pour améliorer le rétablissement, au niveau des symptômes et du fonctionnement, chez les travailleurs aux prises avec des troubles mentaux courants. Il est à noter que la grande majorité des travailleurs canadiens n'a pas un accès opportun à des thérapies comportementales pour des troubles de santé psychologique. Cela a été déterminé comme un problème de qualité des soins (Katon, 2003). Il serait possible d'assurer l'accès aux traitements en veillant à ce que les programmes d'aide aux employés comprennent

du personnel possédant une formation reconnue sur les interventions comportementales pour les troubles psychologiques courants ou en intégrant les thérapies comportementales à la gamme de services couverts par les régimes d'assurance complémentaire (le coût de cette mesure serait négligeable si elle s'appliquait à l'ensemble de la population active) (Center for Prevention and Health Services, 2010). Les thérapies comportementales se sont avérées efficaces sur la restauration des tâches de travail chez les personnes dépressives (Sherbourne, Wells, Duan, Miranda, Unutzer, Jaycox, Schoebaum, Meredith et Rubenstein, 2001; Mynors-Wallis, Davies, Gray, Barbour et Gath, 1997). Un chercheur a conclu que la psychothérapie cognitivo-comportementale a un effet direct sur le fonctionnement psychosocial par le biais d'un travail thérapeutique sur les aspects pertinents au fonctionnement psychosocial comme la formation d'aptitudes sociales (Hirschfeld, Dunner et Keitner, 2002, p. 131). Il est prouvé que le traitement accru de la dépression qui ne vise pas seulement les symptômes cliniques mais qui aborde également la reprise de la fonction professionnelle réduit les jours de perte de travail et s'avère rentable pour les employeurs (Schene, Koeter, Kikkert, Swinkels et McCrone, 2007; Lo Sasso, Rost et Beck, 2006).

- *Bonification du rôle des professionnels de la santé et de la sécurité au travail pour qu'il englobe la conception et la mise en œuvre de mesures visant la santé mentale des effectifs.* Certains prétendent que les professionnels de la santé et de la sécurité au travail (dans les grands organismes) sont bien placés pour mettre en œuvre des mesures en matière de dépression des employés. Ces intervenants seraient les plus qualifiés pour concevoir et faciliter l'accès à des programmes et services d'aide conviviaux, dénués d'atteintes stigmatisantes, et pour les intégrer à d'autres services tels que les programmes d'avantages sociaux, de promotion de la santé, d'aide aux employés et de ressources humaines à l'intention d'employés aux prises avec la dépression (Putnam et McKibbin, 2004, p. 122).
- *Intégration des services associés aux arrêts de travail causés par un trouble mental.* Chez les personnes en arrêt de travail en raison de troubles mentaux, la fragmentation des services entraîne le prolongement de la souffrance, l'exacerbation de l'inactivité et la dégradation fonctionnelle. Elle se traduit aussi par une augmentation des coûts pour l'employeur. Dans un effort pour remédier à cette situation, un prestataire de services de santé comportementale a élaboré une approche intégrée pour gérer toutes les incapacités psychiatriques dans une entreprise (McCulloch, Ozminkowski,

Cuffel, Dunn, Goldman, Kellher et Compatoro, 2001). Cela englobe l'identification précoce de tous les cas d'incapacité psychiatrique, une formation spécialisée en santé mentale pour les fournisseurs de régimes d'assurance-invalidité, la communication continue entre les représentants organisationnels, les pourvoyeurs de programmes d'aide aux employés et les familles, les gestionnaires des avantages sociaux et l'équipe de réadaptation et, enfin, l'évaluation, le traitement et la réadaptation offerts sans délai. Comparativement à une cohorte non aléatoire d'employés ayant un déficit de santé mentale, les pourvoyeurs et les clients ont signalé une réduction de la durée des arrêts de travail et une satisfaction plus élevée par rapport au programme.

- *Gestion accrue des mesures concernant les arrêts de travail associés aux troubles courants de santé mentale.* Cela englobe une meilleure efficacité des arrangements visant le retour au travail des personnes atteintes. Les interventions prometteuses dans ce domaine comprennent la gestion active des cas des personnes atteintes de troubles dépressifs ou anxieux et les traitements axés sur la résolution des problèmes associés aux milieux de travail (Burton et Conti, 2000). Il convient de noter que ces interventions servent à améliorer l'intégration dans les systèmes, à coordonner la réponse des pourvoyeurs de services de santé avec celle des gestionnaires de programmes d'aide aux personnes en arrêt de travail et des gestionnaires de première ligne.

