



Commission de
la santé mentale
du Canada

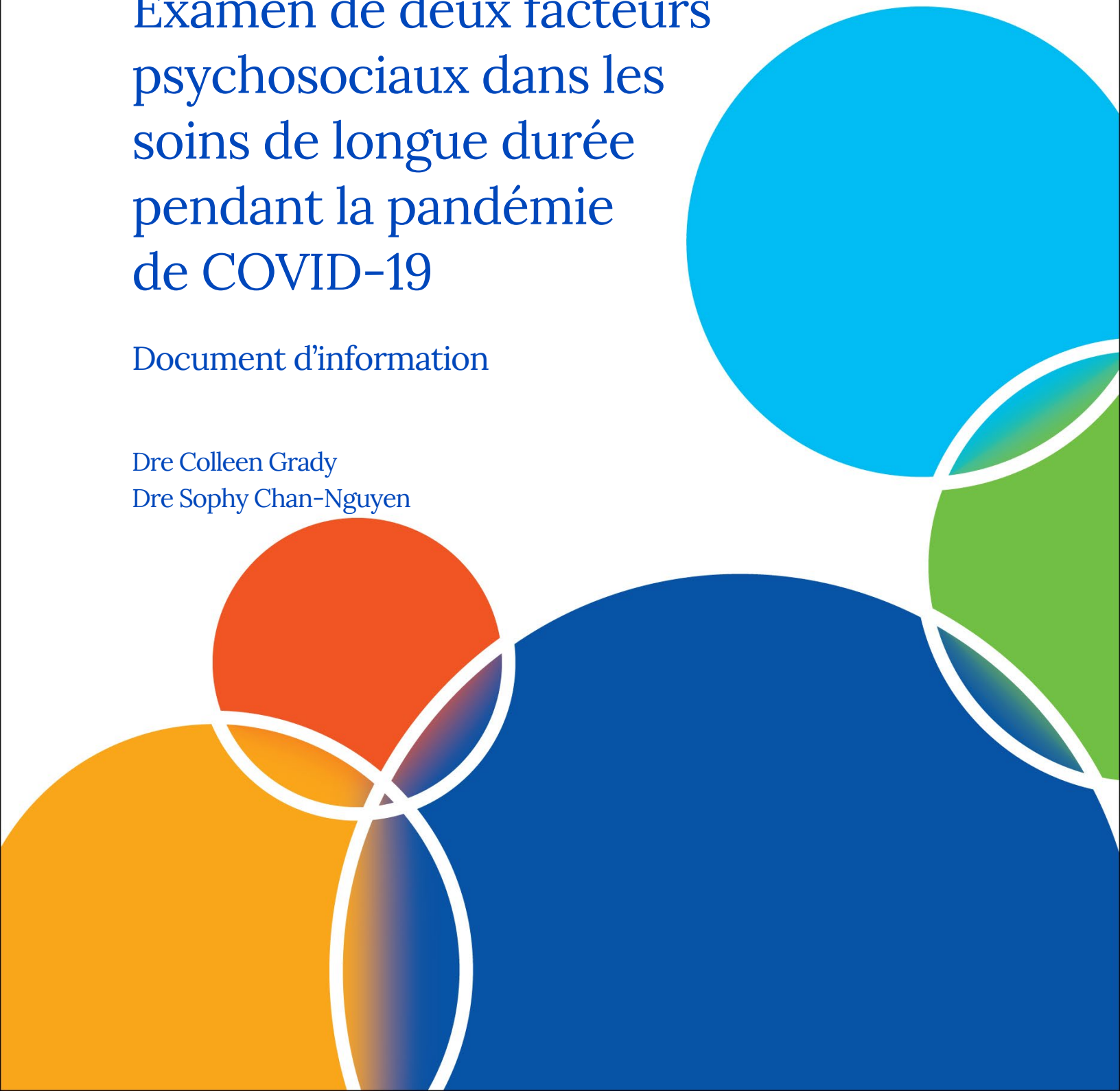
Mental Health
Commission
of Canada

Examen de deux facteurs psychosociaux dans les soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19

Document d'information

Dre Colleen Grady

Dre Sophy Chan-Nguyen



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. Nous tenons à remercier les travailleurs de la santé qui ont accepté de communiquer leurs expériences personnelles et points de vue à l'équipe responsable de cette étude, ainsi que les organisations qui ont soutenu ce projet en y participant et en recrutant des participants.

Le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte

This document is available in English.

Informations concernant la citation

Citation suggérée : Grady, C., et Chan-Nguyen, S. (2022). *Examen de deux facteurs psychosociaux dans les soins de longue durée pendant la pandémie de COVID-19*. Commission de la santé mentale du Canada : <https://commissionsantementale.ca/>.

