

Analyse de secteur

Les tendances en matière de santé organisationnelle et de mieux-être dans LE SECTEUR HOSPITALIER

Les constatations du Groupe recherche Shepell



Le Groupe Shepell



Les tendances en matière de santé organisationnelle et de mieux-être dans le secteur hospitalier

SOMMAIRE

Le système canadien de la santé a subi des changements radicaux au cours des quinze dernières années et c'est dans les hôpitaux canadiens qu'ils sont le plus évidents. Les coupures et les rationalisations effectuées dans ce secteur ont eu pour effet de créer une grande pénurie au niveau du personnel hospitalier et, par le fait même, une surcharge de travail pour le personnel en place et une plus longue attente dans les services de santé. Même si l'embauche s'intensifie, elle pourrait ne pas suffire pour permettre de composer avec une population de plus en plus âgée et l'émergence de nouvelles maladies. Le très petit nombre d'étudiants qui optent pour les sciences de la santé, un roulement plus élevé du personnel et la tendance à la préretraite continueront d'aggraver cette pénurie.

Cette étude avait pour but d'évaluer la façon dont le personnel hospitalier compose les changements actuels dans leur environnement de travail et d'identifier les problèmes de travail uniques qui le distinguent des autres secteurs professionnels. Les résultats de notre recherche suggèrent que :

- le personnel hospitalier accède de plus en plus aux programmes d'aide aux employés
- le personnel hospitalier est exposé à un niveau de stress élevé en ce qui concerne le respect et la sécurité, y compris la fermeture d'un milieu de travail, la cessation d'emploi, le harcèlement sexuel et racial et la violence au travail
- l'année de l'épidémie de SRAS (2003), en particulier, il y a eu une hausse des symptômes de dépression, d'anxiété, de stress au travail et des difficultés conjugales et/ou relationnelles chez le personnel hospitalier.

En général, en comparaison avec les travailleurs d'autres secteurs, nous avons trouvé que le personnel hospitalier éprouve progressivement des niveaux de stress plus élevés. L'imprévisibilité de certains traumatismes rencontrés dans ce secteur aggrave vraisemblablement ce problème. Il est bien connu que le stress et l'épuisement professionnel affectent le rendement du personnel hospitalier, la qualité des soins de santé et la performance des hôpitaux - des effets qui se répercutent au niveau des conditions de travail et renouvellent le cycle travail-stress-rendement. Le contexte global des hôpitaux canadiens change rapidement. Les gouvernements pourraient ne pas mettre en œuvre assez rapidement de nouvelles politiques et des fonds qui permettraient de réagir à ces changements et le moment critique semble imminent. Nos chercheurs suggèrent que le personnel hospitalier rencontre des problèmes de santé au travail qui sont uniques et qui doivent être abordés si les hôpitaux canadiens veulent gérer efficacement les crises et les changements ultérieurs. Lorsqu'il s'agit de composer avec de tels changements, l'épidémie de SRAS en 2003 pourrait être vue comme une avant-première.

L'INDUSTRIE

Le secteur des soins de santé rassemble toutes les organisations qui dispensent des services de santé aux canadiens. Environ 70 % de ces services sont financés par le système public de soins de santé (par exemple, les visites chez le médecin et à l'hôpital). D'autres services sont financés par le secteur privé, la plupart du temps par des assureurs privés (par exemple, l'assurance médicaments, les soins dentaires). Les hôpitaux représentent la plus grande portion des dépenses publiques en soins de santé (30 %).

Le secteur des soins de santé compte 824 600 employés, soit environ 5 % de la population active. De ce nombre, 57 % sont des professionnels, 26 % des employés de soutien et 18 % des techniciens. La majorité des professionnels sont du personnel infirmier (63 % ou 295 400 personnes) et ensuite des médecins (14 % ou 66 000 personnes).

Les hôpitaux ont vécu leur part de crise au cours des 15 dernières années. Les compressions des années 1990 ont entraîné des réductions de la masse salariale, des gels dans

l'embauche et des mises en disponibilité. Les emplois à temps plein se sont transformés en postes à temps partiel et temporaires. En conséquence, l'attrait d'une carrière dans les soins de santé a décliné, tout comme les inscriptions aux programmes de soins infirmiers et en médecine. Conjugués à une tendance à la préretraite, ces facteurs ont eu pour résultat un remplacement de génération très faible chez le personnel hospitalier. En 2006, le Canada aura perdu environ 28 % de son personnel infirmier en raison d'une préretraite ou d'un décès prématuré. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, en particulier, prévoit vers l'an 2011 une pénurie de 113 000 infirmières et infirmiers. Des problèmes semblables sont prévus dans les laboratoires médicaux. Même si le nombre de médecins et d'infirmiers commence à augmenter, leur nombre par personne est en baisse. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada compte moins de médecins par personne que la moyenne établie pour les autres pays.

