



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada



Exploration de deux facteurs de sécurité psychologique pour les travailleurs de la santé

**Soutien pour l'autosoin psychologique et
protection contre la détresse morale en
milieu de travail : Facilitateurs et obstacles**

Colleen Brady, BDA, Denis Chênevert, Ph. D., Angela Coderre-Ball, Ph. D.

Mars 2022

Remerciements

Ce document a été préparé par la Commission de la santé mentale du Canada, en collaboration avec le Centre d'études sur les soins primaires du département de médecine familiale (*Center for studies in Primary Care*) de l'Université Queen's et avec le Pôle Santé de HEC Montréal. Ensemble, nous tenons à exprimer notre sincère reconnaissance aux nombreux travailleurs de la santé qui ont apporté une contribution précieuse à ce travail. À chacun des participants à cette étude, nous vous remercions de nous avoir fait part de vos expériences et vos perspectives. Votre participation pourrait donner lieu à des changements importants pour de nombreux travailleurs de la santé. En ce sens, votre contribution à la connaissance s'étendra sans doute au-delà de ce projet. Également, nous remercions le groupe de professionnels de la santé qui nous ont fait part de leurs idées et de leurs expériences lors de la période d'exploration du projet. Ce groupe comprenait cinq professions (paramédic, ergothérapeute, infirmière, préposé bénéficiaire et médecin de famille) dans trois provinces (Colombie-Britannique, Alberta et Ontario).

Équipe du projet de recherche

- Colleen Grady (DBA), Université Queen's – chercheure principale
- Denis Chênevert (Ph. D.), HEC Montréal – co-chercheur
- Angela Coderre-Ball (Ph. D.), Université Queen's – co-chercheur
- Francis Maisonneuve (M. Sc.), candidat au doctorat, HEC Montréal
- Sophy Chan-Nguyen (Ph. D.), chercheure adjointe, Université Queen's
- Mary Martin (M. Sc.), chercheure adjointe, Université Queen's
- Bruce Knox (MPH), chercheur adjoint, Université Queen's

Cette version française est une traduction de la version originale anglaise.

INFORMATIONS SUR LES CITATIONS

Citations suggérées : Grady, C., Chênevert, D. et Coderre-Ball, A. (2022). *Exploration de deux facteurs de sécurité psychologique dans les soins de santé : Soutien pour l'autosoin psychologique et protection contre la détresse morale en milieu de travail : Facilitateurs et obstacles*. Commission de la santé mentale du Canada. <https://commissionsantementale.ca/>

© Commission de la santé mentale du Canada, 2022

Les points de vue représentés ici représentent uniquement les points de vue de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-297-1

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les opinions présentées ici représentent uniquement le point de vue de la Commission de la santé mentale du Canada. La production de ce document a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Contents

Résumé	5
Facilitateurs et obstacles du soutien à l'autogestion de la santé psychologique	5
Facilitateurs et obstacles de la protection contre la détresse morale	6
Investir dans les travailleurs de la santé du Canada	6
Introduction	7
Ce que nous savons	8
Soutien pour l'autogestion de la santé psychologique	9
Facilitateurs et obstacles individuels à l'autogestion de la santé psychologique	9
Facilitateurs et obstacles d'équipe à l'autogestion de la santé psychologique	9
Facilitateurs et obstacles organisationnels à l'autogestion de la santé psychologique	9
Protection contre la détresse morale	10
Facilitateurs et obstacles individuels de la protection contre la détresse morale	10
Facilitateurs et obstacles d'équipe de la protection contre la détresse morale	10
Facilitateurs et obstacles organisationnels de la protection contre la détresse morale	10





Méthodologie	11
Une approche par méthodes mixtes	11
Résultats	13
Questionnaire: L'autogestion de la santé psychologique, la détresse morale et leurs conséquences	13
Facilitateurs et obstacles quant à l'autogestion de la santé psychologique	16
Résultats du questionnaire	16
Résultats des entrevues	17
Facilitateurs et obstacles à la protection de la détresse morale	19
Résultats de l'enquête	19
Résultats des entrevues	20
La sécurité psychologique dans le contexte de la pandémie de COVID-19	22
Réflexions pour les dirigeants et les décideurs politiques du secteur de la santé et des services sociaux	24
Conclusion	26
Références	27
Annexe I	31
Définitions	31
Annexe II	32
Scénarios : Stratégies visant à renforcer les capacités	32

Résumé

La santé et la sécurité psychologiques au travail sont directement liées à notre bien-être. Elles font partie intégrante de notre capacité à être efficient, de trouver du sens et de nous faire sentir important au travail. Les professionnels de la santé sont confrontés à de nombreux défis à leur bien-être au travail; défis qui ont significativement augmenté pendant la pandémie de la Covid-19. Dans cette optique, les dirigeants et les décideurs au Canada ont la responsabilité éthique d'aider les travailleurs de la santé et des services sociaux à prendre soin d'eux-mêmes sur le plan psychologique et à les protéger de la détresse morale.

Afin de mieux comprendre les facilitateurs et les obstacles liés à ces deux facteurs psychosociaux, nous avons interrogé des centaines de professionnels de la santé et des services sociaux* de plusieurs disciplines provenant de différents lieux de travail à travers le pays. Avant tout, nous nous sommes appuyés sur la connaissance relative à l'autogestion de la santé psychologique et de la détresse morale répertoriée dans la littérature scientifique et professionnelle canadienne. Nous avons également cherché à comprendre comment les travailleurs de la santé, les équipes de soins et les organisations contribuent à des milieux de travail plus sécuritaires, tout en identifiant les obstacles qui rendent cette tâche plus difficile.

Nous pouvons maintenant affirmer, sans équivoque, qu'il est primordial pour les dirigeants et les décideurs de s'attarder aux enjeux de bien-être des professionnels de la santé et des services sociaux.

Facilitateurs et obstacles du soutien à l'autogestion de la santé psychologique

Les travailleurs de la santé et des services sociaux ont affirmé que l'utilisation de stratégies proactives telles que la priorisation de leurs propres besoins en matière de santé mentale, ainsi que l'appréciation des patients augmentaient leur capacité à l'autogestion de leur santé psychologique. Ils ont également estimé que le fait d'appartenir à une équipe dans laquelle les membres se soutiennent et ont un leadership authentique étaient des facteurs importants de facilitations à l'autogestion de leur santé psychologique.

Toutefois, certains travailleurs de la santé et des services sociaux considéraient la charge excessive comme un obstacle important à leur bien-être. Ils considèrent également la gestion et les hiérarchies des équipes comme des obstacles à l'accès aux ressources nécessaires pour l'autogestion de leur santé psychologique. Les organisations n'accordant pas la priorité à l'autogestion de la santé psychologique entravent encore plus les efforts des travailleurs visant à prendre soin d'eux-mêmes.

* Nous avons défini le travailleur de la santé comme toute personne travaillant dans le domaine de la santé, des travailleurs de première ligne aux dirigeants des établissements de soins primaires ou de soins de longue durée, et toutes les organisations intermédiaires.

Facilitateurs et obstacles de la protection contre la détresse morale

Les travailleurs de la santé et des services sociaux ont déclaré que le sentiment de faire une différence grâce à leur travail était un facilitateur qui les protégeait de la détresse morale. Ils ont également constaté qu'une culture de travail saine et une communication ouverte au sein des équipes étaient essentielles à la protection contre la détresse morale. De plus, il était important pour eux de travailler pour une organisation dotée de politiques internes et de lignes directrices claires pour faire face à des événements indésirables ou à des contextes de détresse morale.

En contrepartie, des climats d'équipe malsains, une culture du surcharge de travail et une organisation qui priorise la productivité au détriment du bien-être faisaient partie des obstacles à la protection contre la détresse morale.

Investir dans les travailleurs de la santé du Canada

Grâce à ceux qui ont partagé leurs expériences personnelles, notre étude sur la santé et la sécurité psychologiques dans le secteur de la santé et des services sociaux au Canada a révélé de nombreuses pistes d'amélioration. Les participants n'ont pas seulement soulevé les difficultés à soutenir l'autogestion de la santé psychologique et la protection contre la détresse morale : ils ont également proposé plusieurs excellentes suggestions que les dirigeants et les preneurs de décisions pourraient mettre en place à court et long terme. Bien que les scénarios présentés à l'annexe II ne soient qu'un début, ils offrent tout de même des modèles conçus par les travailleurs de la santé qui savent ce qui est important pour leur bien-être. La feuille de route permettant de créer un milieu de travail sécuritaire dans le secteur de la santé n'a jamais été aussi claire.



Introduction

Garantir la santé et la sécurité psychologique et physique des travailleurs a longtemps été un aspect central du leadership et a été l'objet de plusieurs législations depuis des décennies.¹ Dans ce contexte, la Commission de la santé mentale a élaboré en 2013 la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail (la Norme) afin de soutenir les organisations qui accordent la priorité au bien-être psychologique.² La Norme, qui était la première du genre au monde, comprenait initialement 13 facteurs psychosociaux pertinents pour tout lieu de travail. Ce rapport se concentre sur deux autres facteurs qui ont été plus récemment développés spécifiquement pour le secteur des soins de santé : (1) le soutien à l'autogestion de la santé psychologique et (2) la protection contre la détresse morale.

Alors que les travailleurs de la santé passent leurs heures de travail à prendre soin des autres, beaucoup ont du mal à trouver le temps et l'énergie pour prendre soin d'eux-mêmes. Nous savons que la santé et la sécurité psychologiques au travail sont directement liées au bien-être des travailleurs et à leur capacité à être efficaces, à se sentir importants et à trouver un sens à leur travail. Pourtant, nous ne savons pas quels sont les obstacles et les facilitateurs auxquels les organisations font face lorsqu'elles cherchent à améliorer l'autogestion de la santé psychologique de leurs travailleurs et de les protéger de la détresse morale. Si les organisations ne parviennent pas à reconnaître ces facteurs, de plus en plus de travailleurs de la santé et des services sociaux risquent de quitter leur profession.

Alors que les travailleurs de la santé du Canada sont de plus en plus sollicités, les ressources qui les supportent diminuent. La pandémie de COVID-19 a aggravé les conditions de travail, ce qui a eu un impact négatif sur la santé mentale et a exacerbé le sentiment de détresse morale (c'est-à-dire se sentir incapable de prendre une action éthiquement appropriée en raison des

obstacles institutionnalisés). Les exigences importantes de la pandémie^{3,4} sur les travailleurs de la santé entraîne un nombre croissant de départs de la profession^{5,6} qui, à leur tour, imposent des exigences supplémentaires à ceux qui restent. Les responsables, les gestionnaires et les superviseurs du secteur de la santé et des services sociaux ont donc une responsabilité éthique de protéger les travailleurs de la santé de la détresse morale en créant des environnements de travail dans lesquels le personnel se sent soutenu et en sécurité.

Ces défis pour le personnel de santé sont une préoccupation mondiale. Un système durable doit pouvoir répondre aux besoins des populations actuelles et futures grâce à une planification adéquate. Il est tout aussi important de s'assurer de son fonctionnement en fournissant un nombre adéquat de travailleurs, en faisant l'usage le plus productif de leurs compétences et en créant des lieux de travail sains.

