



L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux

**RAPPORT ET RECOMMANDATIONS
DU GROUPE DE TRAVAIL**

L'invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux

RAPPORT ET RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Direction générale du personnel réseau et ministériel
Juillet 2005

AVIS

**Le présent rapport ne constitue pas les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.
Il représente l'opinion des membres du groupe de travail sur l'invalidité pour cause de troubles
mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux.
Son contenu n'engage que ses auteurs.**

Produit par la **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Ce document est disponible en version électronique sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005

ISBN 2-550-45161-9 (version imprimée)
ISBN 2-550-45162-7 (PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Groupe de travail.....	4
▪ <i>Composition du groupe de travail</i>	4
▪ <i>Mandat du groupe de travail</i>	5
▪ <i>Déroulement des travaux</i>	5
Introduction.....	7
▪ <i>Comité provincial d'assurance salaire</i>	8
▪ <i>Plan d'action ministériel à l'égard de la présence au travail</i>	8
Discussion.....	11
▪ <i>Réflexions préliminaires</i>	11
▪ <i>Réflexions du groupe de travail à la suite du dépôt des mémoires</i>	12
▪ <i>Évaluation générale de la situation</i>	13
Sommaire des recommandations	20
▪ <i>Le régime d'assurance salaire en cas de maladie</i>	20
▪ <i>Les causes de l'invalidité</i>	21
▪ <i>L'accessibilité aux soins et le retour au travail</i>	22
Conclusion	27
Annexes	
1 Résumé du mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses Québec	29
2 Résumé du mémoire de la Centrale des syndicats du Québec.....	32
3 Résumé du mémoire de l'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec	36
4 Résumé du mémoire de la Centrale des syndicats démocratiques.....	38
5 Résumé du mémoire du Centre local des services communautaires Côte-des-Neiges (groupe de médecins)	40
6 Résumé du mémoire des associations d'établissements publics et privés du réseau de la santé et des services sociaux	43
Bibliographie.....	47

Groupe de travail

À LA FIN de l'année 2002, le Ministère a entrepris des démarches auprès des organismes professionnels représentatifs afin d'obtenir leur participation à un groupe de travail devant se pencher sur les difficultés qui se rapportent aux réclamations d'assurance salaire liées à des problèmes de santé mentale. Les travaux du comité devraient permettre de jeter un éclairage nouveau sur la question et de suggérer des solutions pouvant conduire, entre autres, à la diminution du temps d'absence pour problème de santé mentale des employés du réseau et, par ricochet, si cela s'avérait approprié, de la population québécoise.

■ COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail se compose de six membres, dont les noms sont donnés en ordre alphabétique.

M^{me} Rose-Marie Charest, psychologue
Présidente
Ordre des psychologues du Québec

D^r Jean-Marie Gingras, conseiller médical
Programme Santé et sécurité du travail – Réseau
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Carmel Laflamme, coordonnatrice
Programme Santé et sécurité du travail – Réseau
Ministère de la Santé et des Services sociaux

D^r Joseph-André Luyet, médecin psychiatre
Directeur adjoint à la Direction des études médicales
Collège des médecins du Québec

D^r Pierre Raîche, omnipraticien
Directeur de la formation professionnelle
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

D^r Pierre-Paul Yale, médecin psychiatre
Vice-président
Association des médecins psychiatres du Québec

■ MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Dans le cadre du *Plan d'action ministériel à l'égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004*, le groupe de travail a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour recueillir, auprès des administrateurs des régimes d'assurance invalidité ainsi que des représentants du personnel, des renseignements sur les difficultés entourant les réclamations d'assurance salaire liées à des problèmes de santé mentale et en dégager des pistes de solution, particulièrement en ce qui a trait aux diagnostics, aux traitements et à la durée des périodes d'invalidité.

■ DÉROULEMENT DES TRAVAUX

En plus de tenir ses réunions habituelles, le groupe de travail a entendu les représentants des employés et des employeurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Au cours de l'année 2003, le groupe de travail demandait aux associations syndicales, à un groupe de médecins de première ligne ainsi qu'aux associations d'établissements publics et privés du réseau de la santé et des services sociaux de lui présenter un mémoire sur les aspects précis avec l'objectif de rechercher des solutions aux problèmes liés à la santé mentale qui se posaient au personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

Puisque les associations syndicales ont fréquemment l'occasion d'accompagner leurs membres dans le processus de réclamation d'assurance salaire en cas de maladie, le groupe de travail leur a manifesté son désir d'entendre à la fois leurs opinions sur les difficultés rencontrées par leurs membres quant aux diagnostics concernant des problèmes de santé mentale, aux traitements de ces différentes affections et à l'incapacité qu'entraînent ces maladies ainsi que les solutions qu'elles proposent pour résoudre ces difficultés.

La majorité des mouvements syndicaux a répondu positivement à l'appel du groupe de travail. Cependant, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec a décliné l'invitation par manque de temps pour préparer un mémoire approprié et la Centrale des syndicats nationaux a refusé toute participation, alléguant le contexte politique au regard des récentes lois adoptées par le gouvernement en décembre 2003.

Pour ce qui est des médecins de première ligne, le groupe de travail a choisi des omnipraticiens travaillant au Centre local de services communautaires Côte-des-Neiges parce qu'ils ont formé un groupe de médecine familiale (GMF) et qu'ils pratiquent dans un milieu urbain multiculturel. Le groupe de travail voulait connaître les difficultés que ces médecins doivent affronter relativement aux diagnostics à poser en santé mentale, aux choix des traitements et aux périodes d'invalidité à octroyer et, d'autre part, les solutions qu'ils envisagent.

Quant aux associations d'employeurs, qui ont à gérer le régime d'assurance salaire en cas de maladie, le groupe de travail leur a demandé de lui faire connaître leurs idées sur les difficultés qu'ils éprouvent au regard de la gestion des réclamations relatives à des problèmes de santé mentale particulièrement et leurs propositions de solutions à ces difficultés.

Le 14 janvier 2004, les représentants des employés et des employeurs ont déposé leur mémoire et présenté leur position au groupe de travail.

Le groupe de travail, après avoir délibéré sur le contenu des mémoires, a rédigé le présent rapport et formulé les recommandations qu'il contient.

Introduction

LES absences pour troubles mentaux représenteraient plus de 40 % des réclamations se rapportant à l'assurance salaire en cas de maladie, en faisant alors l'une des premières causes de réclamation. Ces absences entraînent une perte temporaire importante de main-d'œuvre qualifiée et expérimentée dans un contexte de rareté des ressources.

Le taux de croissance des réclamations liées aux troubles mentaux est élevé depuis 1990. La croissance de ces réclamations n'est cependant pas un phénomène local ou inhérent au réseau de la santé et des services sociaux. Elle est en effet perceptible chez les autres employeurs du Québec, comme dans la population ainsi qu'à l'échelle mondiale.

Le rapport sur la santé dans le monde publié en 2001 par l'Organisation mondiale de la santé mettait en lumière que plus de 20 % de la population mondiale souffrirait un jour ou l'autre de troubles mentaux ou du comportement. Les troubles mentaux représentaient en 2000 plus de 12 % du nombre total des absences pour incapacité. Toujours selon l'OMS, la charge de morbidité¹ due à ces troubles devrait augmenter de 15 % d'ici 2020. Par ailleurs, les auteurs du rapport constataient que seule une petite minorité de personnes actuellement touchées se prévalait d'un traitement adéquat.

Au Québec, depuis 1972, le régime d'assurance salaire en cas de maladie qui est en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux est assumé par un régime auto-assuré pendant les 104 premières semaines d'invalidité. Les coûts de ce régime d'invalidité relèvent directement de chacun des établissements du réseau, lesquels puisent leurs ressources financières à même leurs budgets généraux.

