

Expériences du personnel en SLD pendant la pandémie : constats, leçons et voies à suivre

Résumé

Préparé par Cera Cruise, Nicole Mfoafo M'Carthy, Nick Boettcher, Sofia Celis, Pauline McDonagh Hull et Bonnie Lashewicz pour Excellence en santé Canada

Mention de reconnaissance

Ce travail a été réalisé avec le soutien d'Excellence en santé Canada (ESC). ESC est un organisme de bienfaisance indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada; les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada. L'utilisation ou la reproduction sans modification de cette publication est autorisée au Canada à des fins non commerciales seulement. Cette publication est fournie « en l'état » et à titre informatif ou éducatif seulement. Elle n'est pas destinée à fournir des conseils médicaux spécifiques ou à se substituer au jugement d'un professionnel de la santé. Les personnes ayant préparé cette publication ou y ayant contribué déclinent toute responsabilité ou garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite.

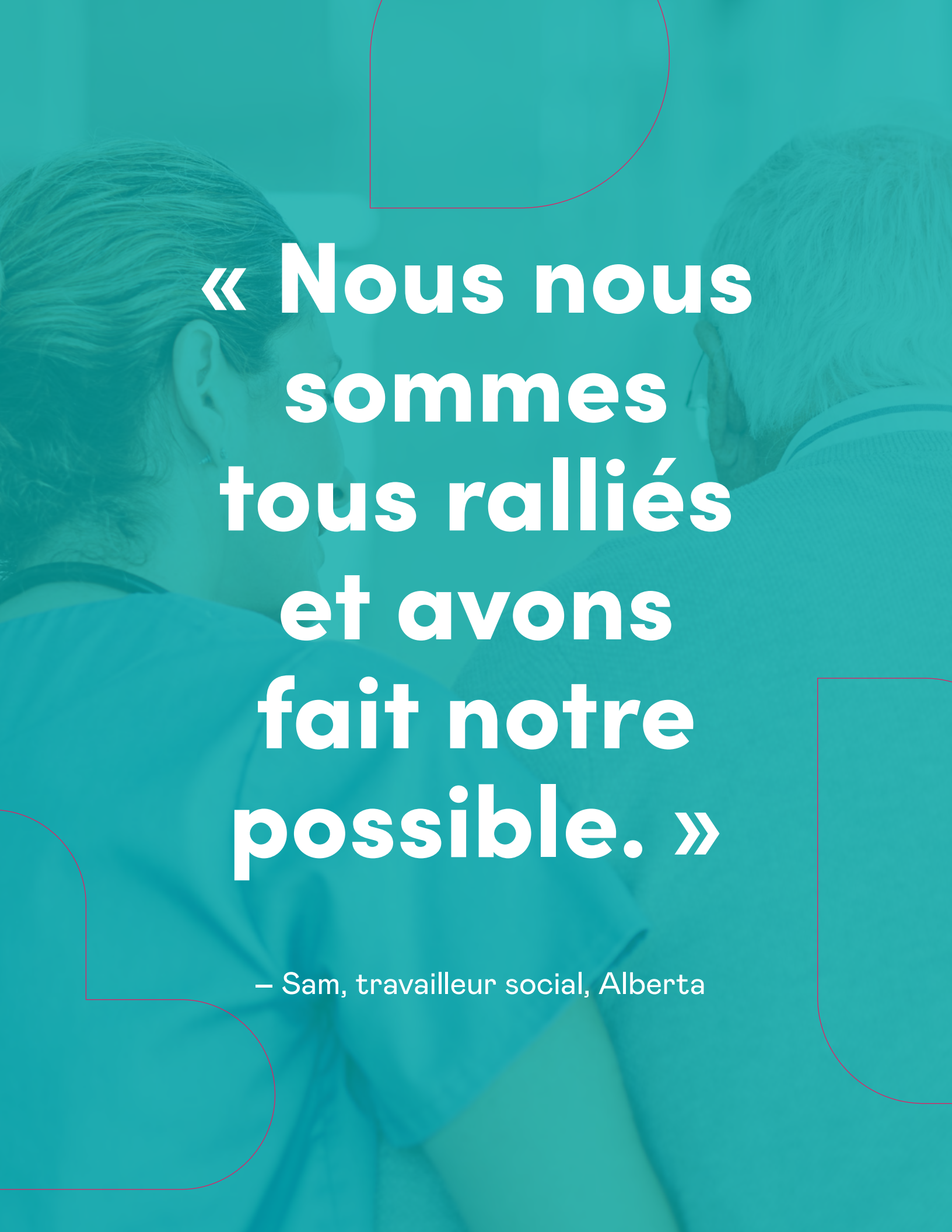
À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients, les proches aidants et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé. Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