Le déplacement similaire vers une réadaptation intégrée et sophistiquée a été particulièrement réussi dans le domaine des blessures physiques ou des maladies, plus précisément en ce qui a trait aux blessures au dos en milieu de travail. On s'attend à ce que les avantages de la gestion sophistiquée des troubles physiques s'étendent au domaine de la santé mentale :

Les stratégies de gestion des mesures concernant les arrêts de travail ont réussi à prévenir ou accommoder les préjudices physiques au travail. Cela n'a pas été le cas dans le domaine des problèmes de santé mentale. L'intégration des principes et stratégies de la réadaptation psychosociale et des programmes de gestion des incapacités peut aider les employeurs à contrôler les coûts associés aux problèmes de santé mentale et à protéger l'employabilité des travailleurs. [Traduction] (Olsheski, Rosenthal et Hamilton, 2002)

PROCESSUS

Ce volet du Cadre P6 vise à évaluer l'incidence des interventions et des résultats relatifs à la protection de la santé et de la sécurité psychologiques. Les résultats obtenus à cette étape servent à modifier les mesures qui ne répondent pas aux objectifs souhaités. Si nous décrivons ce volet comme un processus, c'est parce qu'il exige de réfléchir à ce qui s'est produit et aux résultats obtenus pour en tirer des enseignements à des fins de planification. Les initiatives mises en œuvre par l'employeur se prêtent à l'évaluation des processus qui porte sur les processus du changement plutôt que sur les résultats finaux. L'évaluation des processus (et l'évaluation formative qui s'en rapproche beaucoup) porte sur la mise en œuvre et les résultats à court terme des interventions dans le but d'y apporter les modifications voulues, et le cycle recommence. Il s'agit d'une démarche d'évaluation, de rétroaction et de perfectionnement continue plutôt qu'une « fiche de rendement » finale qui indique si en dernier ressort l'initiative a été un succès ou un échec (Dehar, Casswell et Duignan, 1993).

Il n'y a aucun inconvénient à l'évaluation. Si les objectifs visés ne sont pas atteints, il est intéressant d'évaluer s'ils étaient réalistes, si les mesures prises étaient adéquates et si elles ont été accomplies de la façon voulue. Si les objectifs sont atteints, le processus d'évaluation offre une occasion de célébrer puis de réfléchir aux façons d'améliorer les initiatives et de les diffuser à plus grande échelle dans l'organisation, ainsi que de préparer le terrain pour les efforts subséquents vers le changement.

Pour sa part, le volet Processus correspond aux volets Vérification et Mesures correctives de l'ISO, lequel met l'accent sur la vérification de la pertinence des nouvelles politiques ainsi que sur l'évaluation des résultats des interventions entreprises. L'évaluation des initiatives débouche sur l'élaboration d'un plan d'action traitant des difficultés inattendues éventuelles ou des lacunes particulières des initiatives (Cox, Karanika, Griffiths et Houdmont, 2007). L'approche de l'ISO à l'égard de l'amélioration continue, le cycle planifier, développer, vérifier, agir (Plan Do Study Act) est étonnamment semblable à l'évaluation formative axée sur le processus décrit ci-dessus, comportant des cycles répétés d'interventions et de rétroaction dans le cadre d'un processus d'amélioration continue. Le cycle PDVA est un modèle éprouvé permettant de favoriser le changement dans un vaste éventail de milieux organisationnels (Berwick, 1996).

Si les facteurs organisationnels en matière de santé mentale

étaient mesurés dans le volet Planification, ils seraient des cibles naturelles des mesures répétées afin de découvrir si des changements sont survenus. Par exemple, si une enquête menée dans le volet Planification découvrait un faible engagement des employés et qu'une intervention était ensuite réalisée pour mobiliser davantage les effectifs, il serait utile de répéter cette enquête et de déterminer si ce facteur particulier a entraîné un changement. De façon similaire, si une enquête concluait à l'existence de problèmes de santé mentale chez des individus, comme un niveau de dépression autodéclaré, et qu'une intervention était menée pour améliorer la résilience mentale, il serait alors logique de répéter cette enquête pour suivre l'évolution de ce facteur dans ce groupe d'employés.

Pratiques prometteuses

- *Détermination des stratégies d'évaluation dans les volets Politiques et Planification.* Les indicateurs précis à évaluer dépendent de la nature et des besoins du milieu de travail particulier. On suggère toutefois de déterminer l'incidence à l'aide de critères de qualité tels que la pertinence, l'acceptabilité, l'accessibilité, l'efficacité, le rendement et la sécurité. On suggère également d'évaluer l'incidence à l'aide de résultats à court et à long termes (Saksvik, Nytrø, Dahl-Jørgensen et Mikkelsen, 2002). Par exemple, bien que la réduction des coûts associés aux arrêts de travail grâce à la sensibilisation des employés soit un objectif souhaité, de nombreux facteurs doivent être considérés et les effets de cette mesure tardent à se faire sentir (Zechmeister, Kilian, McDaid et groupe MHEEN, 2008). À l'inverse, l'incidence de la sensibilisation sur les attitudes stigmatisantes est susceptible de se faire sentir plus rapidement (Billings, Cook, Hendrickson et Dove, 2008; Kitchener et Jorm, 2004).
- *Évaluation de la mise en œuvre.* Il est important d'évaluer le processus de mise en œuvre, la façon dont l'intervention a été menée et les résultats de l'intervention. Bien que cela semble évident, de nombreux plans d'intervention empiriques bien intentionnés n'ont jamais été mis en œuvre ou l'ont mal été (Randall, Griffiths et Cox, 2005). Cela peut survenir lorsque le personnel responsable de la mise en œuvre ne reçoit pas de formation adéquate sur l'intervention, n'a pas l'autorité, le temps ou le soutien nécessaires pour l'entreprendre ou ne reçoit pas de rétroaction utile fondée sur l'évaluation de l'efficacité de ses efforts (Murta, Sanderson et Oldenburg, 2007). Un questionnaire pour les employés (l'évaluation

du processus de mise en œuvre de l'intervention) a été élaboré de façon scientifique pour déterminer les problèmes de mise en œuvre qui peuvent avoir entraîné des résultats décevants (Randall, Nielsen et Tvedt, 2009).