Deux questions clés ont donc guidé ce projet :

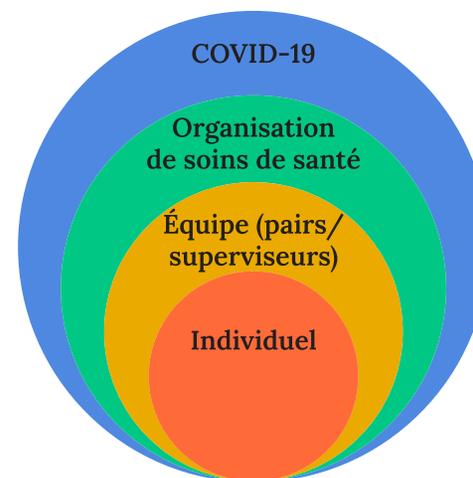
1. Quels sont les obstacles et les facilitateurs que rencontrent les travailleurs de la santé, les équipes de soins et les organisations lorsqu'ils cherchent à soutenir l'autogestion de la santé psychologique de leurs travailleurs et de les protéger contre la détresse morale ?
2. En lien avec les obstacles et les facilitateurs identifiés, comment la pandémie de la COVID-19 a-t-elle eu une incidence sur les travailleurs, les équipes et les organisations ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons d'abord fait une revue de la littérature professionnelle et académique canadienne. Nous avons ensuite sondé et passé en entrevue des centaines de travailleurs de la santé de plusieurs disciplines et provenant de différents lieux de travail dans tout le pays. Ce rapport présente les connaissances de la revue de la littérature, fournit une brève description de notre méthodologie de sondage et d'entrevue et présente les résultats et plusieurs recommandations à l'intention des dirigeants et des décideurs du secteur de la santé et des services sociaux.

Ce que nous savons

Nous savons que les travailleurs de la santé n'effectuent pas leur travail de manière isolée; leur sécurité psychologique est affectée par leur rôle, leur équipe et l'organisation pour laquelle ils travaillent. Il est donc important pour nous de capter cette interconnexion (ou la nature organisationnelle)⁷ afin de mieux comprendre le contexte dans lequel le soutien à l'autogestion de la santé psychologique et la protection de la détresse morale se développent. Des cadres théoriques tels que le modèle écologique de Bronfenbrenner⁸ nous permettent également de comprendre les facilitateurs et les obstacles qui affectent les travailleurs de la santé à différents niveaux. Notre enquête a examiné quatre de ces niveaux : (1) l'individu (2) l'équipe (y compris les pairs et les superviseurs), (3) l'organisation et (4) COVID-19 (Figure 1).

FIGURE 1. Cadre de compréhension des différents niveaux d'obstacles et de facilitateurs



Les différents niveaux d'obstacles et de facilitateurs du soutien à l'autogestion de la santé psychologique et la protection contre la détresse morale.

La revue de littérature qui suit comprend des études portant sur différents types de professionnels de la santé (p. ex. médecins, dentistes, infirmières, personnel de soutien) dans de multiples environnements de soins de santé (par ex, hôpitaux, cliniques, services d'urgence, soins primaires). Nous avons également inclus dans cette revue des rapports, des études empiriques et des documents de politiques spécifiques au secteur canadien des soins de santé.

Soutien pour l'autogestion de la santé psychologique

Les organisations de la santé et des services sociaux qui soutiennent l'autogestion psychologique créent un environnement qui encourage le personnel à prendre soin de sa propre santé et sécurité psychologique. Les facilitateurs et les obstacles peuvent se trouver à différents niveaux.



Facilitateurs et obstacles individuels à l'autogestion de la santé psychologique

Dans la littérature, plusieurs facilitateurs de l'autogestion de la santé psychologique des employés du secteur de la santé et des services sociaux sont identifiés. Les stratégies personnelles proactives, notamment les exercices de pleine conscience et de méditation,^{9,10,11,12} le temps passé seul, la consommation d'aliments réconfortants, le temps passé à l'extérieur^{13,14,15}, et le fait de pratiquer un meilleur équilibre travail-vie personnelle (p. ex. l'utilisation des jours de vacances et de maladie) sont avérées utiles¹⁶. En revanche, les comportements autodestructeurs, tels que la consommation de substances (p. ex. drogues, alcool, médicaments) et le non-recours aux prestations du programme d'aide aux employés (PAE), figuraient parmi les stratégies d'adaptation inappropriées ayant une incidence négative sur les soins personnels.



Facilitateurs et obstacles d'équipe à l'autogestion de la santé psychologique

Les infirmières ont souligné l'importance des relations d'entraide avec les collègues de travail.^{17,18} L'Association Médicale Canadienne conseille également aux médecins de se lier d'amitié avec un ou plusieurs autres médecins et de communiquer avec eux régulièrement.¹⁹ Alors que les préposés aux bénéficiaires ont souligné le rôle important des superviseurs quant à la sécurité au travail,²⁰ les travailleurs de la santé et des services sociaux ont insisté sur les effets néfastes des horaires de travail sur l'autogestion de la

santé psychologique. Dans les unités de soins intensifs (USI), l'affectation de quarts de travail rotatifs était associée à des taux de stress plus faibles parmi le personnel²¹. Quant aux pharmaciens, ils souhaitaient plutôt des quarts de travail courts avec des pauses et des quarts de travail réguliers comprenant les mêmes membres de l'équipe.²²

Tout comme les relations positives et d'entraide avec les collègues peuvent favoriser l'autogestion de la santé psychologique, des relations négatives au travail peuvent augmenter le stress. Les sages-femmes ont fait part de leur stress dû à l'intimidation et aux conflits avec les autres prestataires de soins de santé de leur équipe (par exemple, les infirmières et les obstétriciens).²³ Pareillement, les médecins ont souligné que le manque de soutien et de ressources de la part de leurs collègues impactait négativement leur bien-être.²⁴ De plus, les travailleurs de la santé ont souligné que des descriptions de poste mal définies (ambiguïté des rôles) augmentent leur niveau de stress.²⁵



Facilitateurs et obstacles organisationnels à l'autogestion de la santé psychologique

Au niveau de l'organisation, les travailleurs de la santé ont établi un lien entre le temps passé à l'extérieur de l'organisation (p. ex. les vacances) et des niveaux de stress plus faibles au travail^{26,27,28}. De même, les travailleurs de la santé ont souligné l'importance d'avoir (et de contrôler) des horaires de travail permettant suffisamment de temps pour la vie personnelle.^{29,30} Il a également été démontré que le fait de disposer de lignes directrices et de directives claires de la part de son organisation favorise l'autogestion de la santé psychologique³¹.

Tandis que le temps libre favorise l'autogestion de la santé psychologique, la charge de travail excessive^{32,33} et la culture du lieu de travail³⁴ ont été identifiées comme deux obstacles à cette démarche. Le personnel infirmier des USI a estimé que, dû à la culture de leur unité de travail, le personnel devait cacher son stress afin d'éviter de paraître faible.³⁵

Protection contre la détresse morale

Les organisations de la santé et des services sociaux qui protègent de la détresse morale créent un environnement qui permet au personnel d'effectuer son travail avec intégrité soutenu par sa profession, ses collègues et son employeur.



Facilitateurs et obstacles individuels de la protection contre la détresse morale

Comme il est indiqué dans la littérature, les travailleurs de la santé ont utilisé plusieurs mécanismes d'adaptation pour se protéger de la détresse morale. Il s'agit notamment d'éviter l'attachement émotionnel avec les patients et leur famille^{36,37}, de pratiquer la pleine conscience de soi, la réflexion, la réorientation et les soins personnels et d'apprendre à accepter les limites de la médecine.^{38,39} Les employés de l'USI ont trouvé qu'il était utile de rationaliser et de philosopher sur la nature de leur travail⁴⁰. Les travailleurs de la santé ont également souligné l'importance de prendre du temps libre pour s'éloigner de l'intensité de la détresse morale.^{41,42} De plus, ils se sentaient davantage protégés lorsqu'ils étaient motivés par un sentiment du devoir et dotés d'une capacité d'adaptation évolutive.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation inaptes, les études ont identifié le cloisonnement et la consommation de substances comme contribuant à une détresse morale accrue.⁴³



Facilitateurs et obstacles d'équipe de la protection contre la détresse morale

Les protections au niveau de l'équipe pour les travailleurs de la santé comprenaient la communication ouverte au sein de l'équipe, les relations avec les collègues de travail et le soutien du gestionnaire. Les employés des soins intensifs et des soins palliatifs ont souligné l'importance de pouvoir discuter des situations de détresse avec leurs collègues compatissants.^{44,45,46}

Les travailleurs de la santé ont également décrit la protection qu'ils ont ressentie en ayant des relations positives avec leurs collègues (p. ex. en partageant rire et humour).⁴⁷ À l'instar des travailleurs sociaux - qui ont ressenti une réduction de la détresse morale lorsqu'ils avaient le soutien de leurs gestionnaires-⁴⁸ le personnel infirmier indique ressentir une plus faible détresse psychologique lorsque leurs gestionnaires étaient physiquement présents et disponibles pendant leurs quarts de travail.^{49,50}

En revanche, les commentaires désobligeants des collègues ont exacerbé les sentiments de détresse morale.⁵¹ La littérature nous prévient également que les attitudes, les actions ou les approches d'un seul membre de l'équipe pouvaient rendre une situation difficile traumatisante.^{52,53} De plus, les travailleurs de la santé ont souligné que le fait de se sentir négligé ou ne pas être respecté par les membres de son équipe augmentaient leur détresse morale.⁵⁴ Les luttes de pouvoir entre les membres ont également le même effet.⁵⁵



Facilitateurs et obstacles organisationnels de la protection contre la détresse morale

Notre revue de la littérature a permis de constater l'existence de quelques leviers organisationnels visant à protéger les travailleurs de la santé. Il s'agissait notamment de disposer de temps et d'espace physiques pour digérer les événements moralement difficiles,⁵⁶ de fournir suffisamment d'effectifs pour offrir des soins de qualité,^{57,58,59,60} et d'offrir une autonomie et une flexibilité accrues aux employés quant à leur emploi du temps.⁶¹ Les travailleurs de la santé ont également souligné que les soutiens formels, tels que les séances d'information sur l'éthique, l'accès à des consultations avec des experts en bioéthique et la formation en bioéthique ont contribué à les protéger contre la détresse morale.^{62,63}

L'un des obstacles organisationnels était le manque de ressources humaines.^{64,65,66,67} Sans suffisamment d'effectifs, aucun des leviers à la protection des travailleurs de la santé ne peut être mis en œuvre.

Méthodologie

Une approche par méthodes mixtes

Nous avons utilisé deux stratégies en parallèle pour découvrir ce que les travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux au Canada avaient à partager sur eux-mêmes, leurs équipes et leurs milieux de travail en ce qui concerne l'autogestion de la santé psychologique et la détresse morale :

- Un questionnaire (en anglais et en français) fut déployé à l'échelle nationale au plus grand nombre possible d'organisations et d'associations représentant des travailleurs de la santé et des services sociaux. Le questionnaire, qui s'est déroulé du 1 décembre 2021 au 31 janvier 2022⁶⁸, a été rempli par 982 répondants (de chaque province et territoire).
- Une série d'entrevues semi-structurées de 60 minutes (en anglais ou en français) avec des acteurs clés issus de multiples disciplines et secteurs des soins de santé furent réalisées entre le 15 novembre 2021 et le 10 février 2022. Toutes les entrevues ont fait l'objet d'un enregistrement audio, ont été transcrites mot à mot et analysées par thèmes. Au total, 29 entretiens avec 30 participants ont été réalisées. Les tableaux 1 et 2 fournissent plus de détails sur les participants (à l'enquête et à l'entretien) et leur lieu de travail.

L'approbation éthique a été reçue de la part du comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé de l'Université Queen's et du Comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal.

Les groupes de travailleurs de la santé et des services sociaux les plus nombreux à avoir répondu au sondage sont les infirmières (31 %) et les travailleurs sociaux (11 %) (tableau 1). La plupart des participants à l'enquête travaillaient dans les hôpitaux (37 %), les soins à domicile et communautaires (13 %) et les soins de longue durée (13 %) (tableau 2).