Excellence en santé Canada
150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4

Sans frais : 1 866 421-6933 / Local (Ottawa) : 613 728-2238

Courriel : communications@hec-esc.ca



**« Nous nous
sommes
tous ralliés
et avons
fait notre
possible. »**

– Sam, travailleur social, Alberta

Contexte

Le personnel en SLD¹ (soins de longue durée et aide à la vie autonome) au Canada vit une situation de crise, qui constitue l'enjeu pivot pour les personnes déterminant l'avenir des SLD+ au pays (Estabrooks et coll., 2020). Les premières phases de la pandémie ont été accompagnées d'une dévalorisation répandue et souvent insidieuse des personnes âgées, surtout celles vivant en établissement ou dépendant de proches aidants (Cruise et Lashewicz, 2020). La morbidité excessive des résidentes et résidents âgés en SLD+ causée par l'infection au coronavirus a été normalisée par de nombreuses personnes, comme le montrent d'anciens protocoles de triage médical (Rueda, 2021). Bien qu'un grand nombre de reportages médiatiques aient critiqué les travailleurs de la santé pour les désastres et les décès découlant des épidémies de COVID-19 dans certains établissements de SLD+, il existe peu de témoignages des travailleurs et travailleuses en SLD+ sur leur expérience professionnelle durant la pandémie au Canada, notamment sur les manières dont les pratiques de dotation en personnel ont influencé leur santé mentale. Les taux d'épuisement professionnel généraux chez le personnel en santé sont élevés, ce qui ajoute de la pression sur les services de prestation de soins (Maunder et coll., 2022). En matière de promotion de la santé publique, des réponses significatives et rapides aux besoins en santé mentale des travailleurs de la santé sont nécessaires pour que le système de santé canadien se rétablisse des répercussions engendrées par la pandémie.

Nous croyons que les expériences des travailleuses et travailleurs canadiens en SLD+ sont distinctes étant donné la vulnérabilité proportionnellement élevée des résidents et résidentes en SLD+ face aux décès

¹ SLD+ : Soins de longue durée et/ou aide à la vie autonome.

Les établissements de SLD+ fournissent un logement aux personnes qui en ont besoin ainsi que des soins supervisés et personnels, y compris des services professionnels de santé et d'autres services comme les repas, la lessive et l'entretien ménager.

Le personnel en SLD+ réunit des personnes travaillant au sein d'une ou de plusieurs équipes dans un établissement de SLD+ ou au nom de celui-ci, ce qui comprend les personnes salariées ou rémunérées à l'heure; celles qui occupent un emploi temporaire, à durée déterminée ou contractuel; celles qui exercent un rôle clinique ou non; les professionnelles et professionnels de la santé, réglementés ou non; et tout le personnel de soutien participant à la prestation de soins et de services pour l'établissement de SLD+ et ses résidents et résidentes.