© 2022 Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-304-6

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



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

Table des matières

Résumé des recommandations	1
Introduction.....	1
Objectif.....	1
Méthodologie.....	2
Contexte.....	2
Un secteur diversifié aux approches variées.....	3
Principales considérations et résultats	3
Un manque de ressources criant depuis trop longtemps.....	3
Manque chronique d'effectifs, difficultés à retenir le personnel et culture marquée par le surmenage	4
Précarité de la main-d'œuvre	4
Appels à l'action	6
Conclusion	7
Références	8
Annexe.....	11
Mises en situation	11

Résumé des recommandations

1. Remédier aux problèmes économiques, sociaux, intersectionnels et organisationnels structurels de longue date mis en lumière par la pandémie de COVID-19 et qui nécessitent une attention immédiate.
2. Soutenir les membres du personnel par l'éducation et la formation continues afin d'accroître leur capacité de prendre soin de leur santé psychologique et de se protéger contre la détresse psychologique.
3. Investir dans le renforcement du leadership de façon à favoriser un fonctionnement optimal de l'équipe.
4. Régler toutes les questions relatives à la sécurité afin de garantir des conditions de travail sécuritaires pour les membres du personnel.
5. Élaborer des politiques en matière de ressources humaines, ou améliorer celles qui existent déjà, dans le but de renforcer l'équité, de bonifier les avantages sociaux, de gérer l'épuisement professionnel et de souligner la valeur du personnel de soutien.

Introduction

Objectif

Depuis sa publication en 2013, les organisations utilisent la [Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail](#) (la Norme) comme guide pour promouvoir la santé mentale et prévenir les préjudices psychologiques au travail. La Norme présente 13 facteurs psychosociaux en milieu de travail qui doivent être évalués en regard des risques et des possibilités d'amélioration. Récemment, deux autres facteurs propres au secteur des soins de santé y ont été ajoutés : (1) la promotion de l'autogestion de la santé psychologique et (2) la protection contre la détresse psychologique¹.

Le soutien à l'autogestion de la santé psychologique est un indicateur qui reflète l'intérêt émergent à l'égard du renforcement de la capacité des membres du personnel de prendre soin de leur santé psychologique lorsqu'ils vivent du stress au travail. Les organisations de soins de santé favorisent l'autogestion de la santé lorsqu'elles encouragent les membres du personnel à se soucier de leur santé et de leur sécurité psychologiques au travail. Ces moyens d'autogestion peuvent se traduire notamment par des congés de maladie payés, des temps de pause garantis, des espaces de détente aménagés, des possibilités rémunérées de formation et d'apprentissage, ou le recours à des remplaçants pour leur permettre de gérer eux-mêmes leur santé.

La protection face à la détresse psychologique est un indicateur qui reflète la préoccupation bien documentée dans le secteur des soins de santé à l'égard du stress psychologique que subit le personnel du fait de détresse morale. Les organisations qui protègent les travailleurs contre la détresse psychologique créent un environnement qui leur permet de pratiquer leur métier en toute intégrité tout en étant épaulés par leurs ordres professionnels, leur employeur et leurs

pairs². Cette protection peut inclure du personnel et des ressources dédiés au bien-être, des possibilités de faire le point après des événements importants, ainsi que des politiques et des protocoles clairement définis et appliqués de manière cohérente.

Compte tenu de ces deux indicateurs, ce rapport propose des considérations relatives à des changements de politiques qui permettraient de mieux soutenir le bien-être psychologique des professionnels de la santé œuvrant dans le secteur des soins de longue durée au Canada.

Deux questions ont inspiré cette étude.

1. Quels sont les obstacles auxquels se heurtent les travailleurs du secteur des soins de longue durée, leurs équipes et leurs organisations, et quels sont les facteurs favorisant le soutien à l'autogestion de la santé psychologique et la protection contre la détresse psychologique?
2. Dans quelle mesure la pandémie de COVID-19 a-t-elle eu une incidence sur les travailleurs des soins de longue durée, leurs équipes et leurs organisations par rapport aux obstacles et aux facteurs favorables relevés?

Méthodologie

Ce projet comportait deux volets exploratoires : (1) une revue de la littérature universitaire et examinée par des pairs et (2) des entretiens semi-structurés auprès de sept professionnels du secteur des soins de longue durée. Nous avons fait des recherches dans une base de données médicales empiriques internationales récentes, nous concentrant surtout sur les soins infirmiers, les soins paramédicaux et les soins de santé, et analysé tous les articles pertinents publiés en anglais. Les entretiens (réalisés aussi en anglais) ont été enregistrés et transcrits en compte rendu fidèle, puis analysés sous un angle thématique. Les participants regroupaient des préposés aux services de soutien à la personne, des membres du personnel infirmier, des médecins et des administrateurs.