Modifié selon les négociations successives concernant les conventions collectives, le régime donne, depuis 2001, la définition suivante de l'invalidité, rendant une personne salariée admissible aux prestations d'assurance salaire en cas de maladie :

« État d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une complication de grossesse ou d'une condition relative à la planification familiale ou d'un don d'organe,

« Qui fait l'objet d'un suivi médical,

« Qui rend la personne salariée totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire². »

1. La morbidité correspond au nombre de personnes malades, de cas d'une maladie ou d'un événement tels qu'un accident, un suicide, un meurtre, recensés dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens.

2. Conventions collectives depuis 2001.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont connu, depuis le début des années 1990, une augmentation de l'ordre de 30 % des coûts directs du régime d'indemnisation relatifs à l'assurance salaire. Pour l'année 2002-2003, les coûts d'indemnisation étaient de l'ordre de 260 millions de dollars. Cette croissance a fait s'interroger les différents administrateurs, particulièrement les gestionnaires du régime.

■ COMITÉ PROVINCIAL D'ASSURANCE SALAIRE

Les différents constats portant sur tous les motifs qui entraînent la réclamation de prestations d'assurance salaire en cas de maladie ont amené le ministère de la Santé et des Services sociaux à mettre en place le comité provincial d'assurance salaire, en mars 2000, et à lui confier le mandat suivant :

- Analyser l'évolution de l'assurance salaire dans le réseau au moyen d'indicateurs de performance normalisés en matière d'assurance salaire.
- Convenir d'un plan d'action permettant d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel du réseau et d'ainsi réduire le ratio d'assurance salaire, augmenter la disponibilité des ressources, tant humaines que financières, et favoriser une meilleure accessibilité aux soins de santé et de services sociaux.

Le comité provincial d'assurance salaire était composé de près de 30 membres représentant tous les secteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Il a remis son rapport le 6 novembre 2001, au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux d'alors.

Les constats du rapport révèlent que l'absentéisme imputable à des maladies, à des accidents de travail ou à des retraits préventifs de la travailleuse enceinte ou qui allaite prive le réseau de la santé et des services sociaux d'environ 10 500 personnes en équivalent temps complet.

■ PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL À L'ÉGARD DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

À partir des observations et des recommandations du comité provincial d'assurance salaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré son propre plan d'action sur l'absentéisme, intitulé *Plan d'action ministériel à l'égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004*³. Ce plan d'action fixe des objectifs concernant la réduction des coûts de l'assurance salaire en plus de viser à maintenir et même à améliorer la situation en ce qui a trait à la santé et à la sécurité du travail.

3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport du comité provincial d'assurance – Plan d'action ministériel à l'égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 82 p.

Il comporte cinq volets :

Volet 1 : Sensibilisation de l'ensemble du réseau et de ses partenaires.

Afin de faire connaître la volonté ministérielle relative à la gestion de la présence au travail, des rencontres d'information sont organisées dans chacun des établissements. Elles permettent de présenter au personnel la situation à l'égard de l'assurance salaire ainsi que celle de la santé et de la sécurité du travail.

Chacun des établissements doit ensuite établir son plan d'action local en se basant sur les axes de travail retenus par le comité provincial.

Volet 2 : Construction d'une base de données nationale, et mise au point d'indicateurs de gestion, uniformes et contemporains, propres à la détermination des problématiques et à l'accessibilité d'un portrait-réseau.

Le Ministère demande aux établissements de compiler les données informatisées nécessaires à la construction de la base de données et de les lui transmettre.

Volet 3 : Suivi, participation, collaboration aux travaux portant sur l'organisation du travail.

Plusieurs directions et comités du Ministère interviennent à différents niveaux dans des dossiers ayant des conséquences plus ou moins directes sur l'organisation du travail.

Volet 4 : Promotion de la santé et prévention des lésions professionnelles.

Tous les acteurs – soit le Ministère, les agences et les établissements –, doivent accorder la priorité à la gestion de la présence au travail en revoyant l'organisation physique du milieu de travail et des équipements de prévention en santé et sécurité du travail. Le Ministère encourage les établissements du réseau à mettre à profit les ressources de l'Association sectorielle paritaire en santé et sécurité du travail pour traiter l'aspect de la prévention des lésions professionnelles.

Par ailleurs, il est suggéré de former un groupe de travail qui réfléchira aux problèmes posés par la croissance des invalidités liées aux troubles mentaux et proposera des solutions.

Volet 5 : Évaluation, soutien et transfert d'expertise à la gestion médico-administrative dans les domaines de la gestion des invalidités.

Un service de soutien et de conseil est offert aux personnes désignées pour la gestion de la présence au travail dans les établissements. Les responsables de la gestion des régimes d'invalidité bénéficient également de moyens qui leur permettent d'actualiser et d'augmenter leurs compétences.

La mise en oeuvre du plan d'action a permis, en un an, de réduire de 4,8 % le taux d'absence pour maladie, la diminution des coûts se chiffrant à 12,5 millions de dollars pour l'ensemble du réseau. Les résultats de la deuxième année sont comparables, avec une nouvelle réduction de 4,9 % du taux d'absence pour maladie représentant une autre diminution des coûts de l'ordre de 12,5 millions. Après ces deux années, c'est près de 1 000 personnes en équivalent temps complet qui sont disponibles en plus des effectifs.

Le plan triennal, initialement prévu pour la période 2001-2004, a été reconduit en 2004 pour deux années supplémentaires.

C'est sur la base de ce plan d'action que le Ministère a mandaté un groupe de travail pour l'étude des solutions à apporter quant aux absences pour troubles liés à la santé mentale, en tenant compte particulièrement des difficultés rencontrées au regard des diagnostics, des traitements et des durées d'invalidité.

Discussion

■ RÉFLEXIONS PRÉLIMINAIRES

LE groupe de travail appuie sans réserve et inconditionnellement l'approche préventive et il fait sien le proverbe qui dit que « mieux vaut prévenir que guérir ».

Compte tenu que la prévention occupe déjà une place importante dans le plan d'action ministériel et que d'autres comités de travail sont mandatés pour analyser cette question, le Ministère a intentionnellement orienté le groupe de travail vers l'aspect curatif des invalidités découlant de problèmes de santé mentale. Plus particulièrement, le groupe de travail devait porter son attention sur :

- les problèmes d'accessibilité aux soins appropriés ;
- la difficulté à obtenir le bon diagnostic ;
- les traitements appropriés ;
- la durée des invalidités ou des absences du travail.

En l'absence de données statistiques précises, il est impossible d'établir un portrait détaillé de la nature et des causes des invalidités pour troubles mentaux. Toutefois, les membres du groupe de travail, de par la connaissance qu'ils ont du domaine, constatent que la croissance des réclamations liées aux troubles mentaux ne relève pas d'une augmentation des cas de maladies psychiatriques telles que la psychose ou la schizophrénie, mais plutôt de l'accroissement des troubles de l'humeur comme la dépression, les troubles d'adaptation, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité.

PRÉCISION DU DIAGNOSTIC

La comorbidité, c'est-à-dire les maladies qui accompagnent les différentes affections, la reconnaissance récente de nouveaux syndromes tels que la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique ainsi que le lien possible avec le travail, particulièrement dans le monde occidental, sont tous des facteurs parmi d'autres, qui complexifient l'établissement du diagnostic dans les cas de problèmes de santé mentale et qui obligent à adopter l'approche biopsychosociale.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Au cours de l'année 1999, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre s'est penchée sur la santé mentale des adultes montréalais. Le rapport qu'elle a publié à ce sujet en 2001 révélait que 50 % des adultes montréalais aux prises avec des troubles mentaux n'utilisaient aucun service et que seulement 20 % de ceux qui étaient traités déclaraient recevoir une réponse adéquate.

Ce constat soulève la question de l'accessibilité aux services. Les difficultés à ce chapitre relèvent-elles de l'absence de services ou, lorsque des services existent, de leur congestion, de leur méconnaissance ou plutôt du refus des individus à les utiliser pour des raisons, par exemple, de perception culturelle négative ou de ressources financières insuffisantes ?

