

## PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ

### 1. Introduction

Le secteur des soins de santé est l'un des principaux secteurs d'emploi en Europe: il occupe environ 10 % de la main-d'œuvre européenne. La majorité des praticiens de la santé travaillent dans des hôpitaux. Les autres travaillent dans des cabinets médicaux, des maisons de repos ou d'autres organisations du secteur tels que les banques de sang ou les laboratoires médicaux (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail – EU-OSHA, 2007a). La parité est très loin d'être atteinte dans ce secteur, où près de 80 % des travailleurs sont des femmes (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2008).

Selon l'Organisation internationale du travail (OIT, 2005), des problèmes psycho-sociaux peuvent entraîner des maladies, des blessures, la stigmatisation, l'isolement, voire la mort. Ils peuvent également avoir un impact considérable sur l'employeur – notamment une baisse de la productivité et un moral affaibli. Le personnel employé dans le secteur des soins de santé est particulièrement exposé au risque de maladie mentale (Organisation mondiale de la santé – OMS, 2004). Par conséquent, il est important et très utile d'investir dans la promotion de la santé mentale dans ce secteur.

Selon l'OMS (2009), la santé mentale peut être définie comme un «état de bien-être» dans lequel une personne peut:

- «se réaliser;
- surmonter les tensions normales de la vie;
- accomplir un travail productif et
- contribuer à la vie de sa communauté.»

Dans ce sens positif, la santé mentale est la base du bien-être et du bon fonctionnement d'un individu et d'une communauté. Ce concept fondamental est conforme à l'interprétation élargie et variée qui en est faite dans les différentes cultures.

Le présent article s'adresse aux employeurs; il expose en détails les problèmes de santé mentale rencontrés dans le secteur des soins de santé et fournit des informations pratiques sur les interventions de promotion de la santé mentale.

### 2. Facteurs de risque psychosociaux pour la santé mentale et répercussions sur la santé mentale

#### 2.1. Facteurs de risque psychosociaux

Les risques psychosociaux sont liés à la façon dont le travail est conçu, organisé et géré, ainsi qu'au contexte social et économique dans lequel il est effectué. Ils augmentent le stress et peuvent nuire gravement à la santé mentale et physique (EU-OSHA, 2007b).



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

Différents modèles de stress ont été développés pour expliquer la relation entre les facteurs de risque et la santé des travailleurs. L'un des modèles les plus connus est le modèle demande-contrôle-soutien (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988). Ce modèle définit trois grands facteurs de stress qui influent sur le bien-être des travailleurs:

- demandes psychologiques;
- niveau de contrôle ou latitude de décision;
- et soutien social.

Selon ce modèle, des réactions négatives au stress (fatigue, anxiété, dépression et maladie physique, etc.) se produisent lorsque les demandes psychologiques sont élevées et le contrôle sur les décisions relatives au travail est faible. Le soutien social peut faire office de tampon.

Il existe de nombreux facteurs de risque psychosociaux (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), dont:

- le travail posté;
- un horaire de travail trop serré ou inapproprié;
- un faible niveau de contrôle au travail;
- des demandes professionnelles élevées;
- une charge de travail importante;
- des délais courts;
- des informations insuffisantes;
- une justice organisationnelle médiocre;
- un travail d'équipe peu efficace;
- de mauvaises relations interpersonnelles;
- un manque de soutien social;
- un travail en isolement;
- une réduction de personnel;
- des ressources insuffisantes.

Les facteurs de risque psychosociaux liés au travail fréquents dans le secteur des soins de santé (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009) sont notamment:

- des attentes élevées combinées à un manque de temps, de compétences et de soutien social;
- la confrontation avec la souffrance;
- le contact avec des mourants;
- les urgences;
- l'exposition à des événements traumatiques;
- les plaintes et les litiges.