Ce projet vient compléter une vaste étude nationale portant sur l'ensemble du personnel de la santé et divers types de milieux de travail en santé, intitulée [*Explorer deux facteurs psychosociaux propres aux travailleurs de la santé : Favoriser l'autosoin en santé psychologique et la protection contre la détresse psychologique au travail : Obstacles et facteurs favorables*](#). Les deux études ont été menées de novembre 2021 à février 2022.

Leur conformité a été approuvée par le comité d'éthique à la recherche de l'Université Queen's et de ses hôpitaux universitaires en sciences de la santé affiliés.

Contexte

Même avant la pandémie, il était bien connu que les travailleurs de la santé étaient plus susceptibles de souffrir de stress chronique et d'épuisement professionnel, comparativement à leurs homologues des autres secteurs³. À la fin de 2020, une enquête de Statistique Canada a révélé que l'exposition des travailleurs de la santé à la COVID-19 au travail exacerbait leur situation et que 77 % d'entre eux avaient signalé une détérioration de leur santé mentale⁴. En

décembre 2020, le secteur des soins de longue durée était le plus touché, le nombre de décès liés à la COVID-19, tant chez les bénéficiaires que les travailleurs, étant disproportionné⁵. Or, les facteurs favorables et les obstacles liés à la santé et à la sécurité psychologiques du personnel, notamment en ce qui concerne la COVID-19, demeurent incompris, et ce, malgré le fait que cette incompréhension constitue une menace importante pour la viabilité du secteur.

Un secteur diversifié aux approches variées

Les soins de longue durée sont souvent définis à l'aide d'une variété de termes (p. ex. établissement de soins infirmiers, foyer de soins prolongés, centre de soins spécialisés) de manière à refléter le caractère et l'étendue des soins fournis. Dans notre analyse documentaire, nous avons non seulement constaté que différents pays conçoivent et abordent les soins de longue durée de manière distincte⁶, mais aussi que les compétences, la réglementation, la législation, le financement, le personnel et les modèles de soins dont ils relèvent varient considérablement⁷. Par exemple, au Canada, le secteur des soins de longue durée est régi par les compétences provinciales ou territoriales, contrairement à certaines régions des États-Unis, de l'Europe et de l'Asie, preuve que des approches différentes peuvent exister à l'intérieur d'un même pays⁸. Ainsi, bien que nous soyons confrontés à des problématiques semblables à celles d'autres régions du monde, les changements apportés aux politiques doivent tenir compte des différences locales, provinciales, territoriales et nationales pour faire en sorte que ces questions soient abordées.

Principales considérations et résultats

Un manque de ressources criant depuis trop longtemps

L'allocation de ressources représente un enjeu tenace des soins de longue durée dans de nombreux pays et demeure l'une des principales raisons expliquant la détresse psychologique des professionnels de la santé œuvrant dans ce secteur⁹. Avant le début de la pandémie, le secteur subissait déjà les contraintes du manque de financement pour l'équipement médical, les lits et la formation^{10,11}. Pourtant, les contraintes en matière de ressources ont également entraîné de mauvaises décisions organisationnelles, notamment l'intégration de personnel non qualifié, la persistance de pratiques de soins inefficaces et l'incapacité de freiner le taux de roulement élevé des gestionnaires. Comme ces facteurs accentuent la détresse psychologique, le personnel des établissements de soins de longue durée doit prendre des décisions complexes sur le plan éthique qui vont à l'encontre de l'application des normes de soins aux patients¹².

Alors que la détresse est flagrante du côté des gestionnaires, ces derniers déclarant qu'ils se sentent impuissants à insuffler un changement positif face aux contraintes¹³, les ressources en santé mentale pour favoriser l'autogestion de la santé psychologique sont rares, inaccessibles, peu fiables et, dans certains cas, carrément inexistantes. Dans certaines organisations, aucun espace physique dédié (p. ex. salles du personnel) ne permet aux employés de prendre soin d'eux-mêmes ou de faire des pauses lors de situations difficiles.

La pandémie n'a fait qu'exacerber ces difficultés relatives à l'affectation des ressources. Plus de la moitié des travailleurs du secteur des soins de longue durée ont déclaré ne pas avoir accès à un équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié, tel que des masques N95, des visières de protection et des lunettes protectrices¹⁴.

Manque chronique d'effectifs, difficultés à retenir le personnel et culture marquée par le surmenage

Désireux de répondre à la demande croissante, le secteur exige souvent de son personnel qu'il fasse des heures supplémentaires¹⁵⁻¹⁷. Or, l'augmentation des taux de mortalité et du nombre de patients tout au long de la pandémie a entraîné des taux de roulement élevés chez le personnel de première ligne et les gestionnaires. Bien que les travailleurs du secteur des soins de longue durée assument souvent une lourde charge de patients, et ce, en ayant très peu d'aide, ils ont rarement le temps de prendre soin de leur santé psychologique. Il est courant de ne pas prendre de pauses et de sauter des repas, et lorsque les travailleurs décident de prendre les pauses obligatoires ou des congés de maladie, plusieurs se sentent coupables¹⁸.

