

# Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés :

## LE CAS DU PAMQ

**DENIS CHÊNEVERT**, D. Sc., CRHA  
professeur titulaire, HEC Montréal,  
Département de gestion des ressources humaines,  
membre du Pôle santé d'HEC Montréal

**MARIE-CLAUDE TREMBLAY**, MBA  
consultante en gestion des ressources humaines

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>1. CARACTÉRISTIQUES DES PAE</b> .....	<b>4</b>
<b>2. PRÉSENCE DES PAE</b> .....	<b>8</b>
<b>3. CONDITIONS DE SUCCÈS</b> .....	<b>9</b>
<b>4. POURQUOI INVESTIR DANS UN PAE ?</b> .....	<b>10</b>
<b>5. LES PAE SONT-ILS EFFICACES ?</b> .....	<b>12</b>
<b>5.1. Dimension financière/comptable</b> .....	<b>13</b>
5.1.1. Rentabilité des PAE .....	13
5.1.2. Coûts des PAE .....	15
5.1.3. Impacts sur la productivité des établissements de santé .....	15
<b>5.2 Dimension sociale/politique</b> .....	<b>17</b>
<b>5.3 Dimension clients/patients</b> .....	<b>19</b>
<b>5.4 Dimension individus/employés</b> .....	<b>19</b>
<b>6. RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>20</b>
<b>7. FAITS SAILLANTS</b> .....	<b>22</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>24</b>
<b>FIGURE 1</b> Coûts de la maladie mentale en termes de perte de productivité au Canada.....	10
<b>FIGURE 2</b> Prévalence de la santé mentale au Canada .....	11
<b>FIGURE 3</b> Les différentes dimensions de l'efficacité des PAE.....	12
<b>FIGURE 4</b> Impacts des comportements perturbateurs des médecins.....	16
<b>FIGURE 5</b> Évolution de l'effectif médical au Québec.....	18
<b>FIGURE 6</b> Modèle intégrateur de l'efficacité d'un PAE .....	20
<b>TABLEAU 1</b> Modèle de l'efficacité.....	13
<b>TABLEAU 2</b> Retour sur investissement par dollar investi dans un PAE .....	14

# INTRODUCTION

---

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) fêtait, en 2015, son 25<sup>e</sup> anniversaire. L'année dernière, il a permis d'aider près de 1 400 médecins, soit deux fois plus qu'il y a 10 ans. Ce service essentiel ne prévient pas seulement des drames humains, mais contribue aux efforts de contrôle des coûts du réseau de la santé et des services sociaux.

À l'image du PAMQ, plusieurs programmes d'aide aux employés (PAE) ont vu le jour au cours des dernières décennies. L'accroissement des problèmes d'épuisement professionnel a fait grimper la facture des assureurs et, par conséquent, les primes d'assurance assumées par les organisations. Pour pallier ce problème, les organisations ont cherché, par l'entremise de fournisseurs externes, à offrir des programmes de santé et de mieux-être au travail dont les PAE font partie. Malgré le fait que tous semblent convaincus de la pertinence d'un tel programme, les données probantes ne sont pas toujours au rendez-vous. En effet, à peine 1 % des organisations évalue rigoureusement le retour sur investissement de leur PAE.

Étant donné cette réalité, il est apparu important de répertorier les données existantes sur l'efficacité des PAE. Toutefois, la notion d'efficacité est multidimensionnelle et prend son sens dans le concept de parties prenantes (*stakeholders*). Dans cette perspective, l'efficacité peut être abordée d'un point de vue économique/comptable, social/politique, clients/patients et individus/employés. De plus, lorsque l'on applique cette logique au contexte particulier du secteur de la santé et des services sociaux québécois, le tableau se complexifie. Il se complexifie d'autant plus lorsqu'il est question des médecins. N'étant pas salariés de leur institution, les médecins ne peuvent bénéficier du PAE offert aux autres salariés. Ils doivent, la plupart du temps, chercher eux-mêmes de l'aide et en défrayer les coûts. Pourtant, les études suggèrent qu'ils sont plus vulnérables que la population générale aux problèmes d'épuisement professionnel et de suicide.

Pour aider ces médecins, dont les besoins en soutien psychologique sont en croissance, le PAMQ a développé une offre de services adaptée à cette clientèle. Des services externes octroyés par des pairs sont une approche nécessaire permettant de réduire la forte stigmatisation inhérente à ce groupe de professionnels autonomes.

Le présent rapport a donc pour but d'explorer l'efficacité des PAE en Amérique du Nord afin de dégager des pistes sommaires permettant un repositionnement du PAMQ.

# 1. CARACTÉRISTIQUES DES PAE

---

Les PAE au sens large se classent normalement comme étant des programmes formels ou informels. Plusieurs services sont offerts, certains sont encadrés et d'autres improvisés. L'Association des hôpitaux du Québec définit un PAE comme étant : «... l'ensemble des actions prises dans l'organisation pour apporter aide et support à l'employé aux prises avec des problèmes personnels compromettant ou susceptibles de compromettre sa santé, son équilibre psychologique et son rendement au travail » (AHQ 1988; p. 19). De façon générale, on fait référence à un service d'aide psychologique.

Les modèles de PAE ont évolué au cours des dernières décennies de manière à favoriser les services externes au détriment des services internes. Cette façon de faire permet d'assurer une plus grande confidentialité des dossiers traités et améliore la confiance des utilisateurs.

Dans le secteur de la santé, la majorité des établissements se sont dotés d'un PAE ou songent à le faire prochainement. Toutefois, ces derniers s'interrogent sur les critères à considérer dans la mise en œuvre d'un tel programme. Pour être efficace, un PAE doit se construire autour des particularités de la clientèle desservie, les raisons de consulter ayant évolué rapidement au cours des dernières années.

Les PAE externes ont la particularité d'être offerts par des fournisseurs dont les conseillers sont généralement des psychologues. Ces fournisseurs offrent leurs services à plusieurs entreprises en échange de frais d'utilisation par employé et selon un niveau déterminé de fréquentation. Ces fournisseurs sont majoritairement à but lucratif et cherchent à rentabiliser les services offerts. Pour faire un choix judicieux de fournisseur de services, l'organisation doit connaître précisément ses besoins et s'assurer que le fournisseur comprend bien les particularités et la culture de l'organisation. Étant donné que les PAE internes sont pour la plupart disparus, on a vu apparaître au cours des dernières années une formule mixte de PAE. Cette formule a la particularité d'offrir des services à l'interne par l'entremise d'une ressource externe prêtée par le fournisseur de services. Nonobstant la forme, les PAE offrent une gamme variée de services.

Parmi les services offerts par les PAE, notons les services :

- individuels
- de consultation téléphonique
- de conférences
- d'ateliers
- de réintégration au travail
- de préparation à la retraite
- d'intégration des nouveaux employés
- de promotion du PAE.

On peut donc observer un large éventail de services offerts par les PAE, mais souvent mal définis. Les organisations ont donc intérêt à préciser leurs besoins, car le nombre de fournisseurs s'accroît ainsi que la variété des services offerts. En effet, les fournisseurs externes offrent de plus en plus des services d'information, de sensibilisation et de formation afin d'accroître leurs revenus. Devant le nombre grandissant de services offerts et face à la pression des assureurs à l'égard de la réduction des coûts en assurance santé, des normes ont été fixées par le *National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace* afin de circonscrire les paramètres d'un bon PAE. Il faut bien comprendre que les assureurs sont devenus eux-mêmes dans certains cas des fournisseurs de services d'aide aux employés et que la relation tripartite entre l'organisation, l'assureur et le fournisseur de services se développe autour de la recherche du meilleur prix et de la réduction des coûts des services offerts. Cette particularité n'est pas étrangère à l'apparition des services d'aide électronique et téléphonique.

L'organisation doit donc se prémunir contre ces intérêts pécuniaires par l'entremise d'un solide diagnostic de ses besoins et de ses moyens financiers. À cet égard, le PAMQ a déposé en 2015 un premier diagnostic des particularités et besoins de sa clientèle cible que sont les médecins du Québec. Le tableau suivant nous donne les particularités de ce régime et son rôle à l'égard de l'aide aux médecins et aux gestionnaires médecins.

## CARACTÉRISTIQUES DES SERVICES DU PAMQ EN FONCTION DES BESOINS

### Rôle : soutenir les médecins dans tous les enjeux susceptibles d'affecter leur fonctionnement professionnel

**Être médecin, une profession particulière** : un service essentiel, un rôle social majeur, un niveau de responsabilité élevé, une exigence de performance constante imbriquée dans une culture de l'excellence, un cadre législatif et réglementaire complexe et évolutif, un contexte de travail exigeant, un travailleur autonome soumis à un encadrement serré et à des contraintes multiples, une profession dont les membres sont sous surveillance.