DURÉE DES INVALIDITÉS

La durée des invalidités liées aux troubles mentaux est-elle inhérente aux problèmes d'accessibilité aux services, à la nature même de ces maladies ou, encore, aux différences entre les individus ?

DOCUMENT DE TRAVAIL DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC

Le groupe de travail a été informé de l'existence d'un document de travail sur la répartition des services psychiatriques de façon à résoudre principalement les difficultés d'accessibilité aux soins. Ce document, préparé par l'Association des médecins psychiatres du Québec et intitulé *Interface : 1^{re} ligne, 2^e ligne*, recommande la réorganisation de ces services en fonction non plus d'un territoire à couvrir mais des besoins des patients.

■ RÉFLEXIONS DU GROUPE DE TRAVAIL À LA SUITE DU DÉPÔT DES MÉMOIRES

Le groupe de travail a discuté avec les différents représentants au cours de la journée d'audience qui s'est tenue le 14 janvier 2004. Il s'est penché sur les problèmes soulevés par chacun et sur leurs solutions possibles. Le lecteur trouvera en annexe le résumé des mémoires déposés.

PREMIER CONSTAT

Par rapport à l'ensemble des mémoires présentés, tous les membres du groupe de travail ont eu la forte impression que les différents intervenants, soit les représentants des gestionnaires et des syndicats ainsi que les médecins traitants et autres professionnels de la santé se retranchent chacun dans son *silo*. Cette attitude est contraire à ce qui est généralement préconisé en matière de partenariat du type « gagnant-gagnant », approche évitant l'autoritarisme d'une des parties. Il paraît essentiel au groupe de travail que soient établis, par exemple, des corridors d'échange et de communication permettant à chacune des parties de mieux comprendre les difficultés qu'affrontent les autres.

DEUXIÈME CONSTAT

Plusieurs des recommandations contenues dans les mémoires présentés par les groupes syndicaux avaient un lien avec des revendications devant être présentées dans le cadre des négociations relatives aux contrats de travail. Cela n'est pas du ressort du groupe de travail. Les différentes suggestions relevant de la négociation des conventions collectives seront transmises aux autorités compétentes.

TROISIÈME CONSTAT

Le groupe de travail est conscient qu'il est difficile de mesurer la qualité de l'activité psychothérapeutique, traitement très important dans les cas de troubles de l'humeur et de dépression, puisque cette activité n'est pas toujours encadrée par un organisme pouvant assurer la protection du public. Les membres du groupe de travail sont, à l'instar de l'Ordre des psychologues du Québec, préoccupés par le fait que quiconque peut, sans avoir une formation dans le domaine, exercer la psychothérapie.

■ ÉVALUATION GLOBALE DE LA SITUATION

De ces réflexions, le groupe de travail a retenu un ensemble de difficultés se rapportant aux trois aspects suivants :

- A) le régime d'assurance salaire en cas de maladie ;
- B) les causes des arrêts de travail ;
- C) l'accessibilité aux soins et le retour au travail.

A) Le régime d'assurance salaire en cas de maladie

1) *Notion d'invalidité*

La notion d'invalidité est sujette à interprétation par les parties, que ce soit la personne salariée ou son représentant, le médecin traitant et l'employeur ou ses représentants. La compréhension de chacun semble être bien différente et peut être la source de plusieurs conflits.

Recommandation

Il est nécessaire de produire des outils d'information et de formation ciblés pour mettre à jour les connaissances de toutes les personnes concernées par la gestion du régime d'assurance salaire en cas de maladie.

2) *Interprétation élargie des conventions collectives*

En ce qui concerne le régime d'assurance salaire en cas de maladie, le groupe de travail notait une perception, voire une interprétation limitative des conventions collectives existantes. L'exemple de l'assignation temporaire sous-utilisée dans le cadre de l'assurance salaire en cas de maladie exprime bien cette interprétation limitative. Peu d'établissements ont recours à ce processus de maintien ou de réinsertion au travail.

Recommandation

D'aucune façon, l'assignation temporaire n'est interdite dans le cadre de l'assurance salaire en cas de maladie. Le groupe de travail recommande son utilisation élargie lorsque cela est approprié.

3) Collaboration entre employeurs, syndicats et employés

Il existe un certain clivage entre les employeurs, les syndicats et les employés. Témoin les interprétations de la convention collective perçues par certains comme une cause d'invalidité alors qu'à l'opposé, la convention collective a un rôle d'encadrement de l'organisation du travail.

Il est intéressant de voir des initiatives telles que le programme « Se donner les moyens d'intervenir rapidement en réadaptation auprès des infirmières en invalidité » de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, présenté en janvier 2004 dans le cadre du plan d'action ministériel. De telles initiatives patronales et syndicales ne peuvent qu'être encouragées et encourageantes.

Recommandation

Il faut concevoir des projets de prévention concernant l'organisation du travail, par exemple. Il faut abandonner l'équation « arrêt de travail » = « bon en soi » et insister sur le fait qu'un arrêt de travail n'est pas un temps mort.

4) Notion de paritarisme

L'ensemble des syndicats a exprimé le désir d'étendre le paritarisme à tous les secteurs de la gestion de la présence au travail. Cependant, le groupe de travail voit difficilement l'application du paritarisme à la gestion proprement dite des réclamations relatives à l'assurance salaire en cas de maladie dans la situation actuelle où l'employeur en assume entièrement les coûts.

Recommandation

Le groupe de travail considère qu'il faut réfléchir aux moyens d'étendre le paritarisme à la gestion de l'assurance salaire en cas de maladie en incluant le partage de toutes les responsabilités, qu'elles soient financières ou relatives à la gestion, ce qui correspond à la véritable définition du paritarisme.

En ce qui a trait aux programmes d'aide aux employés, l'idée du paritarisme pour le choix des services à offrir est soutenue par le groupe de travail. Compte tenu du budget limité de ces programmes, une partie des sommes économisées au chapitre de l'assurance salaire en cas de maladie pourrait y être investie.

5) Gestion globale des cas, prise en charge active et non-harcèlement

Le groupe de travail estime que la gestion du régime d'assurance salaire en cas de maladie, particulièrement dans les cas d'invalidité liée à la santé mentale, est complexe et doit se faire selon l'approche biopsychosociale. La gestion globale des cas et la prise en charge active sont nécessaires. Plus il y a d'intervenants, plus la coordination et la planification ont de l'importance.

Recommandation

Les gestionnaires de premier niveau doivent avoir la possibilité de consulter des spécialistes par téléphone.

Le groupe de travail préconise l'approche globale. Le modèle biopsychosocial permet de rendre compte de la complexité des cas puisqu'il s'agit d'un processus d'évaluation des difficultés personnelles liant les aspects biologique, psychologique et social.

B) Les causes des arrêts de travail

1) Prévention primaire, secondaire, tertiaire

La prévention, primaire, secondaire et tertiaire, demeure une avenue privilégiée. Dans cet esprit, la diffusion d'information et l'accès à de la formation en cette matière sont essentiels.

Recommandation

Il faut organiser des séances de formation à l'intention des gestionnaires et des représentants syndicaux afin de développer leurs connaissances sur les causes de la détresse psychologique et leur habileté à en déceler les signes précurseurs.

La sensibilisation des gestionnaires aux différentes situations difficiles vécues par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, telles que le manque de reconnaissance, pourrait s'avérer des plus utiles.

2) Le caractère potentiellement négatif de l'arrêt de travail

Les membres du groupe de travail croient que la prolongation de la période d'invalidité, même lorsqu'elle est appropriée, peut compliquer la réadaptation de la personne salariée et contribuer à la chronicité du problème de santé.