- *Évaluation des résultats de groupes d'employés présentant un risque élevé de problèmes psychologiques.* Les interventions peuvent ne pas montrer une grande incidence sur l'ensemble des employés, mais plutôt sur des groupes particuliers d'employés à risque élevé. L'utilisation intelligente de données de référence sur le dépistage permet l'identification de groupes particuliers d'employés susceptibles de bénéficier d'interventions telles que la formation sur la gestion du stress, le développement de la résilience, l'engagement accru des employés, les programmes d'autosoins psychologiques, etc. Les groupes d'employés à risque élevé qui doivent faire l'objet d'une attention particulière peuvent être ceux sujets à des niveaux élevés de stress interpersonnel au travail, qui peuvent être des hommes ou des femmes selon le type de facteur de risque, des jeunes ou des moins jeunes, etc.
- *Mesure des résultats à court terme (proximaux).* Des jours, des mois ou même des années peuvent s'écouler avant que des changements se constatent dans la santé psychologique d'une organisation. Ces changements définitifs sont nommés changements distaux et il peut s'écouler trop de temps avant qu'ils ne se produisent pour qu'ils puissent fournir en temps voulu l'information pertinente sur l'efficacité des interventions qui est nécessaire à des fins de planification. Il est donc utile de tenir compte des résultats proximaux, c'est-à-dire des aspects de l'organisation qui sont susceptibles de changer si l'intervention commence à porter fruit. Les résultats proximaux peuvent comprendre le nombre d'employés s'étant portés volontaires pour participer à un atelier sur la résilience (ce qui montrerait qu'ils considèrent l'intervention comme étant pertinente et utile), la cote de satisfaction des employés ayant participé à un atelier ou à une autre intervention, le niveau de stress ou d'humeur autodéclaré par les employés quelques mois après avoir participé à une intervention, etc.
- Utilisation de l'outil d'évaluation stratégique de l'Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario. Il s'agit d'un tableau récapitulatif des Facteurs dont il faut tenir compte pour décider du type d'évaluation. Ce tableau fait partie d'un guide de promotion de la santé mentale au travail accessible au <http://wmhp.cmhaontario.ca/wordpress/wp-content/uploads/2010/03/WMHP-Guide-Final1.pdf>

PERSISTANCE

Ce volet implique la communication et le maintien de mesures éprouvées pour protéger la santé et la sécurité psychologiques dans une organisation. La persistance exige la mise en œuvre de stratégies visant à célébrer et maintenir les mesures efficaces au fil du temps. Il équivaut au volet Vérification de l'ISO et il met l'accent sur le rôle de la gestion et du leadership organisationnel dans la recherche de l'amélioration continue en utilisant des résultats antérieurs pour changer les politiques et programmes organisationnels de façon durable. L'objectif est d'intégrer un cycle d'amélioration continue qui assurera la durabilité de l'initiative de promotion de la santé psychologique et qui sera adapté à l'évolution de la conjoncture.

Si un changement organisationnel positif doit être apporté, il est essentiel que les employeurs et les employés impliqués dans les efforts de changement soient disposés à verbaliser, tester et réviser constamment leurs théories préconisées et à tirer des leçons des interventions qui n'ont pas atteint les résultats escomptés, facilitant ainsi l'adaptation de l'organisation aux défis à venir. [Traduction] (Nytro, Saksvik, Mikkelsen, Bohle et Quinlan, 2000, p. 223)

Même lorsque des interventions dans le milieu de travail ont permis d'atteindre des objectifs, la façon de faire en sorte que ces bons résultats se maintiennent n'est pas évidente. Il n'est pas rare que des projets efficaces deviennent des démonstrations uniques, qu'ils ne réussissent pas à faire partie intégrante des activités courantes d'une entreprise (Franche, Cullen, Clarke, Irvin, Sinclair et Frank, 2005). Un changement de direction, de priorités ou de situation financière peut entraîner la suspension d'une intervention réussie. Les résultats doivent être bien documentés, communiqués de façon efficace aux preneurs de décision clés et appuyés par des acteurs influents de la hiérarchie organisationnelle. Le changement est susceptible d'être durable s'il est intégré à la culture organisationnelle et est largement appuyé dans tous les échelons. La création d'un plan de durabilité en conjonction avec l'élaboration et la mise en œuvre d'une intervention augmenteront la probabilité de sa durabilité

Pratiques prometteuses

- Utilisation du cadre maximisant les effets durables de la promotion de la santé élaboré par le Centre for Health Promotion de l'Université de Toronto (Health Communication Unit, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto et l'Association canadienne pour la santé mentale, 2001). Ce cadre est fondé sur les principes selon lesquels 1) les programmes conçus pour améliorer la santé en milieu de travail doivent être appuyés par une personne de l'organisation qui assume la responsabilité d'intégrer ces programmes dans

les fonctions organisationnelles habituelles, 2) des partenariats doivent être établis afin que plusieurs dirigeants ou services collaborent au maintien des programmes, 3) la planification et la mise en œuvre devraient veiller à ce que les programmes soient cohérents avec les valeurs, objectifs et activités organisationnels, 4) on doit veiller à la continuité du personnel, de la mise en œuvre initiale à la phase de durabilité, peut-être grâce à la formation du personnel ou sur une base de consultation et 5) les programmes doivent être évalués continuellement, puisque leurs objectifs peuvent être établis à long terme et que de nouvelles barrières à l'efficacité des programmes peuvent devoir être abordées au fil du temps.