Des besoins spécifiques	Un positionnement unique	Des services adaptés aux besoins des médecins et qui répondent à leurs attentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des médecins souhaitant s'adresser à un professionnel ayant à la fois des connaissances médicales et une compréhension de tous les aspects entourant la pratique</li> <li>• Des stressseurs spécifiques à la profession médicale : complications ou erreurs médicales, plaintes, poursuites, enquêtes, échecs académiques, etc.</li> <li>• Des milieux de travail ou académiques parfois difficiles en raison de conflits, de comportements perturbateurs, d'intimidation, de harcèlement, etc.</li> <li>• Des taux d'épuisement professionnel supérieurs à la population générale et aux autres professionnels</li> <li>• Des médecins qui trouvent difficile de concilier les exigences de leur carrière avec celles de leur vie personnelle et familiale</li> <li>• Des individus performants, perfectionnistes, peu enclins à demander de l'aide</li> <li>• Des problèmes de santé négligés ou pris en charge tardivement par crainte de répercussions éventuelles sur leur capacité à travailler ou leur permis d'exercice</li> <li>• Des problèmes d'abus de substances minimisés ou niés</li> <li>• Un risque suicidaire plus élevé que dans la population générale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seul un collègue est en mesure de comprendre la réalité des médecins</li> <li>• Des médecins-conseils ayant reçu une formation spécifique</li> <li>• Des médecins-conseils ayant une connaissance approfondie :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- des stress inhérents à la profession, leurs impacts et les enjeux médico-légaux qui peuvent en découler</li> <li>- des impacts potentiellement dévastateurs de telles situations</li> <li>- du contexte et de la culture médicale</li> <li>- des structures organisationnelles des divers milieux de pratique</li> <li>- des aspects déontologiques de la profession</li> <li>- des structures des milieux académiques et des organismes d'accréditation</li> <li>- des déterminants de l'épuisement professionnel et ses impacts sur la santé des médecins et sur leur pratique</li> <li>- des problèmes de santé auxquels les médecins sont plus vulnérables</li> <li>- des contraintes et obstacles à l'accès aux soins : mythe de l'invincibilité,</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des médecins-conseils au service de tout médecin faisant appel au PAMQ</li> <li>• Une évaluation globale et individualisée incluant :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- le cheminement professionnel et personnel</li> <li>- le fonctionnement au travail</li> <li>- les facteurs de stress personnels et professionnels</li> <li>- la capacité à faire face à la situation pour laquelle de l'aide est demandée</li> <li>- l'identification des éléments susceptibles d'affecter l'aptitude au travail et la qualité des soins prodigués</li> <li>- l'identification des risques liés à l'abus de substances</li> <li>- l'identification du risque suicidaire ou de dangerosité</li> <li>- une référence personnalisée à des ressources externes, au besoin (médecins, psychologues, etc.) et dans les meilleurs délais selon l'urgence ou les enjeux de sécurité</li> </ul> </li> <li>• Des interventions qui visent à :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- aider les médecins à mieux gérer leurs exigences professionnelles et personnelles</li> <li>- agir en amont, avant la perte de capacités fonctionnelles</li> <li>- développer de meilleures stratégies de résilience dans une perspective de pratique durable</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>Des besoins spécifiques pour les médecins gestionnaires, les collègues, les médecins traitants, les équipes, les organisations médicales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des médecins ayant des postes de responsabilités aux prises avec des problématiques de « gestion de personnel » au sein de leur équipe (ex. comportements perturbateurs, soupçon d'abus de substances, problèmes de santé mentale ou physique susceptibles d'affecter la qualité de l'acte, résident en difficulté, etc.)</li> <li>• Des médecins traitants avec des besoins de formation en santé des médecins</li> <li>• Des collègues désirant venir en aide ou traiter un confrère mais qui se sentent mal outillés pour le faire</li> <li>• Des groupes de médecins ou des équipes « en crise » suite au suicide d'un collègue, à des départs multiples, à l'épuisement de l'équipe, etc.</li> <li>• Des organisations préoccupées par les impacts de l'insatisfaction, du stress chronique et de l'épuisement professionnel chez leurs membres</li> <li>• Des organisations qui souhaitent amorcer un changement de culture au sein de leurs équipes ou de la communauté médicale</li> <li>• Des organisations ouvertes à mettre sur pied des services ou des activités favorables à la santé de leurs membres</li> </ul>	<p>stigmatisation, préoccupations quant à la confidentialité, aux conséquences potentielles sur la carrière</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des éléments susceptibles d'affecter la performance ainsi que l'aptitude au travail</li> <li>• Un lien avec un réseau de ressources validées par les pairs (médecins, psychologues, thérapeutes conjugaux, coachs professionnels, partenaires de l'ACPM, etc.)</li> <li>• Un rôle complémentaire à celui de l'équipe traitante</li> </ul> <p><b>Un positionnement unique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des médecins-conseils ayant une connaissance approfondie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- des types de problématiques susceptibles d'affecter le climat de travail et/ou la qualité des soins aux patients</li> <li>- des approches reconnues pour ces types de situations</li> <li>- en mesure de proposer aux collègues ou aux médecins traitants des conseils adaptés</li> <li>- en mesure de répondre aux demandes de groupes</li> </ul> </li> <li>• Une volonté de collaborer avec l'ensemble des partenaires et organisations ayant un rôle ou un intérêt pour la santé de leurs collègues</li> <li>• Une volonté de partager les connaissances quant aux meilleures pratiques en santé des médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- outiller et soutenir ceux qui sont aux prises avec des problèmes plus complexes</li> <li>- évaluer les possibilités qui s'offrent à un médecin souhaitant réorienter sa pratique</li> <li>- améliorer la qualité des soins aux patients en aidant les médecins à retrouver la santé et optimiser leur fonctionnement professionnel</li> </ul> <p><b>Des services qui répondent aux besoins de l'ensemble de la communauté médicale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des interventions de soutien-conseil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- auprès des chefs de département, de service, des DSP ou tout collègue qui a des préoccupations quant à la santé d'un confrère ou qui doit gérer une situation délicate au sein de son équipe</li> <li>- auprès de médecins traitants quant à certains volets spécifiques à la profession</li> <li>- avec une approche structurée et adaptée au « cas par cas »</li> </ul> </li> <li>• Des services d'évaluation et de soutien ponctuel à des groupes de médecins suite à des événements difficiles touchant l'ensemble de l'équipe</li> <li>• Des formations sur différents thèmes s'adressant aux médecins à tous les niveaux de leur parcours professionnel</li> <li>• Un partage de connaissances via différentes plateformes afin de sensibiliser la communauté médicale aux enjeux de santé des médecins</li> <li>• Un rôle conseil auprès des organisations afin de soutenir des interventions reconnues en santé des médecins</li> </ul>
---	--	--

## 2. PRÉSENCE DES PAE

---

Au Canada, le *National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace*, un organe de la Commission canadienne pour la santé mentale, a créé un standard à l'égard des caractéristiques propres à un environnement de travail psychologiquement sain. Cette première mondiale offre une assistance aux employeurs dans le développement d'un environnement de travail sain. Malgré le fait qu'il s'agisse d'une adhésion sur une base volontaire, les instances légales et les juges considèrent maintenant les standards de cet organisme comme étant ceux que les employeurs canadiens doivent respecter en termes d'environnement de travail psychologiquement sain et de prévention des maladies mentales (CBC, 2016). La même étude révèle que c'est dans le secteur des services et principalement ceux de la santé et de l'éducation que l'implantation d'une stratégie pour contrer les maladies mentales est la plus présente. Dans ces secteurs, on compte plus de 90 % des employeurs ayant un PAE. La présence des PAE aux États-Unis semble liée à la taille des organisations. En effet, 51 % des entreprises de 50 employés et plus et 66 % des organismes gouvernementaux ont un PAE. Pour les organisations ayant entre 10 000 et 50 000 employés, il est de 86 %, et de 91 % pour les organisations de plus de 50 000 employés (Mattke et al., 2013).



## 3. CONDITIONS DE SUCCÈS

---

Il n'existe pas de normes ISO pour les PAE, mais la Commission canadienne pour la santé mentale a développé des normes qui s'appliquent indépendamment des programmes choisis. Ces normes sont au nombre de quatre :

- une politique claire
- un accès direct, volontaire et rapide
- des services professionnels
- la protection de la confidentialité.

### Une politique claire

Le PAE doit s'appuyer sur une politique écrite, claire, précise, distribuée à toutes les parties concernées, dans laquelle on trouvera la définition du PAE offert, ses politiques d'accessibilité, ses modalités et ses limites.

### Un accès direct, volontaire et rapide

La décision ou non de consulter les services offerts par le PAE doit rester sur une base volontaire. Des recommandations peuvent être faites par les collègues ou le chef de service, mais la décision appartiendra toujours à l'individu. Aucune liste d'attente ne peut être tolérée car le service doit être immédiat dans les jours qui suivent la demande.

### Des services professionnels

La qualité d'un PAE dépend directement du professionnalisme des intervenants. Ils doivent faire partie d'un ordre professionnel reconnu (ex : le Collège des médecins, l'Ordre des psychologues, l'Ordre des travailleurs sociaux et l'Ordre des conseillers en orientation). Ils doivent de plus posséder une formation clinique solide, être à l'aise dans l'approche à court terme et avoir une bonne connaissance des ressources communautaires.