Selon l'ensemble des études publiées, on peut affirmer que les facteurs influençant la réussite du retour au travail sont :

- la durée de l'invalidité, les chances de reprendre le travail diminuant avec le temps qui passe ;
- le processus de contestation de l'incapacité et l'impossibilité d'un retour à temps partiel, qui accentuent le découragement chez certains et portent atteinte à la recherche active de solutions ;
- une bonne gestion médico-administrative de l'absence ;
- le traitement préalable par un professionnel ;
- le soutien de la direction ;
- l'accueil des collègues au moment du retour ou, si possible, auparavant.

Recommandation

Il y a avantage à donner au personnel une formation sur le caractère potentiellement négatif du retrait du travail et, en parallèle, sur la valorisation du travail.

3) Origine des causes de l'invalidité

L'origine, personnelle ou organisationnelle, des causes du problème de santé mentale n'est pas toujours spécifiée sur les formulaires de réclamation relatifs à l'assurance salaire en cas de maladie.

Recommandation

La révision du formulaire utilisé dans le réseau de la santé et des services sociaux pour les réclamations concernant l'assurance salaire doit permettre de préciser à l'axe IV l'origine, personnelle ou organisationnelle, du problème de santé mentale lorsque cette précision est pertinente. Cette révision pourrait se faire avec la collaboration de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et être l'occasion d'en arriver à un formulaire unique pour l'ensemble des assureurs, ladite fédération ayant déjà produit un formulaire unique avec des assureurs privés – soit le Regroupement des assureurs à charte du Québec.

C) L'accessibilité aux soins et le retour au travail

1) Accessibilité aux soins donnés par les médecins de famille, les médecins psychiatres et les psychologues

L'accessibilité aux soins médicaux varie d'une région à l'autre. Il existe actuellement, au Québec, 126 centres locaux de services communautaires (CLSC) et, à l'automne 2003, seulement 45 groupes de médecine familiale (GMF) étaient en place⁴.

La pénurie de médecins de famille est bien connue. La distribution géographique de ces médecins demeure variable, et les régions les plus touchées par cette pénurie ne sont pas nécessairement les régions éloignées. Par exemple, en Montérégie, la proportion est de 1 médecin pour 1 200 personnes tandis qu'en Abitibi, elle est de 1 médecin pour 800 personnes.

La pénurie de médecins psychiatres est également connue et reconnue. Le système actuel de rémunération favorise le suivi des malades chroniques au détriment de la prise en charge de nouveaux cas. Par ailleurs, la consultation téléphonique accordée aux médecins de première ligne ou aux psychologues n'est pas rémunérée par le régime d'assurance maladie du Québec.

Quant aux soins offerts par les psychologues, seulement 33 % des CLSC en offrent, et leur accessibilité demeure problématique à l'intérieur même de ces centres. L'obtention des services d'un psychologue sur une base privée est beaucoup plus facile. Cependant, ce ne sont pas toutes les personnes salariées qui peuvent en assumer les coûts. Lorsque la psychothérapie est couverte par les régimes privés, on note que le nombre

4. À la suite de l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, les CLSC furent regroupés au sein des CSSS. En mai 2005, on trouve 95 CSSS et 99 GMF dans le réseau de la santé et des services sociaux.

de séances offertes ne tient pas compte du diagnostic ni du plan de traitement.

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a négocié avec le ministère de la Santé et des Services sociaux l'intégration de la prise en charge et du suivi des patients ayant un problème « grave » de santé mentale aux activités médicales prioritaires.

Actuellement, seuls les patients pour lesquels a été posé un diagnostic de psychose ou de schizophrénie bénéficient du protocole de prise en charge et de suivi, lequel fait partie des activités médicales prioritaires dans certaines régions.

Recommandation

Le groupe de travail recommande d'ajouter, dans le protocole de prise en charge et de suivi, au diagnostic de dépression majeure, les diagnostics de troubles d'adaptation, de troubles anxieux et des troubles de la personnalité dès que les protocoles particuliers auront été établis.

Une autre façon d'améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés serait de préconiser un déplacement des honoraires en psychiatrie afin de valoriser la consultation initiale et la disponibilité en soutien que ceux-ci donnent aux médecins de première ligne.

La création d'un réseau de communication entre les médecins traitants et les psychologues est souhaitable, la consultation entraînant une relation avec le professionnel qui a demandé cette consultation.

Les différents régimes d'assurance doivent compenser les honoraires des psychologues en pratique privée sur la base du diagnostic établi et du plan de traitement.

2) Retour au travail : planification et rôle de chacun (employeurs, syndicats et collègues)

Les représentants syndicaux ont dénoncé le manque d'organisation au moment du retour au travail. Trop souvent, les retours sont improvisés et peu soutenus. Les collègues n'en sont pas informés et savent peu comment aider leur collègue ou confrère qui revient travailler.

De plus, l'arrêt de travail a souvent été présenté comme un état d'épuisement professionnel lié au travail et il faut réinsérer le « malade » dans ce « milieu qui l'aurait rendu malade ». Il faut, encore ici, adopter une approche globale.

Recommandation

Le retour au travail, planifié idéalement dès l'arrêt du travail, doit être prévu par le médecin traitant, qui doit également en assurer le suivi.

Les premières journées du retour au travail sont une clé de la réussite si toutes les parties, y compris les collègues de travail, y sont préparées.

Au préalable, tous les problèmes organisationnels auront été étudiés, et, sinon réglés, du moins en voie de l'être.

Sommaire des recommandations

LE groupe de travail a réuni selon trois axes ses recommandations visant à améliorer la situation découlant des absences liées à la santé mentale dans le réseau de la santé et des services sociaux.

■ LE RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE EN CAS DE MALADIE

Produire des outils de formation et d'information ciblés pour mettre à jour les connaissances de toutes les personnes concernées par la gestion du régime d'assurance salaire en cas de maladie.

Utiliser, en ayant une vision élargie, tous les processus de maintien et de réinsertion au travail, comme l'assignation temporaire, dans le cadre de l'assurance salaire en cas de maladie.

Encourager les initiatives patronales et syndicales telles que le programme « Se donner les moyens d'intervenir rapidement en réadaptation auprès des infirmières en invalidité » de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Il faut abandonner l'équation « arrêt de travail » = « bon en soi » et insister sur le fait qu'un arrêt de travail n'est pas un temps mort.

Réfléchir aux moyens d'étendre le paritarisme à la gestion du régime d'assurance salaire en cas de maladie en incluant le partage des responsabilités financières, véritable paritarisme.

Maintenir ou établir le paritarisme pour le choix des services à offrir dans le cadre du Programme d'aide aux employés. Compte tenu du budget limité de ce programme, une partie des sommes économisées au chapitre de l'assurance salaire en cas de maladie pourrait y être investie.

Donner aux gestionnaires de premier niveau la possibilité de consulter des personnes spécialisées en services conseils par téléphone.

Encourager la gestion globale des cas, selon l'approche biopsychosociale.

■ LES CAUSES DE L'INVALIDITÉ

Organiser des séances de formation à l'intention des gestionnaires et des représentants syndicaux afin de développer leurs connaissances sur les causes de la détresse psychologique et leur habilité à en déceler les signes précurseurs.

Sensibiliser les gestionnaires aux différentes situations difficiles vécues par le personnel, telles que le manque de reconnaissance.

Donner au personnel une formation sur la valorisation du travail et sur le caractère potentiellement négatif du retrait du travail.

Réviser le formulaire d'assurance salaire en cas de maladie pour permettre de préciser à l'axe IV l'origine, personnelle ou organisationnelle, du problème de santé mentale lorsque cette précision est pertinente.

Uniformiser le formulaire utilisé dans le réseau et celui qui a été produit par le Regroupement des assureurs à charte du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

■ L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET LE RETOUR AU TRAVAIL

Ajouter dans le protocole de prise en charge et de suivi, au diagnostic de dépression majeure, les diagnostics de troubles d'adaptation, de troubles anxieux et de troubles de la personnalité dès que les protocoles particuliers auront été établis.

Préconiser un déplacement des honoraires en psychiatrie afin de valoriser la consultation initiale et la disponibilité en soutien que ceux-ci donnent aux médecins de première ligne.