Particulièrement dans l'Ouest canadien, de nombreux

hôpitaux sont regroupés en centres de santé régionaux. Bien qu'un tel réseau soit plus grand qu'un seul des hôpitaux qu'il remplace, les économies d'échelle de nombreux hôpitaux régionaux pourraient être insuffisantes pour desservir la région au complet. Dans les régions éloignées, les difficultés au niveau du recrutement et de la rétention des médecins de famille vient aggraver ce problème. Il s'en suit qu'un plus grand nombre de personnes sans médecin de famille se rendent à l'unique centre hospitalier de la région, ce qui

accroît la charge de travail du personnel en place.

Plusieurs des facteurs mentionnés précédemment sont à l'origine de la pénurie de personnel hospitalier et des longues listes d'attente dans les services essentiels. Bien que le financement et l'embauche d'employés à temps plein soit en hausse dans certains secteurs des soins de santé, ces augmentations pourraient ne pas suffire à répondre aux besoins de soins de santé sans cesse croissants des canadiens.

L'EXPÉRIENCE DE L'EMPLOYEUR ET DE L'EMPLOYÉ

Les hôpitaux emploient un vaste éventail de professionnels en soins de santé. De ce fait, la simple observation des travailleurs de la santé en général peut en dire long sur le personnel hospitalier. Les travailleurs de la santé signalent des charges de travail plus lourdes, de plus grandes responsabilités et un travail beaucoup plus complexes, comparativement à d'autres secteurs. Le personnel infirmier, en particulier, doit composer avec des situations intenses telles que la souffrance, la peur, la mort et des patients difficiles. De surcroît, en raison de la pénurie de personnel, de plus en plus d'infirmières et d'infirmiers doivent assumer des tâches normalement effectuées par des médecins ou du personnel de soutien, ce qui réduit leur capacité de prendre soin des patients. Avec la disparition des cadres intermédiaires, les infirmières, les infirmiers et d'autres travailleurs de la santé se sont retrouvés avec des tâches supplémentaires et une surcharge de travail sur les bras. Les tendances dans le domaine de la technologie des soins de santé suggèrent que les travailleurs de la santé accomplissent des tâches de plus en plus difficiles.

Cinquante-sept pour cent des travailleurs de la santé sont à temps plein. Même si ce nombre augmente, il ne correspond pas encore au pourcentage des employés à temps plein dans d'autres secteurs. Un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers occupent toujours des postes à temps partiel, occasionnels ou travaillent selon un horaire variable. L'aspect imprévisible des horaires variables et des quarts de travail peut affecter la vie personnelle et familiale. Le personnel infirmier à temps partiel ne bénéficie pas toujours d'avantages sociaux, de congés payés, de périodes de vacances ou de l'ancienneté. Les travailleurs de la santé à temps plein bénéficient peut-être d'une meilleure sécurité d'emploi, mais la pénurie de personnel dans ce secteur se traduit par une plus grande charge de travail et une intensification de leurs efforts. C'est particulièrement vrai dans le cas des médecins, dont les heures de travail sont beaucoup plus longues que celles des autres reavailleurs de la santé, et dont la charge de travail ne cesse d'augmenter.

L'âge et le sexe

Au Canada, la moyenne d'âge des travailleurs de la santé est de 41 ans et, en raison de l'absence de relève, cette

moyenne d'âge augmente. Les femmes représentent la grande majorité des travailleurs de la santé (79 %); 94 % d'entre elles sont des infirmières et 33 % sont des médecins. Les femmes constituent également 98 % de tous les nouveaux médecins généralistes. D'ici 2015, les estimés prévoient que 40 % des médecins seront des femmes. Comme la femme demeure la principale personne à dispenser des soins aux membres de la famille, l'équilibre travail et vie personnelle continuera de représenter un défi pour un grand nombre de travailleurs de la santé. Avec le vieillissement des familles, les soins aux aînés deviennent une autre source de stress. Malgré les stress supplémentaires auxquels sont confrontées les travailleuses de la santé, leur salaire demeure inférieur à celui de leurs homologues masculins. C'est le cas des femmes médecins généralistes (salaire inférieur de 20 %) et spécialistes (inférieur de 44 %), même à la suite d'un contrôle des heures effectuées.