- Utilisation des Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale élaborées par le Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West. Elles proposent divers outils sophistiqués visant la mise en œuvre et la durabilité des changements positifs (Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West, 2005-2011). Du point de vue du soutien des initiatives de santé mentale au travail, ces stratégies facilitent la promotion des avantages de la protection de la santé et de la sécurité psychologiques, renforcent le message que la protection de la santé psychologique devient une pratique normale chez les employeurs canadiens et montrent la façon de les soutenir dans le cadre des politiques et des activités organisationnelles.

CONCLUSIONS

Le Cadre P6 pour l'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques a une fonction suggestive plutôt que normative. Il encourage plutôt qu'il interdit. Les organisations, grandes et petites, publiques ou privées, doivent faire preuve de souplesse dans l'application du cadre. On les encourage à utiliser et à adapter les résultats de recherche pertinents et les pratiques prometteuses d'autres contextes si elles le jugent opportun et d'être créatives et novatrices dans la détermination de plans d'action lorsque de tels renseignements n'existent pas. Ces efforts sont plus susceptibles de réussir s'ils sont collaboratifs et qu'ils impliquent activement des partenaires de toute l'organisation. Il existe de nombreuses excellentes ressources canadiennes qui offrent des renseignements, des outils et des programmes à jour et pratiques que les employeurs peuvent utiliser à chacune des étapes.

La plupart des recherches, politiques et pratiques relatives à la santé mentale au travail ont mis l'accent sur l'identification et l'amélioration des aspects potentiellement négatifs ou nocifs du travail. Peu d'attention a été portée aux aspects positifs du travail, malgré le fait que la majorité des Canadiens actifs trouvent que leur travail est une source d'identité, de définition de soi et d'accomplissement, ainsi que de soutien, de structure et de revenu. Cette incidence positive du travail est également vraie pour les personnes ayant un problème de santé mentale. De nombreux psychologues en milieu de travail reconnus recommandent de porter une attention accrue à l'augmentation des forces contradictoires dans les organisations, soit des programmes, politiques et pratiques axées sur l'augmentation des caractéristiques positives du travail plutôt que sur la diminution des aspects négatifs (Kelloway, Teed et Kelley, 2008). Une telle approche est cohérente avec les valeurs associées à la promotion de la santé mentale ainsi que le mouvement de la psychologie positive émergeant. On encourage les employeurs, les chercheurs et les responsables des orientations politiques à prendre en considération les initiatives qui développent des attributs tels que la résilience, l'optimisme, l'engagement et la connaissance de ses propres capacités aux niveaux de la personne et de l'organisation.

L'amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques au travail exige un processus d'amélioration continue. Il s'agit d'un cheminement plutôt que d'une destination. Les résultats seront inestimables pour les employeurs et les employés canadiens.

Aldana, S. G., & Pronk, N. P. (2001). Health promotion programs, modifiable health risks, and employee absenteeism. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 43(1), 36-46.

American Psychological Association. (2010). Five organizations receive APA's Psychologically Healthy Workplace Award, ten honored for best practices. Retrieved from <http://www.apa.org/news/press/releases/2010/03/workplace-awards.aspx>

Anderson, B. K., & Larimer, M. E. (2002). Problem drinking and the workplace: An individualized approach to prevention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(3), 243-251.

Arthur, A. R. (2005). When stress is mental illness: A study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counselling schemes. *Stress and Health*, 21(4), 273-280.

Bergerman, L., Corabian, P., & Harstall, C. (2009). Effectiveness of organizational interventions for the prevention of workplace stress. Institute of Health Economics, and Alberta Health Services: Calgary. Retrieved from http://www.ihe.ca/documents/Interventions_for_prevention_of_workplace_stress.pdf

Berndt, E. R., Bailit, H. L., Keller, M. B., Verner, J. C., & Finkelstein, S. N. (2000). Health care use and at-work productivity among employees with mental disorders. *Health Affairs*, 19(4), 244-256.

Berwick, D. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*, 312, 619.

Billings, D. W., Cook, R. F., Hendrickson, A., & Dove, D. C. (2008). A web-based approach to managing stress and mood disorders in the workforce. *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 50(8), 960-968.

Bilsker, D., Gilbert, M., Myette, L., & Stewart-Patterson, C. (2004). Depression and work function: Bridging the gap between mental health care and the workplace. Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction, Simon Fraser University, Vancouver, Canada. Retrieved from www.comh.ca/publications/resources/dwf/Work_Depression.pdf

Bilsker, D., Gilbert, M., & Samra, J. (2009). Antidepressant Skills @ Work. Retrieved from www.camh.ca/selfcare/

Bilsker, D., Goldner, E. M. et Jones, W. (2007). Health service patterns indicate potential benefit of supported self-management for depression in primary care. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 52, 86-95.