TABLEAU 1. Répartition des travailleurs de la santé par discipline

Profession	Nombre de répondants à l'enquête et de participants à l'entretien	Pourcentage du total de répondants à l'enquête et de participants à l'entretien
Infirmière (infirmière, infirmière auxiliaire, infirmière clinicienne)	309	31 %
Travailleur social	114	11 %
Préposé aux bénéficiaires	56	6 %
Médecin	50	5 %
Physiothérapeute	44	4 %
Paramédic	47	5 %
Assistant dentaire	36	4 %
Technologue médical	34	3 %
Ergothérapeute	32	3 %
Gestionnaire	25	2 %
Administrateur	33	3 %
Premier répondant	20	2 %
Autre	213	21 %
Total	1 013	100 %

TABLEAU 2. Répartition des milieux de travail dans la santé

Profession	Nombre de répondants à l'enquête et de participants à l'entretien	Pourcentage du total de répondants à l'enquête et de participants à l'entretien
Hôpital	372	37 %
Soins à domicile et communautaire	135	13 %
Soins de longue durée	124	13 %
Services d'urgence	73	7 %
Clinique de soins primaires	66	7 %
Clinique dentaire	57	6 %
Clinique de santé mentale	36	4 %
Santé publique	19	2 %
Autre	130	13 %
Total	1 012	100 %

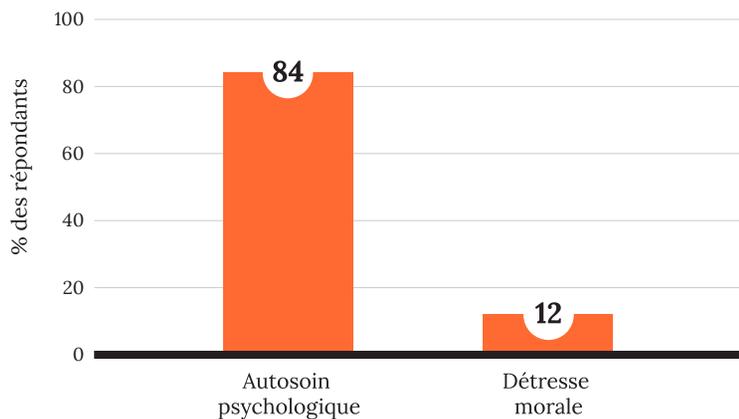
Résultats

Questionnaire: L'autogestion de la santé psychologique, la détresse morale et leurs conséquences

982 professionnels de la santé ont répondu à un questionnaire portant sur leurs perceptions quant à l'autogestion de leur santé psychologique et leur détresse morale. 80 % des répondants ont déclaré avoir une perception plutôt positive de leur capacité à l'autogestion, tandis que 49 % ont connu des niveaux de détresse morale légers à aigus, et 12 % des niveaux modérés à aigus (figure 2). Ces taux de détresse morale peuvent sembler faibles étant donné que la vague Omicron balayait le Canada au moment où le questionnaire était disponible. Il est ainsi possible que les professionnels de la santé présentant des niveaux de détresse morale modérées à aigues ont été moins nombreux à répondre que ceux présentant des niveaux plus bas.

FIGURE 2. Autogestion et détresse morale

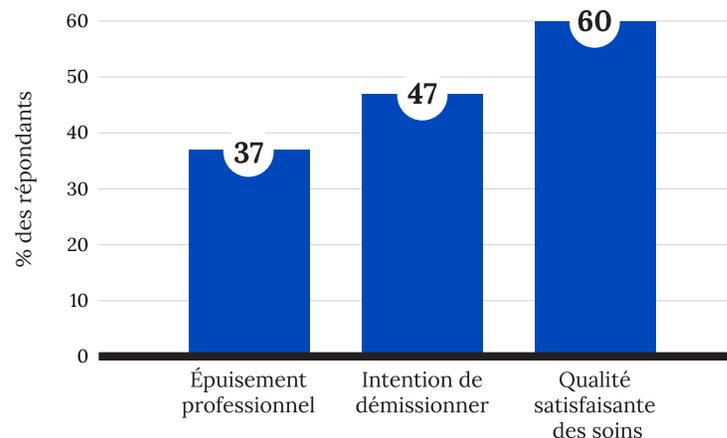
Pourcentage des répondants étant modérément à fortement d'accord avec le fait qu'ils pratiquent l'autogestion de leur santé psychologique ou éprouve de la détresse morale



Remarque: Cette figure présente le pourcentage de répondants qui ont la perception de pouvoir prendre en charge leur santé psychologique ou qui éprouve de la détresse morale

FIGURE 3. Épuisement professionnel, intention de quitter la profession, qualité perçue des soins

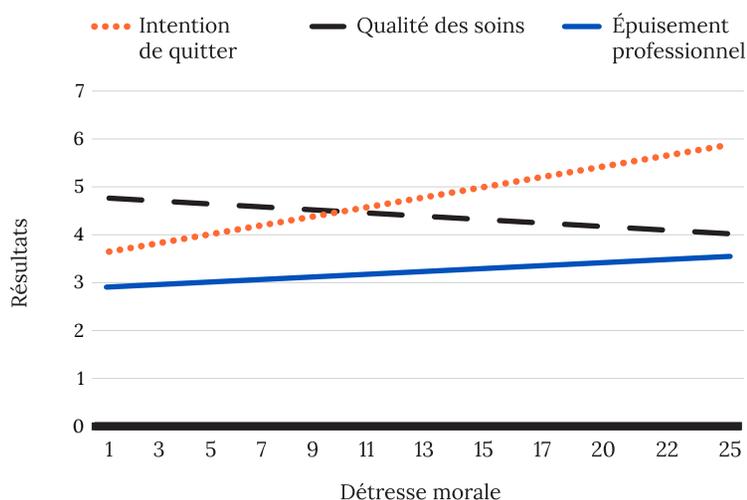
Pourcentage des répondants étant modérément à fortement d'accord avec le fait qu'ils font face à ces conséquences



Remarque: Cette figure présente le pourcentage de répondants qui ont la perception de souffrir d'épuisement professionnel, vouloir quitter leur profession ou qui jugent les soins qu'ils prodiguent comme étant de qualité

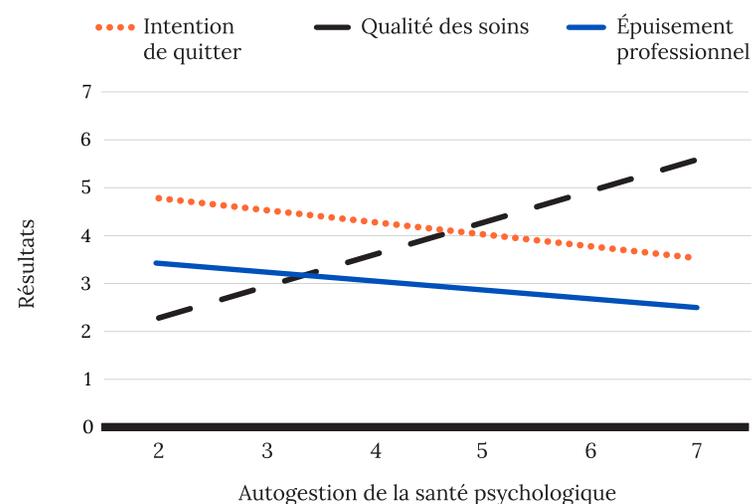
Les mêmes répondants ont partagé leurs perceptions quant à : (1) leur niveau d'épuisement, (2) leur intention de quitter leur profession et (3) la qualité des soins qu'ils sont en mesure de fournir. Près de 40 % ont déclaré ressentir de l'épuisement professionnel, 50 % ont dit avoir l'intention de quitter leur profession et seulement 60 % ont indiqué être satisfaits de la qualité des soins (figure 3). En observant la relations entre ces facteurs et l'autogestion de la santé psychologique, les données indiquent que ce dernier a une incidence positive (figure 5). À l'inverse, un niveau élevé de détresse morale correspond à un haut niveau d'intention de quitter la profession et un faible niveau quant à la qualité des soins prodigués (figure 4). Cela suggère que lorsque les travailleurs de la santé sont en mesure de prendre soin de leur santé et d'éviter la détresse morale, ils sont moins épuisés, moins susceptibles de quitter leur profession et plus enclins à fournir des soins de qualité.

FIGURE 4. Répercussions de la détresse morale



Remarque : Cette figure montre la relation entre la détresse morale (une détresse morale plus élevée est représentée par des valeurs plus élevées sur l'axe des x) et l'épuisement professionnel, l'intention de quitter la profession et la qualité perçue des soins. L'axe des y représente les échelles de Likert pour chacun des trois facteurs. Des scores de Likert plus élevés représentent des réponses plus aiguës.

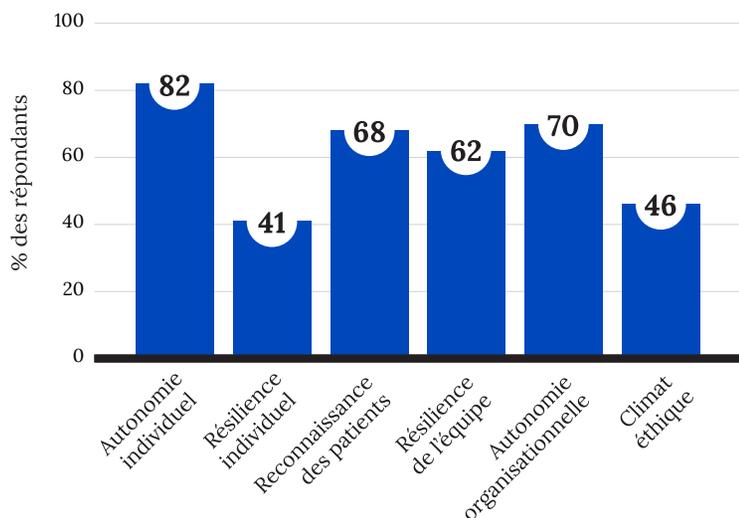
FIGURE 5. Répercussions de l'autogestion de la santé psychologiques



Remarque : Cette figure montre la relation entre l'autogestion de la santé psychologique (des valeurs croissantes sur l'axe des x représentent une capacité accrue à se prendre en charge) et l'épuisement professionnel, l'intention de quitter la profession et la qualité perçue des soins. L'axe des y représente les échelles de Likert pour chacun des trois facteurs. Des scores de Likert plus élevés représentent des réponses plus aiguës.

FIGURE 6. Présence de facilitateurs

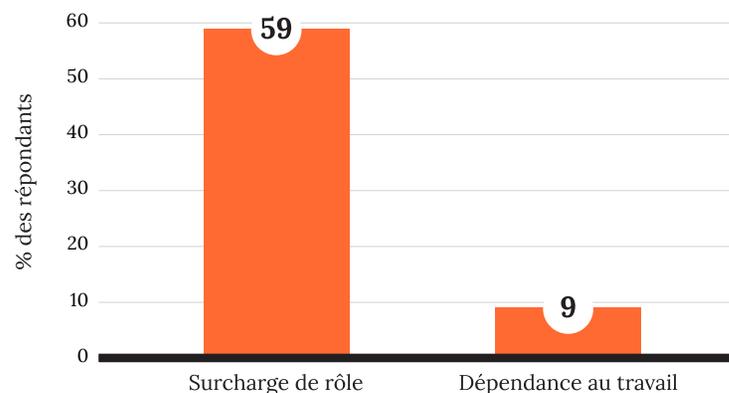
Pourcentage des répondants étant modérément à fortement d'accord avec le fait qu'ils font l'expérience des facilitateurs suivants



Remarque : Cette figure montre le pourcentage de personnes interrogées qui estiment avoir fait l'expérience de l'autonomie personnelle et organisationnelle, de la résilience personnelle et d'équipe, de la reconnaissance des patients pour les soins fournis et d'un climat de travail éthique.

FIGURE 7. Présence de barrières

Pourcentage des répondants étant modérément à fortement d'accord avec le fait qu'ils font face aux obstacles suivants



Remarque : Cette figure montre le pourcentage de personnes interrogées qui estiment avoir subi une surcharge de travail dans le cadre de leur fonction ainsi que ceux qui se perçoivent comme vivant une dépendance envers leur travail.