La violence au travail est en hausse dans les environnements de soins de santé. Le stress, l'anxiété, la colère, les maladies mentales et les réactions aux drogues chimiques chez les patients contribuent à créer des situations mentalement et physiquement dangereuses pour les travailleurs. En raison de la grande représentativité des femmes dans les soins de santé et du fait que la plupart des actes de violence sont commis contre des femmes, la violence au travail continuera d'être un sujet qui crée des divisions en ce qui concerne la santé au travail chez les travailleurs de la santé.

Les études

Les études varient selon le poste. Il peut s'agir d'un certificat obtenu d'un établissement non universitaire, pour les techniciens, ou d'un diplôme en médecine ou post-universitaire, pour les généralistes et les spécialistes. Les infirmières auxiliaires ont au moins une année de formation post-secondaire. Les infirmières et les infirmiers ont un diplôme collégial. Alors que 90 % des infirmières et infirmiers possèdent un diplôme de base, un nombre croissant obtient un baccalauréat. Ce dernier pourrait bientôt devenir un prérequis dans plusieurs provinces, puisque les infirmières et infirmiers continuent d'assumer des tâches traditionnellement confiées aux médecins.

La formation

Le secteur des soins de santé dépend fortement de la science et de la technologie médicales. Les travailleurs de la santé doivent se perfectionner continuellement, car ils doivent appliquer de nouvelles méthodes de traitement et opérer des équipements médicaux de plus en plus complexes. Bien que de nombreux groupes reconnaissent l'importance du perfectionnement professionnel (par exemple, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada), les progrès de la science et de la technologie distancent rapidement les possibilités de formation. Pour compliquer les choses, des hôpitaux américains viennent recruter les nouveaux diplômés en sciences infirmières en leur promettant de la formation et du perfectionnement continus. Ainsi, la formation continuera d'être un mot magique pour les travailleurs de la santé et un élément clé d'un éventuel exode des compétences.

La syndicalisation

La majorité des travailleurs de la santé sont syndiqués (62 %). Un grand nombre de cols blancs, de techniciens, de travailleurs non qualifiés et de travailleurs spécialisés sont représentés par le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP). Parmi les autres syndicats qui les représentent, il y a le Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public (SNEGSP) et le syndicat des Travailleurs et travailleuses canadien(ne)s de l'automobile (TCA). Les infirmières et les infirmiers sont représentés par des syndicats provinciaux et, à l'échelle

nationale, par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII). La FCSII représente les infirmières et les infirmiers auprès du Congrès du travail du Canada. Elle joue le rôle de lobbyiste auprès du gouvernement fédéral et s'efforce d'assurer que les politiques et les budgets de santé reflètent les besoins du personnel infirmier et des patients. Même si les médecins ne sont pas syndiqués, leurs associations professionnelles disposent de moyens significatifs en matière de négociation.

La langue / la culture / l'origine ethnique

Les hôpitaux et le secteur des soins de santé en général deviennent lentement multiculturels, car de plus en plus d'immigrants y obtiennent des emplois. Bien que la proportion d'immigrants chez les employés de soutien et les techniciens ait augmenté légèrement au cours des dix dernières années, elle demeure la même chez les professionnels de la santé. En général, le pourcentage d'embauche d'immigrants est plus élevé dans d'autres secteurs. Ces tendances ont incité les gouvernements à revoir leurs politiques concernant l'acceptation de travailleurs étrangers dans le secteur de la santé, suggérant ainsi que la diversité pourrait bientôt s'accroître. Bien qu'il y ait de nombreux avantages au multiculturalisme dans le secteur de la santé, il se pourrait aussi qu'il entraîne un taux plus élevé de conflits culturels, de discrimination et de stress, s'il n'est pas planifié et géré convenablement.

LES TENDANCES DANS LE DOMAINE DU PAE

L'utilisation moyenne

Nous avons analysé les tendances dans le secteur hospitalier sur une période de quatre ans, soit de 2000 à 2003. Comme les normes nationales pour l'année 2003 n'étaient pas disponibles au moment de publier ce rapport, nous avons établi des comparaisons sur trois ans, soit de 2000 à 2002. Malgré l'absence de normes nationales, nous avons considéré qu'il était important de montrer les variations absolues dans le secteur hospitalier en 2003, l'année de l'épidémie de SRAS.