La violence et le harcèlement sont d'autres incidents ayant une incidence psychosociale fréquemment rapportés dans ce secteur. Les comportements violents peuvent être le fait de patients, de visiteurs ou de collègues (EU-OSHA, 2007a). Le secteur sanitaire et social enregistre le taux d'exposition à la violence au travail le plus élevé dans l'UE-27 (15,2 %). L'incidence de l'intimidation et du harcèlement dans ce secteur est plus élevée que la moyenne. Dans les professions où les risques physiques sont élevés (p. ex. l'industrie manufacturière ou la construction), la violence et le harcèlement ne sont pas fréquents. En revanche, dans les secteurs sanitaire et social (où les risques physiques sont relativement faibles), l'expérience de la violence physique ou le risque d'exposition à la violence physique sont huit fois plus élevés que, par exemple, dans le secteur manufacturier (Parent-Thirion et al., 2007). D'après le projet danois «La violence comme forme d'expression» (Pedersen, 2007), jusqu'à 32 % des éducateurs sociaux dans les établissements de soins et du personnel soignant des hôpitaux sont exposés à la violence. En 2001-2002, au Royaume-Uni, le National Health Service (NHS) a signalé 95 501 cas de violence et d'agressions contre le personnel du NHS, les premières victimes de ces actes



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

étant les membres du personnel infirmier (National Audit Office, 2003). Dans des enquêtes récentes sur le personnel du NHS, menées auprès des ambulanciers et du personnel des urgences, 29 % et 50 % des personnes interrogées, respectivement, ont déclaré avoir été victimes de violences et d'agressions au cours des douze derniers mois.

Les praticiens de la santé sont également plus susceptibles de développer une toxicomanie. En raison de facteurs de risque spécifiques tels qu'une charge de travail importante, l'apport de soins à des personnes en phase terminale et mourantes, une mauvaise préparation aux exigences du métier, l'épuisement professionnel et une connaissance insuffisante des risques liés à l'alcool et à la drogue, le personnel médical est particulièrement exposé au risque de toxicomanie. Dans un article de Trinkoff et Storr (1998), il est mentionné que 2 % à 3 % de l'ensemble du personnel infirmier sont toxicomanes et que 40 000 infirmiers souffrent d'alcoolisme aux États-Unis. Cicala (2003) indique que les médecins sont également très susceptibles de devenir toxicomanes. Au moins 8 % à 12 % d'entre eux développent une dépendance au cours de leur carrière. Un niveau de stress élevé et de trop nombreuses heures de travail, l'automédication et l'accessibilité aux médicaments figurent parmi les facteurs de risque spécifiques. Les répercussions d'une toxicomanie sont graves. Outre le fait qu'elles nuisent à la santé du travailleur, travailler «sous l'influence» de drogues ou d'alcool peut être la cause d'erreurs médicales et donner lieu à des poursuites judiciaires.

### 2.2. Répercussions sur la santé

Tous ces facteurs de risque psychosociaux ont une influence prépondérante sur la santé mentale et physique des travailleurs. Parmi les problèmes de santé spécifiques générés par ces facteurs de risque figurent:

- le stress: 22 % de la population active serait affectée par le stress lié au travail (Parent-Thirion et al., 2007), ce qui en fait l'un des problèmes de santé professionnels les plus répandus; les soins de santé, les services sociaux et l'enseignement sont les secteurs les plus touchés: 29,4 % des personnes y travaillant souffrent de ce problème;
- l'épuisement professionnel: une étude de l'International Hospital Outcomes Research Consortium 1998-1999 a révélé que 36,2 % des travailleurs britanniques du secteur de la santé souffrent d'une forme aiguë d'épuisement professionnel (EU-OSHA, 2007a);
- l'anxiété: 11,4 % du personnel médical souffre d'anxiété (Parent-Thirion et al., 2007);
- l'irritabilité: 15,2 % du personnel médical souffre d'irritabilité (Parent-Thirion et al., 2007);
- la dépression: dans une étude menée par la Northwestern National Life de Minneapolis (1991), 32 % des personnes interrogées se disaient dépressives.

## 3. Promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

### 3.1. Promotion de la santé mentale

D'après Pollett (2007), la promotion de la santé mentale est «le processus d'amélioration des facteurs de protection qui contribuent à la bonne santé mentale». De nombreuses études scientifiques ont prouvé que les compétences et attributs associés à une bonne santé mentale ont des effets positifs, tels qu'une meilleure santé physique ou une meilleure qualité de vie, le bien-être économique et la dignité personnelle (*European Mental Health Implementation Project*,



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

2006).