Entre pairs, les pressions relatives au surmenage sont alimentées par l'intimidation et le commérage¹⁹. Malgré la prévalence de la détresse psychologique dans le secteur, les efforts déployés pour favoriser l'autogestion de la santé psychologique sont souvent considérés comme des « prétextes » pour ne pas travailler. Une pareille pression ne fait qu'aggraver la détresse du personnel et le dissuade de solliciter des soins psychologiques. L'intimidation compromet aussi le travail d'équipe et pousse les travailleurs à faire cavalier seul en ne bénéficiant que de peu ou d'aucun soutien pour les aider à faire face aux situations difficiles²⁰⁻²².

Les mesures de distanciation physique imposées pendant la pandémie de COVID-19 ont considérablement limité la capacité du personnel de socialiser les uns avec les autres, réduisant ainsi les occasions de faire des comptes rendus, de partager des connaissances, de renforcer la communauté, et d'obtenir du soutien de la part des pairs ou des dirigeants. Ces mesures ont interdit aux fournisseurs de soins informels (p. ex. famille, amis, aides embauchées) d'entrer dans les foyers de soins de longue durée. Cette situation a non seulement exposé les travailleurs de première ligne à l'hostilité des patients et à l'insatisfaction des familles à l'égard des soins ou des restrictions en place, mais elle les a également forcés à intégrer à leur charge de travail les tâches qu'accomplissent normalement les fournisseurs de soins informels. Les problèmes de maintien en poste observés chez les gestionnaires diminuent de surcroît la capacité de soutenir le personnel lorsqu'il en a besoin²³. À la lumière de ces problématiques, les travailleurs déplorent être « pris entre deux feux », exacerbant leurs conditions de travail déjà difficiles et mettant encore plus en péril les soins aux patients.

Précarité de la main-d'œuvre

Environ 530 000 personnes travaillent dans des foyers de soins infirmiers et des établissements de soins de longue durée au Canada, où les femmes immigrantes et racialisées sont surreprésentées^{24,25}. En moyenne, 16,4 % du personnel occupe un poste occasionnel et environ

4 % un poste contractuel (certaines provinces signalent un nombre beaucoup plus élevé de travailleurs contractuels^{26,27}). Les fournisseurs de soins de santé non agréés, comme les préposés aux services de soutien à la personne, constituent une grande partie de la main-d'œuvre. Pourtant, les travailleurs à temps partiel, occasionnels ou non agréés vivent de la discrimination systémique et sont sous-valorisés. Ces personnes n'ont pas accès aux mêmes avantages sociaux ni aux mêmes programmes de formation^{28,29}. Ainsi, les membres du personnel n'ont pas tous la même possibilité de prendre soin de leur santé psychologique, et certains ne reçoivent aucune forme d'aide. Le personnel de soutien signale davantage de symptômes d'épuisement professionnel par rapport aux autres travailleurs du secteur³⁰.

Entrevues : Témoignages de travailleurs du secteur des soins de longue durée

« L'hôpital dispose de masques adéquats, mais il y a une différence entre le masque d'hôpital et celui du foyer de soins. Ne faisons-nous pas tous partie du personnel infirmier? Pourtant, ils ont un masque différent du nôtre. »

« Plusieurs nouvelles règles ont été mises en place. Au début, nous n'avions pas l'espace nécessaire. Il n'y avait pas assez de poubelles à l'extérieur, alors les couloirs étaient encombrés de plusieurs sacs à ordures. »

« Il y a beaucoup de détresse psychologique chez les dirigeants. Il suffit de voir combien d'entre nous n'ont pas pris de vacances depuis un an et demi pour comprendre que c'est un problème. Nous nous surmenons et sommes vraiment au bout du rouleau. »

« Les gens se sentent coupables de prendre des congés. Les dirigeants s'attendent à ce que beaucoup de travailleurs fassent des heures supplémentaires, ce qui est vraiment difficile. »

« Des familles sont en colère parce que les restrictions ont été en place trop longtemps, et d'autres sont en colère parce que les restrictions sont levées. Et notre personnel est souvent pris entre les deux. »

« Un grand nombre d'employés ont quitté le secteur pour aller travailler ailleurs parce que les conditions sont meilleures, le salaire est supérieur et ils sont mieux traités. »

« Nous n'avions pas vraiment un soutien adéquat. J'ai même vécu deux mois à l'hôtel pendant la pandémie de COVID-19 parce que je ne pouvais pas rentrer chez moi. »

« Autrement dit, nous ne pouvons pas nous entraider ni travailler en équipe. Il n'y a aucune communication. Ce sont les règles de l'employeur, et c'est tout. »

Appels à l'action

S'attaquer aux problèmes structurels émergents et de longue date dans le secteur des soins de longue durée

Les récentes enquêtes menées par des organisations à but non lucratif, des médias et des organismes gouvernementaux sur le nombre croissant de décès liés à la COVID-19 dans le secteur des soins de longue durée ont mis en lumière le faible soutien offert dans ce secteur au Canada. Ce rapport souligne la nécessité de se pencher sur ces problèmes économiques, sociaux et organisationnels émergents et de longue date³¹.