Créer un réseau de communication entre médecins traitants et psychologues, la consultation entraînant une relation avec le professionnel qui a demandé cette consultation.

Inclure dans les régimes d'assurance la compensation des honoraires des psychologues privés sur la base du diagnostic établi et du plan de traitement.

Planifier le retour au travail dès l'arrêt, idéalement.

Toutes les parties, y compris les collègues de travail, doivent se préparer au retour au travail de la personne qui s'est absentée.

Tous les problèmes organisationnels auront été étudiés et, sinon réglés, du moins en voie de l'être.

De plus, le groupe de travail propose, pour contrer les effets des longues absences qu'entraînent les différents troubles liés à la santé mentale – la pénurie du personnel soignant par exemple, l'avenue suivante :

Collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux avec les organismes de formation médicale continue à l'élaboration d'un programme de formation sur la durée des invalidités pour cause de troubles mentaux à l'intention des médecins de première et de deuxième lignes.

Le groupe de travail reconnaît que la perception de la population demeure négative à l'égard des problèmes de la santé mentale et que cette même population semble éloignée des progrès scientifiques récents. Le mémoire des médecins de première ligne du CLSC Côte-des-Neiges est éloquent à ce sujet.

L'idée même d'avoir un problème de santé mentale est souvent repoussée par la personne atteinte sur la base d'une association d'idées préconçues remontant à des générations et associant le problème de santé mentale à une tare ou, à tout le moins, à une faiblesse inacceptable. Au surplus, la crainte souvent bien réelle d'être rejetée par son entourage amène cette personne à nier, même devant son médecin, son problème de santé.

Ainsi, le manque d'information sur la santé mentale entraîne des consultations tardives, lesquelles résultent en des périodes d'invalidité plus longues.

Dans ce contexte, le groupe de travail propose :

La diffusion par le Ministère, à l'aide de tous les moyens modernes tels que les médias écrits et électroniques, d'un programme d'information grand public portant sur les aspects de base de la santé mentale afin de corriger les notions erronées qu'entretient la population, d'améliorer la prévention et d'encourager les personnes présentant des signes de détresse psychologique à consulter rapidement leur médecin.

Le groupe de travail constate, à l'intérieur du réseau, mais également dans l'ensemble du territoire, une demande de plus en plus forte concernant l'expertise médicale de la part des différents organismes ayant à gérer des programmes de compensation financière. Le régime d'assurance salaire en cas de maladie du réseau de la santé et des services sociaux n'y échappe pas et fait largement appel à l'expertise médicale, particulièrement pour gérer la durée des invalidités.

Le recours à l'expertise psychiatrique est devenu un instrument positif dans la gestion des réclamations d'assurance salaire en cas de maladie pour cause de troubles mentaux, en permettant au médecin traitant de bénéficier d'un avis spécialisé sur le diagnostic, le traitement et la durée de l'invalidité.

Dans ce contexte, le groupe de travail estime qu'il est justifié de faire la recommandation suivante :

Faciliter l'accès des gestionnaires du régime d'assurance salaire en cas de maladie à l'expertise psychiatrique en constituant une banque d'experts psychiatriques avec l'Association des médecins psychiatres du Québec.

De plus, le groupe de travail croit qu'il est nécessaire de revoir le processus de règlement des conflits dans les cas d'invalidité liée à un trouble mental et il propose de :

Réviser le processus actuel d'arbitrage médical dans les cas de litige en santé mentale tout en privilégiant un processus d'expertise psychiatrique consensuel,
ou établir un processus de fonctionnement qui s'apparenterait à celui du Bureau d'évaluation médicale pour les cas de lésions professionnelles
et le rendre obligatoire, décisionnel et final pour l'ensemble des employés.

Le groupe de travail croit, après avoir pris connaissance des différents mémoires, que la réflexion n'est pas terminée. Pour la suite des choses, le groupe de travail souhaite être présent et propose :

La création d'un **comité national permanent sur les invalidités liées à la santé mentale et l'assurance salaire en cas de maladie**, composé de représentants du Collège des médecins du Québec, de l'Association des médecins psychiatres du Québec, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, de l'Ordre des psychologues du Québec et du Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le comité national serait intégré au Programme Santé et sécurité du travail – Réseau, qui relève du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il devrait tenir des rencontres trimestrielles afin de superviser la mise en oeuvre des recommandations faites dans le présent rapport et de proposer d'autres recommandations à la lumière des données recueillies dans le cadre du programme relatif aux indicateurs de gestion.

Réduire la souffrance du personnel du réseau atteint de troubles liés à des facteurs psychologiques nécessitera le soutien aux différents professionnels de la santé et la création de mécanismes de consultation entre ces professionnels. C'est pourquoi le groupe de travail croit à la pertinence d'un comité national ayant un mandat précis.

MANDAT DU COMITÉ NATIONAL

- Superviser la mise en œuvre des recommandations faites dans le présent rapport.
- Suivre l'évolution de la situation dans le domaine de la santé mentale à l'aide des données recueillies relativement aux indicateurs de gestion et suggérer éventuellement les solutions appropriées.
- Préparer des documents d'information et des séances de formation *ad hoc* en collaboration avec les différentes associations et fédérations.

Conclusion

LE groupe de travail est conscient de l'ampleur de la tâche lorsqu'il s'agit d'analyser, de comprendre et de résoudre les questions que soulève l'accroissement des problèmes de santé mentale dans le réseau de la santé et des services sociaux, voire dans la société québécoise.

La littérature montre que la situation est préoccupante et l'actuel ministre de la Santé et des Services sociaux a reconnu d'emblée que la santé mentale est prioritaire.

Le rapport vise à résumer la réflexion entreprise il y a maintenant presque deux ans par le groupe de travail et à transmettre les idées qui sont ressorties tant des différentes discussions entre les membres du groupe que de la journée consacrée à l'audition des mémoires présentés par les représentants patronaux et syndicaux ainsi que par un groupe de médecins de première ligne.

Nous espérons que notre apport mènera à la poursuite d'une démarche positive et à des progrès dans l'accessibilité aux soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux afin d'accélérer la réinsertion de celles-ci dans leur milieu de travail, ce qui contribue de façon importante à la valorisation de l'individu. De plus, nous croyons que l'expérience acquise auprès du personnel du réseau de la santé et des services sociaux peut servir à l'ensemble de la population québécoise.

Annexe 1

Résumé du mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec

Position de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) présentée au comité de suivi médical des cas de santé mentale sur la problématique de la santé mentale des travailleurs et travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux

La Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) représente un demi-million de membres dans tous les secteurs de l'activité économique au Québec, dont 45 000 personnes salariées travaillant au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

La FTQ se déclare fort préoccupée par la question de la santé mentale et, d'entrée de jeu, exprime une certaine réserve par rapport à la démarche du groupe de travail, refusant de s'associer à une quelconque démarche dont la motivation serait strictement d'ordre budgétaire.

De plus, trouvant le mandat du groupe de travail restrictif, la FTQ estime que l'approche visant strictement les problèmes liés à la « réparation » doit être associée à la prévention et que ces deux approches doivent être prises en compte par le groupe de travail.

