

Créer un espace sûr

.....

Stratégies pour assurer la
sécurité psychologique des
travailleurs de la santé

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Avis de non-responsabilité

Cette publication est fournie à titre d'information seulement. Tous les exemples présentés ne visent qu'à illustrer le propos. Cette publication ne peut remplacer un avis juridique. Elle ne constitue pas une interprétation officielle de la loi et ne lie pas l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

© 2020 Institut canadien pour la sécurité des patients

Tous droits réservés. La redistribution de ce document, en totalité ou en partie, est permise pour des fins éducatives non commerciales, pourvu que le contenu ne soit pas modifié et que la contribution de l'Institut canadien pour la sécurité des patients soit reconnue de manière appropriée, et qu'il soit clair que l'Institut canadien pour la sécurité des patients ne cautionne pas la redistribution. L'obtention de la permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients est nécessaire pour tout autre usage, y compris l'utilisation commerciale des illustrations.

Cette publication est téléchargeable gratuitement depuis l'adresse : www.securitedespateurs.ca.

L'institut canadien pour la sécurité des patients tient à reconnaître Santé Canada pour son soutien financier. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

ISSN 2562-0207

Ce document a été créé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui a fusionné avec la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé sous le nom d'Excellence en santé Canada. Il peut encore contenir des références aux anciens organismes ainsi que leurs logos et leurs identités visuelles.

Table des matières

Tableau de figures	6
Acknowledgements	8
Avant-Propos	9
Introduction	12
La position de l'ICSP	13
Définition d'un programme de soutien entre pairs	14
Contexte	17
Résumé	19
Références	20
Section 1 : Sondage sur les perceptions des prestataires de soins de santé à l'égard du phénomène de la seconde victime	22
Acknowledgements	23
Introduction.....	24
Méthodes.....	24
Échantillon.....	24
Questionnaire	24
Collecte de données.....	25
Analyse des données.....	25
Éthique	26
Résultats	26
Statistiques démographiques concernant les répondants.....	26
Conclusion.....	38
Références	39
Section 2 : Analyse environnementale à l'échelle mondiale des programmes de soutien entre pairs	40
Acknowledgements	41
Introduction.....	42
Méthodes.....	43
Analyse environnementale de 2018.....	43
Analyse environnementale de 2020.....	45
Données	47
Modèles de soutien aux travailleurs de la santé à l'échelle mondiale	48

Tableau 2.1 : Modèles de soutien aux travailleurs de la santé à l'échelle mondiale.....	50
Sondage sur les modèles de soutien aux travailleurs de la santé canadiens	89
Tableau 2.2 : Programmes canadiens de soutien entre pairs	91
Conclusion.....	113
Références	114
Section 3: Aborder la question de la confidentialité des programmes de soutien entre pairs destinés aux professionnels de la santé.....	119
Acknowledgements	120
Introduction.....	121
Priorités de l'ICSP	121
Contexte	123
Détresse émotionnelle à la suite d'un ISP	123
La source de la détresse émotionnelle	124
<i>Remarques au sujet du terme « seconde victime »</i>	124
Culture juste de la sécurité et pensée systémique : l'idéal	124
Une culture du silence et du blâme individuel : la réalité	125
L'essor des programmes de soutien.....	125
Table 3.1 : Les obstacles à la divulgation des ISP	128
Définitions : la confidentialité et le privilège	130
Cas où les communications concernant des ISP sont protégées.....	131
Principes directeurs.....	131
Privilège avocat-client	132
Comités d'assurance de la qualité	132
Loi sur la présentation d'excuses.....	133
Privilège juridique dans un programme de soutien entre pairs.....	134
Recommandations pour la mise en œuvre d'un programme confidentiel de soutien entre pairs.....	135
Comment décrire le programme	136
Formation des pairs aidants.....	136
Conclusion.....	138
Références	139
Section 4 : Lignes directrices canadiennes sur les pratiques exemplaires pour les programmes de soutien entre pairs	67
Acknowledgements	91
Introduction.....	144

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Objet de la section Pratiques exemplaires.....	145
Définition du soutien entre pairs	147
Valeurs et principes directeurs d'un programme de soutien entre pairs	149
Élaborer un programme	150
Entreprendre le programme	150
Établir le besoin.....	151
Former une équipe.....	154
Définir les objectifs	155
Faire équipe avec les dirigeants	157
Politiques et structures opérationnelles	159
Instaurer une politique.....	159
Mettre en œuvre le programme	161
Responsabilités des gestionnaires et des superviseurs	166
Confidentialité et documentation.....	170
Les pairs aidants	171
Rôle.....	171
Attributs	173
Recrutement.....	177
Soutenir les aidants.....	179
Rémunération.....	180
Formation	181
Formation des pairs aidants.....	181
Autres considérations relatives à la formation	184
Comment assurer la diffusion et la pérennité du programme	185
Ce qu'il faut promouvoir	185
Comment passer le message	187
Évaluer le programme	190
Conclusion.....	192
Références	193
Section 5 : Trousse à outils pour le soutien des travailleurs de la sant.....	194
Acknowledgements	195
Objectif de la trousse à outils	196
Conception de la trousse à outils	196
Résumé de la trousse à outils.....	196