Compte tenu de ces résultats, nous avons cherché à analyser certains facilitateurs et obstacles potentiels qui pourraient avoir une incidence sur la capacité des travailleurs de la santé à soutenir leur autogestion de leur santé psychologique et à se protéger contre la détresse morale. Parmi les mécanismes de soutien évalués, nous avons constaté que moins de 50 % des répondants étaient modérément ou fortement d'accord pour dire qu'ils avaient un niveau élevé de résilience individuelle et travaillaient dans un climat éthique (figure 6). Nous avons également appris que 60 % des répondants subissaient une surcharge de rôle (trop de travail) (figure 7). Malheureusement, la surcharge de rôle est la réalité à laquelle est confronté le système de santé et de services sociaux au Canada, particulièrement dans le contexte de la pandémie. Elle a rendu justifiables certaines situations auparavant inacceptables et ce sentiment persistant de surcharge peut expliquer en partie les résultats liés à la détresse morale.

Facilitateurs et obstacles quant à l'autogestion de la santé psychologique

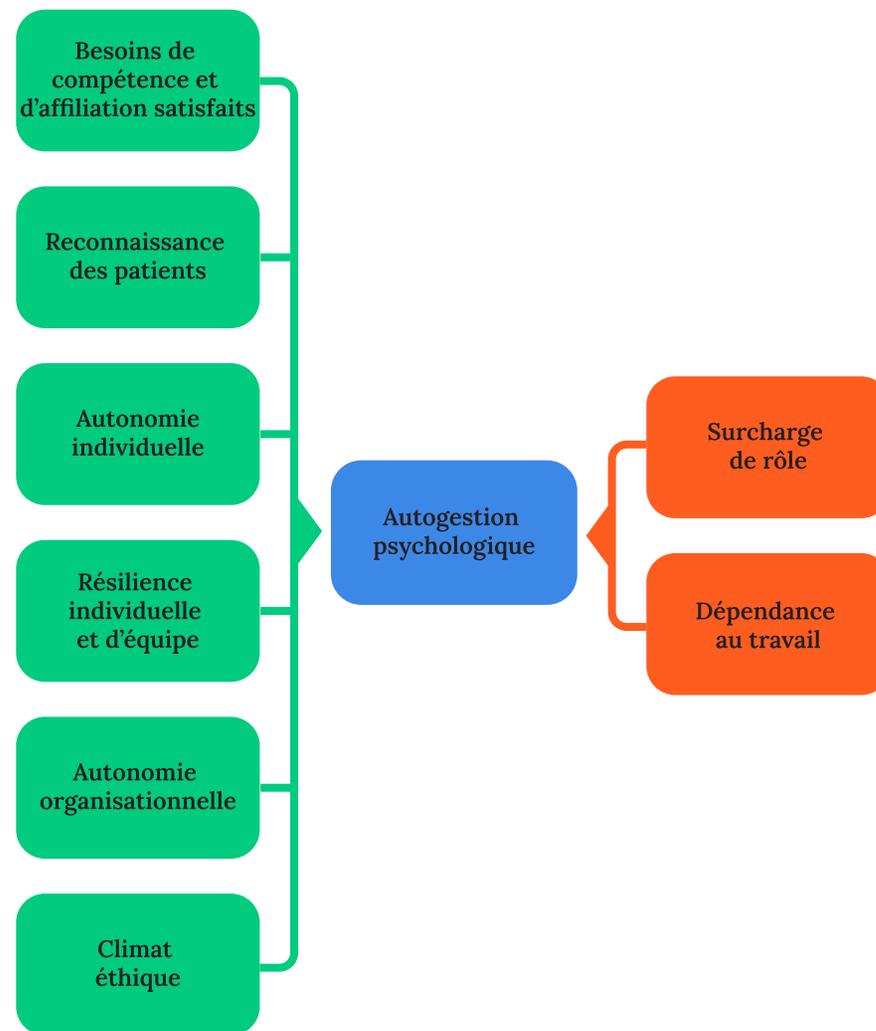
Résultats du questionnaire

Nous avons demandé aux répondants s'ils avaient accès à certains mécanismes de soutien ou s'ils étaient confrontés à des obstacles dans le cadre de leur autogestion de leur santé psychologique. La figure 8 montre les résultats après analyse des 982 réponses. Cette analyse suggère que, pour augmenter l'autogestion, les professionnels de la santé doivent :

- Évoluer dans un milieu de travail qui satisfait leurs besoins en termes de compétences et de relations avec autrui
- Recevoir davantage de reconnaissance de la part de leurs patients
- Avoir l'autonomie nécessaire pour agir en fonction de leurs valeurs
- Faire preuve d'une plus grande résilience individuelle et collective
- Savoir que les décisions organisationnelles sont prises en tenant compte des considérations éthiques

En même temps, il convient de réduire la surcharge de rôle et les comportements obsessionnels liés au travail afin de permettre aux travailleurs de se réussir une autogestion de leur santé psychologique.

FIGURE 8. Facilitateurs (vert) et obstacles (orange) du soutien à l'autogestion de la santé psychologique



Résultats des entrevues

Nous nous sommes également entretenus directement avec 30 travailleurs de la santé et administrateurs à travers le Canada afin de mieux comprendre le soutien à l'autogestion de la santé psychologique et la protection contre la détresse morale.

Les facilitateurs individuels du soutien à l'autogestion de la santé psychologique

Les travailleurs de la santé avec lesquels nous nous sommes entretenus ont souligné l'importance de prioriser leurs propres besoins. Deux actions spécifiques ont facilité le soutien à l'autogestion psychologique : (1) utiliser les ressources à leur disposition et (2) faire part de leurs besoins en matière de bien-être. Beaucoup ont parlé des services de counseling ou des représentants de la sécurité psychologique disponibles dans leur organisation, indiquant que prendre le temps d'utiliser ces précieuses ressources était utile. Parfois, les travailleurs de la santé devaient s'exprimer lorsque les conditions de travail rendaient l'autogestion psychologique plus difficile. Il est également évident que beaucoup ont perçu un changement dans la culture organisationnelle lorsque les jeunes générations ont rejoint les rangs. Certains participants plus âgés ont parlé de la façon dont les jeunes travailleurs de la santé accordent plus de priorité au bien-être que les autres.

« La nouvelle génération semble être un peu plus consciente que ce n'est pas son rôle de s'épuiser, mais de prendre soin de soi. Et cela signifie qu'ils doivent se fixer certaines limites. C'est donc un peu l'histoire de la vieille garde et de la nouvelle garde. Et j'espère qu'il y aura un grand changement à l'égard de l'autogestion de la santé elle-même. »

Obstacles individuels au soutien de l'autogestion psychologique

Les participants ont décrit un obstacle important lié à l'autogestion psychologique: l'incapacité de reconnaître l'importance de donner la priorité à la santé mentale. Plus précisément, les travailleurs de la santé nous ont dit que l'obligation de s'occuper des autres avant de s'occuper d'eux-mêmes était courante dans le secteur de la santé et des services sociaux, et qu'une mentalité d'abnégation était prédominante. De plus, beaucoup hésitent à dire qu'ils se sentent épuisés professionnellement ou qu'ils ont des problèmes quant à leur santé mentale, de peur que cela soit perçu comme ayant un impact négatif sur leur performance au travail. La stigmatisation de la recherche d'aide pour les problèmes de santé mentale est un facteur important de cette réticence.

« Je pense qu'historiquement, on croit que les travailleurs de la santé doivent être stoïques et durs, et vous savez, c'est ce à quoi on doit s'attendre. Oui, des gens vont mourir. Je dois simplement passer au patient suivant. C'est ce qu'on attend d'eux. »

Les facilitateurs d'équipe pour le soutien à l'autogestion psychologique

Les deux facilitateurs les plus identifiés pour soutenir l'autogestion psychologique dans les équipes soignantes étaient liés aux relations avec les pairs et à l'existence d'un leadership de soutien. Au sein des équipes, les travailleurs de la santé ont apprécié le fait de pouvoir normaliser l'autogestion psychologique par des conversations franches et honnêtes et de parler librement des défis sur le plan personnel. Le fait de donner (et d'obtenir) des conseils de la part des autres membres de l'équipe leur a permis de nouer des relations essentielles avec leurs pairs, sur lesquelles ils comptaient.

Les leaders les plus soutenant ont fait preuve d'intégrité personnelle et ont joint le geste à la parole en respectant les politiques et les pratiques conçues pour soutenir le personnel (p. ex., comptes rendus, vérifications). Les superviseurs qui facilitaient l'autogestion psychologique au profit de l'ensemble de l'équipe reconnaissaient le besoin d'autonomie personnelle des travailleurs, géraient les charges de travail de manière appropriée et donnaient la priorité à un équilibre positif entre vie professionnelle et vie privée.

« Je pense que l'autre chose que nous faisons est d'encourager nos gestionnaires à avoir des conversations individuelles avec les membres de l'équipe pour leur dire : «Comment pouvons-nous réduire la charge qui pèse sur vous en ce moment ? » »

Dans l'enquête, les travailleurs de la santé ont indiqué que la résilience de l'équipe était le principal facilitateur au niveau du soutien à l'autogestion psychologique. Elle a été définie comme étant la capacité d'une équipe de travail à faire face et à gérer des situations difficiles. Pour accroître la résilience de l'équipe, chaque membre doit percevoir sa contribution comme étant utile au groupe et se sentir libre d'exprimer son opinion sans jugement de valeur ni mépris de la part des autres.



Obstacles de l'équipe au soutien de l'autogestion psychologique

Les travailleurs de la santé nous ont dit que la culture actuelle en santé était le principal obstacle au soutien de l'équipe à l'autogestion psychologique. Ils ont indiqué que cette culture était influencée par deux facteurs : (1) l'incapacité des cadres intermédiaires à établir des relations avec les travailleurs de première ligne en raison d'un manque d'expérience en la matière et (2) l'existence de hiérarchies perpétuées par les dirigeants.

« Ceux avec qui je travaille étroitement comprennent, et ceux qui sont tout en haut comprennent. Mais [ceux de] l'encadrement intermédiaire ne le comprennent pas. Donc, nous ne sommes pas très bons dans ce domaine. » »



Les facilitateurs organisationnels du soutien de l'autogestion psychologique

L'un des principaux facilitateurs organisationnels était le fait que les décideurs au sommet de la hiérarchie s'engagent visiblement à intégrer l'autogestion psychologique dans la structure organisationnelle. Les dirigeants l'ont démontré de deux façons : (1) en intégrant un soutien aux politiques et procédures qui donnent la priorité aux travailleurs et (2) en reconnaissant l'importance d'une approche préventive pour minimiser les dommages potentiels. Les politiques qui soutiennent les débriefings formels de l'équipe garantissent que ces derniers auront lieu régulièrement. Les stratégies préventives, qui comprennent une formation à l'autogestion de la santé pendant l'intégration et la création de postes spécifiquement liés au bien-être démontrent l'engagement de l'organisation envers ses travailleurs de la santé.

« Il y a des facteurs organisationnels sur lesquels nous pouvons agir pour réduire le stress au travail, et dont l'organisation doit être responsable. » »



Obstacles organisationnels au soutien de l'autogestion psychologique

Les participants aux entrevues ont présenté l'incapacité d'une organisation à donner la priorité au soutien de l'autogestion psychologique comme un obstacle important. Ce manque de priorité s'est manifesté dans les plans ou les politiques visant l'autogestion psychologique et dans la création de ressources dédiées au soutien du mieux-être.

L'autogestion psychologique est affectée négativement lorsque les organisations ne développent pas et n'incluent pas délibérément des stratégies pour l'aborder ou ne peuvent pas identifier les ressources telles que le personnel dédié au bien-être ou les espaces physiques pour les pauses. Les participants ont témoigné qu'un tel impact est le résultat direct de l'exclusion des travailleurs de la santé du processus décisionnel au niveau de l'organisation ou du fait qu'ils ne sont pas invités à donner leur avis aux décideurs.