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC

Sujets	Commentaires	Recommandations
Données sur les invalidités	Nécessité de faire un portrait précis de la situation concernant l'invalidité.	<i>Mettre en place des mécanismes permettant aux différents intervenants d'avoir accès aux données les plus précises possible quant au nombre, à la nature et à la durée des invalidités liées à des problèmes de santé mentale.</i>
Facteurs liés à l'environnement du travail susceptibles de contribuer au problème de santé mentale : 1) La reconnaissance des compétences et du travail, et le contexte du réseau	Effet des perceptions du public et des politiciens (événements à l'Hôpital Saint-Charles-Borromée). Contact quotidien avec des personnes ayant d'importants besoins en ce qui concerne les soins. Réorganisations à répétition. Coupures de personnel. Attaques systématiques et répétées aux conditions de travail.	
2) Le style de gestion	Modèle de gestion autoritaire et fortement hiérarchisé dans lequel les individus se perçoivent comme des numéros. Gestion des congés trop restrictive. Approche legaliste et « standardisée » des cas d'absentéisme. Aucun établissement où la FTQ est présente n'a investi les économies de 12,5 millions de dollars à même l'assurance salaire au cours de l'année 2002-2003 dans les programmes visant à prévenir les problèmes de santé mentale.	<i>Concevoir une politique ministérielle visant l'investissement des sommes économisées dans la prévention.</i>

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DE LA FÉDÉRATION DES TRAVAILLEURS ET TRAVAILLEUSES DU QUÉBEC (SUITE)

Sujets	Commentaires	Recommandations
3) La violence organisationnelle	Harcèlement sous toutes ses formes.	<i>Offrir un programme de formation paritaire accessible à tous et à toutes, afin de permettre aux personnes intervenantes du réseau de se sensibiliser au problème du harcèlement sous toutes ses formes.</i>
4) Le manque de soutien social	Plusieurs établissements se sont dotés d'un programme d'aide aux employés (PAE). Nombre de ces derniers renoncent à cet outil, faute de confiance dans la confidentialité.	<i>Mettre en place de mécanismes visant à favoriser l'implantation d'un PAE paritaire dans tous les établissements du réseau.</i>
5) Le manque de soutien lors de retour au travail	Une pression importante est exercée par les employeurs à l'endroit des personnes salariées invalides. Étudier l'approche de certains employeurs à l'égard de la gestion des invalidités : – art. 23.29 : période de réadaptation ; – art. 23.49 : réintégration après une période d'invalidité de plus de 6 mois.	<i>Demander au Ministère de sensibiliser les employeurs à la nécessité de faire preuve d'une plus grande ouverture relativement au retour au travail des personnes salariées qui se sont absentes longtemps pour cause d'invalidité, qu'elles en conservent ou non un certain nombre d'incapacités physiques.</i>

Annexe 2

Résumé du mémoire de la Centrale des syndicats du Québec¹

L'invalidité pour motifs d'ordre psychologique dans le réseau de la santé et des services sociaux : quelques solutions

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) privilégie les solutions qui portent directement sur les causes des problèmes, notamment la charge de travail, la pénurie de personnel, le harcèlement au travail ainsi que les carences en santé et sécurité du travail.

La CSQ affirme son intérêt particulier à ce que soit réglé le problème d'absentéisme pour des motifs d'ordre psychologique.

La CSQ souhaite que les mesures de gestion médico-administrative visent l'administration des absences et non leur contrôle abusif, que les mesures prises à l'endroit des personnes invalides soient des mesures de soutien à la réinsertion harmonieuse au travail et non des mesures de coercition.

Les propositions traitent de l'aide au personnel, de la mise en place d'une structure de soutien à la réinsertion au travail, de la santé et sécurité du travail, de la formation du personnel, de la charge de travail et de la conciliation travail-famille.

1. La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) regroupe l'Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQIII-CSQ), la Fédération du personnel de la santé et des services sociaux (FPSSS-CSQ) ainsi que la Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (FSPPSSS-CSQ).

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DE LA CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC

Secteurs	Sujets	Recommandations
Assurances	Prévention pour la santé des personnes salariées, et mesures de soutien à l'occasion du retour au travail.	<i>Mettre en place un régime national d'aide au personnel comprenant :</i> ➤ <i>un comité responsable d'établir des standards nationaux pour encadrer les services offerts en prévention et en réinsertion au travail dans les milieux locaux ;</i> ➤ <i>un financement minimal pour assurer la viabilité du régime ;</i> ➤ <i>un mécanisme d'évaluation des activités mises de l'avant.</i>
		<i>Ajouter dans la convention collective une disposition sur l'accommodement raisonnable pour les personnes qui effectuent un retour au travail à la suite d'une invalidité de courte ou de longue durée et une disposition concernant l'obligation, pour les parties locales, de former un comité paritaire dont l'objectif est d'établir les critères de gestion des rapports médicaux.</i>
Propositions sectorielles	Les organisations syndicales ont toujours fait la promotion d'un environnement de travail favorisant le bien-être et la qualité de vie des travailleuses et des travailleurs.	<i>Il serait temps que cette vision soit enfin partagée par l'ensemble des décideurs à tous les niveaux et qu'elle dépasse le stade du discours pour déboucher sur des actions concrètes.</i> <i>Produire des outils sérieux concernant les standards de pratique professionnelle et des outils de mesure de l'intensité des soins, avec les organisations syndicales, afin de déceler les situations de surcroît de travail et de leur apporter des solutions.</i> <i>Mettre en place un mécanisme de traitement des plaintes portant sur le fardeau de tâches afin de régler rapidement et efficacement les problèmes de surcharge de travail.</i> <i>Remplacer les personnes absentes et faire participer les organisations syndicales à l'évaluation des besoins relatifs au recrutement.</i> <i>Obliger les employeurs à investir considérablement dans la mise à jour des connaissances et le perfectionnement.</i>

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DE LA CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (SUITE)

Secteurs	Sujets	Recommandations
	Comité paritaire de santé et sécurité au travail.	<i>Renforcer le rôle du comité en lui donnant des pouvoirs réels, notamment ceux :</i> ➤ <i>d'étudier toute problématique relative à la santé mentale ;</i> ➤ <i>de concevoir un programme de prévention en santé mentale ;</i> ➤ <i>d'assurer le suivi adéquat des personnes qui réintègrent le milieu de travail ;</i> ➤ <i>de concevoir des modalités de retour progressif et d'assignation temporaire.</i>
	Prévention.	<i>Désigner un représentant à la prévention dans chaque établissement et lui offrir des conditions lui permettant d'exercer ses responsabilités, notamment en lui donnant la possibilité de s'absenter de son travail pour exercer ses fonctions.</i>
	Congés.	<i>Assouplir les conditions relatives aux différents congés prévus dans les conventions collectives, de façon à permettre aux personnes salariées de se soustraire à l'épuisement et à la fatigue.</i>
Conciliation travail-famille	Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre.	<i>Former un comité paritaire local dans chaque établissement, lequel comité veillera à l'implantation d'un programme de conciliation travail-famille, tel que cela est proposé par le Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre.</i> <i>Créer un comité paritaire national de conciliation travail-famille, lequel disposera d'un budget lui permettant d'atteindre ses objectifs et qui aura pour mandat de soutenir la mise en place des programmes locaux de conciliation travail-famille en déterminant les critères d'admissibilité des programmes locaux présentés aux fins de financement, en déterminant les modalités de financement, en versant au comité local la somme déterminée par le comité national et, en évaluant les programmes financés.</i>

**LA CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC A DÉPOSÉ LE TABLEAU QUI SUIT :
PROPORTION DES TROUBLES D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE – ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE –
SECTEUR SANTÉ**

Année	Cause	Homme	Femme	Total
1999	Psychologique	13	70	83
	Total	57	210	267
	%	22,8 %	33,3 %	31,1 %
2000	Psychologique	22	70	92
	Total	65	206	271
	%	33,8 %	34,0 %	33,9 %
2001	Psychologique	19	73	92
	Total	48	191	239
	%	39,6 %	38,2 %	38,5 %

Annexe 3

Résumé du mémoire de l'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec

Mémoire de l'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ) présenté au Groupe de travail/invalidités pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux

L'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ) représente plus de 85 % des technologistes diplômés en technologie médicale et des cytotechnologistes. Elle compte près de 4 500 membres, travaillant dans environ 120 établissements.

L'APTMQ illustre la situation dans laquelle se trouvent ses membres en mettant la spécificité de leur travail en parallèle avec des conditions et des événements reconnus comme étant porteurs d'un stress important.

Le travail des technologistes médicaux nécessite un haut niveau d'attention sensorielle et de concentration, le plus haut niveau accordé à des titres d'emploi du secteur public. La coordination musculaire et surtout la dextérité fine sont, en plus du jugement, des caractéristiques importantes de ces emplois. On y associe généralement une « fatigue mentale » importante.