Fournir des fonds pour faciliter l'accès du personnel à l'éducation et à la formation continues

Le manque de personnel et le sous-financement chroniques^{32,33}, ainsi que la pénurie de ressources humaines et en santé³⁴⁻³⁹, pendant de longues périodes, ont épuisé les travailleurs et les gestionnaires. Cette situation est liée à des facteurs systémiques et organisationnels plus complexes qui semblent prévaloir dans les pratiques de soins de longue durée dans l'ensemble du pays. Même si l'épuisement est un phénomène répandu dans l'ensemble du personnel, le secteur continue d'encaisser les coups et croule sous le poids de la demande. Pour autant, tout aveu de détresse semble être le signe d'une charge de travail accrue pour les pairs, alimentant une culture d'intimidation et de méfiance.

Malgré ces conditions, il est possible de renforcer la communauté et les capacités du personnel des soins de longue durée par le biais de l'éducation et de la formation continues et du leadership transformateur. Les améliorations considérables en matière de santé mentale qui résultent de la prestation de ressources en santé mentale, de l'éducation permanente et de séances de formation sont bien documentées⁴⁰⁻⁴³. Si la distanciation physique est nécessaire, il est possible de recourir à des forums virtuels permettant l'apprentissage entre pairs, le renforcement de la communauté et le soutien moral⁴⁴ (et pourtant, les ressources ne seront efficaces que si le personnel sait comment et quand y accéder).

Soutenir les dirigeants et le personnel de l'organisation

Les gestionnaires jouant un rôle de soutien sont des vecteurs importants du bien-être psychologique du personnel⁴⁵⁻⁵⁰. Les dirigeants d'organisations contribuent grandement à la création d'équipes fortes et inclusives, lesquelles favorisent une culture de travail qui soutient l'autogestion de la santé psychologique⁵¹⁻⁵³. Cependant, le sous-financement et le manque de ressources rendent difficile la mise en place de mesures de soutien judicieuses et accessibles. Ces contraintes interviennent également dans les décisions organisationnelles qui réduisent la capacité des travailleurs de se protéger contre la détresse psychologique au travail. Il est donc impératif que des ressources (p. ex. soutien en matière de santé mentale pour le personnel) soient aussi mises à la disposition des gestionnaires.

Mettre fin aux conditions de travail dangereuses attribuables à la COVID-19

La pandémie a exacerbé les difficultés éprouvées par le personnel des soins de longue durée en raison de la constante évolution des règlements, déstabilisant encore plus ce secteur qui

souffre d'un sous-financement depuis longtemps. En effet, la nécessité de fournir des ÉPI adéquats, de remédier aux conditions de travail dangereuses, d'apporter un soutien et de réviser les protocoles de sécurité est compromise par le sous-financement et le manque de personnel, plaçant les travailleurs dans des positions de plus en plus vulnérables où les possibilités de prendre soin de leur santé physique et psychologique sont rares. Il est primordial de garantir des conditions de travail sécuritaires pour réduire le taux de roulement élevé résultant de l'exposition incontrôlée à la COVID-19 en milieu de travail. Une telle démarche serait également une manière de concrétiser l'engagement du secteur à assurer le bien-être de son personnel. Dans un premier temps, il pourrait s'agir de fournir des ÉPI adéquats, de mettre à jour les protocoles de sécurité et de dispenser une formation pertinente sur les maladies infectieuses et les risques.

Apporter de nettes améliorations aux politiques actuelles en matière de ressources humaines en milieu de travail

Au-delà de ces quelques mesures, le secteur doit reconnaître et concilier le tribut personnel, physique et psychologique que subit la main-d'œuvre, non seulement en raison de la pandémie, mais aussi des décennies d'iniquité structurelle qui ont permis de rendre acceptables les bas salaires et les conditions de travail instables. Le secteur devrait en outre procéder à des améliorations notables de ses politiques de ressources humaines en matière de rémunération, d'avantages sociaux et de congés de maladie afin de traiter de la nature précaire de l'emploi et de la piètre reconnaissance de sa main-d'œuvre.