### La protection de la confidentialité

Aucune information nominative ne doit être révélée à qui que ce soit sans le consentement écrit de l'individu concerné. Il doit avoir la certitude que son nom et le contenu des entrevues ne seront pas divulgués. Les statistiques produites à partir des données collectées par l'organisme responsable du PAE doivent être dépersonnalisées et colligées de sorte que personne ne puisse être identifié.

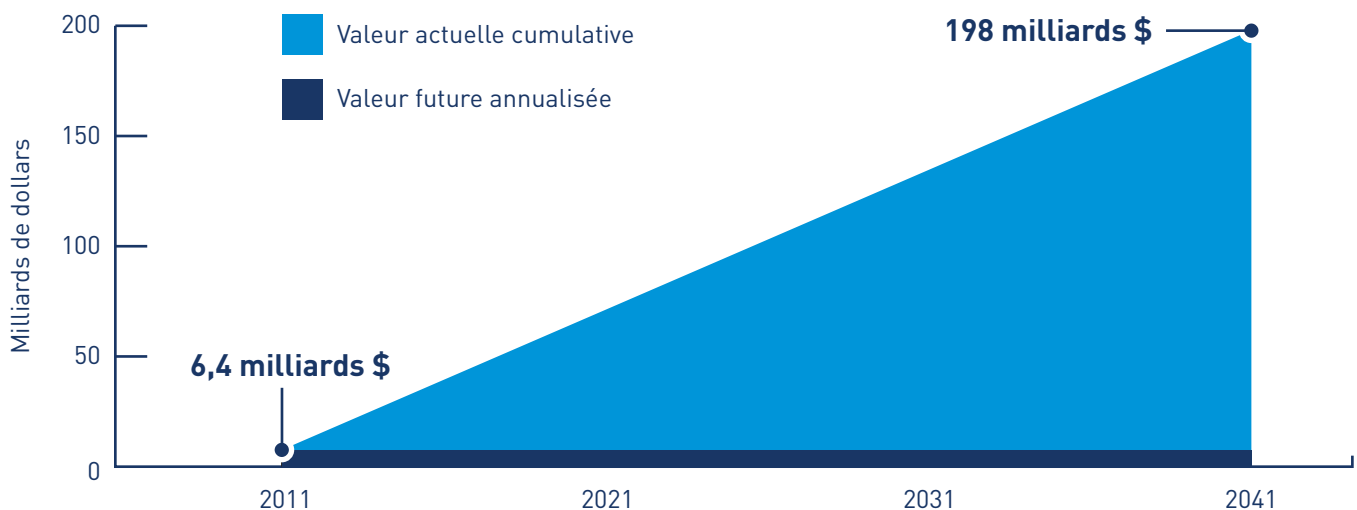
Ces normes sont les mêmes qui animent le PAMQ et qui en font son succès.

Malgré le fait que seulement 12 % des PAE répertoriés offrent un service d'aide psychologique par les pairs, les résultats des études suggèrent que ce type de PAE permet des résultats supérieurs réduisant le sentiment de stigmatisation au sein des professionnels et augmentant l'utilisation du service offert (CBC, 2016).

## 4. POURQUOI INVESTIR DANS UN PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS ?

Le Conference Board du Canada (2012) (CBC) voit l'implantation des programmes de santé et mieux-être au travail (PSMT) comme un investissement de la plus haute importance. En effet, lorsqu'il est question de santé psychologique au travail, les chiffres sont alarmants. Selon l'*American Psychological Association*, le stress et l'épuisement professionnel coûteraient en moyenne 300 milliards de dollars par année aux entreprises américaines. Au Canada, les problèmes de santé mentale et de dépendance comptent pour les deux tiers des réclamations annuelles d'assurance (CBC, 2012). Les données les plus récentes indiquent que 79 % des demandes d'indemnisation pour invalidité à long terme et 75 % des demandes d'indemnisation pour invalidité à court terme sont liées à la santé mentale et représentent des coûts de l'ordre de 21 milliards annuellement (Gouvernement du Canada, 2006). Ces coûts vont continuer à croître pour atteindre près de 30 milliards en 2030 (CBC, 2016). Les coûts cumulatifs estimés pour les 25 prochaines années s'élèvent à 198 milliards, soit l'équivalent de l'ensemble du budget du système de santé canadien (Commission de la santé mentale du Canada, 2012).

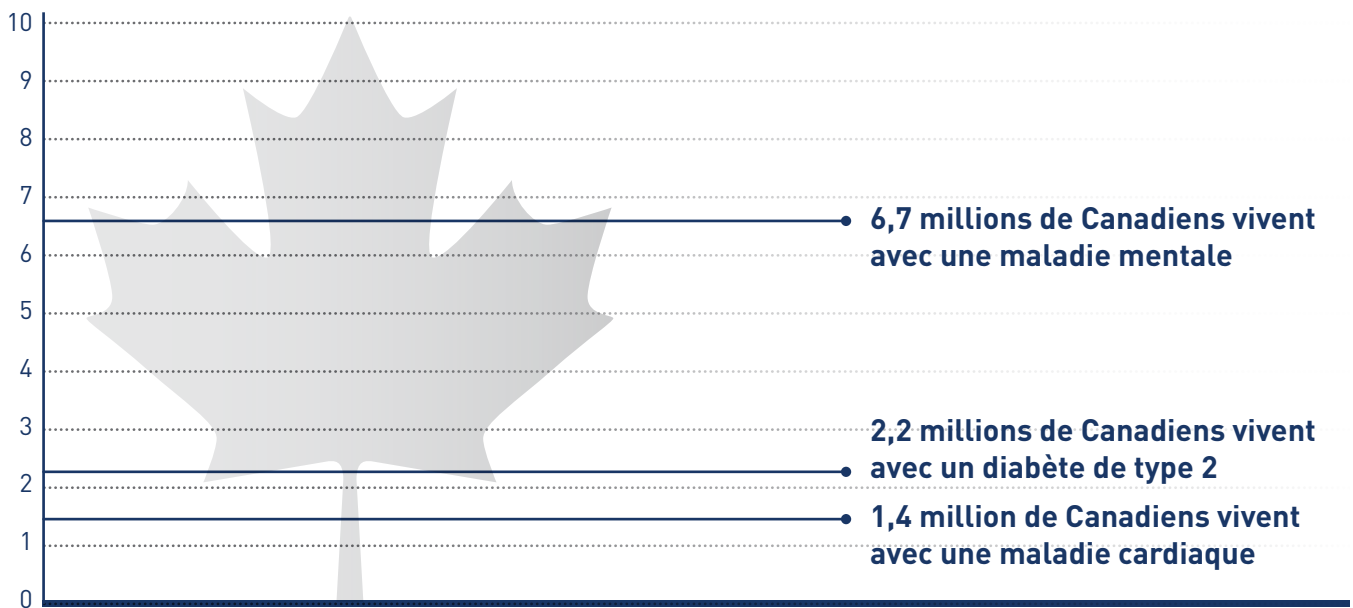
**FIGURE 1 : COÛTS DE LA MALADIE MENTALE EN TERMES DE PERTE DE PRODUCTIVITÉ AU CANADA**



[Source : Commission de la santé mentale du Canada, 2012]

Au Québec, on estime à plus de 6 millions le nombre de journées perdues annuellement pour des raisons de stress et d'épuisement professionnel, ce qui engendre des coûts annuels de l'ordre de 590 millions de dollars (Vinet et al. 2003). D'ici 2030, la maladie mentale se classera au premier rang des principales causes d'invalidité dans les pays à revenu élevé (Mathers et Loncar 2006; Roberts et Grimes, 2011).

**FIGURE 2 : PRÉVALENCE DE LA SANTÉ MENTALE AU CANADA**



[Source : Commission de la santé mentale du Canada, 2012]

Malgré cette proportion alarmante de Canadiens aux prises avec une maladie mentale, le gouvernement canadien est celui qui dépense le moins en santé mentale en comparaison avec la majorité des pays développés (Jacobs et al., 2010).

Les médecins ne sont pas épargnés par ce fléau, bien au contraire. Les dernières études longitudinales réalisées aux États-Unis suggèrent un accroissement du taux de prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins passant de 37,6 % en 2011 à 52,5 % en 2014 (Schrijver, 2016). Lorsque l'on compare cette prévalence avec la population générale ayant obtenu minimalement un diplôme secondaire, elle est de 36 % supérieure (Schrijver, 2016). Cette statistique est d'autant plus alarmante lorsqu'on la compare avec les autres diplômés universitaires (excluant médecine) qui eux ont un taux de prévalence d'épuisement professionnel de 36 % inférieur à la population générale, ce qui laisse présager que c'est le système médical et l'environnement de travail qui sont en cause et non la résilience personnelle (Schrijver, 2016). Le rapport sur la santé des médecins réalisé en 2015 fait également état d'une prévalence pour l'épuisement professionnel plus élevée chez les médecins et d'un taux de suicide également plus élevé (1,41 chez les hommes et 2,27 chez les femmes médecins) (Schernhammer et Colditz, 2004). Le taux estimé de prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins résidents pourrait atteindre plus de 50 % (Olson, Drage et Auger, 2009).