« Je pense aussi qu'il faut des lignes de financement qui reconnaissent vraiment [le bien-être]. Des choses comme peut-être un comité du bien-être où vous avez un financement adéquat pour soutenir les activités de bien-être pour le personnel. »

Facilitateurs et obstacles à la protection de la détresse morale

Résultats de l'enquête

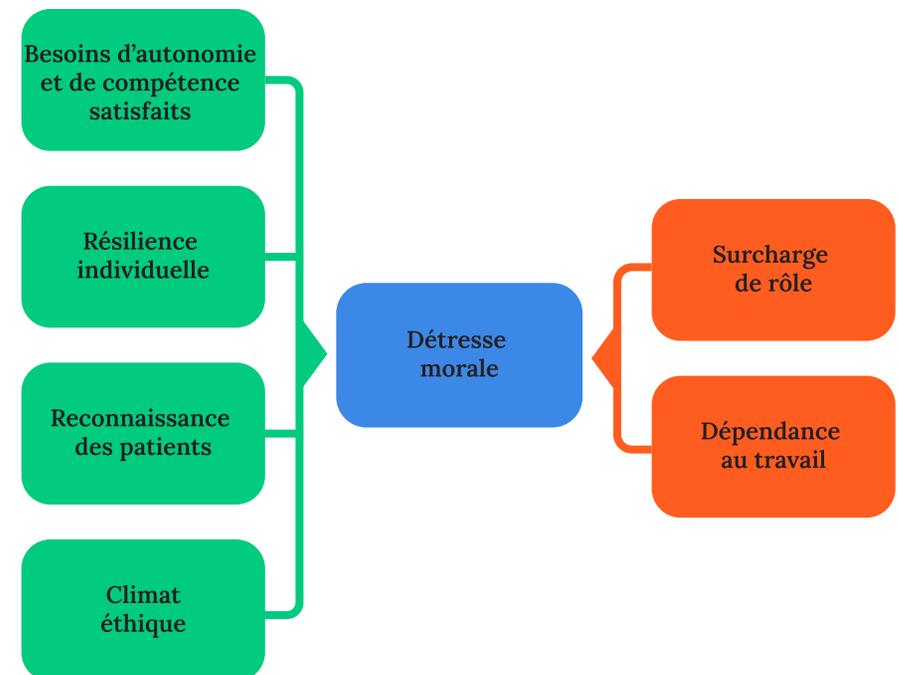
En analysant les réponses des travailleurs de la santé, nous avons identifié quelques facilitateurs et obstacles à la détresse morale (figure 9).

Nos résultats suggèrent que pour réduire la détresse morale, les travailleurs de la santé doivent :

- Avoir de l'autonomie dans leur travail et se sentir compétent
- Faire preuve de résilience individuelle
- Recevoir la reconnaissance de leurs patients pour les soins qu'ils prodiguent
- Travailler dans un environnement éthique.

Comme pour les résultats concernant l'autogestion psychologique, les sentiments de détresse morale peuvent s'aggraver lorsque les travailleurs de la santé sont confrontés à une surcharge de rôle et à une dépendance au travail.

FIGURE 9. Facilitateurs (vert) et obstacles (orange) à la protection contre la détresse morale



Résultats des entrevues

Les entrevues nous ont permis d'approfondir ces résultats et de cibler d'autres domaines d'intervention.

Les facilitateurs individuels à la protection de la détresse morale

Les travailleurs de la santé nous ont dit que, même s'ils acceptaient la détresse morale comme faisant partie de leur travail, deux facteurs clés contribuaient à en atténuer l'impact : (1) avoir le sentiment de faire une différence grâce à leur travail et (2) avoir la capacité de plaider en faveur du changement.

« Qu'il s'agisse d'un changement de système au sein de leur propre structure, d'une remise en question de l'autorité dans certaines directions, d'une remise en question du système lui-même ou d'une remise en question plus large que le système dans lequel ils se trouvent, il s'agit de pousser pour obtenir du changement. Vous trouverez des infirmières qui militent très fort pour la réduction des risques. Elles font pression pour la décriminalisation du travail sexuel et des problèmes de santé publique. C'est une façon de prendre soin de soi d'une manière saine. »

Les obstacles individuels à la protection de la détresse morale

Plusieurs participants estiment que le concept de détresse morale n'est pas bien compris, bien qu'il soit intrinsèque au travail dans le secteur de la santé et des services sociaux. Certains ont mentionné comment la difficulté de reconnaître les situations qui provoquent la détresse morale chez soi rend difficile de demander de l'aide et limite la capacité de s'en occuper chez ses pairs.

« Si vous travaillez dans les soins de santé, vous ne pouvez pas éviter une blessure de stress professionnel, c'est un sous-produit du travail que vous faites. C'est le coût des soins et du travail dans le secteur de la santé. »

Les facilitateurs d'équipe à la protection de la détresse morale

Une culture de travail saine est considérée comme un facilitateur essentiel de la protection contre la détresse morale au niveau de l'équipe. Dans de tels environnements, les travailleurs et dirigeants se soutiennent mutuellement par la communication et un sentiment d'autonomie. Une équipe qui permet de communiquer quant aux cas difficiles et de reconnaître l'enjeu personnel peut être protectrice par rapport aux situations difficiles. Favoriser un sentiment d'autonomie et de contrôle parmi les membres de l'équipe peut signifier, par exemple, que l'on fait confiance à l'expertise et à l'expérience d'une infirmière pour prendre des décisions concernant les soins aux patients ou encore que l'on soutienne un collègue lorsqu'il prend une pause ou des vacances malgré l'augmentation de la charge de travail des autres.



Les barrières de l'équipe à la protection de la détresse morale

Les obstacles à la protection contre la détresse morale les plus fréquemment discutés au niveau de l'équipe sont liés à une culture de travail malsaine, notamment celles qui normalisent le «surmenage» ou ne peuvent pas reconnaître la «retraumatisation» lorsqu'elle se produit. Les chefs d'équipe peuvent contribuer à une culture de surmenage en négligeant de prendre en compte les réalités des travailleurs dans les décisions relatives aux horaires (rappel de vacances, heures supplémentaires obligatoires) ou à la charge de travail. Les pairs contribuent également à cet obstacle en culpabilisant leurs collègues qui prennent des pauses dans leur journée ou des congés pour les vacances.

Un autre obstacle mentionné est le «déversement émotionnel» lié à la détresse morale, soit lorsqu'il se produit sans espace adéquat pour partager ses sentiments en toute sécurité, soit lorsque le partage entre pairs amplifie le traumatisme alors que la capacité de soutien est limitée.

« Nous avons encore une culture dans les soins de santé qui dit, si vous êtes aux prises avec un problème mental, sans parler d'une maladie mentale, que vous êtes faible et que vous avez échoué.... [Les pairs] ne traitent pas les personnes qui s'absentent du travail pour cause de dépression et d'anxiété, par exemple, de la même manière qu'ils traiteraient une personne victime d'un accident de voiture. »



Les facilitateurs organisationnels à la protection de la détresse morale

Les participants estiment que les organisations peuvent mieux protéger les travailleurs de la santé contre la détresse morale en mettant en place des mesures de soutien (pour les cas où elle se produit) et en élaborant des politiques qui guident les actions nécessaires. Des exemples de ressources comprenaient des séances de formation pour les membres du personnel quand ils avaient besoin de temps protégé et d'avoir des membres dévoués de l'équipe de bien-être dans l'organisation.

L'équipe de bien-être peut comprendre des professionnels de la santé mentale ainsi que des spécialistes de l'éthique qui peuvent fournir un soutien quant aux décisions moralement pénibles.

Le fait d'avoir des politiques claires (p. ex., des lignes directrices officielles) qui sont appliquées peut fournir des balises pour guider l'action lorsque des situations engendrant de la détresse morale se produisent et arriver à réduire le niveau des responsabilités chez le travailleur lui-même.



Obstacles organisationnels à la protection de la détresse morale

Les barrières à la protection contre la détresse morale au niveau organisationnel sont des facteurs qui empêchent les employés d'avoir accès à un soutien et à des conseils lorsqu'ils en ont besoin. Il s'agit notamment de l'insuffisance des ressources consacrées à la santé mentale des travailleurs et du manque de temps dévoué au bien-être. Lorsque les ressources consacrées à la santé mentale du personnel sont insuffisantes, comme le financement limité des services de conseil dans le cadre du régime d'avantages sociaux, cela empêche non seulement le personnel d'avoir accès à du soutien, mais cela indique également que l'organisation ne croit pas que leur bien-être est important.

D'autres ont noté que le manque de temps dévoué pour le bien-être en raison de la priorité accordée à la productivité constituait un obstacle à l'accès à des services de conseil ou à la participation à un cours de formation en dehors des heures de travail rémunérées.

La sécurité psychologique dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Malgré les difficultés évidentes que la pandémie a apportées au secteur de la santé et des services sociaux, certains facilitateurs de l'autogestion de la santé psychologique ont été mentionnés. Les travailleurs de la santé que nous avons interrogés ont dit avoir le sentiment que la stigmatisation liée à la santé mentale a diminué et que la possibilité de discuter de ses difficultés personnelles avec ses pairs est devenue plus répandue et acceptée.

Au niveau de l'équipe et de l'organisation, le passage au travail virtuel et à distance a contribué à soutenir l'autonomie des travailleurs grâce à la flexibilité des horaires et à l'amélioration de l'équilibre entre le travail et la vie privée (notamment en ce qui concerne les responsabilités familiales), mais uniquement pour ceux qui peuvent travailler à domicile.

« Il y a beaucoup d'encouragement maintenant à dire, nous voulons que vous soyez parfois au bureau et parfois présent en virtuel. On essaie de donner aux gens le contrôle du moment, de la manière et de la forme que cela prend. L'idée est que si vous pouvez contrôler votre calendrier et votre horaire, alors vous vous sentirez moins anxieux et moins stressé. »

Presque tous les obstacles liés à la pandémie découlaient du manque de personnel, un problème préexistant qui, selon les participants, a été aggravé par COVID-19. Pour certains, l'augmentation de la charge de travail due aux absences et à l'attrition du personnel est devenue impossible à gérer pendant la pandémie et a contribué à la détérioration de leur propre santé mentale, ce qui a eu pour effet d'aggraver davantage la situation.

Au sein des équipes, l'augmentation de la charge de travail s'est traduite par une perte de temps ou d'espace pour entretenir des relations de soutien entre pairs qui s'avéraient auparavant bénéfiques pour le fonctionnement de l'équipe et une source de soutien pour l'autogestion psychologique.

Au niveau organisationnel, la pénurie de main-d'œuvre a forcé l'introduction de politiques toxiques telles que le temps supplémentaire obligatoire et l'annulation des vacances, ainsi que la création de ressources d'aide inutiles, car non accompagnées du temps nécessaire à leur utilisation.

« Il peut y avoir ces gentils e-mails qui circulent en disant, prenez du temps pour vous. Assurez-vous de prendre une tasse de thé et ce genre de choses. Mais sur une échelle de 1 à 10, à savoir si vous avez un environnement qui se préoccupe vraiment de votre santé mentale et physique, je dirais que c'est probablement un 4 sur 10. Il y a beaucoup de gens qui sont obligés de faire des quarts de travail doubles pour remplacer des gens qui sont en arrêt maladie ou qui sont en isolement. »

« Quand il s'agit de travailler dans les unités hospitalières, c'est un peu plus difficile parce qu'il y a tellement de demandes qu'on vous sollicite continuellement à travailler de plus en plus. Cela a donc été un véritable défi tout au long de cette pandémie. J'ai vu certains commentaires concernant l'obligation de suivre un cours en ligne sur la résilience personnelle. Mais alors que vous doublez nos tâches, ajouter un autre cours en plus n'est pas vraiment utile. »

Les travailleurs de la santé ont mentionné deux facilitateurs qui les ont protégés de la détresse morale, tous deux réduisant l'ampleur de leurs responsabilités personnelles : (1) le fait d'avoir des éthiciens au sein d'une équipe de soutien a permis un dialogue sur les décisions moralement difficiles liées aux soins des patients, et (2) la mise en place de politiques organisationnelles pour guider les travailleurs a permis d'alléger une partie de leur fardeau décisionnel associé au travail pendant la pandémie.