Le lieu de travail est une structure adéquate pour protéger et promouvoir efficacement la santé mentale des travailleurs. Le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (Conférence à haut niveau de l'UE, 2008) place la santé mentale sur le lieu de travail parmi les domaines prioritaires. Il recommande la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé mentale et du bien-être à l'aide de programmes de prévention et d'évaluation des risques pour les situations susceptibles de nuire à la santé mentale des travailleurs (stress, comportements abusifs tels que violence et harcèlement au travail, alcool, drogues) et des programmes d'intervention précoce sur les lieux de travail.

### **3.2. Efficacité des initiatives de promotion de la santé mentale**

Certaines organisations ont déjà compris l'importance de la promotion de la santé mentale. Cependant, dans de nombreux lieux de travail, de telles mesures n'existent pas encore. Par conséquent, les responsables dans le secteur des soins de santé sont très souvent critiques à l'égard des programmes de promotion de la santé mentale. Cette réticence est due au fait qu'ils se concentrent essentiellement sur le traitement, afin d'obtenir des résultats immédiats, plutôt que sur des solutions durables (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). Outre de hauts responsables dans le secteur de la santé, d'autres parties prenantes réclament des preuves de l'efficacité de la promotion de la santé mentale: les décideurs en ont besoin pour justifier leurs dépenses, les praticiens, pour la planification et la mise en œuvre de programmes et les travailleurs affectés, pour savoir si les interventions leur seront ou non bénéfiques (Barry & McQueen, 2005).

Les études approfondies sur l'évaluation des interventions de réduction du stress sont rares, tant les évaluations coûts/bénéfices que les évaluations de l'efficacité des mesures individuelles de réduction du stress (Burke & Richardsen, 2000). Étant donné la façon dont sont conçues les études, il n'est pas toujours possible de déterminer quels effets constatés peuvent être réellement imputés à une intervention (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Bien qu'il ne soit pas facile de réaliser des études scientifiques sur les coûts et les bénéfices, bon nombre d'organisations et de décideurs ont essayé d'évaluer les coûts et les bienfaits des interventions de réduction du stress au travail. Le Sainsbury Center for Mental Health (SCMH, 2007), au Royaume-Uni, offre un aperçu des coûts liés à la santé mentale sur le lieu de travail ainsi qu'une estimation coût/bénéfice de ces interventions (basée sur des exemples fournis par des organisations britanniques).

Le coût annuel de la santé mentale au travail pour les entreprises britanniques se subdivise comme suit:

- absence pour maladie: 8,4 milliards GBP (9,7 milliards EUR);
- réduction de la productivité: 5,1 milliards GBP (5,9 milliards EUR);
- remplacement du personnel: 2,4 milliards GBP (2,8 milliards EUR).

Une estimation coût/bénéfice des programmes de santé mentale peut être réalisée sur la base d'exemples fournis par les travailleurs. British Telecom a signalé une réduction de 30 % des absences pour maladie dues à des troubles mentaux (SCMH, 2007) après la mise en œuvre d'une stratégie sur la santé mentale. Hilton (2005) présente les résultats d'un programme australien de promotion de la santé mentale. Ce programme avait pour but un diagnostic et une intervention précoces auprès des travailleurs montrant des signes de symptômes dépressifs. L'idée était que les employeurs joueraient un rôle dans l'identification des travailleurs présentant des symptômes de maladie mentale et qu'ils financeraient leurs soins. Les avantages financiers se sont traduits par une hausse de la productivité des travailleurs. Annuellement, ils étaient cinq fois plus élevés que les investissements dans le programme. Wang et al. (2007) décrit un



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

programme similaire mis en place par les États-Unis dans lequel les avantages financiers annuels par travailleur s'élevaient à 1 800 USD (1 268 EUR), contre un coût annuel par travailleur compris entre 100 USD (70,5 EUR) et 400 USD (281,8 EUR) seulement.

### 3.3. Interventions dans le secteur de la santé

Étant donné que le travail joue un rôle important dans la vie des personnes, le lieu de travail est un endroit tout indiqué pour des interventions de promotion de la santé mentale (Pollett, 2007). Ces interventions doivent cibler des domaines d'amélioration, tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel. Il importe de bâtir une culture du travail dans laquelle la santé mentale n'est pas taboue.

Il existe différents types d'interventions pour réduire les facteurs de risque psychosociaux et promouvoir la santé mentale dans le secteur des soins de santé.

#### 3.3.1. Interventions au niveau de l'organisation

À ce niveau, l'employeur introduit des mesures destinées à réduire les facteurs de stress dans l'environnement de travail. Ces interventions visent à éliminer les causes du stress au travail (EU-OSHA, 2002).