Bilsker, D., Wiseman, S. et Gilbert, M. (2006). Managing depression-related occupational disability: A pragmatic approach. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 76-82.

Blum, T. C., & Roman, P. M. (2002). The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Research & Health*, 26(1), 49-58.

Briand, C., Durand, M., St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 444-457.

Brohan, E., & Thornicroft, G. (2010). Stigma and discrimination of mental health problems: Workplace implications. *Occupational Medicine*, 60, 414-420.

Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 1-17.

Burton, W. N., & Conti, D. J. (2000). Disability management: Corporate medical department management of employee health and productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(10), 1006-1012.

Center for Prevention and Health Services. (2010). An employer's guide to behavioral health services. Retrieved from http://www.businessgrouphealth.org/pdfs/fullreport_behavioralhealthservices.pdf

Chan, K. K., Neighbors, C., & Marlatt, G. A. (2004). Treating addictive behaviors in the employee assistance program: Implications for brief interventions. *Addictive Behaviors*, 29, 1883-1887.

Chu, C., Driscoll, T., & Dwyer, S. (1997). The health-promoting workplace: An integrative perspective. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21, 377-385.

Le Conference Board du Canada (2005). Ce que vous devez savoir sur la santé mentale : Un outil pour les gestionnaires. Provenant de <http://www.virtualwellness.ualberta.ca/docs/VW/MentalIllness/WhatYouNeedToKnowAboutMentalHealth.pdf>

Consortium for Organizational Mental Health. (2009-2010). Guarding Minds @ Work. Retrieved from www.guardingmindsatwork.ca

Cooper, C. L., Sadri, G., Allison, T., & Reynolds, P. (1990). Stress counselling in the Post Office. *Counselling Psychology Quarterly*, 3, 3-11.

Corbière, M., Shen, J., Rouleau, M., & Dewa, C. S. (2009). A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33(1), 81-116.

Couser, G. P. (2008). Challenges and opportunities for preventing depression in the workplace: A review of the evidence supporting workplace factors and interventions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 411-427.

Cox, T., Karanika, M., Griffiths, A., & Houdmont, J. (2007). Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods. *Work and Stress*, 21(4), 348-362.

Cunningham, C. E., Woodward, C. A., Shannon, H. S., MacIntosh, J., Lendrum, B., Rosenbloom, D., & Brown, J. (2002). Readiness for organizational change: A longitudinal study of workplace, psychological and behavioural correlates. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, 377-392.

Dainas, C., & Beien, L. (2003). Targeting depression: An employer's approach. *Business and Health Archive*, May 15.

Dehar, M-A., Casswell, S., & Duignan, P. (1993). Formative and process evaluation of health promotion and disease prevention programs. *Evaluation Review*, 17, 204-220.

Department of Health. (2006). Action on stigma: Promoting mental health, ending discrimination at work. Retrieved from: www.shift.org.uk

Devilly, G. J., & Cotton, P. (2003). Psychological debriefing and the workplace: Defining a concept, controversies and guidelines for intervention. *Australian Psychologist*, 38(2), 144-150.

Devilly, G. J., Gist, R., & Cotton, P. (2006). Ready! fire! aim! the status of psychological debriefing and therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Review of General Psychology*, 10(4), 318-345.

Dewa, C., & Goering, P. (2000). Bridging academia and business: Exploring the workplace burden of mental illness. *TEN*, 2(6), 47-49.

Dowrick, C., & Buchan, I. (1995). Twelve-month outcome of depression in general practice: does detection or disclosure make a difference? *British Medical Journal*, 311, 1274-1276.

Dunnagan, T., Peterson, M., & Haynes, G. (2001). Mental health issues in the workplace: A case for a new managerial approach. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(12), 1073-1080.

Durand, M. J., Loisel, P., Charpentier, N., Labelle, J. et Hong, Q. N. (2004). Le programme de retour thérapeutique au travail (RTT). Un programme de réadaptation au travail basé sur les données probantes: Centre de recherché clinique en réadaptation au travail PREVICAP de l'Hôpital Charles LeMoyné.

Durand, M., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21(3), 233-242.

Edwards, J. A., Webster, S., Van Laar, D., & Easton, S. (2008). Psychometric analysis of the UK Health and Safety Executive's Management Standards Work-related Stress Indicator Tool. *Work and Stress*, 22(2), 96-107.

Egan, M., Bamba, C., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganization. 1. A systematic review of organizational level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 945-954.

Einarson, S., Hoel, H., & Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23, 24-44.

Ely, R. J., & Thomas, D. A. (2001). Cultural diversity at work: The effects of diversity perspectives on work group processes and outcomes. *Administrative Science Quarterly*, 46, 229-273.

Estes, B., & Wang, J. (2008). Integrative literature review: Workplace incivility: Impacts on individual and organizational performance. *Human Resource Development Review*, 7, 218-240.

Everly, G. S., Jr., Sherman, M. F., Stapelton, A., Barnett, D. J., Hiremath, G. S., & Links, J. M. (2006). Workplace crisis intervention: A systematic review of effect sizes. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21(3), 153-170.

Field, K., Highet, N., & Robinson, E. (2002). beyond blue – the National Depression Initiative: preventing depression in the workplace. In M. L. V. I. W. E (Ed.), *Mental health and work – Issues and perspectives*. Adelaide: Auseinet: The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. Retrieved from http://www.beyondblue.org.au/index.aspx?link_id=4.1028

Franché, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631.