Parmi les entreprises ayant investi dans la mise en œuvre d'un PAE, moins de 1 % évaluent rigoureusement le retour sur investissement (ROI) (Thorpe, 2009). En fait, le jeu en vaut-il la chandelle ?

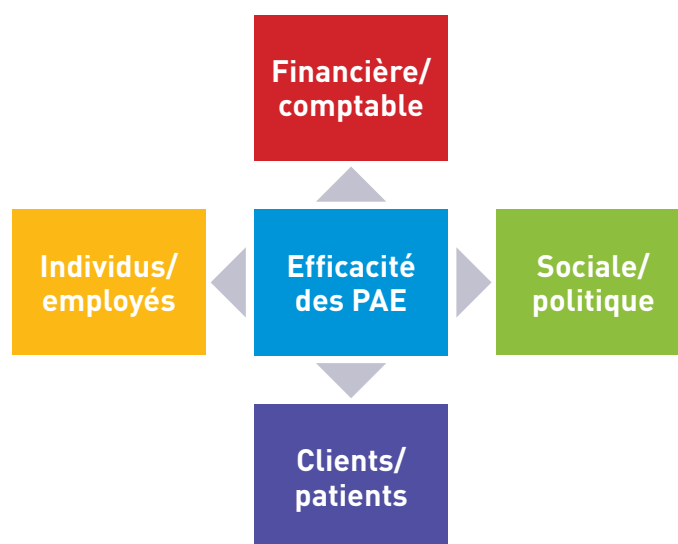
## 5. LES PAE SONT-ILS EFFICACES ?

Afin de satisfaire les intérêts des différentes parties prenantes (*stakeholders*), un PAE se doit d'être efficace. L'efficacité est une norme de la performance organisationnelle et se définit comme étant des résultats souhaités, désirables et recherchés par les parties prenantes (Morin, 1989). Puisqu'il n'existe pas de modèle universel concernant les dimensions de l'efficacité d'un PAE, mais bien plusieurs modèles, la figure qui suit (fig. 3) permet de tracer les grandes lignes des dimensions de l'efficacité. L'approche basée sur les parties prenantes (*stakeholders*) stipule qu'il existe des groupes rattachés aux organisations appelées *stakeholders* et que ces groupes ou individus peuvent influencer la réalisation de la mission de l'organisation ou être influencés par celle-ci. Ainsi, les organisations doivent non seulement considérer les besoins et demandes de leurs actionnaires ou pourvoyeurs de fonds, mais également ceux de leurs autres constituants externes, c'est-à-dire les *stakeholders* (Clement, 2005). Bien que la composition de ces groupes ne soit pas toujours identique d'une organisation à l'autre, les auteurs s'entendent généralement pour dire que, en plus des actionnaires, les consommateurs, les employés, les fournisseurs ainsi que la communauté dans laquelle l'organisation évolue sont considérés comme étant les principaux *stakeholders* de l'organisation (Freeman, 2001 ; Clement, 2005). De façon plus globale, il est aussi approprié d'inclure les gouvernements, les groupes politiques, les associations, les concurrents, les médias, etc. (Freeman, 1984 ; Donaldson et Preston, 1995). Dans le cas d'un PAE, nous croyons que quatre principales dimensions doivent être considérées : financière/comptable, sociale/politique, clients/patients et individus/employés.

### FIGURE 3 : LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'EFFICACITÉ DES PAE

La dimension financière/comptable est caractérisée par des questions de rentabilité, de coûts/bénéfices et de productivité. Dans cette dimension, il y a lieu de se questionner sur la rentabilité financière des investissements réalisés dans les PAE. Il y a également lieu de valider les effets de ces programmes sur la productivité des organisations.

En ce qui a trait à la dimension sociale/politique, elle vise plutôt à vérifier en quoi les PAE peuvent améliorer les conditions de vie des gens, ainsi que concourir à une meilleure image du gouvernement en place et des différentes institutions impliquées.



Du côté des clients/patients, la présence d'un PAE permet d'accroître la qualité des produits, services et soins obtenus.

Enfin, la dimension individus/employés cherche à cibler l'impact des PAE sur la santé de l'individu et le climat de travail de l'employé. Le tableau 1 résume les critères liés aux différentes dimensions.

**TABLEAU 1 : MODÈLE DE L'EFFICACITÉ**

Dimension	Critères utilisés
Financière/comptable	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rentabilité des investissements</li><li>• Productivité des établissements</li></ul>
Sociale/politique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accès aux soins de santé</li><li>• Image du gouvernement et des fédérations</li></ul>
Clients/patients	<ul style="list-style-type: none"><li>• Qualité des soins reçus</li></ul>
Individus/employés	<ul style="list-style-type: none"><li>• Médecins</li><li>• Personnel soignant</li></ul>

## 5.1 DIMENSION FINANCIÈRE/COMPTABLE

La dimension financière/comptable peut inclure plusieurs critères différents ayant tous une importance sur l'évaluation de l'efficacité du PAE. Toutefois, aux fins de cet exercice, trois critères ont été retenus : la rentabilité mesurée par le retour sur investissement, les coûts d'opération ainsi que l'impact sur la productivité.

### 5.1.1 RENTABILITÉ DES PAE

Progressivement, l'accumulation de données probantes sur la rentabilité des programmes de soins et de mieux-être au travail (PSMT) fait son chemin. Aujourd'hui, nul ne peut ignorer les bénéfices d'une telle démarche. En effet, selon le tableau 2, les dernières études réalisées aux États-Unis font état d'une rentabilité variant de **2,71 \$ à 6 \$** pour chaque dollar investi (Berry et al., 2010). Les études américaines qui ont étudié de façon plus précise les PAE révèlent un retour sur investissement de l'ordre de **3 \$ à 10 \$** pour chaque dollar investi.

## TABLEAU 2 : RETOUR SUR INVESTISSEMENT PAR DOLLAR INVESTI DANS UN PAE

	PSMT	PAE
États-Unis	2,71 \$ à 6 \$	3 \$ à 10 \$
Canada		6 \$ à 10 \$
Québec (Telus)	4 \$	

Au Canada, une étude réalisée par le Groupe Shepell (2014) auprès de 80 000 entreprises possédant un PAE suggère un retour sur investissement de **6 \$ à 10 \$** pour chaque dollar investi. Au Québec, peu d'études ont été réalisées. Par conséquent, les données probantes sont quasi inexistantes. Quelques études de cas isolées, comme celle réalisée chez Telus, suggèrent des rendements de l'ordre de **4 \$** pour chaque dollar investi (Thériault, 2013). Le coût des PAE représente moins du tiers de 1 % des coûts de santé assumés par les organisations, ce qui en fait le programme le moins coûteux et le plus rentable de tous les programmes liés à la santé au travail (EASNA, 2009).

### Pourquoi de tels bénéfices ?

La rentabilité des PAE n'est pas le fruit du hasard. Une étude longitudinale réalisée par EASNA (2009) suggère des améliorations au niveau des facteurs suivants :

- des employés plus productifs
- un taux d'absentéisme plus faible
- une réduction des coûts de réclamation en soins de santé
- une réduction des coûts de réclamation en incapacités
- un meilleur climat de travail
- des employés et gestionnaires plus engagés
- moins de conflits de travail et de problèmes au sein des équipes
- une meilleure préparation et réaction aux situations de crises et aux changements organisationnels
- un taux de roulement plus faible, une réduction des coûts de remplacement et une meilleure capacité d'attraction des nouvelles recrues.

## 5.1.2 COÛTS DES PAE

Selon le *Wellness Council of America*, on estime que les coûts globaux des programmes de santé et de mieux-être au travail vont de 100 \$ à 400 \$, selon les services offerts. En fait, les coûts des programmes les plus simples vont de 100 \$ à 150 \$, auxquels il faut additionner 300 \$ si on ajoute des incitatifs et du coaching personnalisé (Hall, 2011). Selon l'étude de Baicker (2010), les coûts moyens par employé seraient de l'ordre de 144 \$. Le *Wellness Council of America* stipule qu'un investissement trop minime (par exemple 45 \$ par employé) n'apportera aucun retour sur investissement. Il faut donc investir une certaine somme per capita pour espérer obtenir des résultats probants et un retour sur investissement.