Les interventions menées au niveau de l'organisation ont pour objectif de modifier la structure de l'organisation et/ou les facteurs physiques et environnementaux. Ces interventions sont destinées à réduire les éléments négatifs dans l'organisation du travail. Celles qui concernent le modèle demande-contrôle-soutien sont axées sur le remaniement organisationnel, avec pour objectif un accroissement du contrôle que le travailleur possède sur son travail et ses aptitudes (Luceño & Martín, 2008). Une analyse des risques psychosociaux permet de contrôler les facteurs de stress en indiquant les éléments qui, dans l'organisation (au niveau de la tâche, de l'équipe ou de l'organisation), sont critiques et doivent être améliorés.

Les interventions menées au niveau de l'organisation concernent notamment:

- les demandes psychologiques: améliorer le volume de travail, optimiser les exigences intellectuelles, établir des horaires moins chargés;
- le contrôle ou la latitude de décision: améliorer l'utilisation et le développement des compétences, accroître le contrôle sur le travail, renforcer la participation au processus décisionnel;
- le soutien social: améliorer le soutien social entre les collègues ainsi qu'entre collègues et supérieurs;
- l'équilibre vie privée et vie professionnelle: introduire des horaires flexibles, offrir des services de garde des enfants, autoriser les congés d'études et les pauses carrière, permettre aux travailleurs de planifier et de mettre en œuvre des systèmes de rotation fondés sur l'autonomie en matière de rotation des tâches.

Exemples d'interventions au niveau de l'organisation dans le secteur de la santé (EU-OSHA, 2002):

- augmentation du nombre d'effectifs durant les heures de pointe afin de réduire les charges de travail, d'améliorer l'organisation du travail posté et de répondre aux besoins en cas d'absences ou d'urgences;



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

- mention des fonctions et des responsabilités, par exemple au niveau des aides-soignants, en ce qui concerne l'aide apportée pour la médication ainsi que l'aide et l'appui apportés pour l'administration des traitements;
- établissement d'un protocole de communication pour les situations qui, de l'avis des travailleurs, pourraient comporter des risques pour leur santé et leur sécurité;
- accorder une marge de manœuvre pour l'exécution de certaines tâches – conformément aux lignes directrices établies par le département correspondant – à certains groupes de travailleurs afin d'améliorer leur autonomie et la prise de décisions;
- promouvoir la participation des travailleurs via des réunions au cours desquelles ils puissent émettre des suggestions, des idées et des avis.

### 3.3.2. Interventions au niveau de l'interface individu-organisation

Ces interventions ont pour but d'accroître la capacité du travailleur à gérer le stress. L'employeur devrait investir dans des interventions visant à renforcer la capacité de gestion du stress de ses employés, par exemple via des formations.

Exemples d'interventions à ce niveau (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine et al., 2009):

- améliorer les relations entre les collègues et les responsables au travail;
- établir des groupes de soutien;
- adapter davantage l'environnement à la personne;
- clarifier les questions relatives aux rôles;
- accroître la participation et l'autonomie;
- prévoir des formations pour renforcer l'estime de soi, la confiance en soi et le sentiment d'appartenance des travailleurs;
- instaurer un programme de réduction du stress basé sur l'attention, consistant en une formation visant à améliorer les compétences communicationnelles, à apprendre comment gérer les réactions de stress et à faire preuve d'auto-compassion;
- prévoir une formation pour améliorer les compétences pratiques afin de réduire le stress et pour améliorer la relation et les échanges avec les patients;
- former le personnel à gérer les situations rencontrées telles que la mort, la souffrance et les patients en phase terminale.

### 3.3.3. Interventions au niveau de l'individu

Les interventions menées au niveau de l'individu sont généralement centrées sur la réduction du stress parmi les travailleurs qui présentent déjà des symptômes. Elles visent à accroître la capacité de la personne à gérer le stress grâce à des techniques de relaxation, par exemple (EU-OSHA, 2002). Elles permettent d'améliorer l'aptitude d'une personne à gérer les symptômes de stress. En apportant un soutien adéquat à ces personnes, les conséquences néfastes du stress sont réduites au minimum. Il s'agit notamment:

- massage thérapeutique;
- apprentissage de stratégies de gestion du stress;
- formation à des approches cognitivo-comportementales;
- formation à la gestion du stress;
- services de conseil.