Cependant, ces politiques organisationnelles visant à soutenir la prise de décision étaient en quelque sorte une arme à double tranchant, car les travailleurs avaient parfois l'impression de devoir refuser des soins à un patient (alors qu'ils pensaient qu'ils étaient nécessaires) en raison de l'obligation de suivre la politique.

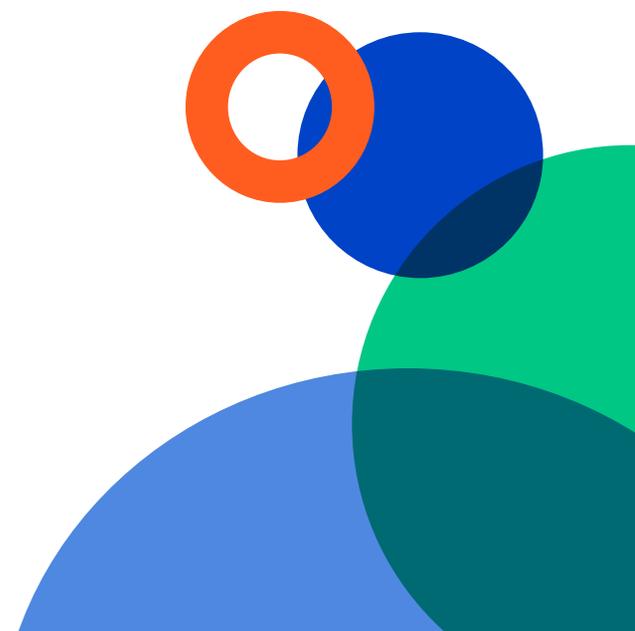
« Donc, pour résumer, je pense que ce qui aiderait à réduire le préjudice moral, ce sont les politiques et les procédures. Il suffit simplement de leur enlever le tout des mains. »

La pandémie a apporté de nouvelles situations susceptibles d'engendrer une détresse morale, comme les problèmes de dotation, le changement constant et les limitations sur la façon dont les soins pouvaient être fournis. Les problèmes de dotation et le manque de ressources ont entraîné des heures supplémentaires, un essoufflement du soutien et l'épuisement professionnel ; et malgré une volonté de soutenir leurs pairs, les travailleurs de la santé ont souffert.

Faire face aux changements de politique en constante évolution ayant trait à la COVID-19, y compris ceux liés aux activités quotidiennes et à l'incertitude générale de ne pas savoir à quoi ressemblera le jour suivant, a fait des dégâts considérables.

Prodiguer des soins, y compris leur attribution et leur retrait sur la base de restrictions ou de politiques liées aux soins (par exemple, la préservation des objectifs du patient, de sa dignité, des visiteurs et des vaccinations) a provoqué une détresse morale importante et accrue chez les travailleurs de la santé.

« J'ai une expérience personnelle où vous vous tenez là et regardez les gens mourir devant vous. Savoir que tout ce dont ils ont besoin est une procédure simple que vous pourriez faire, qui n'est pas disponible pour vous maintenant parce qu'une politique ou un décideur dans le modèle de gouvernance clinique a décidé que c'est un risque trop élevé. »



Réflexions pour les dirigeants et les décideurs politiques du secteur de la santé et des services sociaux

Nous avons exploré deux facteurs psychosociaux - l'autogestion de la santé psychologique et la protection contre la détresse morale - en faisant appel à la participation de travailleurs, d'équipes et d'organisations du secteur de la santé et des services sociaux à travers tout le Canada. Ce processus a mis en lumière plusieurs réalités poignantes auxquelles les dirigeants et les décideurs doivent prêter attention et réagir rapidement. À cette fin, nous avons répertorié un certain nombre de possibilités qui permettent aux organismes de soins de santé et services sociaux d'intégrer des mesures de soutien pour ces facteurs, qui pourront *in fine* influencer le fonctionnement des équipes et la façon dont les individus sont affectés.

Les recommandations suivantes (ainsi que les scénarios de l'Annexe II qui fournissent des modèles d'action) permettront de renforcer un système de soins de santé et services sociaux à bout de souffle et de soutenir l'ensemble des acteurs du secteurs. 1. Un paradigme qui a partiellement été démystifié par la pandémie a trait à la réticence des travailleurs de la santé et des services sociaux à reconnaître leurs limites et à se préoccuper de leur santé mentale. Bien que la stigmatisation des soins de santé mentale empêche ces travailleurs d'admettre leurs limites, le stress imposé à l'ensemble du système de santé et de services sociaux durant la pandémie a rendu « acceptable » pour eux de parler de leurs problèmes personnels, du sentiment d'épuisement et de surmenage.

1. Pour changer drastiquement cette culture de stigmatisation de la santé mentale, encore fortement présente dans le système de santé et de services sociaux, les organisations doivent faire de la santé et de la sécurité psychologique une priorité après la pandémie, en multipliant les efforts de sensibilisation et en mettant en place des stratégies ciblées et des actions concrètes.

2. Les travailleurs de la santé ont besoin de temps et d'espace pour soutenir l'autogestion de leur santé psychologique. Un manque de temps libre (ex :des journées de vacances ou de maladie) rend plus difficile l'autogestion de la santé psychologique et entraîne des répercussions sur les relations de travail entre collègues. Les organisations doivent donc tout mettre en œuvre pour protéger un temps de repos suffisant pour les travailleurs de la santé et des services sociaux.
3. Les organisations doivent plaider en faveur de ressources permanentes (humaines et financières) pour soutenir et protéger leurs travailleurs. Pour ce faire, elles doivent intégrer des soutiens à long terme, tels que des champions du bien-être, des éthiciens, des avantages sociaux adéquats et des enveloppes budgétaires dédiées à la santé et à la sécurité psychologique.

4. Pour soutenir les travailleurs de la santé et des services sociaux, il faut mettre en place des politiques et des procédures opérationnelles appropriées et en faire le suivi dans l'ensemble de l'organisation. Pour s'assurer que ce soutien est adéquat chaque équipe de gestion doit les mettre en œuvre de façon cohérente et s'assurer de leur intégration dans le quotidien de tous, notamment en l'incluant dans la journée d'accueil des cadres. Des protocoles de soutien clairement élaborés (par exemple, des séances de débriefing après des événements difficiles ou une situation de crise) peuvent aider les équipes en général et les chefs d'équipe en particulier, en plus d'offrir une certaine protection contre la détresse morale.
5. Puisque la gestion du secteur de la santé et des services sociaux n'est jamais sans défis, les organisations doivent accorder la priorité au perfectionnement des leaders afin de les aider dans leur rôle. Elles doivent identifier et soutenir des leaders qui peuvent continuer à apprendre et à croître dans un esprit d'authenticité et de compassion. Des compétences clés sont à cultiver et à récompenser : le développement d'habiletés de leadership et de coaching ainsi que la capacité d'optimiser la performance de professionnels hautement qualifiés qui évoluent dans des environnements difficiles, fortement stressants.
6. Pour améliorer la transparence, communiquer efficacement et accroître la confiance dans le leadership clinique et administratif, les organisations de soins de santé et de services sociaux devraient cultiver un climat de travail éthique. Bien qu'il s'agisse d'un facilitateur important, moins de 50 % des personnes de notre échantillon ont le sentiment de travailler dans un tel climat. Des initiatives proactives, comme le fait de donner la parole aux employés et de les inclure dans les processus décisionnels, peuvent favoriser l'émergence d'une orientation éthique.
7. La pénurie de main-d'œuvre ainsi qu'un nombre élevé de patients à plusieurs occasions ont considérablement augmenté la charge de travail à un point tel que près de 60 % des répondants ont dit avoir fait l'expérience d'une surcharge de rôles élevée à modérée. En réponse, les organisations de soins de santé ont été forcées de mettre en place des mesures comme les heures supplémentaires obligatoires et l'annulation de journées de vacances, ce qui, à leur tour, a limité le temps libre de ces travailleurs et leur capacité à établir des relations positives avec leurs collègues. Bien que la COVID-19 ait aggravé ces défis, les organisations doivent continuer à mettre l'accent sur l'importance cruciale de la santé chez leurs ressources humaines, et ce, malgré la fin éventuelle de la pandémie. Le Canada a désespérément besoin d'une stratégie de santé et mieux-être qui va au-delà de la crise actuelle et les organisations doivent, de leur côté, faire tout ce qu'elles peuvent pour s'assurer que cette stratégie demeure une priorité pour les décideurs politiques.

Conclusion

Chaque employé de la santé et des services sociaux au Canada mérite de travailler dans une organisation qui fait de la santé et de la sécurité psychologique une priorité. En réalité, la pandémie de COVID-19 n'a fait que mettre en lumière l'existence de nombreux défis, à de multiples niveaux; et la réalisation de cette étude en plein cœur de la pandémie n'a fait qu'amplifier l'appel lancé par les travailleurs aux décideurs quant à l'urgence d'agir et d'apporter des changements significatifs.

Il nous a été confié que les travailleurs de la santé et des services sociaux sont très résilients et qu'ils continuent à travailler fort pour prendre soin des autres. Cela étant dit, nombre d'entre eux sont à leur point de rupture alors même qu'ils tentent de faire face à l'incertitude croissante liée aux pénuries de personnel, aux ressources insuffisantes pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale et à une maladie infectieuse qui continue d'infecter des dizaines, voire des centaines de milliers de personnes au Canada.

Nous avons également entendu parler de la grande valeur ajoutée des équipes de soutien (tant les collègues que les superviseurs) et de l'importance de la communication pendant la myriade de changements apportés aux protocoles et aux procédures. D'un point de vue organisationnel, l'engagement et la transparence de la direction ont été reconnus comme essentiels pour procurer un soutien à l'autogestion de la santé psychologique des travailleurs ainsi qu'à la protection contre la détresse morale. En effet, ils constituent des facteurs clés à leur sentiment de sécurité.

Lorsque nous sortirons finalement de la pandémie, les dirigeants et les décideurs politiques devront continuer à prendre des mesures pour améliorer la santé et la sécurité psychologiques de tous les travailleurs de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, il faut s'engager à créer un milieu de travail plus sûr, à apporter des changements durables et à reconnaître que la culture du secteur de la santé et des services sociaux doit changer afin de prendre soin de ceux qui prennent soin de nous. L'identification de solutions fondées sur la prévention et la promotion du bien-être contribuera à renforcer le système dont nous dépendons tous et à valoriser l'ensemble du personnel de santé. Il n'y a pas un instant à perdre.