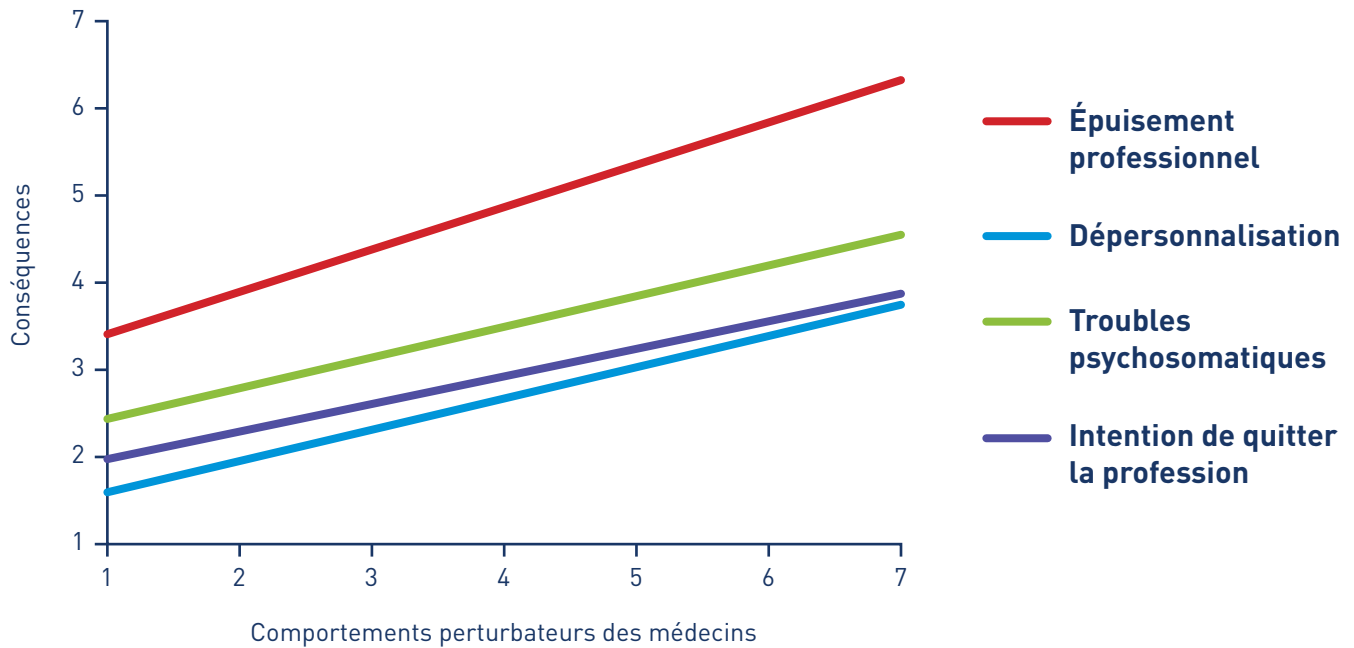
Selon les assureurs québécois, le taux idéal d'utilisation des PAE serait de 6 -7 %, alors que son taux d'utilisation réel est de 0,95 %. Leur estimation partielle des coûts d'un PAE privé offert sur une base 24/7 (pour un maximum de 6 heures de consultation par personne) est de 4 \$/mois (48 \$/année) pour une protection individuelle et 8 \$/mois (96 \$/année) pour une protection familiale.

Toutes les provinces du Canada offrent aux médecins un PAE dont le niveau de subvention en 2011 per capita varie de 18 \$ (Nouveau-Brunswick) à 236 \$ (Alberta) pour une moyenne de 82,3 \$ per capita. La subvention de 58 \$ per capita en 2015 pour le programme québécois le situe à 30 % de la moyenne canadienne. Malgré les 4 années qui séparent les données du Québec en 2015 de celles du reste du Canada en 2011, le programme québécois se situe parmi les 4 programmes les moins subventionnés.

## 5.1.3 IMPACT SUR LA PRODUCTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les enjeux du PAMQ à l'égard de la productivité des établissements de santé sont également significatifs. Les problèmes comportementaux des médecins aux prises avec des problèmes de santé mentale, d'abus de substances et d'épuisement professionnel agissent directement sur le climat de travail de l'ensemble de l'équipe (Roman et Prévost, 2015). Selon les données disponibles au Québec, la présence de comportements perturbateurs de la part des médecins peut entraîner à l'égard du personnel soignant une augmentation de l'épuisement professionnel, des troubles psychosomatiques, de la dépersonnalisation et l'intention de quitter (Chênevert, 2015).

**FIGURE 4 : IMPACTS DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS DES MÉDECINS**



(Source : Chênevert, 2015)

L'ensemble de ces conséquences chez le personnel infirmier peut, à son tour, entraîner des risques d'accroissement de l'absentéisme. En effet, ces résultats nous suggèrent qu'une augmentation de 15 % de la moyenne à l'égard de l'épuisement professionnel chez le personnel soignant accroît de 20 % les risques d'absentéisme à court terme, alors qu'une augmentation de 15 % de la moyenne à l'égard des troubles psychosomatiques accroît de 50 % les risques d'absentéisme à long terme. Si on considère que les coûts de l'absentéisme du personnel infirmier au Québec s'élèvent à environ 199 millions de dollars par année (Fédération canadienne des infirmières et infirmiers, 2015), on peut estimer qu'une absence de prise en charge des médecins en difficulté pourrait entraîner des coûts d'absentéisme chez le personnel soignant variant entre 39 et 99 millions. Si l'on considère que le taux d'absentéisme chez les infirmières à temps plein du secteur public, soit 8 %, est substantiellement plus élevé que le taux moyen de toutes les autres professions au Canada (4,7 %), il y a lieu de réduire et non d'augmenter cette prévalence (Fédération canadienne des infirmières et infirmiers, 2015).

L'absentéisme n'est pas le seul problème, car le présentisme fait de plus en plus de ravages. L'étude des manifestations du « présentisme » (insatisfaction au travail, fatigue extrême, surinvestissement) montre qu'elles sont souvent, dans une importante proportion, les prémices de l'absentéisme. Le cabinet de conseil en ressources humaines *Midori Consulting* calcule ainsi un « taux de présentisme » variant, selon les entreprises observées, de 1,4 à 2 fois le taux d'absentéisme (Létienne, 2016). En fait, il est évalué qu'un employé en état de dépression aurait près de 1,8 heure non productive durant un quart de 8 heures (Lowe, 2002). Si on applique ce ratio à l'ensemble des médecins et du personnel soignant en situation d'épuisement professionnel, il est évident que les pertes de productivité seront importantes.



Un récent sondage réalisé auprès des médecins, des infirmières-chefs et des résidents révèle que la majorité d'entre eux se présente fréquemment au travail malgré la maladie et que ce comportement générerait un risque pour leurs patients (Szymczak, 2015). Travailler tout en étant malade est considéré par certains membres du personnel soignant comme étant une obligation morale et comme le résultat de l'absence de politiques et de logistique organisationnelle permettant de soutenir l'absentéisme. Il n'y a pas de mécanisme permettant de remplacer à la dernière minute un médecin malade. Par conséquent, les médecins se sentent coupables de ne pas venir travailler malgré la maladie. Chez les infirmières, les politiques d'absentéisme sont plus adaptées. Toutefois, étant donné que les conventions collectives au Québec stipulent que les congés de maladie seront payés s'ils ne sont pas utilisés, certaines d'entre elles préféreront venir au travail malgré la maladie afin de profiter de ce retour d'argent.

Chez les médecins, le taux d'absentéisme n'est pas comptabilisé, ce qui rend difficile l'évaluation des coûts qui lui sont associés. Toutefois, le taux de roulement des médecins aux États-Unis a été estimé ainsi que ses coûts. On évalue les coûts de recrutement d'un nouveau médecin entre 26 000 \$ à 123 000 \$. En termes de productivité, on estime des pertes de l'ordre de 196 333 \$ à 224 595 \$ selon la spécialité (Misra-Hebert, Kay et Stoller, 2004). Wallace et al. (2009) estiment ces coûts entre 150 000 \$ et 300 000 \$ incluant le recrutement et les pertes de productivité. On peut additionner à ces coûts ceux de la perte d'une expertise spécifique nécessitant le transfert de certains patients (Schrijver, 2016). Aux États-Unis, une recherche réalisée par le groupe Cijka estimait le taux de roulement des médecins en 2012 à 6,8 % et à 12,4 % lors des trois premières années de pratique (Cijka, 2013). Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ce taux de roulement. Parmi ces dernières, l'épuisement professionnel semble se situer au premier rang (Roman et Prévost, 2015).