Dans le secteur hospitalier, l'utilisation du PAE est près de trois pour cent sous la norme nationale (une moyenne de 5,01 % sur trois ans alors que la norme nationale est de 7,89 %). Cependant, elle a augmenté au cours de cette période de trois ans (passant de 3,96 % en 2000 à 5,36 % en 2002). Elle a aussi atteint un sommet en 2003 (6,59 %), alors que l'augmentation du nombre d'accès était supérieure à 700. Cette augmentation pourrait être une conséquence de l'épidémie de SRAS. Si l'incidence de nouvelles maladies contagieuses s'accroît au cours des prochaines décennies, les taux d'utilisation pourraient suivre la même tendance car le personnel hospitalier devra à la fois soigner les malades,

assurer des mesures préventives en milieu hospitalier et prendre soin de sa propre santé.

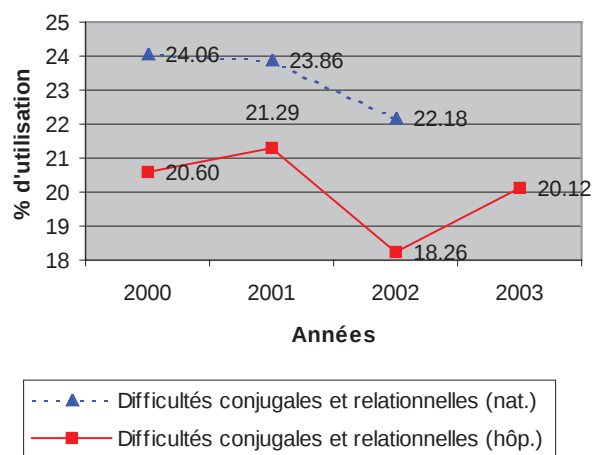
Le rapport de l'utilisation entre le PAE de base et les services travail et vie personnelle

En ce qui concerne le profil d'utilisation, il existe peu de différences entre le secteur hospitalier et la norme nationale. Tout comme la norme, la majorité des accès au PAE (une moyenne de 74,21 % sur trois ans) concernaient les services de base plutôt que les programmes travail et vie personnelle. Dans les programmes travail et vie personnelle, les services juridiques ont été les plus utilisés par le personnel hospitalier, comme c'est le cas pour la norme nationale dans la plupart des secteurs. Bien que l'accès à ces services soit plus élevé dans ce secteur (la moyenne sur trois ans est de 18,04 % alors que la norme nationale est de 14,66 %), la tendance actuelle est en baisse (16,41 % en 2003).

Les problèmes faisant l'objet de counseling

Comme pour la norme nationale, les difficultés conjugales et relationnelles sont le problème le plus souvent présenté au PAE par le personnel hospitalier. Même s'il est inférieur à la moyenne chez le personnel hospitalier (la moyenne sur trois

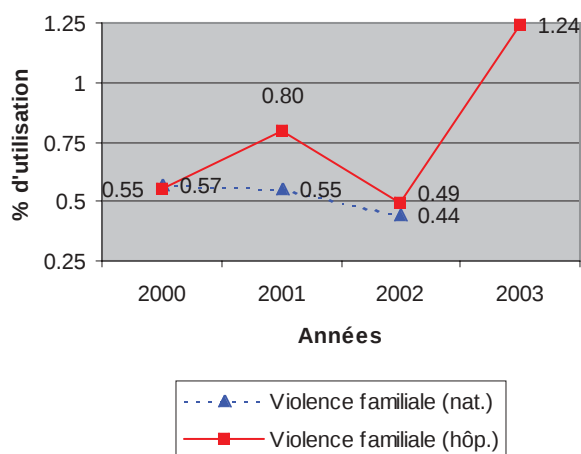
Tableau 1 : Les difficultés conjugales et relationnelles dans le secteur hospitalier



ans est de 20,05 % alors que la norme nationale est de 23,37 %), il est récemment passé de 18,26 % à 20,12 % (voir le Tableau 1). Chaque année, la séparation (le divorce) augmente de façon constante dans ce secteur (passant de 3,71 % en 2000 à 5,04 % en 2003). En général, une augmentation des séparations de couple indique une faiblesse au niveau du soutien social à la maison, lequel s'avère important pour composer avec le stress et l'épuisement professionnel, particulièrement chez le personnel hospitalier.

Les signalements plus fréquents de violence familiale sont particulièrement un problème. Alors que ce dernier est en baisse à l'échelle nationale, il représente 1,24 % de tous les problèmes présentés en 2003 dans le secteur hospitalier (voir le Tableau 2). Bien que le taux des symptômes de dépression et d'anxiété chez le personnel hospitalier se soit comparé à la norme dans le passé, les deux étaient en hausse chez le personnel hospitalier en 2003 (voir le Tableau 3).