associés à la COVID-19, comparativement aux Canadiens et aux Canadiennes non hébergés dans des établissements de SLD+ et aux résidents et résidentes en SLD+ d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme l'Australie, le Royaume-Uni et l'Espagne (Institut canadien d'information sur la santé, 2020). Selon le National Institute on Ageing (2022), 17 120 résidents et résidentes et 32 travailleurs et travailleuses en SLD+ au pays sont décédés de la COVID-19 depuis le début de la pandémie. À l'échelle nationale, 63 % des établissements de SLD+ ont subi une épidémie de COVID-19; le pourcentage d'établissements touchés par des épidémies était particulièrement élevé en Alberta (92 % des établissements), en Ontario (89 %) et en Colombie-Britannique (71 %) (<https://lhc-covid19-tracker.ca/>). L'ampleur des dégâts causés par la pandémie dans les établissements de SLD+ était si importante que l'Armée canadienne a dû être déployée dans 47 établissements de SLD+ au Québec et dans 7 autres en Ontario (Badone, 2021; Mialkowski, 2020). Dans ce contexte, nous avons étudié la détresse morale vécue par le personnel en SLD+. La détresse morale est la douleur ou l'angoisse de savoir ce qui doit être fait, mais d'être incapable de le faire en raison de contraintes indépendantes de notre volonté (Dean et coll., 2020); après examen de nos données probantes, nous restons préoccupés par la présence de détresse morale et le fait qu'une telle détresse puisse contribuer aux préjudices moraux et à l'épuisement professionnel.

Ce résumé de rapport se fonde sur des recherches financées par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Excellence en santé Canada (ESC). Il a permis la

création d'un projet de réponse rapide à méthodes mixtes intitulé « Soutenir la santé mentale et prévenir les préjudices moraux chez les travailleurs en SLD+ ». Le présent résumé inclut des faits saillants : 1) d'une revue de la littérature réaliste sur les modèles de dotation en personnel en SLD+ dans le monde; 2) d'une analyse secondaire de données d'entrevues et de sondages provenant de notre étude rassemblant les expériences et les commentaires du personnel en SLD+ pendant la pandémie; 3) d'un aperçu des points de vue de responsables des politiques en SLD+ formulés lors d'entrevues sur leurs priorités et sur la manière dont ils prennent des décisions relatives à la dotation en personnel en SLD+; et 4) d'un modèle de dynamique des parties prenantes où nous avons souligné les objectifs de divers acteurs et actrices en SLD+ et formulé des hypothèses sur l'incidence que les interventions auraient sur ceux-ci. Il rassemble des constats pertinents pour les pratiques actuelles en SLD+. Nous avons privilégié ces constats soulevés par la crise de la pénurie de personnel en SLD+ au Canada, mais précisons qu'une refonte du système de SLD+ et des investissements accrus dans celui-ci seront nécessaires pour assurer un secteur des SLD+ durable dans le contexte du vieillissement de la population.

Que dit la littérature sur les modèles de dotation en personnel en SLD+?

Plusieurs études ont constaté un lien entre les niveaux de dotation en personnel élevés en SLD+ et l'amélioration de la qualité des soins aux résidents et résidentes (Harrington et coll., 2000). D'autres avancent que ces niveaux doivent être analysés conjointement avec les ratios de personnel, surtout ceux d'infirmières et d'infirmiers autorisés (IA) et praticiens (Munroe, 1990; Hungsoo et coll., 2009). Lorsqu'elles mesurent les résultats de divers modèles de dotation en personnel en SLD+, la plupart des études se concentrent sur les résultats cliniques pour les résidents et résidentes et négligent ou omettent l'expérience du personnel qui tente de s'y retrouver dans les nouveaux modèles de soins (Farell et Frank, 2007; Rahman et coll., 2009). La continuité des soins demeure l'un des modèles de dotation en personnel les plus courants; des études montrent toutefois des résultats contradictoires quant à son utilité pour la réduction du roulement du personnel, l'absentéisme et l'amélioration de la qualité des soins pour les résidents et résidentes (Farrell et Frank, 2007; Burgio et coll., 2005). Dans le cadre d'entrevues qualitatives enregistrant

les points de vue du personnel, celui-ci a déclaré vivre de l'ennui et un épuisement professionnel croissant en raison des tâches répétitives accompagnant la continuité des soins (Casper, 2020). Les modèles de dotation en personnel novateurs comprennent la gestion de plus petites unités et l'intégration d'infirmières et d'infirmiers praticiens et d'assistantes et d'assistants cliniques; ces modèles promettent des résultats positifs autant pour les résidents et résidentes que pour le personnel (Harrison et coll., 2019; Venturato et Drew, 2010).