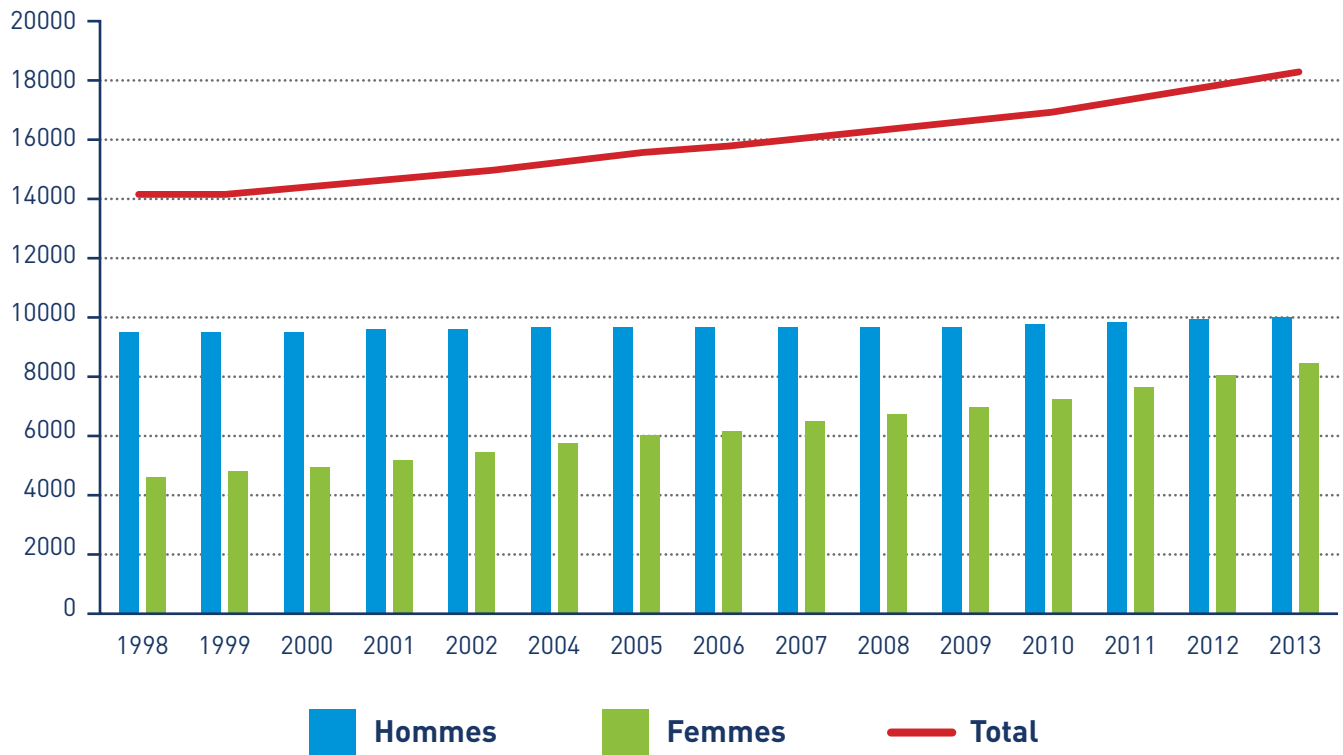
## 5.2 DIMENSION SOCIALE/POLITIQUE

Parmi les considérations sociales et politiques des problèmes de santé mentale chez les médecins, on peut considérer l'accès aux soins de santé, l'image publique des gouvernements et des fédérations.

Pour les gouvernements, l'accès universel aux soins de santé fait partie la Loi canadienne sur la santé et les oblige à devoir planifier cet accès. Si on considère qu'en septembre 2015, 25 % des Québécois (440 000) n'avaient pas de médecin de famille comparativement à 4 % des Ontariens et que le Ministre de la santé a promis que tous les Québécois auraient un médecin de famille d'ici décembre 2017, il y a lieu de se questionner sur les problèmes de santé mentale que connaissent les médecins. En effet, en imposant des quotas pour atteindre cette cible, on peut anticiper un accroissement des problèmes d'épuisement professionnel et donc un manque à gagner en termes d'accès aux médecins de famille. Pour atteindre ses objectifs, le Ministre de la santé doit soutenir les mécanismes d'aide aux médecins en détresse afin que ces derniers puissent renouer avec la pratique médicale le plus tôt possible.

En matière d'accessibilité aux soins, on peut également prendre en considération l'évolution des effectifs médicaux. Si l'on considère que 40 % des médecins ont plus de 55 ans et que 65 % des médecins de famille de moins de 40 ans sont des femmes, on peut se questionner sur la capacité d'assurer la relève (Institut canadien d'information sur la santé, 2015). En effet, selon la figure 5, le pourcentage de femmes médecins est passé de 32 % en 1998 à 46 % en 2013. En quoi la présence grandissante des femmes en médecine interpelle les PAM ?

**FIGURE 5 : ÉVOLUTION DE L'FFECTIF MÉDICAL AU QUÉBEC**



Si l'on considère que plus de 62 % des consultations au PAMQ sont le fait de femmes et que la proportion des femmes médecins ne cesse de s'accroître, il est prévisible que les demandes d'aide au PAMQ s'accroissent au cours des prochaines années. En effet, les statistiques nous révèlent que les femmes ont 40 % plus de chances de développer une maladie mentale, ce qui en fait une population à risque (Association canadienne pour la santé mentale, 2016). De plus, les femmes en général consultent plus que les hommes pour des troubles de santé mentale. En effet, la probabilité qu'une femme consulte pour des troubles de santé mentale est 1,5 fois plus élevée que pour un homme en ce qui a trait aux services psychiatriques et 2 fois plus élevée pour la consultation d'un psychologue (Drapeau et al., 2009).

L'espérance de vie des citoyens serait également prolongée lorsque la santé mentale s'améliore. Les études réalisées en Irlande et au pays de Galles indiquent que le bien-être mental augmente l'espérance de vie de 7,5 ans, ce qui est comparable à l'effet du tabagisme sur les maladies cardiovasculaires (Roberts et Grimes, 2011).

## 5.3 DIMENSION CLIENTS/PATIENTS

En ce qui a trait à la qualité des services offerts aux patients, le rapport produit par les médecins Roman et Prévost en 2015 suggère que l'épuisement professionnel des médecins affecte la qualité des soins qu'ils prodiguent. Les sondages réalisés auprès des médecins révèlent que ceux atteints d'épuisement professionnel étaient de 2 à 3 fois plus enclins à déclarer que leur conduite avec les patients était sous-optimale (Shanafelt et al., 2002). Une étude plus récente réalisée par Shanafelt et ses collègues (2010) auprès de 7 905 chirurgiens aux États-Unis révèle que 70 % d'entre eux attribuent les erreurs commises à des facteurs d'ordre individuel plutôt qu'organisationnel. Plus de 700 chirurgiens parmi les répondants (8,9 %) ont révélé avoir commis une erreur médicale majeure au cours des trois derniers mois. Les résultats suggèrent un lien significatif entre le niveau d'épuisement professionnel et le nombre d'erreurs commises. En fait, une variation d'un point de l'échelle de dépersonnalisation (l'une des trois dimensions de l'épuisement professionnel) accroît de 11 % les probabilités d'une erreur médicale, alors que cette probabilité est de 5 % pour l'échelle de l'épuisement émotionnel. Ces résultats sont d'autant plus probants que le modèle statistique multivarié utilisé contrôlait l'influence des facteurs tels que la fréquence des appels de nuit, l'organisation de la pratique médicale, le système de rémunération et le nombre d'heures travaillées (Shanafelt, 2010).

## 5.4 DIMENSION INDIVIDUS/EMPLOYÉS

L'évaluation du PAE réalisée par Santé Canada auprès de 140 organisations fédérales révèle que l'état psychologique des employés ayant demandé de l'aide par l'entremise du PAE s'est significativement amélioré. En effet, plus de 40 % des employés ayant communiqué avec une personne du PAE ont indiqué avoir des difficultés extrêmes à accomplir leur travail ou d'autres activités de leur vie quotidienne en raison de leur instabilité émotionnelle 4 semaines avant la consultation. Cette proportion a chuté à 13,2 % après la fin des séances du PAE, ce qui représente une diminution de 68 % (Bureau de l'évaluation Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, 2014).

En ce qui a trait aux médecins, une étude longitudinale réalisée aux États-Unis entre 2000 et 2005 suggère une amélioration significative de l'état de santé mentale des médecins qui ont été soumis à un programme de santé et mieux-être au travail (Dunn et al., 2007). L'étude conclut qu'outre la réduction du taux d'épuisement professionnel, l'intervention a permis une amélioration générale des processus organisationnels, tels que le niveau de feedback reçu et le niveau de participation à la prise de décision, la clarté des rôles, l'efficacité, la qualité des soins et l'orientation patient.