Références

- 1 Commission de la santé mentale du Canada. (2010). *Résumé du rapport de Martin Shain sur la sécurité psychologique au travail*. <https://tinyurl.com/28p23sfz>
- 2 Conseil canadien des normes. (2013). *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail – Prévention, promotion et lignes directrices pour une mise en œuvre par étapes*. <https://tinyurl.com/4s83yc82>
- 3 Association médicale canadienne. (2021). *COVID-19 et détresse morale*. <https://tinyurl.com/94hjm82p>
- 4 Austin, W. (2016). Le risque de détresse morale dans la pratique contemporaine des soins de santé. *Healthcare Direction Forum*, 29(3), 131-133. <https://doi.org/10.1177/0840470416637835>
- 5 Raso, R., Fitzpatrick, J.J., et Masick, K. « Nurses' Intent to Leave their Position and the Profession During the COVID-19 Pandemic ». *The Journal of Nursing Administration (JONA)* 51 (10), 488-494 (2021).
- 6 Jonas, S. (14 juillet 2021). *Quebec ERs "on the verge of a breakdown" and need help, emergency doctor says*. CBC News. <https://tinyurl.com/mrycxa5f>
- 7 Morgan, G. (2006). *Images of organization*. Sage Publishing. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/images-of-organization/book229704>
- 8 Bronfenbrenner, U. et Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. Dans *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6^e ed., pp. 793-828). John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- 9 Austin, Z., et Gregory, P. (2021). Resilience in the time of pandemic: The experience of community pharmacists during COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 117 (1), 1867-1875. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.05.027>
- 10 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Direction de la recherche, de l'analyse et de l'évaluation (2021). *Best practices for supporting health care worker burnout following intense professional commitment* [Briefing note]. <https://tinyurl.com/25fhjjh6>
- 11 Schroeder, S., Ostmo, P., Landwehr, R., McLean, A. et Heitkamp, T. (2021). *Building resilience among physical and behavioral health-care providers during a global health pandemic*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://tinyurl.com/2p9bujxu>
- 12 British Columbia Ministry of Health, & BC Centre for Disease Control. (2020). *Supporting the psychosocial well-being of health care providers during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic*. <https://tinyurl.com/254m9bs3>
- 13 Hansen, N., Jensen, K., MacNiven, I., Pollock, N., D'Hont, T., et Chatwood, S. (2021). Exploring the impact of rural health system factors on physician burnout: A mixed-methods study in Northern Canada. *BMC Health Services Research*, 21, Article 869. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06899-y>
- 14 Jackson, J., Vandall-Walker, V., Vanderspank-Wright, B., Wishart, P. et Moore, S. L. (2018). Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of managing exposure. *Intensive and Critical Care Nursing*, 48, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.002>

- 15 Smiechowski, J., Stelfox, H., Sinclair, S., Sinuff, T., Grindrod-Millar, K. et Roze des Ordons, A. (2021). Vicarious spiritual distress in intensive care unit healthcare providers: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, Article 102982. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102982>
- 16 Smiechowski, et al. (2021). Vicarious spiritual distress in intensive care unit healthcare providers: A qualitative study.
- 17 Jackson, et al. (2018). Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of managing exposure.
- 18 Wallace, J. E., et Lemaire, J. (2007). On physician well being – You'll get by with a little help from your friends. *Social Science and Medicine*, 64(12) 2565-2577. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.016>
- 19 Association médicale canadienne. (2020). *Assurer son bien-être en temps de pandémie*. <https://tinyurl.com/2tc8m7pe>
- 20 Berta, W. Laporte, A., Perreira, T., Ginsburg, L., Rohit Dass, A., Deber, R., Baumann, A., Cranley, L., Bourgeault, I., Lum, J., Gamble, B., Pilkington, K., Haroun, V. et Neves, P. (2018). Relationships between work outcomes, work attitudes and work environments of health support workers in Ontario long-term care and home and community care settings. *Human Resources for Health*, 16, Article 15. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0277-9>
- 21 Austin & Gregory. (2021). Resilience in the time of pandemic: The experience of community pharmacists during COVID-19.
- 22 Austin & Gregory. (2021). Resilience in the time of pandemic: The experience of community pharmacists during COVID-19.
- 23 Stoll, K. et Gallagher, J. (2019). A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women and Birth* 32(4), e441-e449. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.002>
- 24 Wallace & Lemaire. (2007). On physician well being – You'll get by with a little help from your friends.
- 25 Locker, D. (1996). Work stress, job satisfaction and emotional well-being among Canadian dental assistants. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(2), 133-137. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00830.x>
- 26 Lloyd, S., Streiner, D., et Shannon, S. (1994). Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *Journal of Emergency Medicine*, 12(4), 559-565. [https://doi.org/10.1016/0736-4679\(94\)90360-3](https://doi.org/10.1016/0736-4679(94)90360-3)
- 27 Rubin, B., Goldfarb, R., Satele, D. et Graham, L. (2021). Burnout and distress among allied health care professionals in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: A cross-sectional survey. *CMAJ Open*, 9(1), R29-E37. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200059>
- 28 Rubin, B., Goldfarb, R., Satele, D., et Graham, L. (2021). Burnout and distress among physicians in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: A cross-sectional survey. *CMAJ Open*, 9(1), E10-E18. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200057>
- 29 Rubin, et al. (2021). Burnout and distress among allied health care professionals in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: A cross-sectional survey.
- 30 Rubin, et al. (2021). Burnout and distress among physicians in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey.
- 31 Austin et Gregory. (2021).

- 32 Wallace et Lemaire. (2007).
- 33 Gagné, M.-A., Dubois, C.- A., Prud'Homme, A. et Borgès Da Silva, R. (2019). A cross-sectional study on workplace experience: A survey of nurses in Quebec, Canada. *Human Resources for Health*, 17, Article 20. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0358-4>
- 34 Henrich, N. J., Dodek, P. M., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S. P., Reynolds, S. et Rodney, P. (2017). Consequences of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *American Journal of Critical Care*, 26(4), e48-e57. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017786>
- 35 Henrich, et al. (2017). Consequences of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study.
- 36 Henrich, et al. (2017).
- 37 Funk, L. M., Peters, S., et Stieber Roger, K. (2017). The emotional labor of personal grief in palliative care: Balancing caring and professional identities. *Qualitative Health Research*, 27(14), 2211-2221. <https://doi.org/10.1177/1049732317729139>
- 38 Smiechowski, et al. (2021).
- 39 Prosser, S. J., Metzger, M., et Gulbransen, K. (2017). Don't just survive, thrive: Understanding how acute psychiatric nurses develop resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 171-176. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.010>
- 40 Thorne, S., Konikoff, L., Brown, H., et Albersheim, S. (2018). Navigating the dangerous terrain of moral distress: Understanding response patterns in the NICU. *Qualitative Health Research*, 28(5), 683-701. <https://doi.org/10.1177/1049732317753585>
- 41 Thorne, et al. (2018). Navigating the dangerous terrain of moral distress: Understanding response patterns in the NICU.
- 42 Helmers, A., Palmer, K. D., et Greenberg, R. A. (2020). Moral distress: Developing strategies from experience. *Nursing Ethics*, 27(4), 1147-1156. <https://doi.org/10.1177/0969733020906593>
- 43 Smiechowski, et al. (2021).
- 44 Jackson, et al. (2018).
- 45 Henrich, et al. (2017).
- 46 Funk, et al. (2017). The emotional labor of personal grief in palliative care: Balancing caring and professional identities.
- 47 Spenceley, S., Caspar, S., et Pijl, E. (2019). Mitigating moral distress in dementia care: Implications for leaders in the residential care sector. *World Health and Population*, 18(1), 47-60. <https://doi.org/10.12927/whp.2019.26059>
- 48 Mills, A., Wortzman, R., Bean, S., et Selby, D. (2020). Allied health care providers participating in medical assistance in dying: Perceptions of support. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 22(3), 220-228. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000646>
- 49 Spenceley, et al. (2019). Mitigating moral distress in dementia care: Implications for leaders in the residential care sector.
- 50 Ralph, J., Freeman, L. A., Ménard, A. D., et Soucie, K. (2021). Practical strategies and the need for psychological support: Recommendations from nurses working in hospitals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Organization and Management*, 36(2), 240-255. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2021-0051>

- 51 Henrich, et al. (2017).
- 52 Thorne, et al. (2018).
- 53 Beuthin, R., Bruce, A., et Scaia, M. (2018). Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences. *Nursing Forum*, 53(4), 511-520. <https://doi.org/10.1111/nuf.12280>
- 54 Booi, L., Sixsmith, J., Chaudhury, H., O'Connor, D., Young, M., et Sixsmith, A. (2021). "I wouldn't choose this work again": Perspectives and experiences of care aides in long-term residential care. *Journal of Advanced Nursing*, 77(9), 3842-3852. <https://doi.org/10.1111/jan.14948>
- 55 Thorne, et al. (2018).
- 56 Funk, et al. (2017).
- 57 Rubin, et al. (2021). Burnout and distress among allied health care professionals in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: A cross-sectional survey.
- 58 Rubin, et al. (2021). Burnout and distress among physicians in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey.
- 59 Spenceley, et al. (2019).
- 60 Rubin, B., Goldfarb, R., Satele, D., et Graham, L. (2021). Burnout and distress among nurses in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: A cross-sectional survey. *CMAJ Open*, 9(1), E19-E28. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200058>
- 61 Brown, C. A., et Pashniak, L. M. (2018). Psychological health and occupational therapists: Burnout, engagement and work addiction. *Work*, 60(4), 513-525. <https://doi.org/10.3233/WOR-182759>
- 62 Helmers, et al. (2020). Moral distress: Developing strategies from experience.
- 63 Mills, et al. (2020). Allied health care providers participating in medical assistance in dying: Perceptions of support.
- 64 Hansen, et al. (2021). Exploring the impact of rural health system factors on physician burnout: A mixed-methods study in Northern Canada.
- 65 Funk, et al. (2017).
- 66 Thorne, et al. (2018).
- 67 Deutscher Heilman, M. K., et Trothen, T. J. (2020). Conscientious objection and moral distress: A relational ethics case study of MAiD in Canada. *Journal of Medical Ethics*, 46(2), 123-127. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105855>
- 68 Commission de la santé mentale du Canada. (2010). *The Shain reports on psychological safety in the workplace: A summary*.

Annexe I

Définitions

L'autonomie individuelle. La disposition interne et stable des individus qui agissent en accord avec leurs valeurs et leurs sentiments.

Autonomie organisationnelle. Le degré d'autonomie que les individus perçoivent avoir lorsqu'ils travaillent.

Besoin d'affiliation satisfait. L'affiliation est l'expérience de contact chaleureux, de l'attachement et de l'attention des personnes importantes.

Besoin de compétence satisfait. La compétence fait référence au degré de maîtrise, à l'expérience et à la capacité d'obtenir les résultats souhaités.

Climat éthique. Perception des employés des pratiques organisationnelles qui reflètent la manière dont les décisions ayant un contenu éthique sont résolues.

Compartimentage. La séparation d'idées ou d'aspects conflictuels d'une personne pour réduire la tension et éviter les conflits.

Dépendance au travail (connue aussi comme le workaholisme). La tendance à travailler excessivement dur et à être obsédé par le travail, qui se manifeste par un travail compulsif.

Protection contre la détresse morale (spécifique aux soins de santé). Un environnement de travail dans le secteur de la santé et des services sociaux où le personnel est en mesure de travailler avec un sens de

l'intégrité qui est soutenu par sa profession, son employeur et ses pairs.

Reconnaissance des patients. L'expression explicite de la reconnaissance des patients à son soignant pour les soins et le traitement reçus.

Résilience de l'équipe. La capacité d'une équipe de travail donnée à faire face et à gérer des situations difficiles.

Résilience individuelle. La disposition interne et stable des individus qui peuvent faire face aux épreuves et s'en remettre.

Soutien à l'autogestion de la santé psychologique (spécifique aux soins de santé). Un lieu de travail dans le secteur de la santé et des services sociaux où le personnel est encouragé à prendre soin de sa santé et de sa sécurité psychologique.

Surcharge de rôle. La perception que les exigences du rôle sont écrasantes par rapport aux ressources disponibles.

Temps dévoué. Temps alloué aux activités éducatives. Le temps consacré par un professionnel de la santé à une activité professionnelle - apprentissage, enseignement, administration, etc., ne peut, par contrat, être utilisé pour des tâches cliniques.