Tableau 2 : La violence familiale dans le secteur hospitalier



Parmi les problèmes professionnels, le stress est plus élevé chez le personnel hospitalier (la moyenne sur trois ans est de 5,80 % alors que la norme nationale est de 5,36 %) et il est passé de 5,79 % à 7,63 % en 2003 (voir le Tableau 4) -- une fois de plus, vraisemblablement une conséquence du SRAS. Les rapports de harcèlement au travail sont aussi en hausse (passant de 0,48 % en 2000 à 0,66 % en 2003 - voir le Tableau 5).

Les événements traumatisants

Présentement, il n'existe pas suffisamment de données pour établir une norme nationale sur le trauma. C'est pourquoi les tendances en matière de trauma sont évaluées dans le secteur hospitalier. Pour le personnel hospitalier, la principale source de trauma au cours d'une année donnée se situe au travail, ce qui représente plus de 92 % du counseling

Tableau 3 : La dépression et l'anxiété dans le secteur hospitalier

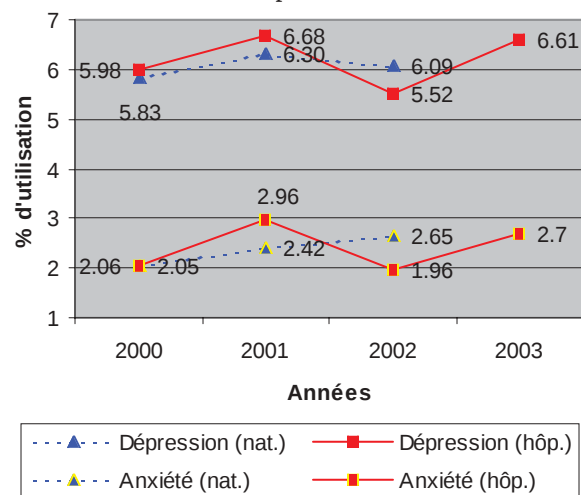


Tableau 4 : Le stress professionnel dans le secteur hospitalier

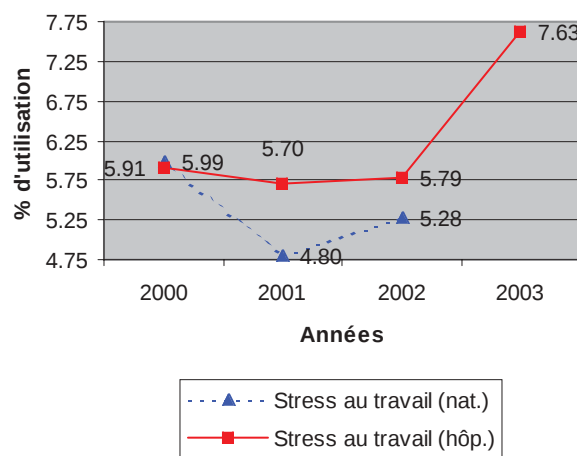
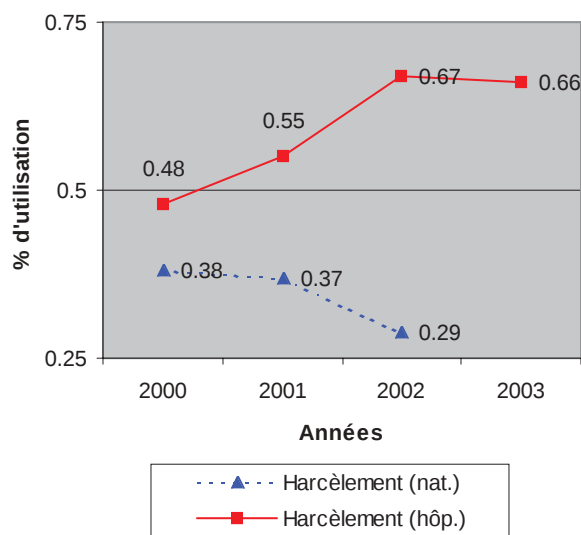


Tableau 5 : Le harcèlement dans le secteur hospitalier



de trauma en 2003. Ce pourcentage était tellement exceptionnel qu'il a englouti les autres rapports de trauma en 2003 et réduit les moyennes sur quatre ans pour d'autres types de traumas. Nous avons donc choisi de rapporter les moyennes sur trois ans, soit de 2000 à 2002. En général, cette constatation pourrait laisser supposer un stress excessif, de l'anxiété, du surmenage et les quarantaines qui ont accompagné l'épidémie de SRAS en 2003.