Fuller, B. E., Rieckmann, T., Nunes, E. V., Miller, M., Arfken, C., Edmundson, E., & McCarty, D. (2007). Organizational readiness for change and opinions toward treatment innovations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(2), 183-192.

Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: Systematic review. *British Medical Journal*, 322, 406-409.

Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health (2002). 12-step business plan and action toolbar to combat mental health disorders at work. Retrieved from http://www.mentalhealthroundtable.ca/round_pdfs/12%20Step%20Plan%20Tool%20Bar.doc.pdf

Glozier, N. (1998). Workplace effects of the stigmatization of depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 793-800.

Goetzl, R., Ozminkowski, R., Bowen, J., & Tabrizi, M. (2008). Employer integration of healthy promotion and health protection programs. *International Journal of Health Management*, 1(2), 109 – 122.

Goldberg, R. J., & Steury, S. (2001). Depression in the workplace: Costs and barriers to treatment. *Psychiatric Services*, 52, 1639-1643.

La Grande : Centre pour la santé mentale en milieu de travail. (2005-2011). *Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale*. Provenant de <http://www.gwlcentreformentalhealth.com/>

Green, C. A., & Pope, C. R. (2000). Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 15, 29-34.

Grove, B. (2006). Common mental health problems in the workplace: how can occupational physicians help? *Occupational Medicine*, 56, 291-293.

Grzywacz, J. G., & Ettner, S. L. (2000). Lost time on the job: The effect of depression versus physical health conditions. *TEN*, 2(6): 41-46.

Halter, M. J. (2004). The stigma of seeking care and depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 178-184.

Health Communication Unit, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto & the Canadian Mental Health Association, Ontario. (2001). Overview of sustainability. Retrieved from http://www.thcu.ca/resource_db/pubs/698133998.pdf

Health & Safety Executive. How to tackle work-related stress: A guide for employers on making the management standards work (2009). Retrieved from <http://www.hse.gov.uk/pubns/indg430.pdf>

Health & Safety Executive. What are the Management Standards? Retrieved May, 2011 from www.hse.gov.uk/stress/standards/

Heaney, C. A., Price, R. H., & Refferty, J. (1995). Increasing coping resources at work: A field experiment to increase social support, improve workteam functioning, and enhance employee mental health. *Journal of Organizational Behaviour*, 16, 211- 215.

Hermansson, U., Helander, A., Huss, A., Brandt, L., & Ronnberg, S. (2000). The alcohol use disorders identification test (AUDIT) and carbohydrate-deficient transferrin (CDT) in a routine workplace health examination. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 24(2), 180-187.

Hirschfeld, R. M., Dunner, D. L., & Keitner, G. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazadone, psychotherapy, and their combination. *Biological Psychiatry*, 58(7), 123-133.

Hoyle, D. (2006). *ISO 9000 quality systems handbook* (Fifth edition). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.
Hoyle, D. (2009). *ISO 9000 quality systems handbook* (Sixth Edition). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.

Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (2 octobre 2010) Provenant de www.hrsdc.gc.ca

Hurrell, J. J., Jr., & Murphy, L. R. (1996). Occupational stress interventions. *American Journal of Industrial Medicine*, 29, 338-341.

Industrie Canada. Principales statistiques relatives aux petites entreprises, juillet 2008. Provenant de <http://www.ic.gc.ca/eic/site/sbrp-pppe.nsf/eng/rd02300.html#table1>

Jane-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: A review. *Promotion & Education*, Supplement 2, 9-25.

Johansson, N. (1991). Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students. *Journal of American College Health*, 40(3), 125-129.

Kagan, N. I., Kagan, H., & Watson, M. G. (1995). Stress reduction in the workplace: the effectiveness of psychoeducational programs. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 71-78.

Kates, N., Craven, M. A., Crustolo, A. M., Nikolaou, L., Allen, C., & Farrar, S. (1997). Sharing care: The psychiatrist in the family physician's office. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 960-965.

Katon, W. (2003). The Institute of Medicine "Chasm" report: Implications for depression collaborative care models. *General Hospital Psychiatry*, 25, 222-229.

Katon, W., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., Bush, T., Ludman, E., & Walker, E. (2002). Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 17(10), 741-748.

Kawakami, N., Araki, S., Kawashima, M., Masumoto, T., & Hayashi, T. (1997). Effects of work-related stress reduction on depressive symptoms among Japanese blue-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23(1), 54-59.

Kawakami, N., Kobayashi, Y., Takao, S., & Tsutsumi, A. (2005). Effects of web-based supervisor training on supervisor support and psychological distress among workers: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 41(2), 471-478.

Kelloway, K., Teed, M., & Kelley, E. (2008). The psychosocial environment: Towards an agenda for research. *International Journal of Workplace Health Management*, 1(1), 50-64.

Kerr, R., McHugh, M., & McRory, M. (2009). HSE Management Standards and stress-related work outcomes. *Occupational Medicine*, 59(8), 574-579.

Kessler, R. C., Barber, C., Birnbaum, H. G., Frank, R. G., Greenberg, P. E., Rose, R. M., Simon, G. E., & Wang, P. (1999). Depression in the workplace: Effects on short-term disability. *Health Affairs*, 18(5), 163-171.

Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M., & Wang, P. S. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(3), 218-225.

Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2004). Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial (ISRCTN13249129). *BMC Psychiatry*, 4, 23.
Komisin, L. et Placone, R. (2003). Building a respectful workplace. *CUPA-HR Journal*, été 2003, 54(2).

Kuoppala, J. L., Anne, H., & Paivi, M. S. (2008). Work health promotion, job well-being, and sickness absences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50(11), 1216-1227.

LaMontagne, A. D., Keegel, T., & Vallance, D. (2007). Protecting and promoting mental health in the workplace: Developing a systems approach to job stress. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 18(3), 221-228.

Leka, S., & Cox, T. (Ed). (2008). *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF, 2008*. Institute of Work, Health and Organizations, Nottingham, UK. Retrieved from <http://prima-ef.org/Documents/O3.pdf>

Lim, K-L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 1-7.

Lin E. H., Von Korff, M., Russo, J., Katon, W., Simon, G. E., Unutzer, J., Bush, T., Walker, E., & Ludman, E. (2000). Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach. *Archives of Family Medicine*, 9, 1052-1058.

Lo Sasso, A. T., Rost, K., & Beck, A. (2006). Modeling the impact of enhanced depression treatment on workplace functioning and costs: A cost-benefit approach. *Medical Care*, 44(4), 352-358.

Loretto, W., Popham, F., Platt, S., Pavis, S., Hardy, G., MacLeod, L., & Gibbs, J. (2005). Assessing psychological well-being: A holistic investigation of NHS employees. *International Review of Psychiatry*, 17(5), 329-336.

Mackay, C. J., Cousins, R., Kelly, P. J., Lee, S., & McCaig, R. H. (2004). 'Management Standards' and work-related stress in the UK: Policy Background and science. *Work & Stress*, 18, 91-112.

Martin, A., Sanderson, K., & Cocker, F. (2009). Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35, 7-18.

Martin, A., Sanderson, K., Scott, J., & Brough, P. (2009). Promoting mental health in small-medium enterprises: An evaluation of the "Business in Mind" program. *BMC Public Health*, p 239.

Martin, R. (1998). ISO 14001 Guidance Manual, National Centre for environmental decision-making research: Technical report. Retrieved from http://www.usistf.org/download/ISMS_Downloads/ISO14001.pdf
Matano, R. A., Koopman, C., & Wanat, S. F. (2007). A pilot study of an interactive web site in the workplace for reducing alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(1),71-80.

McCulloch, J. M., Ozminkowski, R. J., Cuffel, B., Dunn, R. L., Goldman, W., Kellher, D., & Comporato, A. (2001). Analysis of a managed psychiatric disability program. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(2), 101-109.

Millea, P., Liossis, P., Shochet, I. M., Biggs, H., & Donald, M. (2008). Being on PAR: Outcomes of a pilot trial to improve mental health and wellbeing in the workplace with the promoting adult resilience (PAR) program. *Behaviour Change*, 25(4), 215-228.

Mimura, C., & Griffiths, P. (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: An evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 10-15.

Mino, Y., Babazono, A., Tsuda, T., & Yasuda, N. (2006). Can Stress Management at the Workplace Prevent Depression? a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(3), 177-182.

Morrison, D. L., & Payne, R. L. (2003). Multilevel approaches to stress management. *Australian Psychologist*, 38(2), 128-137.

Munz, D. C., Kohler, J. M., & Greenberg, C. I. (2001). Effectiveness of a Comprehensive Worksite Stress Management Program: Combining Organizational and Individual Interventions. *International Journal of Stress Management*, 8, 49-62.

Murta, S. G., Sanderson, K., & Oldenburg, B. (2007). Process evaluation in occupational stress management programs: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 21(4), 248-54.

Myette, T. L. (2008). Integrated management of depression: Improving system quality and creating effective interfaces. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 482-491.

Mynors-Wallis, L., Davies, I., Gray, A., Barbour, F., & Gath, D. (1997). A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 170, 113-119.

National Institute for Clinical Excellence. (2009). Promoting mental well-being through productive and healthy working conditions: Guidance for Employers. Retrieved from <http://www.mindfulemployer.net/NICE%20Guidance%20-%20promoting%20mental%20wellbeing%20-%20guidance%20for%20employers.pdf>

Nytrø, K., Saksvik, P. Ø., Mikkelsen, A., Bohle, P., & Quinlan, M. (2000). An appraisal of key factors in the implementation of occupational stress interventions. *Work & Stress*, 14, 213-225.

Olsheski, J. A., Rosenthal, D. A., & Hamilton, M. (2002). Disability management and psychosocial rehabilitation: Considerations for integration. *Work*, 19(1), 63-70.

Osilla, K. C., Zellmer, S. P., Larimer, M. E., Neighbors, C., & Marlatt, G. A. (2008). A brief intervention for at-risk drinking in an employee assistance program. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(1), 14-20.

Patterson, C. R., Bennett, J. B., & Wiitala, W. L. (2005). Healthy and unhealthy stress unwinding: Promoting health in small businesses. *Journal of Business and Psychology*, 20(2), 221-247.