Conclusion

La santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail sont indispensables pour permettre au personnel de faire valoir sa formation, ses compétences et son expertise auprès de la société en tant qu'employés appréciés et respectés. Les importants facteurs de stress auxquels le personnel de la santé a été confronté tout au long de la pandémie, en particulier celui affecté aux soins de longue durée, ont souligné la nécessité de cibler davantage le soutien à l'autogestion de la santé psychologique et la protection contre la détresse psychologique. Les décideurs politiques et les dirigeants du secteur des soins de santé ne sauraient se détourner des problèmes qui continueront d'avoir une incidence sur le recrutement et la fidélisation du personnel, ainsi que sa santé et sa sécurité et, surtout, sa capacité de fournir en permanence des soins de qualité à certains de nos citoyens les plus vulnérables. Il convient de redoubler d'efforts si nous voulons que le secteur habilite ses travailleurs, ses équipes et ses organisations de soins de santé. Les recommandations énoncées dans ce rapport ne doivent être considérées que comme le point de départ de ce processus.

Références

- ¹ Commission de la santé mentale du Canada (2022). *Promouvoir la santé et la sécurité psychologiques dans les établissements de santé*. <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/sante-mentale-en-milieu-de-travail/promouvoir-la-sante-et-la-securite-psychologiques-dans-les-etablissements-de-sante/>
- ² Commission de la santé mentale du Canada (2022). *Promouvoir la santé et la sécurité psychologiques dans les établissements de santé*.
- ³ Kitts, J. (2013). « Psychological health and safety in Canadian healthcare settings ». *Healthcare Quarterly*, vol. 16, p. 6-9. <https://doi.org/10.12927/hcq.2014.23643>
- ⁴ Statistique Canada (2 février 2021). « La santé mentale chez les travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19 ». *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>
- ⁵ Institut canadien d'information sur la santé (2021). *Incidence de la COVID-19 sur les soins de longue durée*. <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/soins-de-longue-duree>
- ⁶ Sanford, A.M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A.M., Arai, H., Bauer, J.M., Cruz-Jentoff, A.J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., Hajjar, R., Holmerova, I., Katz, P.R., Koopmans, R.T.C.M., Rolland, Y., Visvanathan, R., Woo, J., Morley, J.E., et Vellas, B. (2015). « An international definition for “nursing home” ». *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 16, p. 181-184. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.013>
- ⁷ Ågotnes, G., McGregor, M.J., Doupe, M.B., Müller, B., et Harrington, C. (2019). « An international mapping of medical care in nursing homes ». *Health Services Insights*, vol. 12. <https://doi.org/10.1177/1178632918825083>
- ⁸ Tolson, D., Rolland, Y., Katz, P.R., Woo, J., Morley, J.E., et Vellas, B. (2013). « An international survey of nursing homes ». *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 14, p. 459-462. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.04.005>
- ⁹ Green, A.E., et Jeffers, B.R. (2006). « Exploring moral distress in the long-term care setting ». *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association*, vol. 30, p. 5-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17518034/>
- ¹⁰ Burston, A.S., et Tuckett, A.G. (2013). « Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions ». *Nursing Ethics*, vol. 20, p. 312-324. <https://doi.org/10.1177/0969733012462049>
- ¹¹ Brassolotto, J., Daly, T., Armstrong, P., et Naidoo, V. (2017). « Experiences of moral distress by privately hired companions in Ontario's long-term care facilities ». *Quality in Ageing and Older Adults*, vol. 18, p. 58-68. <https://doi.org/10.1108/QAOA-12-2015-0054>
- ¹² Caspar, S., Brassolotto, J.M., et Cooke, H.A. (2021). « Consistent assignment in long-term care homes: Avoiding the pitfalls to capitalise on the promises ». *International Journal of Older People Nursing*, vol. 16, p. 1-10. <https://doi.org/10.1111/opn.12345>
- ¹³ Spenceley, S., Witcher, C.S.G., Hagen, B., Hall, B., et Kardolus-Wilson, A. (2017). « Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia ». *Dementia*, vol. 16, n° 7, p. 815-834. <https://doi.org/10.1177/1471301215618108>
- ¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2021). *L'incidence de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé en soins de longue durée au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvr-de-la-sante-au-canada-points-saillants-de-lincidence-de-la-covid-19/lincidence-de>
- ¹⁵ Burston et Tuckett. (2013). « Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions ».
- ¹⁶ Spenceley, S., Caspar, S., et Pijl, E. (2017). « Mitigating moral distress in dementia care: Implications for leaders in the residential care sector ». *Nursing Leadership*, vol. 30, p. 45-59. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2017.25449>