L'histoire du secteur hospitalier ressemble à un événement traumatisant. La sécurité et le respect sont les thèmes qui ressortent constamment. Par exemple, d'une année à l'autre, la cessation d'emploi continue d'être une source permanente de trauma (une moyenne de 14,30 % sur trois ans). Les rapports de fermetures de milieux de travail étaient aussi en hausse en 2000 (9,56 % des traumas), de même que les cessations d'emploi en 2001 (24,74 % des traumas). Ainsi, malgré une récente tendance à l'embauche pour certains postes, les effets d'une restructuration permanente continuent d'être une source de trauma dans le secteur hospitalier. Le counseling pour homicide est également stable durant cette période (une moyenne de 13,23 % sur trois ans). Tous ces événements peuvent contribuer à créer chez les membres du personnel un sentiment collectif d'insécurité. Une hausse occasionnelle de certains types de traumas suggère que de tels événements pourraient être considérés par les travailleurs comme étant imprévisibles. Il est essentiel que les hôpitaux abordent ces sentiments d'insécurité et d'imprévisibilité qui affectent leur personnel, car ces sentiments sont des causes bien connues d'anxiété et de dépression. De plus, les employés souffrant d'insécurité et d'hyper vigilance sont moins productifs.

Les menaces au respect et à la dignité pourraient aussi

caractériser l'environnement hospitalier. Par exemple, les pourcentages de counseling de trauma relevés en ce qui concerne le harcèlement racial (une moyenne de 9,80 % sur trois ans) et le harcèlement émotionnel (une moyenne de 12,57 % sur trois ans) sont significatifs et stables au cours de cette période. Le taux et la continuité du counseling pour violence sexuelle sont également surprenants (une moyenne de 8,74 % sur trois ans). Le pourcentage de traitement de ces problèmes a augmenté six fois au cours des trois dernières années. Étant donné que les femmes représentent la majeure partie des travailleurs hospitaliers et que la diversité continuera d'augmenter avec les années, l'impact du trauma lié au respect et à la dignité continuera de croître exponentiellement si l'on ne s'attaque pas à ces comportements sociaux malveillants et si les interventions appropriées ne sont pas rapidement et facilement disponibles.

En général, il est important de noter que, même si les événements traumatisants sont relativement rares, ces derniers pourraient avoir des conséquences étendues et persistantes, en raison de l'effet de contagion sociale. L'identité de groupe a tendance à être très forte en milieu hospitalier. À ce titre, lorsqu'un événement traumatisant affecte directement une seule personne, les effets sont très fortement ressentis par d'autres personnes dans l'organisation et peuvent se transmettre à d'autres services hospitaliers. Par exemple, un incident de violence sexuelle pourrait empoisonner le climat indéfiniment car des membres du personnel pourraient voir cette transgression en partie comme un affront personnel.

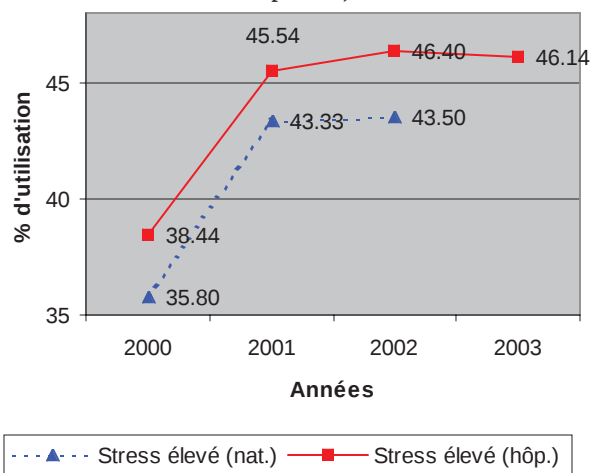
Finalement, le counseling de trauma à la suite du décès d'un employé est 4,5 fois plus élevé dans les trois dernières années (passant de 2,21 % en 2000 à 10,00 % en 2002). En raison du vieillissement des travailleurs de la santé, des décès prématurés et de l'absence de relève, nous devons nous attendre à voir davantage de ces types de traumas dans un avenir rapproché. Les organisations du secteur hospitalier et leurs PAE auraient avantage à offrir un soutien adéquat dans ce domaine.

Les autres tendances remarquables

Dans le secteur hospitalier, la plupart des personnes qui accèdent au PAE sont des femmes (une moyenne de 84,46 % sur trois ans). Le personnel hospitalier de plus de 50 ans qui accède au PAE est également plus nombreux (la moyenne sur trois ans est de 9,87 % alors que la norme nationale est de 7,34 %). Ces données reflètent les tendances démographiques de ce secteur, y compris la moyenne d'âge en hausse. Les hôpitaux et leurs PAE devront être sensibilisés à ce facteur, car certains problèmes de counseling pourraient de plus en plus avoir un lien avec l'âge.