Le contexte est important pour comprendre les succès de modèles ou de structures organisationnels, les SLD+ étant un secteur propice aux situations de rareté perçue des ressources. On reconnaît donc que les interventions et les programmes doivent être façonnés et modifiés selon les besoins des établissements et de certaines unités.

Quelles leçons peut-on tirer du personnel en SLD+?

Dans le cadre des entretiens avec des membres du personnel en SLD+, nous avons tiré huit leçons qui devraient guider à la fois les pratiques en milieu de travail actuelles dans ce secteur et les plans d'intervention pour de futures pandémies.

1. La direction et la gestion peuvent influencer la santé mentale du personnel en temps de crise.

Les dirigeants et dirigeantes qui étaient accessibles et sur le terrain et qui se faisaient porte-paroles de leur personnel avaient une incidence positive sur les expériences de celui-ci.

2. La coopération peut être une force en période d'incertitude.

Le travail dans des conditions intenses peut favoriser la reconnaissance des autres membres de l'équipe, mais aussi provoquer des tensions en milieu de travail.

3. Les soins ne sont pas qu'un acte physique; les soins émotionnels et spirituels ont une grande importance et nécessitent l'inclusion des membres de la famille.

Les résidents et résidentes ont souffert des protocoles d'isolement, ce qui a eu des répercussions sur la santé mentale d'une partie du personnel en SLD+. Il faut tout mettre en œuvre pour inclure les membres de la famille dans les soins durant une éclosion ou en situation de crise.

4. Le personnel en SLD+ a besoin de se sentir apprécié de la société et de son milieu de travail.

La reconnaissance peut prendre de nombreuses formes, mais le personnel aime surtout que l'on soit reconnaissant pour ses compétences et ses sacrifices et qu'on l'encourage à prendre soin de sa santé mentale.

5. L'état des connaissances étant en constante évolution, la communication nécessite une atmosphère de compréhension et de coopération plutôt que de surveillance.

Au fur et à mesure de l'acquisition de connaissances sur la nature du coronavirus, les protocoles de soins se sont mis à changer rapidement. Les communications transmises plusieurs fois et dans de multiples formats créent plus d'occasions d'apprentissage pour le personnel; elles favorisent une atmosphère d'apprentissage mutuel plutôt que de surveillance.

6. Le soutien par les pairs est important pour le personnel en SLD+, mais peut aussi représenter une tâche supplémentaire; l'amélioration des ressources de soutien par les pairs devrait être prioritaire.

Les travailleurs et travailleuses avaient souvent l'impression que leurs collègues étaient les seules personnes qui comprenaient ce qu'ils vivaient au travail, et préféraient se confier à eux plutôt qu'à leur famille ou à leurs amis et amies. Beaucoup de membres du personnel ont déclaré avoir participé à des activités de soutien par les pairs approfondies pendant et après le travail.

7. Les ressources à disposition du personnel en SLD+ doivent être transparentes et accessibles à tout le monde.

Le personnel infirmier de première ligne n'avait pas toujours les mêmes renseignements ou accès aux mêmes ressources que la direction ou les professionnelles et professionnels paramédicaux.

8. Les établissements de SLD+ ont besoin de ressources pour embaucher plus de travailleurs et travailleuses et bien les rémunérer s'ils souhaitent éviter l'épuisement professionnel et la détresse morale.

Le manque de personnel et d'équipements de protection individuelle (ÉPI) a causé une détresse importante chez le personnel, créé des conditions ayant augmenté la vulnérabilité des établissements aux éclosions de COVID-19 à grande échelle et réduit les normes de soins.

Ces thèmes renseignent sur les expériences de travail des travailleurs et travailleuses en SLD+ durant la pandémie et sur les pratiques qui ont favorisé ou détérioré leur santé mentale. Bien que la pandémie ait créé de nouveaux facteurs de stress ayant nui à la prestation de soins dans les établissements de SLD+, elle a aussi exacerbé des problèmes déjà présents. À l'heure où les restrictions liées à la pandémie sont en baisse et que les responsables des politiques analysent les facteurs ayant contribué aux taux élevés de victimes de la COVID-19 dans les établissements de SLD+ canadiens, il est important que le personnel soit placé au centre de ces discussions et des actions subséquentes.