- ¹⁷ Pijl-Zieber, E.M., Awosoga, O., Spenceley, S., Hagen, B., Hall, B., et Lapins, J. (2018). « Caring in the wake of the rising tide: Moral distress in residential nursing care of people living with dementia ». *Dementia*, vol. 17, n° 3, p. 315-336. <https://doi.org/10.1177/1471301216645214>
- ¹⁸ Moon, Y., et Shin, S.Y. (2018). « Moderating effects of resilience on the relationship between emotional labor and burnout in care workers ». *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 44, p. 30-39. <https://doi.org/10.3928/00989134-20180815-01>
- ¹⁹ Burston et Tuckett. (2013).
- ²⁰ Brassolotto, et autres (2017). « Experiences of moral distress by privately hired companions in Ontario's long-term care facilities ».
- ²¹ Spenceley, Witcher, et autres (2017). « Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia ».
- ²² Pijl-Zieber, et autres (2018). « Caring in the wake of the rising tide: Moral distress in residential nursing care of people living with dementia ».
- ²³ Spenceley, et autres (2017).
- ²⁴ Luna, K.C. (2021). *Les femmes racisées et les défis de la COVID-19 au Canada* [Feuille d'information] Institut canadien de recherches sur les femmes. <https://www.criaw-icref.ca/wp-content/uploads/2021/04/Les-femmes-racise%CC%81es-et-les-de%CC%81fis-de-la-COVID-19-au-Canada-1.pdf>
- ²⁵ Marrocco, F.N., Coke, A., et Kitts., J. (2021). *Commission ontarienne d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée : Rapport final*. <https://files.ontario.ca/mltc-ltcc-final-report-fr-2021-05-25.pdf>
- ²⁶ Institut canadien d'information sur la santé (2021). *L'incidence de la COVID-19 sur les travailleurs de la santé en soins de longue durée au Canada*.
- ²⁷ Statistique Canada (septembre 2021). « Profil des établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2019 ». *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210916/dq210916c-fra.htm>
- ²⁸ Brassolotto, et autres (2017).
- ²⁹ Spenceley, Caspar, et autres (2017). « Mitigating moral distress in dementia care: Implications for leaders in the residential care sector ».
- ³⁰ Hunter, P.V., McCleary, L., Akhtar-Danesh, N., Goodridge, D., Hadjistavropoulos, T., Kaasalainen, S., Sussman, T., Thompson, G., Venturato, L., et Wickson-Griffiths, A. (2019). « Mind the gap: Is the Canadian long-term care workforce ready for a palliative care mandate? » *Ageing and Society*, vol. 40, p. 1223-1243. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18001629>
- ³¹ Mapira, L., Kelly, G., et Geffen, L. N. (2019). « A qualitative examination of policy and structural factors driving care workers' adverse experiences in long-term residential care facilities for older adults in Cape Town ». *BMC Geriatrics*, vol. 19, article 97. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1105-3>
- ³² Burston et Tuckett (2013).
- ³³ Brassolotto, et autres (2017).
- ³⁴ Green, A.E., et Jeffers, B.R. (2006). « Exploring moral distress in the long-term care setting ».
- ³⁵ Burston et Tuckett (2013).
- ³⁶ Brassolotto, et autres (2017).
- ³⁷ Lev, S., et Ayalon, L. (2018). « A typology of social workers in long-term care facilities in Israel ». *Social Work*, vol. 63, n° 2, p. 171-178. <https://doi.org/10.1093/sw/swy002>
- ³⁸ Dunn, L.A., Rout, U., Carson, J., et Ritter, S.A. (1994). « Occupational stress amongst care staff working in nursing homes: An empirical investigation ». *Journal of Clinical Nursing*, vol. 3, n° 3, p. 177-183. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1994.tb00383.x>
- ³⁹ Islam, M.S., Baker, C., Huxley, P., Russell, I.T., et Dennis, M.S. (2017). « The nature, characteristics and associations of care home staff stress and wellbeing: A national survey ». *BMC Geriatrics*, vol. 16, article 22. <https://doi.org/10.1186/S12912-017-0216-4>