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

### 3.4. *Lutter contre la violence et le harcèlement dans le secteur des soins de santé*

Comme mentionné précédemment, hormis le stress, la violence et le harcèlement sont des problèmes courants dans le secteur des soins de santé, qui sont néfastes pour la santé. Pour mettre fin à la violence et aux agressions dans ce secteur, les niveaux d'intervention prévus pour la gestion du stress peuvent s'appliquer.

Au niveau de l'organisation, les interventions suivantes sont envisageables (OIT, 2002; NAO, 2003; ministère de l'emploi des États-Unis, 2004):

- développement d'une culture orientée sur l'humain sur le lieu de travail et diffusion d'une déclaration politique claire interdisant formellement toute violence ou agression à l'encontre du personnel soignant. Toutes les parties concernées devraient avoir connaissance de cette politique: patients, employés et responsables;
- engagement de la direction en faveur de la prévention de la violence et des agressions;
- information et communication claires;
- réalisation d'évaluations des risques liés à la violence, aux agressions et au harcèlement sur le lieu de travail;
- contrôle environnemental: garantir la sécurité à l'aide de technologies et de procédures efficaces (p. ex. systèmes d'alarme, création d'une distance entre le client/patient et le personnel soignant par la mise en place d'un comptoir plus profond, etc.);
- information sur les précautions nécessaires, sur les risques accrus avec certains patients, etc.

Au niveau de l'interface individu-organisation, les mesures suivantes peuvent être prises (OIT, 2002; NAO, 2003; ministère de l'emploi des États-Unis, 2004):

- signalement de tout incident lié à des actes de violence ou à des agressions;
- formation du personnel à la prévention des incidents: comment reconnaître des menaces réelles ou potentielles sur le lieu de travail; formation du personnel sur la façon de réagir en cas de violence.

Enfin, des interventions sont possibles au niveau de l'individu (OIT, 2002; NAO, 2003; ministère de l'emploi des États-Unis, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- assistance et soutien;
- services de conseil;
- procédures de règlement des griefs;
- compte rendu;
- réhabilitation du membre du personnel victime d'un incident de violence.

### 3.5. *Bonnes pratiques*

Des interventions complètes de promotion de la santé mentale existent, bien que généralement, les organisations n'accordent pas le même degré d'attention aux trois niveaux d'intervention (Cox et al., 2000; Kompier et al., 1998). Elles ont tendance à se concentrer sur l'individu et l'interface individu-organisation. Par conséquent, les interventions visant à réduire les facteurs de stress sur le lieu de travail par des mesures de prévention sont bien souvent oubliées.

Pour s'assurer qu'elles appliquent une politique de promotion de la santé mentale efficace, les organisations doivent adopter une perspective globale en prenant des mesures aux trois niveaux d'intervention. Les causes du stress étant multiples (p. ex. une combinaison de problèmes



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

d'effectifs, de charges de travail excessives, d'organisation du travail et de conditions de travail physiques), une intervention ne sera efficace que si elle traite l'ensemble de ces causes (EU-OSHA, 2002). Il est essentiel que les employeurs et le personnel soignant travaillent ensemble sous ce rapport (Keleher & Armstrong, 2005).

Deux exemples pratiques d'interventions au niveau de l'organisation sont fournis ci-dessous. L'accent est placé sur des exemples de mesures préventives puisque celles-ci s'attaquent aux racines du problème. Des exemples d'interventions aux niveaux de l'individu et de l'interface individu-organisation sont présentés plus haut dans les paragraphes correspondants.

L'encadré 1 fournit un exemple de bonne pratique visant à montrer quels moyens s'offrent aux organisations du secteur des soins de santé pour éliminer les risques psychosociaux et les conséquences qui en résultent pour la santé et pour répondre à la nécessité d'une participation au processus décisionnel. L'encadré 2 présente un exemple de bonne pratique sur la façon de gérer la violence à l'encontre du personnel soignant.

### ***Encadré 1. Le programme de soutien au personnel soignant (Jané-Llopis et al., 2005)***

#### **Contexte**

Le programme de soutien au personnel soignant est conçu pour accroître la participation et le soutien social des équipes de personnel soignant des établissements de santé (mentale) au processus de prise de décisions sur le travail. Il accroît efficacement la capacité de ces équipes à mettre en place une dynamique d'équipe et des techniques de résolution des problèmes en équipe qui fassent appel au concept de soutien social.