Le stress élevé déclaré au moment de l'appel est légèrement en hausse dans le secteur hospitalier (la moyenne sur trois

Tableau 6 : Stress élevé signalé par l'intéressé (secteur hospitalier)



ans est de 43,46 %, alors que la norme nationale est de 40,88 %). Comme pour la norme nationale, le taux de stress élevé déclaré au moment de l'appel est également en hausse (passant de 38,44 % en 2000 à 46,14 % en 2003 - voir le Tableau 6). Ces constatations, qui sont robustes dans tous les secteurs, ont été interprétées comme étant : une indication que les problèmes personnels sont de plus en plus sérieux; un indice que les gens attendent peut-être plus longtemps avant de demander de l'aide pour régler leurs problèmes; et-ou, de façon plus générale, que le stress est en hausse et qu'il est un facteur des temps modernes.

Sans égard à ces similitudes, traiter le stress dans le secteur hospitalier est peut-être plus important que dans n'importe quel autre secteur car, dans les soins aux malades, les erreurs liées au stress sont moins acceptables.

LES TENDANCES ET LES APPROCHES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Au cours des années, une variété de tendances mondiales, politiques, économiques, sociales et démographiques se sont unies pour produire des relations de travail qui compromettent la santé au travail du personnel hospitalier. Avec l'essor de la mondialisation et l'imminence de la privatisation, les hôpitaux adoptent des techniques minceur qui accroissent non seulement la compétitivité mais aussi l'intensité du travail.

Les charges de travail sont aussi affectées par les changements rapides qui touchent la technologie des soins de santé, les modes de remboursement, la tenue des dossiers des patients et les attentes de ces derniers. De plus, les épidémies de SRAS et du virus du Nil occidental laissent entrevoir l'émergence de nouvelles maladies résistantes qui continueront d'accabler le personnel hospitalier déjà limité. Les chercheurs soutiennent qu'au moins une trentaine de ces maladies feront leur apparition au cours des trois prochaines décennies, un résultat des changements sociaux et environnementaux. En 2003, les hausses au niveau de la dépression, de l'anxiété, du stress professionnel, du trauma en milieu de travail et même des difficultés conjugales et relationnelles pourraient être une indication des retombées psychologiques à venir. Finalement, le vieillissement de la population canadienne laisse prévoir un plus grand nombre de maladies et de traitements liés à l'âge. Dans le secteur hospitalier, tout ces problèmes seront aggravés par les tendances actuelles en matière de recrutement, de rétention du personnel et de départ à la retraite.

Chez le personnel hospitalier, l'une des menaces les plus significatives à la santé au travail est l'épuisement professionnel, c'est-à-dire un épuisement des ressources à la suite de longues périodes de stress. Si l'épuisement

professionnel est pratiquement synonyme de *profession d'assistance à autrui*, les travailleurs de ce secteur sont assurés d'en ressentir encore plus fortement les effets, compte tenu des tendances récentes. Chez le personnel infirmier, l'épuisement professionnel est associé au nombre de malades par personne, aux quarts de travail et à l'exposition quotidienne au trauma et à la mort. Dans d'autres professions de soins de santé, l'épuisement professionnel pourrait être causé par une grande charge de travail et l'absence de caractéristiques d'emploi telles que le contrôle, la clarté, l'évaluation du rendement et le soutien social. Les effets de l'épuisement professionnel ne sont pas sans importance. Ils impliquent un absentéisme plus élevé et une baisse de la satisfaction, de l'engagement, du rendement et de la rétention. Les infirmières et infirmiers qui souffrent d'épuisement professionnel sont plus portés à négliger leurs tâches, à commettre des erreurs plus sérieuses et à être malades. Il est essentiel pour les organisations du domaine de la santé d'empêcher le stress de se transformer en épuisement professionnel, car certains aspects du syndrome de l'épuisement professionnel sont difficiles à inverser.

Le rapport de Roy Romanow intitulé « Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada » (2002) a signalé un bon nombre des problèmes auxquels sont confrontés les hôpitaux canadiens. Il offre des recommandations radicales visant à assurer la viabilité à long terme du système canadien de santé. Bien que cet effort ait été applaudi, l'optimisme était plutôt réservé en raison des prévisions de coût de leur mise en œuvre. Jusqu'à ce que les gouvernements s'engagent dans la démarche tracée dans le rapport, les organisations du secteur hospitalier ont la responsabilité d'agir dans leurs propres sphères d'influence et d'améliorer la santé au travail de leur personnel. Il n'y a pas

grand chose que les hôpitaux puissent faire pour modifier les facteurs mondiaux, sociaux et démographiques qui affectent leur industrie. De plus, en raison de la concurrence dans le secteur, il pourrait être virtuellement impossible de redéfinir les emplois pour leur injecter *plus de santé*.