Annexe II

Scénarios : Stratégies visant à renforcer les capacités

1. Un grand hôpital démontre son soutien à l'autogestion de la santé psychologique de ses travailleurs en organisant régulièrement des événements éducatifs (incluant des crédits de Formation Médicale Continue) et en accueillant des webinaires et des conférenciers sur des sujets connexes. Bien que les jours et les heures de présentation varient, des enregistrements de ces événements sont mis à disposition des personnes ne pouvant y participer. Les membres du personnel tout comme ceux de la direction sont encouragés à y assister, rémunérés pour leur temps et (dans la mesure du possible) invités à déjeuner. Chaque session est évaluée en fonction de son contenu et de sa valeur, et l'on encourage les équipes à tenir en suivi, des activités d'échanges sur les sujets discutés.



**Au niveau
organisationnel**

2. Une équipe décentralisée de travailleurs sociaux a plaidé collectivement en faveur d'un meilleur traitement des jeunes ayant peu de soutien qui se présentent aux services communautaires avec une intention de suicide. Ces opportunités de militantisme peuvent permettre aux travailleurs d'améliorer l'autogestion de leur santé psychologique en leur offrant la possibilité de contribuer à des changements de plus grande envergure et en augmentant la visibilité et l'importance de leur travail. Lorsque ces efforts sont bien coordonnés et porteurs d'espoir, ils renforcent l'autonomie des personnes et favorisent la camaraderie avec les pairs, malgré les défis considérables que peuvent accompagner tout effort visant à transformer un système.



**Au niveau
de l'équipe**

3. Les événements adverses qui entraînent des répercussions importantes sur les équipes de soins de santé peuvent soit servir à blâmer et humilier les individus, soit offrir des opportunités d'apprentissage et de croissance. Pour protéger les infirmières de ce genre d'événements qui provoquent une détresse morale, un responsable des soins infirmiers spécialement formé réunit régulièrement les équipes pour en discuter. Peu de temps après un événement pénible, les infirmières directement touchées sont contactées personnellement et invitées à se réunir. Les protocoles utilisés pour animer ces séances sont élaborées par l'organisation laquelle prévoit du temps pour que le personnel infirmier puisse y participer. Les discussions permettent d'examiner, de discuter, d'offrir des idées et de trouver des manières constructives d'atténuer le risque d'événements similaires à l'avenir (il n'est pas permis de rejeter le blâme sur une personne) comme des changements apportés aux politiques ou procédures mises en place.



**Au niveau
de l'équipe**

4. Une grande organisation de soins primaires décentralisée encourage les travailleurs de la santé et des services sociaux (y compris les médecins) à prendre soin d'eux-mêmes en leur donnant accès à des services psychologiques (programme d'aide aux employés, thérapeute privé) en toute confidentialité. L'organisation fait également la promotion active de ces services pendant l'orientation du personnel, les réunions d'équipe, dans les communications des superviseurs de première ligne et dans la correspondance à l'échelle du réseau de santé et de services sociaux (bulletins d'information pendant la COVID-19). Les gestionnaires sont formés pour reconnaître les signes et les symptômes des maladies mentales et pour orienter rapidement les travailleurs vers le PAE, le cas échéant.



**Au niveau des
travailleurs
de la santé**

5. La sécurité psychologique au travail est d'une importance capitale pour un organisme provincial de soins de santé qui a pris des mesures tangibles pour dresser un inventaire des pratiques en place, solliciter l'avis des travailleurs de la santé et des services sociaux et élaborer de nouvelles politiques pour mettre en œuvre le changement. Une fois le financement du projet en place, l'organisme a constitué une équipe spécialisée chargée de recueillir, de synthétiser et de rendre compte des activités annuelles réalisées. Cet engagement manifeste a permis de mettre davantage l'accent sur les pratiques d'autogestion de la santé psychologique des travailleurs (comme en témoigne les quatre dernières enquêtes annuelles auprès du personnel).



**Au niveau de
l'organisation
ou de
l'association**

Pour augmenter le taux de réponse, l'organisation a compensé les employés qui ont répondu aux enquêtes confidentielles (par exemple des tirages au sort, des cartes-cadeaux, etc.). Elle offre également à tous les cadres une formation sur l'utilisation et l'application des normes nationales en matière de santé et sécurité psychologique et l'accès à des guides de mise en œuvre.

6. Un grand hôpital considère que le débriefing après un événement adverse majeur est très important, mais il encourage également les travailleurs de la santé et des services sociaux à déterminer quand ce type de débriefing est nécessaire. Peu de temps après un tel événement, les membres de l'équipe sont identifiés et invités à se rencontrer autour d'un café dans un espace de partage sécuritaire. Les superviseurs sont adéquatement formés pour animer ces réunions à l'aide de protocoles élaborés par l'organisation qui permettent aux membres de l'équipe de disposer de suffisamment de temps libre pour y assister. Les enquêtes annuelles auprès du personnel ont mis en évidence l'aspect essentiel de cette pratique (et du leadership des superviseurs d'équipe) pour gérer les événements qui causent une détresse morale.



**Au niveau
de l'équipe**

7. La communication continue des dirigeants d'un hôpital rural a donné naissance à une culture organisationnelle fortement appréciée des travailleurs de l'organisation. L'intégrité dont font preuve les dirigeants a permis aux travailleurs d'assumer leurs propres rôles avec intégrité, ce qui est essentiel en période de détresse morale. Les travailleurs sentent qu'ils peuvent se fier aux informations que les dirigeants partagent et prendre des mesures honnêtes et ouvertes sans crainte de représailles. Les dirigeants sollicitent régulièrement la rétroaction des travailleurs et l'intègrent dans les solutions qu'ils proposent. Lorsque les travailleurs s'adressent à la direction, leurs préoccupations sont prises au sérieux et leur confidentialité est préservée.



**Au niveau de la
direction et de
l'organisation**

8. Une organisation de services communautaires a fait preuve d'un engagement visible envers ses travailleurs en créant un poste permanent de champion du bien-être. Ses responsabilités consistent à identifier les domaines d'amélioration de l'organisation, à encourager les possibilités d'autogestion de la santé psychologique (sur le lieu de travail et à la maison) et à proposer aux dirigeants des politiques fondées sur des données probantes.



**Au niveau
organisationnel**

9. La sécurité psychologique a plus de chance d'être pris en compte sur les lieux de travail lorsque les programmes d'enseignement médical l'incluent. Les programmes qui le font mettent l'accent sur les bénéfices de l'autogestion de la santé psychologique et les défis de la détresse morale bien avant que les travailleurs de la santé n'entrent en pratique.



**Au niveau
du système**

10. Un hôpital offre à son personnel clinique une protection contre la détresse morale en mettant à sa disposition des éthiciens à consulter lorsqu'une décision difficile s'impose (par exemple, une transplantation). Les professionnels de la santé peuvent soumettre des dilemmes éthiques à ce personnel spécialisé qui offre son soutien par le biais d'un examen éthique incluant une rencontre avec les patients afin de s'assurer d'un dialogue franc et d'une prise de décision éclairée. Le soutien d'un éthicien formé aux conversations et aux choix difficiles peut être extrêmement précieux pour ceux qui ont à prendre des décisions cliniques complexes angoissantes.



**Au niveau
organisationnel**

11. Les organisations de soins de santé qui priorisent la santé spirituelle de leurs employés doivent prendre des mesures supplémentaires pour promouvoir l'acceptation de toutes les croyances religieuses, y compris les pratiques indigènes. Dans ce contexte, la formation à la sécurité culturelle et l'accent mis sur la pratique respectueuse de toute croyance peuvent contribuer à protéger les travailleurs de la détresse morale. Ces formations et ces pratiques peuvent également garantir que les patients, dont le bien-être spirituel a un impact sur leur santé physique et émotionnelle, reçoivent les meilleurs soins, en particulier en fin de vie. En outre, l'inclusion culturelle permet au personnel de s'absenter du travail pour les fêtes religieuses et de remplacer les travailleurs dont les fêtes religieuses diffèrent des leurs. Le fait de pouvoir consulter des conseillers spirituels est également bénéfique pour le personnel professionnel, les patients et leurs familles.



**Au niveau
organisationnel**

12. Un organisme de services communautaires a démontré son engagement envers le soutien à l'autogestion de la santé psychologique en en faisant une priorité stratégique dans chacun de ses trois derniers plans stratégiques lesquels fournissent des étapes tangibles pour réaliser cette vision. La réaffirmation, par le PDG et l'équipe de direction tous les trois ans, ne signifie pas que l'organisme n'a pas réussi à réaliser cette priorité. Au contraire, en continuant à enrichir cette initiative ils entendent protéger ce qui a été accompli (ressources pour le personnel) et le développer davantage, plutôt que de le laisser sombrer dans l'oubli.



**Au niveau de la
direction et de
l'organisation**

13. Pour limiter le « bruit » causé par le cortège incessant d'annonces tout au long de la pandémie, une association professionnelle provinciale s'est engagée à afficher les informations les plus récentes sur le COVID-19 à ses membres, et ce, dans un endroit facile d'accès (ces informations étaient également incluses dans les bulletins d'information réguliers des membres). Cette initiative est devenue une ressource fiable pour la mise en de stratégies fondées sur des données probantes dans un contexte d'évolution rapide des conseils et règlements en vigueur. En retour, le fait de donner aux professionnels l'accès à une source d'information fiable a permis de réduire les cas de détresse morale.



Au niveau de l'association ou du système

14. Quand une maison de soins de longue durée a connu un nombre élevé de décès, les dirigeants ont fait appel à un conseiller professionnel pour animer des séances de débriefing en groupe. L'établissement offrait des services de thérapie privés aux employés à temps plein dans le cadre de leurs avantages sociaux, mais les séances de groupe semblaient rappeler au personnel la disponibilité et l'utilité de ces services. Les dirigeants ont également estimé que ces séances ont permis à certains membres du personnel de participer, alors qu'ils n'auraient peut-être pas cherché à solliciter une séance de conseil après une période de stress aussi élevé au sein de l'organisation.



Au niveau organisationnel

15. En raison du taux élevé de décès dans les établissements de soins de longue durée au cours de l'enquête COVID-19, il est devenu plus difficile de donner au personnel et aux familles le temps de faire leur deuil. Un organisme a fourni une protection contre la détresse morale engendrée par cette situation en mettant à la disposition tant des travailleurs que des familles, un conseiller en matière de deuil. La possibilité d'honorer les résidents décédés lors d'un service commémoratif chaque mois a également permis au personnel de se parler, de prendre le temps de faire son deuil et d'éviter que la frénésie de la pandémie ne les conduise à écarter la mort trop aisément.



Au niveau organisationnel

16. Une organisation privée de soins de longue durée a priorisé la formation continue pour l'ensemble du personnel; ce qui est peu commun dans ce secteur. En effet, les dirigeants ont reconnu que le fait d'accorder du temps rémunéré pour la formation (en particulier pour la direction et le personnel de soutien de première ligne) est hautement bénéfique pour la culture organisationnelle. Par ailleurs, cette approche permet également de soutenir les professionnels qui travaillent souvent de manière isolée, loin de leurs pairs puisqu'ils exercent leur travail dans des lieux distincts, ce qui leur permet rarement l'occasion de se connecter avec leurs pairs pour partager leurs connaissances. L'organisation d'un événement annuel d'apprentissage de deux jours a également produit des effets bénéfiques tant sur les membres de la direction que sur les autres travailleurs puisque cela a conduit à un lieu de travail énergisé et à une plus grande loyauté du personnel envers l'organisation potentiellement accrue.



Au niveau organisationnel



Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Commission de la santé mentale du Canada, 2022

350, rue Albert, bureau 1210

Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755

Télééc. : 613.798.2989

 [@MHCC_](https://twitter.com/MHCC_)

 [/theMHCC](https://www.facebook.com/theMHCC)

 [/1MHCC](https://www.youtube.com/channel/UC1MHCC)

 [/theMHCC](https://www.instagram.com/theMHCC)

 [/Commission de
la santé mentale
du Canada](https://www.linkedin.com/company/Commission-de-la-santé-mentale-du-Canada)

 [/theMHCC](https://www.pinterest.com/theMHCC)