Dans les laboratoires, le travail s'effectue dans des conditions psychologiques difficiles – bruit, manque d'intimité, échéances serrées, – et des conditions physiques parfois pénibles à cause des vapeurs et des odeurs désagréables.

De plus, de 1986 à 2002, le nombre de technologistes de laboratoire médical au Québec est passé de 5 491 à 5 231 (- 4,7 %), alors que le volume d'analyses effectuées a pour sa part crû de 32 % dans la seule période allant de 1996 à 2000. Une augmentation du volume de 6 % par an est attendue, sans changement prévu au nombre de technologistes de laboratoire médical.

**SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES
TECHNOLOGISTES MÉDICAUX DU QUÉBEC**

Sujets	Commentaires	Recommandations
Stress au travail	La fréquence des événements stressants a été surmultipliée par la situation organisationnelle dans les laboratoires.	<i>Procéder au remplacement systématique des personnes absentes.</i> <i>Améliorer les recours permettant d'intervenir sur le rythme et la charge de travail, et améliorer les mécanismes pour protéger la santé et la sécurité.</i>
Relation entre les fonctions, l'organisation et les événements qui sont sources de tension	La charge et le rythme de travail ont augmenté dramatiquement. Mises à pied, non-remplacement des personnes absentes, réduction des budgets de formation et d'entraînement. Rupture entre la contribution des personnes salariées, dont la charge de travail est de plus en plus grande, et la rémunération de ces personnes. L'équité salariale n'est toujours pas atteinte. Impossibilité d'organiser son temps et ses horaires de travail en fonction de l'horaire de la famille.	<i>Améliorer les conditions relatives à la formation continue.</i> <i>Donner aux personnes salariées une prise réelle sur le rythme, le contenu et la méthode de la formation.</i> <i>Faire en sorte que la préparation des personnes salariées aux changements soit une condition sine qua non de son implantation.</i> <i>Éliminer les horaires atypiques et assouplir les conditions relatives aux congés.</i> <i>Créer des comités paritaires sur la conciliation travail-famille et leur donner de véritables moyens d'agir.</i> <i>Toute salariée enceinte devrait bénéficier d'un retrait préventif.</i>
Assurance salaire en cas de maladie	Surveillance très étroite et parfois même pression pour vérifier les motifs d'absence, et ce, à répétition, frôlant le harcèlement.	<i>Respecter intégralement le certificat médical présenté par la personne salariée.</i> <i>Réduire le plus possible les contrôles exercés par l'employeur.</i> <i>Favoriser le retour au travail en s'assurant que la charge et le rythme de travail imposés à la personne salariée correspondent à ses capacités, et que le travail que celle-ci ne peut accomplir n'est pas assumé par le personnel permanent.</i>

Annexe 4

Résumé du mémoire de la Centrale des syndicats démocratiques

Position et commentaires des Secteurs réunis Affaires sociales de la Centrale des syndicats démocratiques (CSD)

La Centrale des syndicats démocratiques (CSD) conteste l'affirmation selon laquelle les invalidités attribuables à des troubles mentaux dans le réseau de la santé et des services sociaux ne diffèrent pas de celles qui existent dans notre société. En effet, selon le rapport du professeur Brun, en 1998, 20,09 % des Québécois disaient ressentir un niveau élevé de détresse psychologique alors que dans les centres hospitaliers, 53,57 % des individus sondés auraient présenté un tel niveau de détresse psychologique. Quant à l'étude de Bourbonnais et de ses collaborateurs, elle a montré qu'en 1997, les infirmières étaient 36 % à déclarer un niveau élevé de détresse psychologique tandis qu'en 1998, la proportion atteignait 41 %.

La CSD fait remarquer que la prévention semble presque absente des préoccupations du groupe de travail et qu'elle n'est vue que sous l'angle des difficultés qui se posent dans le cadre des réclamations d'assurance salaire quand il est question de diagnostic, de traitement et de périodes d'invalidité.

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DE LA CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES

Groupes interpellés	Recommandations
Directions des ressources humaines	<i>Discuter avec les syndicats afin de permettre qu'une large part des solutions innovatrices viennent d'une réflexion interne.</i>
Conseils d'administration	<i>Susciter l'intérêt pour élaborer de façon paritaire un plan d'action innovateur en vue d'améliorer les conditions de vie au travail.</i>
Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales	<i>Demander aux employeurs du réseau d'avoir plus souvent recours aux services de cette association spécialisée.</i>
Employeurs	<i>S'asseoir avec les dirigeants locaux afin de calculer le nombre d'heures travaillées par le personnel temporaire et de convertir ces heures en postes.</i>

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DE LA CENTRALE DES SYNDICATS DÉMOCRATIQUES (SUITE)

Causes d'absentéisme	Commentaires	Recommandations
➤ Surcharge de travail ➤ Manque flagrant d'organisation du travail ➤ Déshumanisation des soins ➤ Climat de travail ➤ Absence de sentiment d'appartenance (suite aux multiples fusions) ➤ Épuisement professionnel ➤ Importance des besoins des bénéficiaires ➤ Bénéficiaires ayant des comportements agressifs et perturbateurs ➤ Lieux physiques (environnement et ventilation) ➤ Stress au travail ➤ Manque d'équipement et vétusté ➤ Individualisme ➤ Conflits interpersonnels ➤ Violence en milieu de travail ➤ Difficulté à avoir des congés ➤ Manque de personnel ➤ Instabilité des équipes de travail ➤ Problèmes non reconnus concernant la conciliation travail-famille ➤ Démotivation ➤ Absence de satisfaction du devoir accompli ➤ Postes à heures brisées ➤ Travail de fin de semaine ➤ Précarité de l'emploi	Surcharge quantitative. Faible reconnaissance. Pauvreté des relations avec le supérieur. Faible participation aux décisions et transmission de l'information déficiente.	<i>Demander au comité de santé et sécurité du travail de définir les risques de détresse psychologique et de s'occuper de la prévention.</i> <i>Étendre les programmes d'aide aux employés à tous les établissements.</i> <i>Faire participer les équipes de travail à certaines décisions qui ont une influence sur le quotidien.</i> <i>Réviser la charge de travail.</i>
Comportements négatifs des employeurs	Contestation systématique des réclamations pour lésions professionnelles. Suivi excessif des personnes absentes pour cause d'invalidité. Mauvaises conditions des assignations temporaires.	<i>Exiger que les employeurs et la Commission de la santé et de la sécurité du travail arrêtent immédiatement leurs contestations systématiques.</i>

Annexe 5

Résumé du mémoire du Centre local de services communautaires Côte-des-Neiges (groupe de médecins)

Résumé de la présentation au groupe de travail/invalidité pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux

Le mémoire du Centre local de services communautaires (CLSC) Côte-des-Neiges a été présenté par la docteure Hélène Rousseau, médecin généraliste, membre du groupe de médecine de famille (GMF) dirigé par la docteure Vania Jimenez.

Dans leur mémoire, les médecins du CLSC Côte-des-Neiges manifestent la volonté de prendre en charge la population vulnérable atteinte de problèmes de santé mentale ; ils souhaitent qu'on reconnaisse cette population comme telle et qu'on leur donne les moyens de s'en occuper vraiment.

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DU CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES CÔTE-DES-NEIGES

Difficultés éprouvées

Au regard du diagnostic

Présentation atypique des symptômes du patient, et parfois construction de symptômes en vue d'obtenir des gains secondaires.

Négation du problème ou difficulté d'accepter le diagnostic :

- association à un échec ;
- peur des réactions de l'entourage, peur d'être rejeté ;
- surprise ou honte par rapport au diagnostic ;
- peur de l'étiquetage et des conséquences possibles.

Manque de temps de la part du médecin, surtout pour les consultations sans rendez-vous.