#### **Programme**

- six sessions de formation (4 à 5 heures);
- participants: 10 directeurs d'établissements et 10 membres du personnel soignant;
- objectif:
  - mieux comprendre et renforcer les réseaux existants au sein des organisations susceptibles d'apporter aide et soutien;
  - accroître la participation des travailleurs;
  - développer et gérer des activités de formation;
  - apprendre des techniques d'entretien de ces nouvelles compétences.

#### **Évaluation du programme**

- le programme a permis d'obtenir davantage de réactions favorables sur le travail;
- le programme a permis de renforcer le sentiment et l'assurance des participants d'être capables de faire face aux désagréments et aux surcharges de travail;
- le programme a permis d'améliorer l'atmosphère au sein de l'équipe, la santé mentale et la satisfaction des membres.

### ***Encadré 2. La gestion de la violence à l'encontre du personnel soignant (EU-OSHA, 2002)***

#### **Problème**

En Irlande, 12 cas de violence ou de comportement abusif à l'encontre du personnel des hôpitaux régionaux du centre-ouest ont été signalés en 2000. Ce nombre a augmenté pour atteindre 64 cas en 2001. Le personnel soignant a déclaré ressentir du stress, de la frustration, de la peur et de la vulnérabilité.





## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

### **Solution**

En concertation avec le service responsable de la santé et de la sécurité dans les hôpitaux, le service de gestion des risques a décidé de mettre en place une structure afin de lutter systématiquement contre la violence sur le lieu de travail. Cette structure prévoyait différentes mesures:

- élaboration d'une nouvelle politique de notification des incidents et la promotion d'une politique de notification ouverte;
- création d'un cadre et programme global pour la gestion de la violence et des agressions;
- traitement des agressions et actes de violence identique à celui des autres incidents professionnels; les risques d'agression et de violence doivent être identifiés et évalués et des mesures de contrôle doivent être mises en œuvre et évaluées; à cette fin, une méthode formelle d'évaluation des risques a été développée;
- une formation spécifique du personnel lui permet de faire face à l'agressivité et à la violence et d'intervenir dans ce genre de situations (causées par des clients souffrant de troubles du comportement); cette formation était destinée à enseigner au personnel comment éliminer les risques de blessures tant pour le personnel lui-même que pour les clients.

### **Exemples pratiques**

Une équipe pluridisciplinaire du service des urgences a réalisé une importante évaluation des risques conjointement avec les conseillers en matière de santé et de sécurité. Après avoir identifié plusieurs risques graves, les mesures suivantes ont été prises:

- programme de formation «Intervention non violente en cas de crise»;
- présence accrue des services de sécurité;
- diffusion d'informations au sein du service concernant la politique à adopter à l'égard des agresseurs;
- fourniture de systèmes d'alarme individuels et de détresse;
- renforcement de la collaboration avec la Gardai (police); un agent de liaison a été désigné afin de travailler en étroite collaboration avec le personnel hospitalier;
- trois procès remportés devant les tribunaux contre des agresseurs;
- attention portée à l'ergonomie du service dans le cadre des actions de prévention et des pratiques de travail sûres.

## 4. Informations complémentaires

### **Sites web:**

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail:

[http://osha.europa.eu/fr/topics/stress/index\\_html](http://osha.europa.eu/fr/topics/stress/index_html)

[http://osha.europa.eu/fr/topics/whp/index\\_html](http://osha.europa.eu/fr/topics/whp/index_html)

[http://osha.europa.eu/fr/sub/sme/products/stress\\_at\\_work/index.htm](http://osha.europa.eu/fr/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm)

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail:

<http://www.eurofound.europa.eu/areas/index.htm>

Commission européenne:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm)

Réseau européen pour la promotion de la santé au travail:



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

<http://www.enwhp.org/home.html>

ProMenPol:

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>

Organisation mondiale de la santé (OMS):

[http://www.who.int/topics/mental\\_health/fr/index.html](http://www.who.int/topics/mental_health/fr/index.html)

Organisation internationale du travail (OIT):

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>

Health and Safety Executive (HSE, UK):

<http://www.hse.gov.uk/healthservices/stress.htm>

Institut national de recherche et sécurité (INRS, France):

<http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>

### **Projets:**

Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP): projet *Move II* «La santé mentale au travail»:

<http://www.enwhp.org/index.php?id=606>

*European Mental Health Implementation Project* (projet de mise en œuvre de politiques et stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale en Europe):

<http://mentalhealth.epha.org/index.html>

## 5. Références

Arnetz, J., & Arnetz, B., 'Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers', *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 3, 2000, pp. 668-680.