Les PAE offrent des interventions individuelles visant à réduire le stress chez les employés, à prévenir l'épuisement professionnel et à enseigner au personnel déjà affecté par le stress et l'épuisement professionnel des habiletés d'adaptation. De plus, un PAE responsable devrait aider ses clients en vérifiant, par le biais de sondages, le stress au travail, l'épuisement professionnel et leurs causes. Cette initiative a été assumée par Le Groupe Shepell, qui utilise des programmes tels que le Stressographe^{MC}. Finalement, les PAE continuent d'être une importante source de soutien pour les victimes de violence au travail, une préoccupation

croissante dans le contexte hospitalier. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers n'a pas perdu de vue l'importance de ce soutien qu'elle a fait valoir dans un exposé de principe à l'effet que les employeurs ont le devoir de fournir des services de PAE et un processus de verbalisation au personnel victime de violence au travail.

L'environnement hospitalier offre certains des emplois les plus significatifs. En général, le travail dans les soins de santé permet aux gens de faire une différence et d'avoir un impact positif et direct sur le mieux-être d'autrui. Cependant, un travail significatif est souvent difficile à effectuer, même en l'absence de coupures et de pénuries. Le PAE et ses programmes de soutien psychosocial permettront au personnel hospitalier de gérer leur stress et d'exercer leur profession avec soin et efficacité dans un environnement de travail fondamentalement stimulant.

NOTES EN FIN D'OUVRAGE

- ¹ NORA Organization of Work Team Members. (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research directions. Cincinnati, OH: NIOSH.
- ² Maslach, C. (1982b). Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- ³ Jones, J.W. (1982). Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. In J.W. Jones (Ed.), The burnout syndrome: Current research, theory and interventions (pp. 107-126). London: London House Press.
- ⁴ Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J.C. Quick & L.E. Tetrick (Eds.), Handbook of occupational health psychology (pp. 245-264). Washington: American Psychological Association.
- ⁵ Burke, R.J., & Richardsen, A.M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R.T. Golembiewski (Ed.), Handbook of organizational behavior (pp. 263-298). New York: Marcel Dekker.
- ⁶ Jones, *ibid*.
- ⁷ Maslach, C., et al. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
- ⁸ Romanow, R.J. & la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa : Santé Canada.
- ⁹ Griffin, M.A., et al. (2000). Using employee surveys to improve organizational health. In L.R. Murphy & C.L. Cooper (Eds.), Healthy and productive work: An international perspective (pp. 15-36). London: Taylor & Francis.
- ¹⁰ Canadian Federation of Nurses Unions. (1994). CFNU policy statement on violence in the workplace. Ottawa: Author.
<http://www.nursesunions.ca/ps/violenceworkplace.shtml>

LE GROUPE RECHERCHE SHEPELL

Le Groupe recherche Shepell a été formé pour recueillir, analyser et fournir des observations sur les tendances qui affectent, dans le domaine de la santé organisationnelle, nos clients, leurs employés et leurs familles. Le Groupe recherche a pour mandat d'aider nos clients et le monde des affaires à mieux comprendre les subtilités d'une mauvaise santé mentale, d'un déséquilibre travail et vie personnelle et des problèmes qui y sont liés, ainsi que leur impact sur nos milieux de travail et nos communautés. Pour ce faire, le Groupe recherche collecte et diffuse des données sur les problèmes de santé mentale, établit des liens avec certains chercheurs et instituts de recherche les mieux cotés et puise dans notre expertise acquise au cours de 25 années au service des entreprises.

Les résultats indiqués aux Tendances dans le domaine du PAE sont fondés sur des données exclusives au Groupe Shepell. Ces données sont corroborées par des recherches effectuées par Statistique Canada, Développement des ressources humaines Canada (DRHC), l'Institut canadien d'Information sur la santé (ICIS), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII), le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les sources de références peuvent être fournies sur demande.

Cette étude de recherche a été effectuée par Paul Fairlie, MA, du Groupe recherche Shepell. Le Groupe recherche Shepell est dirigé par Karen Seward, vice-présidente à la recherche et au développement.

Veuillez soumettre vos questions ou vos commentaires à Karen Seward, au 1 800 461-9722.