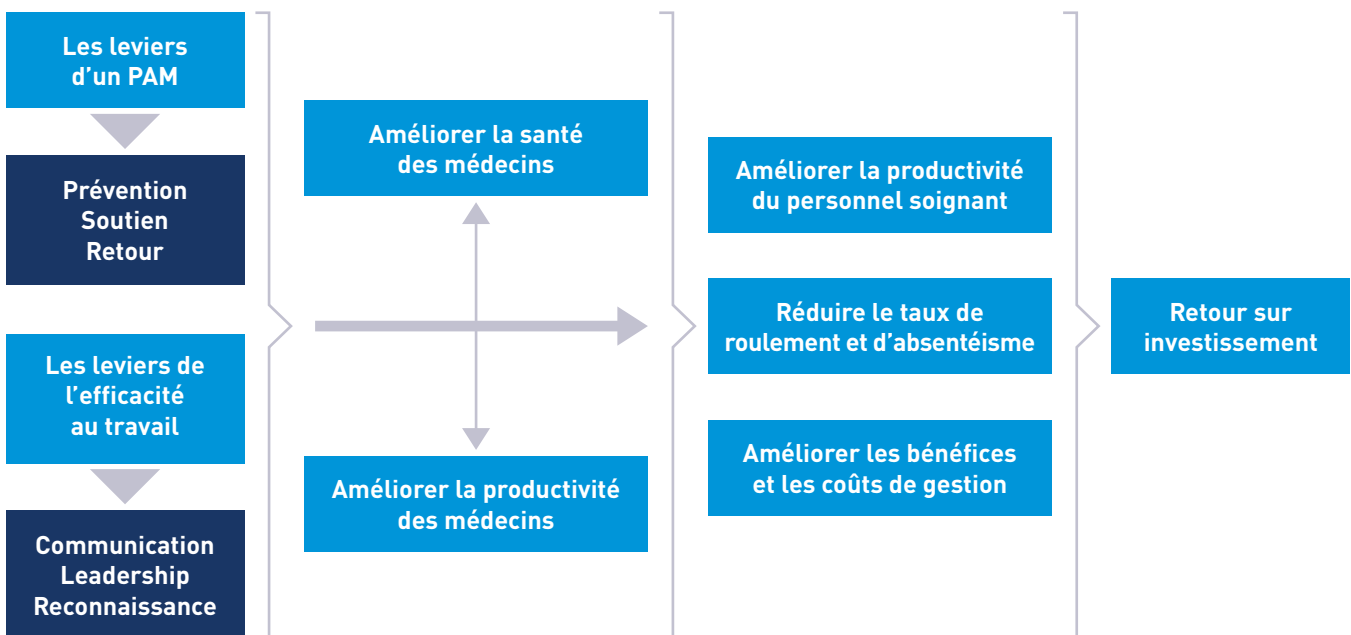
# 6. RECOMMANDATIONS

## Recommandation 1 : Utilisation d'une approche intégrée

Afin de rentabiliser les investissements réalisés en matière de PAE, les organisations devront développer une approche intégrée considérant non seulement la santé de leurs employés, mais également leur niveau de motivation au travail. La figure de la page suivante nous donne un aperçu de la séquence des événements menant à une meilleure rentabilité des PAE. La qualité et les objectifs des pratiques de gestion des ressources humaines (GRH) et du PAE lui-même sont importants. La partie supérieure du modèle nous amène à comprendre l'importance de l'amélioration de la santé des médecins et de son rôle sur la productivité de tout le personnel médical. Pour ce faire, le PAE doit reposer sur trois leviers importants que sont la prévention, le soutien et le retour au travail. Cette première section du modèle est essentielle au retour sur investissement réalisé par les organismes subventionnaires. Toutefois, le PAMQ se doit d'être accompagné par des pratiques de GRH adéquates permettant une meilleure communication organisationnelle, un leadership positif et participatif des instances décisionnelles ainsi que des mécanismes de reconnaissance permettant d'accroître le sens du travail des médecins. Des structures organisationnelles de plus en plus complexes et contraignantes, des changements de gouvernance incessants et une réduction du sentiment d'autonomie ne sont que quelques exemples des facteurs de stress réducteurs de sens (Chênevert, 2103). Une amélioration simultanée de la santé des médecins et de leur efficacité va concourir à une amélioration générale de la productivité du personnel soignant, une réduction du taux de roulement et une amélioration des coûts de gestion. Il y a donc lieu d'analyser le rôle du PAMQ d'une façon plus large et intégratrice.

**FIGURE 6 : MODÈLE INTÉGRATEUR DE L'EFFICACITÉ D'UN PAM**

LES PRATIQUES  
ET PROGRAMMES



## **Recommandation 2 :**

Il est recommandé que le PAMQ examine son rôle au sein des différentes stratégies de mieux-être et de productivité en milieu de travail des différents établissements de santé. Étant donné que les médecins œuvrent dans un environnement de travail dont les principales caractéristiques sont sous le contrôle de la direction des établissements, il serait pertinent de mieux harmoniser les services complémentaires offerts par le PAMQ.

## **Recommandation 3 :**

Il est recommandé que le PAMQ examine quelles données devraient être recueillies et analysées afin de développer une analyse plus approfondie des besoins et des impacts du PAMQ sur la santé et la productivité du personnel soignant. Ceci pourrait inclure :

- examen de normes élaborées par la Commission de la santé mentale du Canada comme point de départ à l'évaluation du PAMQ
- analyse de la satisfaction des services offerts
- analyse du climat de travail au sein de certaines équipes de soins
- analyse de la rentabilité des services offerts par la technique du retour sur investissement
- communication des résultats des analyses réalisées aux différentes parties prenantes
- établissement d'un plan d'action avec des indicateurs de performance
- instauration d'un tableau de bord prospectif.

# FAITS SAILLANTS

---

## Contexte

- Selon les estimations, les coûts cumulatifs liés à la santé mentale au Canada en 2040 seront de 198 milliards de dollars, soit l'équivalent du budget du système de santé canadien.
- D'ici 2030, la maladie mentale se classera au premier rang des principales causes d'invalidité dans les pays à revenu élevé.
- Plus de 6,7 millions de Canadiens vivent avec une maladie mentale comparativement à 2,2 millions de personnes souffrant de diabète de type 2 et 1,4 million atteintes d'une maladie cardiaque.
- Les problèmes d'épuisement professionnel chez les médecins sont passés de 37,6 % en 2011 à 52,5 % en 2014. Ce taux est de 36 % supérieur à la population générale.
- 1 % seulement des organisations possédant un PAE évalue le retour sur investissement de façon rigoureuse.

## Efficacité des PAE

- Le retour sur investissement des PAE est de 3 \$ à 10 \$ pour chaque dollar investi aux États-Unis et de 6 \$ à 10 \$ au Canada.
- Le coût du PAMQ per capita en 2015 était de 73 \$.
- Les coûts moyens des PAE sont de 100 \$ à 400 \$ par employé.
- Les subventions per capita obtenues en 2015 par le PAMQ (58 \$) sont de 30 % inférieures à la moyenne canadienne de 2011 (82 \$).
- Au Québec, les coûts d'absentéisme du personnel infirmier confronté à des comportements perturbateurs de la part des médecins varient entre 39 et 99 millions de dollars annuellement.
- Le taux de présentéisme est équivalent à deux fois celui de l'absentéisme.
- On estime aux États-Unis que le coût de recrutement d'un nouveau médecin varie entre 150 000 \$ et 300 000 \$, incluant les pertes de productivité.

## Impacts socio-politiques

- Le gouvernement a promis que chaque Québécois aurait un médecin de famille d'ici décembre 2017.
- En 2015, 25 % des Québécois n'avaient pas de médecin de famille.
- Le pourcentage de femmes en médecine s'est accru de 14 % (46 %) en 15 ans.
- 65 % des médecins de famille de moins de 40 ans sont des femmes.
- Les femmes ont 40 % plus de probabilité de développer une maladie mentale.
- Les femmes consultent respectivement 1,5 et 2,0 fois plus que les hommes pour des services de psychiatrie et de psychologie.
- On estime le taux de roulement moyen des médecins aux États-Unis à 6,8 % et à 12,4 % lors des trois premières années de pratique.

## Impacts sur la qualité des soins

- Les chirurgiens aux prises avec des symptômes d'épuisement professionnel sont 11 % plus à risque de commettre une erreur médicale.
- Le comportement perturbateur de certains médecins accroît significativement les problèmes d'épuisement professionnel et l'intention de quitter chez le personnel infirmier.
- Les médecins bénéficiant d'un programme de mieux-être au travail améliorent significativement leur état de santé mentale.
- Les PAE offerts à des professionnels obtiennent de meilleurs résultats lorsque la personne ressource est un collègue exerçant la même profession.

# RÉFÉRENCES

---

Association canadienne pour la santé mentale, [2016].

<https://mentalhealthweek.cmha.ca/fr/comprendre-la-sante-mentale/la-semaine-de-la-sante-mentale/fiches-de-renseignements-sante-mentale-des-femmes/>

Association des hôpitaux du Québec (1988), « Guide sur les programmes d'aide aux employés, Québec : Gouvernement du Québec », Direction des ressources humaines

Baicker, K., Cutler, D. and Song, Z. (2010), «Workplace Wellness Programs Can Generate Savings», Health Affairs, 29, no.2, pp. 304-311.

Berry, L.L, Mirabito, A.M. & Baun, W.B., (2010), «What's the Hard Return on Employee Wellness Programs?», Harvard Business Review, December, 2010, 1-18.

British Occupational Health Research Foundation, (2005), «Workplace Interventions for People With Common Mental Health Problems : Evidence Review and Recommendations», Londres (Royaume-Uni), BOHRF.

Bureau de l'évaluation Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada, (2014), « Évaluation des services d'aide aux employés 2009-2010 à 2013-2014 », 43. p.