PRIMA: Psychosocial Risk Management, Excellence framework. Retrieved from www.prima-ef.org

PRIMA Psychosocial Risk Management, Excellence framework: Inventory of best practice. Retrieved from www.prima-ef.org/inventory.aspx

PRIMA: Psychosocial Risk Management, Excellence framework: PRIMA-EF guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management – A resource for employers and worker representatives. Retrieved from <http://prima-ef.org/guide.aspx>

PRIMA Psychosocial Risk Management, Excellence framework: Psychosocial risk management – Vocational education and training (PRIMAeT). Retrieved from www.prima-ef.org/primaet.aspx

Putnam, K., & McKibbin, L. (2004). Managing workplace depression: An untapped opportunity for occupational health professionals. *AAOHN Journal: Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 52(3), 122-129.

Rahe, R. H., Taylor, C. B., Tolles, R. L., Newhall, L. M., Veach, T. L., & Bryson, S. (2002). A novel stress and coping workplace program reduces illness and healthcare utilization. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 278-286.

Randall, R., Griffiths, A., & Cox, T. (2005). Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(1), 23-41.

Randall, R., Nielsen, K., & Tvedt, S. D. (2009). The development of five scales to measure employees' appraisals of organizational-level stress management interventions. *Work & Stress*, 23(1), 1-23.

Reynolds, S. (1997). Psychological well-being at work: is prevention better than cure? *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 93-102.

Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69-93.

Richmond, R., Kehoe, L., Heather, N., & Wodak, A. (2000). Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: The workscreen project. *Preventive Medicine*, 30(1), 51-63.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
Saksvik, P. Ø., Nytrø, K., Dahl-Jørgensen, C., & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 16(1), 37-57.

Sairanen, S., Matzanke, D., & Smeall, D. (2011) The Business Case: Collaborating to help employees maintain their mental well-being. *Healthcare Papers*, 11, 78-84.

Sanderson, K., Tilse, E., Nicholson, J., Oldenburg, B., & Graves, N. (2007). Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 65-74.

Schene, A. H., Koeter, M. W., Kikkert, M. J., Swinkels, J. A., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: Randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37(3), 351-362.
Shain, M. (2004). The duty to prevent emotional harm at work: Arguments from science and law, Implications for policy and practice. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 24(4), 305-315.

Shain, M. [2009]. Le stress au travail et les dommages psychologiques dans le contexte juridique canadien : Un document de travail à l'intention de la Commission de la santé mentale du Canada. Provenant de www.mentalhealthcommission.ca

Sheldon, C. (1997). *ISO 14001 and Beyond: Environmental Management Systems in the Real World*, New York, NY: Prentice Hall.

Sherbourne, C. D., Wells, K. B., Duan, N., Miranda, J., Unutzer, J., Jaycox, L., Schoebaum, M., Meredith, L. S., & Rubenstein, L. V. (2001). Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 696-703.

Simon, G. E., Barber, C., Birnbaum, H. G., Frank, R. G., Greenberg, P. E., Rose, R. M., Wang, P. S., & Kessler, R.C. (2001). Depression and work productivity: The comparative costs of treatment versus nontreatment. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 43(1), 2-9.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S. et Khan, M. [2011] Liste et incidence économique des maladies mentales principales au Canada : 2011 à 2041. RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada.

Spicer, R. S., & Miller, T. R. (2005). Impact of a workplace peer-focused substance abuse prevention and early intervention program. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 29(4), 609-611.

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health: A meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(6), 443-462.

Stein, F. (2001). Occupational stress, relaxation therapies, exercise and biofeedback. *Work*, 17(3), 235-245.
Stevens, F. G., Plaut, V. C. & Sanchez-Burks, J. (2008). Unlocking the benefits of diversity: All-inclusive multiculturalism and positive organizational change. *Journal of Applied Behavioral Science*, 44, 116-133.

Tabanelli, M. C., Depolo, M., Cooke, R. M. T., Sarchielli, G., Bonfiglioli, R., Mattioli, S., & Violante, F. S. (2008). Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 1-12.

Taris, T. W., & Schreurs, P. J. G. (2009). Well-being and organizational performance: An organizational-level test of the happy-productive worker hypothesis. *Work & Stress*, 23(2), 120-136.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. [2006]. De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale, et la toxicomanie au Canada. Provenant de www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/rep02may06-e.htm

Van der Hek, H., & Plomp, H. N. (1997). Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine*, 47, 133-141.

Wang, P. S., Simon, G. E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E. J., McCulloch, J., & Petukhova, M. Z. (2007). Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 298(12), 1401-1411.

Wang, P. S., Simon, G. E., & Kessler, R. C. (2008). Making the business case for enhanced depression care: The National Institute of Mental Health-Harvard Work Outcomes Research and Cost-Effectiveness Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 468-475.

Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Van Poppel, M., & Anema, J. R. (2007). Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(4), 766-781.

Organisation mondiale de la Santé. [2005]. Mental health policies and programmes in the workplace: Mental health policy and service guidance package. Provenant de http://www.who.int/mental_health/policy/services/13_policies%20programs%20in%20workplace_WEB_07.pdf

Organisation mondiale de la Santé. [2010]. WHO healthy workplace, framework and model, background and supporting literature and practices. Provenant de http://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model.pdf

Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D., & MHEEN group. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 8(1), 20.