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DU CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES CÔTE-DES-NEIGES (SUITE)

Au regard du traitement

Refus fréquent du médecin traitant de prendre en charge des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale.

Non-disponibilité des médecins de famille, parce qu'ils ont suffisamment de patients ou parce qu'il faut attendre plusieurs mois avant d'avoir un rendez-vous.

Médication lente à agir et période assez longue avant d'atteindre la dose adéquate.

Résistance du patient à la médication par peur de la dépendance, des effets secondaires ou de la durée du traitement.

Coûts élevés inhérents à la psychothérapie, temps d'attente de six à huit mois pour suivre une thérapie brève gratuite et temps d'attente excessif pour obtenir un rendez-vous en psychiatrie.

Au regard de la durée de l'invalidité

Pression de l'employeur pour un retour au travail hâtif avec des experts psychiatres « vendus à la cause de l'employeur ».

Conditions rigides s'appliquant au retour au travail progressif.

Recommandations

- *Reconnaître que les personnes ayant un problème de santé mentale sont vulnérables et que cette reconnaissance s'exprime tant au sein des groupes de médecin de famille que dans les activités médicales prioritaires.*
- *Seconder le médecin de famille par une équipe de psychologues ou de professionnels de la santé disponibles à courte échéance et pour le temps qu'il faut.*
- *Encourager la communication entre les différents professionnels de la santé concernés par le suivi du patient.*
- *Reconnaître l'opinion du médecin traitant au même titre que celle de l'expert.*

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DU CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES CÔTE-DES-NEIGES (SUITE)

- *Rendre les consultants plus disponibles pour les médecins de famille.*
- *Admettre que les causes amenant à l'épuisement professionnel ou à une dépression sont multiples et qu'il faut du temps pour surmonter un tel problème.*
- *Assouplir les conditions du retour au travail pour faciliter la réintégration.*

La docteure Hélène Rousseau déposait également au groupe de travail un schéma de l'examen de l'état mental utilisé au CLSC Côtes-des-Neiges pour aider les médecins de première ligne à poser leur diagnostic.

Annexe 6

Résumé du mémoire des associations d'établissements publics et privés du réseau de la santé et des services sociaux

Propositions d'amélioration de la collaboration des médecins traitants à la qualité des services offerts au personnel lors d'une absence pour problèmes d'ordre psychologique

Les associations d'établissements publics et privés du réseau de la santé et des services sociaux ont choisi de se regrouper pour présenter un mémoire commun. Les associations qui ont participé à la préparation de ce mémoire sont :

- l'Association des centres jeunesse du Québec ;
- l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec ;
- l'Association des établissements privés conventionnés ;
- l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec ;
- l'Association des hôpitaux du Québec ;
- la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle ;
- la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

Le mémoire comprend un historique de la situation, une description du régime d'assurance salaire en cas de maladie ainsi que de nombreux constats et plusieurs propositions.

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DES ASSOCIATIONS D'ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Sujets	Propositions
Conformité des formulaires de réclamation d'assurance salaire	<i>Transmettre à l'ensemble des médecins traitants les informations sur les obligations des établissements de santé et des services sociaux quant à la gestion du régime d'assurance salaire.</i> <i>Présenter, dans la revue Médecin du Québec et d'autres publications médicales, un article sur les trois critères d'admissibilité au régime et le formulaire d'assurance salaire.</i> <i>Inclure, sur le site Internet des fédérations médicales, le formulaire de réclamation d'assurance salaire pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux.</i> <i>Transmettre à chaque médecin du Québec un exemplaire du Guide de l'employeur concernant le traitement des périodes d'absence pour invalidité.</i> <i>Revoir, avec le groupe de travail et les représentants des associations d'employeurs, le contenu du formulaire de réclamation d'assurance salaire afin d'améliorer certaines sections utiles aux administrateurs du régime.</i>
La communication, le suivi ainsi que le soutien médical et thérapeutique pour une absence due à des problèmes d'ordre psychologique	<i>Favoriser le travail multidisciplinaire entre les médecins traitants, les spécialistes et les psychologues afin d'accélérer le processus de suivi des invalidités d'ordre psychologique.</i> <i>Favoriser la communication entre le médecin-conseil de l'employeur et le médecin traitant dans le respect du professionnalisme et des responsabilités propres au médecin traitant au cours du suivi médical pendant la période d'absence du travail.</i> <i>Valoriser le rôle de l'administrateur du régime d'assurance salaire des établissements du réseau de la santé et des services sociaux auprès des médecins traitants.</i> <i>Favoriser les échanges entre les médecins traitants et les psychologues.</i> <i>Favoriser l'accès au médecin de famille, principalement pour les personnes dont l'invalidité relève de la psychiatrie.</i> <i>Offrir une formation dans tout le Québec sur l'organisation de la gestion des invalidités dans le réseau de la santé et des services sociaux.</i> <i>Fournir à tous les médecins une liste des sites Internet offrant de l'information à jour sur le traitement des différents problèmes d'ordre psychologique.</i>

SYNTHÈSE DU MÉMOIRE DES ASSOCIATIONS D'ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (SUITE)

Sujets	Propositions
Autres sujets	<i>Donner aux médecins traitants la possibilité de discuter avec l'administrateur du régime d'assurance salaire lorsqu'ils décèlent des problèmes liés au travail ou lorsqu'ils possèdent des renseignements qu'ils ne peuvent inscrire sur le formulaire mais qui devraient être pris en considération..</i> <i>Rendre l'accès aux ressources psychiatriques plus facile pour les médecins omnipraticiens, soit par la création de corridors de service – comme il en existe entre les médecins psychiatres et la Commission de la santé et de la sécurité du travail – ou par la constitution d'un réseau de personnes-ressources spécialisées et disponibles pour des consultations téléphoniques.</i>

Bibliographie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport d comité provincial d'assurance salaire – Plan d'action ministériel à l'Égard de la gestion de la présence au travail 2001-2004*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 82 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 53 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population : Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*, Montréal, Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001, 19 p.

GAUTHIER, Anne, Madeleine BRETON et coll. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 46 p.

RANGASWAMY, S.M., et autres. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002, 182 p.

« Tous partenaires pour la santé et le bien-être des personnes », message du ministre, le D^r Philippe Couillard, au personnel du réseau de la santé et des services sociaux, *Perspective réseau*, vol. 1, n^o 1, novembre 2003, 5 p.

Interface : 1^{re} ligne 2^e ligne, Association des médecins psychiatres du Québec, 2002, x p.

Se donner les moyens d'intervenir rapidement en réadaptation auprès des infirmières en invalidité, programme de réadaptation proposé par la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 2004, x p.

Position de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) présentée au comité de suivi médical des cas de santé mentale sur la problématique de la santé mentale des travailleurs et travailleuses du réseau de la santé et des services sociaux, Résumé du mémoire de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, dépôt janvier 2004.

L'invalidité pour motifs d'ordre psychologique dans le réseau de la santé et des services sociaux : quelques solutions, Résumé du mémoire de la Centrale des syndicats du Québec, dépôt janvier 2004.

Mémoire de l'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec (APTMQ) présenté au Groupe de travail/invalidités pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, Résumé du mémoire de l'Association professionnelle des technologistes médicaux du Québec, dépôt janvier 2004.

Position et commentaires des Secteurs réunis Affaires sociales de la Centrale des syndicats démocratiques (CSD), Résumé du mémoire de la Centrale des syndicats démocratiques, dépôt janvier 2004.

Résumé de la présentation au groupe de travail/Invalidités pour cause de troubles mentaux chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, Résumé du mémoire du Centre local des services communautaires Côte-des-Neiges (groupe de médecins), dépôt janvier 2004.

Propositions d'amélioration de la collaboration des médecins traitants à la qualité des services offerts au personnel lors d'une absence pour problèmes d'ordre psychologique, Résumé du mémoire des associations d'établissements publics et privés du réseau de la santé et des services sociaux, dépôt janvier 2004.

www.msss.gouv.qc.ca