- ⁴⁰ Rivett, E., Hammond, L., et West, J. (2019). « What influences self-perceived competence and confidence in dementia care home staff? A systematic review ». *Psychogeriatrics*, vol. 19, n° 5, p. 440-456. <https://doi.org/10.1111/psyg.12422>
- ⁴¹ Bluth, K., Lathren, C., Silbersack Hickey, J.V.T., Zimmerman, S., Wretman, C.J., et Sloane, P.D. (2021). « Self-compassion training for certified nurse assistants in nursing homes ». *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 69, n° 7, p. 1896-1905. <https://doi.org/10.1111/jgs.17155>
- ⁴² Franzosa, E., Tsui, E.K., et Baron, S. (2019). « "Who's caring for us?": Understanding and addressing the effects of emotional labor on home health aides' well-being ». *Gerontologist*, vol. 59, n° 6, p. 1055-1064. <https://doi.org/10.1093/geront/gny099>
- ⁴³ O'Brien, W.H., Singh, R.(S.), Moeller, M.T., Wasson, R., et Jex, S.M. (2019). « Group-based acceptance and commitment therapy for nurses and nurse aides working in long-term care residential settings ». *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 25, n° 7, p. 753-761. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0087>
- ⁴⁴ Baughman, A.W., Renton, M., Wehbi, N.K., Sheehan, E.J., Gregorio, T.M., Yurkofsky, M., Levine, S., Jackson, V., Pu, C.T., et Lipsitz, L.A. (2021). « Building community and resilience in Massachusetts nursing homes during the COVID-19 pandemic ». *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 69, n° 10, p. 2716-2721. <https://doi.org/10.1111/jgs.17389>
- ⁴⁵ Burston et Tuckett (2013).
- ⁴⁶ Spenceley, Caspar, et autres (2017).
- ⁴⁷ Franzosa, et autres (2019). « "Who's caring for us?": Understanding and addressing the effects of emotional labor on home health aides' well-being ».
- ⁴⁸ Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J., et Brenner, S.-O. (2008). « The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study ». *Work and Stress*, vol. 22, n° 1, p. 16-32. <https://doi.org/10.1080/02678370801979430>
- ⁴⁹ Zhang, Y., Punnett, L., et Gore, R. (2014). « Relationships among employees' working conditions, mental health, and intention to leave in nursing homes ». *Journal of Applied Gerontology*, vol. 33, n° 1, p. 6-23. <https://doi.org/10.1177/0733464812443085>
- ⁵⁰ Pijl-Zieber, E., Hagen, B., Armstrong-Esther, C., Hall, B., Akins, L., et Stingl, M. (2008). « Moral distress: An emerging problem for nurses in long-term care? » *Quality in Ageing and Older Adults*, vol. 9, n° 2, p. 39-48. <https://doi.org/10.1108/14717794200800013>
- ⁵¹ Moon et Shin (2018). « Moderating effects of resilience on the relationship between emotional labor and burnout in care workers ».
- ⁵² Nielsen, et autres (2008). « The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study ».
- ⁵³ Barry, T., Longacre, M., O'Shea-Carney, K., et Patterson, S. (2019). « Team inclusion and empowerment among nursing staff in long-term care ». *Geriatric Nursing*, vol. 40, n° 5, p. 487-493. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.03.014>

Annexe

Mises en situation

Les mises en situation suivantes, inspirées des principales conclusions de cette étude, ont pour but de mettre de l'avant les stratégies de renforcement des capacités en vue de promouvoir la santé et la sécurité psychologiques chez les travailleurs du secteur des soins de longue durée, ainsi que leurs équipes et organisations.

Mise en situation A : Comptes rendus en groupe

Lorsqu'un foyer de soins de longue durée a dû faire face à un nombre élevé de décès ou à de lourdes pertes, les dirigeants ont fait appel à un conseiller professionnel pour revenir sur la situation en groupe. Le foyer a offert des services de thérapie privés aux employés à temps plein en vertu de leur régime d'avantages sociaux, mais les séances de groupe ont rappelé au personnel la disponibilité et l'utilité de ces services. Les dirigeants estimaient également que ces séances permettaient à certains membres du personnel de participer, alors qu'ils n'auraient sans doute pas consulté un professionnel après une période de stress élevé.

Mise en situation B : Processus de deuil

Compte tenu du taux élevé de décès survenus dans les établissements de soins de longue durée au cours de la pandémie de COVID-19, la possibilité pour le personnel et les familles de prendre le temps de faire leur deuil est devenue de plus en plus difficile. Une organisation a offert une forme de protection contre la détresse psychologique engendrée par cette situation en mettant à la disposition du personnel et des familles un conseiller spécialisé dans le processus de deuil. Grâce à une cérémonie commémorative organisée chaque mois pour honorer la mémoire des résidents décédés, le personnel a eu l'occasion de discuter entre eux, de prendre le temps de faire son deuil et de ne pas négliger certains rituels de fin de vie en raison de la nature éprouvante de la pandémie.

Mise en situation C : Éducation permanente

Un établissement privé de soins de longue durée a privilégié le recours à la formation continue pour l'ensemble du personnel, chose peu courante dans le secteur. La direction a en effet reconnu que d'offrir une formation rémunérée (en particulier aux gestionnaires et aux préposés aux services de soutien à la personne de première ligne) est très bénéfique pour la culture organisationnelle. Elle permet de soutenir les professionnels qui travaillent de façon isolée dans des lieux distincts et qui ont rarement l'occasion d'entrer en contact avec leurs pairs pour partager leurs connaissances. Une activité d'apprentissage annuelle de deux jours a par ailleurs grandement profité aux dirigeants et aux autres travailleurs, créant un environnement de travail revigoré et une fidélisation potentielle du personnel.



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

 [@CSMC](https://twitter.com/CSMC)  [/laCSMC](https://www.facebook.com/laCSMC)

 [/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)