Barry, M. & McQueen, D., 'The Nature of Evidence and its Use in Mental Health Promotion.' In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization, 2005.

Burke, R.J. & Richardsen, A.M., 'Organizational-level interventions designed to reduce occupational stressors.' In P. Dewe, M. Leiter & T. Cox (Eds.), *Coping, Health and Organizations* (pp. 191-210). London: Taylor & Francis, 2000.

Cicala, R.S., 'Substance abuse among physicians: what you need to know.' *Hospital Physician*, July, 2003, pp. 39-46.

Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

Cox, T., Griffith, A. & Rial-Gonzalez, E., '*Research on Work-related Stress*', EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, 2000, pp. 1-167. Available at:

<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

EU high-level conference 'Together for Mental Health and Well-being', Brussels, 13 June 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. Retrieved 22 September 2009, from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*, 2002. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104/view>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *E-facts 18: risk assessment in health care*, 2007a. Available at: <http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Factsheet 74: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)*, 2007b. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Living and working in Europe*, 2008, pp. 1- 28. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Mental Health Implementation Project (EMIP). 'Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Strategies in EU Member States and Applicant Countries', 2006. Retrieved 22 September 2009, from: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>

Hilton, M., 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Available at: [http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton\\_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

International Labour Organization (2005). The SOLVE approach to addressing psychosocial problems at work. Retrieved 22 September 2009, from: [http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS\\_081593/index.htm](http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS_081593/index.htm)

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva, 2002. Available at: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V., 'Mental health promotion works: a review', *Promotion & Education*, Vol 2, 2005, pp. 9-25.

Jettinghoff, K. & Houtman, I., *A sector perspective on working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>

Johnson, J.V. & Hall, B.M., 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population', *American Journal of Public Health*, Vol 78, No 10, 1988, pp. 1338-1342.

Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, Vol 24, 1979, pp. 285-308.



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

Karasek, R.A. & Theorell, T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 1990.

Keleher, H. & Armstrong, R., 'Evidence-based mental health promotion resource' Report for the Department of Human Services and VicHealth, Public Health Group, Melbourne, 2005, pp. 1-130.

Kompier, M., Geurts, S., Grundemann, R., Vink, P. & Mulders, P., 'Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach' *Stress Medicine*, Vol 14, 1998, pp. 155-168.

Luceño, L. & Martín, J., *Decore. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, 2008. p. 17.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C. & Verbeek, J.H., 'Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Vol 1.

McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.

Munn-Giddings, C., Hart, C. & Ramon, S., 'A participatory approach to the promotion of well-being in the workplace: lessons from empirical research' *International review of psychiatry*, Vol 17, No 5, 2005, pp 409-417.

National Audit Office. 'A Safer Place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression', 2003. Available at:

[http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting\\_nhs\\_staff.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx)

Northwestern National Life, *Employee Burnout: America's Newest Epidemic*, Northwestern National Life Insurance Co., USA, 1991.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. *Fourth European working conditions survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

Pedersen, K., 'Violence at the workplace. Danish Experiences with the Prevention of Violence in the Social and Health Care Sector', Social Development Centre SUS, Copenhagen, 2007.

Pollett, H., 'Mental health promotion: a literature review.' Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. June 18th 2007.

SCMH, 'Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the business case', London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., 'Substance use among nurses: differences between specialties' *American Journal of Public Health*, Vol 88, 1998, pp. 581-588.

United States Department of Labor (2004). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Retrieved 22 September 2009, from: <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>

Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R., 'Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on



## La promotion de la santé mentale dans le secteur des soins de santé

clinical and work productivity outcomes', *Journal of the American Medical Association*, Vol 298, No 12, 2007, pp. 1401-1411.

World Health Organization, '*Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*', 2004, pp. 1-67. Available at:

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

World Health Organization (2009). Mental health. Retrieved 22 September 2009, from:

[http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)