Chênevert, D. (2015), « Gestion « 101 » des médecins aux comportements perturbateurs: le cas du personnel infirmier », Conférence : Le comportement perturbateur : Que faire?, Montréal, 27 novembre 2015, Palais des Congrès de Montréal.

Chênevert, D., Jourdain, G., Cole, N. & Banville, B. (2013), «The role of organisational justice, burnout and commitment in the understanding of absenteeism in the Canadian healthcare sector», Journal of Health Organization and Management, Vol. 27, No. 3, 350-367.

Cejka (2013), « Physician Turnover Hits New High as Housing and Stock Markets Recover», AMGA and Cejka Search Mar 18, 2013. <http://www.prnewswire.com/news-releases/physician-turnover-hits-new-high-as-housing-and-stock-markets-recover-198826841.html>

Clement, R.W. 2005, «The lessons from stakeholder theory for U.S. business leaders», Business Horizons, Vol. 48, p.255-264.

Commission de la santé mentale du Canada (2012), «Making the Case for Investing in Mental Health in Canada. Ottawa (Ont.)», 28. p.

Conference Board of Canada (2016), « Des cerveaux sains au travail. Avantages sociaux et programmes en matière de santé mentale offerts par les employeurs », 51 pp.

Conference Board of Canada (2012), «Making the Business Case for Investments in Workplace Health and Wellness», 62, pp.

Donaldson T. et L.E. Preston. (1995), «The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence, and implications», Academy of Management Review, Vol. 20, no 1, p.65-91.

Drapeau, A, Boyer, R. et Lesage, A. (2009), «The Influence of Social Anchorage on the Gender Difference in the Use of Mental Health Services», The Journal of Behavioral Health Services & Research, Volume 36, Issue 3, pp 372-384

Dunn, P.M., Arnetz, B.B., Christensen, J.F. et Homer, L. (2007), «Meeting the imperative to Improve Physician Well-being Assessment of an Innovation Program», Journal of General Internal Medicine, 22 (11), pp. 1544-52.



EASNA (2009). «Selecting and Strengthening Employee Assistance Programs: A Purchaser's Guide». Arlington, VA: Employee Assistance Society of North America.

En savoir plus sur [http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/01/08/le-presenteisme-coute-plus-cher-que-l-absenteisme\\_4844015\\_1698637.html#xXeIMKY8yyGF5RUE.99](http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/01/08/le-presenteisme-coute-plus-cher-que-l-absenteisme_4844015_1698637.html#xXeIMKY8yyGF5RUE.99)

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2015), « Tendances : absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public. », Par Jacobson Consulting Inc., 4. pp.

Freeman, R.E. 1984, «Strategic Management: A stakeholder approach», Marshfield, MA: Pitman Publishing, Boston, 276 p.

Freeman, R.E. 2001, «A Stakeholder Theory of the Modern Corporation», dans *Ethical theory and business*, sous la direction de T. Beauchamp et N. Bowis (Eds.), (6e édition), Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, p.66-75.

Gouvernement du Canada, «The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada» [Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada], Ottawa (Ont.), Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006.

Hall, D. (2011), «How Much Does a Good Wellness Program Cost?», Wellsource, Inc., Clackamas, Oregon, [http://wellsource.com/wp-content/uploads/2015/08/How\\_Much\\_Should\\_a\\_Wellness\\_Program\\_Cost.pdf](http://wellsource.com/wp-content/uploads/2015/08/How_Much_Should_a_Wellness_Program_Cost.pdf)

Institut canadien de l'information sur la santé, Health Care in Canada, (2015), Les soins de santé au Canada 2010, Ottawa (Ont.), ICIS, <https://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/main-doeuvre-de-la-sante/plus-de-medecins-plus-de-depenses>

Jacobs, P., Dewa, C., Lesage, A., Vasiliadis, H.M., Escobar, C., Mulvale G., Yim, R., (2010) «The Cost of Mental Health Services in Canada»: A report of the Mental Health Commission of Canada. Institute of Health Economics.

Le Devoir (2002), Étude du Collège des médecins - « De moins en moins de médecins à temps plein Départs hâtifs et temps partiel précipitent la pénurie, 23 mai 2002 », *Actualités en société*.

Létienne, R. (2016), « Le présentéisme coûte plus cher que l'absentéisme », *Le Monde*. LE MONDE ECONOMIE | [http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/01/08/le-presenteisme-coute-plus-cher-que-l-absenteisme\\_4844015\\_1698637.html#3leEv3Kct5BbQ6de.99](http://www.lemonde.fr/emploi/article/2016/01/08/le-presenteisme-coute-plus-cher-que-l-absenteisme_4844015_1698637.html#3leEv3Kct5BbQ6de.99)

Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., Kasl, S.V. (2002), «Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 83, no. 2. p. 261-270.

Lowe, G. (2002). «Here in body, absent in productivity : Presenteeism hurts output, quality of work-life and employee health ». *HR Report Canada*, 2 p.

Mathers, C.D. et Loncar, D., «Projections of Global Mortality and Burden of Disease From 2002 to 2030», *PLoS Medicine*, vol. 3, no 11 (2006), p. e442.

Mattke, S., Hangsheng Liu, John P. Caloyeras, Christina Y. Huang, Kristin R. Van Busum, Dmitry Khodyakov, Victoria Shier, (2013), «Workplace Wellness Programs Study», Final Report, RAND Health, Sponsored by the U.S. Department of Labor and the U.S. Department of Health and Human Services, 165 p.

Medscape, March 24, 2016, «How Sick Is Too Sick to Work? Presenteeism in Healthcare», Expert Interview With Michael Edmond, MD, MPH, MPA, Michael B. Edmond, MD, MPH, MPA, Disclosures | September 23, 2015.

Misra-Hebert, D., Kay, R. et Stoller, J.K. (2004), «A Review of Physician Turnover: Rates, Causes, and Consequences», American College of Medical Quality, Vol. 19, No 2 Mar/Apr., 56-66 p.

Morin, E.M. (1989), « Conceptualisation et développement d'une méthode de mesure de l'efficacité organisationnelle », rapport de recherche no 89-10, Montréal, HEC Montréal, 64 p.

National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Work Place.  
<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/issues/workplace/national-standard>

Olson EJ, Drage L, Auger R . (2009), «Sleep deprivation, physician performance, and patient safety», Chest; vol. 136, p. 1389-96.

Roberts, G. et Grimes, K. (2011), « Rendement du capital investi. Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale », Réseau canadien des politiques de l'Université de Western Ontario, Mars, 67 pp.

Roman, S. et Prévost, C. (2015), « La santé des médecins : État des connaissances et approches préventives », Programme d'aide aux médecins du Québec, 37 p.

Schernhammer, E.S. et G.A. Colditz (2004), «Suicide rates among physicians : a quantitative and gender assessment [meta-analasis]», American Journal of Psychiatry, 161, 12, pp. 2295-302.

Schrijver, I. (2016), «Pathology in the Medical Profession? Taking the Pulse of Physician Wellness and Burnout», Archives of Pathology & Laboratory Medicine, College of American Pathologists. 7 pp.

Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny P.J., Sloan J, Freischlag (2010), «Burnout and medical errors among American surgeons.», Annals Surgery. 2010 Jun; 251(6):995-1000.

Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wipf, J.E., Back A.L. (2002), «Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program», Annals of Internal Medicine. 5;136(5):358-67.

Shepell (2014), « The Return on Investment for Employee and Family Assistance Programs », Research Group Publication, 10, p.

Sun Life Assurance Company of Canada, *2011 Buffett National Wellness Survey*, 24

Szymczak JE, Smathers S, Hoegg C, Klieger S, Coffin S.E et Sammons J.S. (2015). «Reasons why physicians and advanced practice clinicians work while sick: a mixed-methods analysis». JAMA Pediatr.;169, pp. 815-821.

Thériault, A. (2013), Des entreprises parviennent à mesurer le rendement de leur programme de santé et mieux-être.  
<http://journal-assurance.ca/article/des-entreprises-parviennent-a-mesurer-le-rendement-de-leur-programme-de-sante-et-mieux-etre/>

Thorpe, Karla. *Benefits Benchmarking 2009: Balancing Competitiveness and Cost*. Ottawa: The Conference Board of Canada.

Towers Watson, (2009-2010), *Staying@Work Report | National Business Group on Health*, Watson Wyatt Worldwide, 34, pp.

Vinet, A., Bourbonnais, R. et Brisson, C. (2003). « Travail et santé mentale : une relation qui se détériore ». In M. Audet (dir.), *L'urgence de penser autrement l'organisation*, p.5-37. Québec: Les presses de l'Université Laval.

Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). «Physician wellness: a missing quality indicator». *Lancet*, 374(9702), 1714-1721. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736 %2809 %2961424-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2809%2961424-0)

Wellness Council of America (2015), «How Much does a good wellness program cost?»  
[http://wellsource.com/wp-content/uploads/2015/08/How\\_Much\\_Should\\_a\\_Wellness\\_Program\\_Cost.pdf](http://wellsource.com/wp-content/uploads/2015/08/How_Much_Should_a_Wellness_Program_Cost.pdf)