Comment les parties prenantes prennent-elles des décisions concernant les politiques de SLD+, et quelles sont leurs priorités?

Les responsables des politiques gouvernementales basent leurs décisions stratégiques sur des recherches universitaires. Les chercheuses et chercheurs doivent faire augmenter la participation du personnel et des résidents et résidentes en SLD+ aux études ainsi que le nombre de projets de recherche axés sur des activités d'application des connaissances. À l'instar des travailleurs et travailleuses en SLD+, des responsables des politiques qui travaillent pour des provinces, des organismes et des établissements ont souligné qu'ils considéraient qu'il était nécessaire que le système de SLD+ au Canada réponde mieux aux besoins du personnel et des résidents et résidentes. Les modèles de soins novateurs qui facilitent une communication réactive entre les responsables des politiques et les travailleurs et travailleuses sont à privilégier. La Colombie-Britannique a répondu au manque de disponibilité du personnel infirmier de première ligne en créant un programme subventionné de formation des assistants et assistantes en soins de santé et des préposés et préposées aux bénéficiaires. Ce programme a adopté une approche d'apprentissage intégré au travail pour former plus de 3 000 travailleurs et travailleuses de première ligne durant la pandémie. Des recherches devront être réalisées pour évaluer ses retombées.

La compréhension des rouages des décisions des responsables des politiques est essentielle pour gérer et planifier l'avenir des SLD+ au Canada.

Comment les objectifs des parties prenantes se complètent-ils et se contredisent-ils?

À l'aide d'un modèle de dynamique des parties prenantes, nous avons relevé la nécessité de mieux harmoniser les priorités publiques et politiques avec celles des résidents et résidentes en SLD+ si l'on souhaite améliorer le bien-être des personnes qui interagissent avec le système des SLD+ et en subissent les effets. La limitation des coûts et la prestation de soins respectant la dignité sont des priorités intrinsèquement concurrentes. Si des interventions à court terme peuvent soutenir les SLD+ durant la crise de la pénurie de personnel, un investissement considérable à long terme dans l'amélioration du système est nécessaire.

Références

- Badone, E. (2021). « From Cruddiness to Catastrophe: COVID-19 and Long-Term Care in Ontario », *Medical Anthropology*, p. 389–403. <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1927023>.
- Institut canadien d'information sur la santé (2020). *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : où se situe le Canada par rapport aux autres pays?*. Sur Internet : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-fr.pdf>.
- Cruise, C. E., et B. Lashewicz. (2020). « Say What?! Ableist Logic Used in Misguided Attempt to Combat Ageism During COVID-19 », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 69, n° 1, p. 47–48. <https://doi.org/10.1111/jgs.16932>.
- Dean, W., S. Talbot et A. Dean. (2020). « Reframing Clinician Distress: Moral Injury Not Burnout », *Federal Practitioner*, vol. 36, n° 9, p. 400-402.
- Estabrooks, C. A. et coll. (2020). « Restoring Trust: COVID-19 and the Future of Long-Term Care in Canada », *FACETS*, vol. 5, n° 1, p. 651–691. <https://doi.org/10.1139/facets-2020-0056>.
- Maunder, R. G. et coll. (2022). « Trends in Burnout and Psychological Distress in Hospital Staff Over 12 Months of the COVID-19 Pandemic: A Prospective Longitudinal Survey », *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, vol. 17, n° 11. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1065169/v1>.
- Mialkowski, C. J. J. (14 mai 2020). *OP Laser – JTFC Observations in Long Term Care Facilities in Ontario*. Sur Internet : <https://www.macleans.ca/wp-content/uploads/2020/05/JTFC-Observations-in-LTCF-in-ON.pdf>.
- Rueda, J. (2021). « Ageism in the COVID-19 Pandemic: Age-Based Discrimination in Triage Decisions and Beyond », *History and Philosophy of the Life Sciences*, vol. 43, n° 3. <https://doi.org/10.1007/s40656-021-00441-3>.