Programmes et contenus	198
Tableau 5.1 : Ressources – Soutien entre pairs	198
Tableau 5.2 : Ressources en matière d'autosoin psychologique	216
Tableau 5.3 : Ressources liées à la détresse morale	220
Conclusion.....	224
Conclusion	225
Annexe 1 : Sondage sur l'expérience et le soutien des secondes victimes (SVEST).....	227
Annexe 2 : Sondage sur l'expérience et le soutien des secondes victimes	232

Tableau de figures

Encadré 1.0 : Remarques au sujet du terme « seconde victime ».....	16
Tableau 1.0 : Les signes et symptômes.....	17
Tableau 1.1 : Répondants classés par désignation professionnelle.....	26
Tableau 1.2 : Répondants classés par domaine de pratique.....	27
Tableau 1.3 : Répondants classés par province de résidence	27
Tableau 1.4 : Répondants classés par années d'expérience dans le domaine des soins de santé.....	28
Tableau 1.5 : Répondants impliqués dans un événement de sécurité des patients.....	28
Tableau 1.6 : Répondants impliqués dans un événement de sécurité des patients – MTR.....	29
Tableau 1.7 : Répondants impliqués dans un événement de sécurité des patients - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes	29
Tableau 1.8 : Détresse psychologique - Tous les répondants.....	30
Tableau 1.9 : Détresse psychologique – TRM.....	30
Tableau 1.10 : Détresse psychologique - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes.....	31
Tableau 1.11 : Détresse physique - Tous les répondants.....	31
Tableau 1.12 : Détresse physique – TRM.....	32
Tableau 1.13 : Détresse physique - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes	32
Tableau 1.14 : A vécu un incident au cours des 12 derniers mois vs a reçu du soutien au cours des 12 derniers mois - Tous les répondants	33
Tableau 1.15 : A vécu un incident au cours des 12 derniers mois vs a reçu du soutien au cours des 12 derniers mois – TRM	33
Tableau 1.16 : A vécu un incident au cours des 12 derniers mois vs a reçu du soutien au cours des 12 derniers mois - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes	33
Tableau 1.17 : Formes de soutien souhaitées	35

Tableau 2.1 : Résumé des modèles de soutien aux travailleurs de la santé à l'échelle mondiale	50
Tableau 2.2 : Programmes canadiens de soutien entre pairs.....	91
Tableau 3.1 : Les obstacles à la divulgation des ISP.....	127
Encadré 4.1 : Définition d'un programme de soutien entre pairs	148
Encadré 4.2 : Hôpital SickKids	153
Encadré 4.3 : Exemples d'équipes de PSP.....	155
Encadré 4.4 : Exemples d'objectifs	156
Encadré 4.5 : Exemples de résultats liés au PSP	157
Encadré 4.6 : Système de téléavertissement du programme RISE.....	162
Figure 4.1 : Les 9 principaux déclencheurs du SDIC.....	163
Encadré 4.7 : SGSPIC.....	164
Encadré 4.8 : Jumeler les pairs.....	165
Encadré 4.9 : Exemple de processus pour mettre en marche le PSP	166
Figure 4.2 : Les 10 principaux signes et symptômes du SDIC	167
Figure 4.3 : Cinq droits de la personne	168
Encadré 4.10 : Liste des choses à faire et à ne pas faire à l'intention des gestionnaires et des superviseurs	170
Encadré 4.11 : Exigences pour les pairs aidants	175
Encadré 4.12 : Les valeurs fondamentales requises des pairs aidants.....	176
Figure 4.4 : Programme de formation des premiers intervenants en prévention des traumatismes et en soutien par les pairs (TEMA).....	178
Encadré 4.13 : Exemple de politique de rémunération	180
Encadré 4.14 : Remarque sur l'apprentissage des adultes	182
Tableau 4.1 : D'obstacles potentiels à l'élaboration d'un programme de soutien	186
Encadré 4.15 : Les valeurs fondamentales requises des pairs AIDANTS.....	187
Encadré 4.16 : Discours d'ascenseur.....	188
Tableau 5.1 : Ressources – Soutien entre pairs	198
Tableau 5.2 : Ressources en matière d'autosoins psychologiques.....	216
Tableau 5.3 : Ressources liées à la détresse morale	220

Acknowledgements

Créer un espace sûr : Auteurs collaborateurs et membres du groupe de travail

Auteurs collaborateurs et membres du groupe de travail

Markirit Armutlu
Diane Aubin
D^{re} Meri Bukowskyj
D^{re} Amy Cheng
Nancy Coish
Gary Deroo
Christine Devine
Melanie De Wit
Eleanor Fitzpatrick
Brenda Gamble
D^{re} Adrienne Gaudet
Jonathan Gutman
D^{re} Katrina Hurley
Sandra Koppert
Myuri Manogaran
Marsha McCall
Kelly McNaughton
Laura Mullaly
Angela Price-Stephens
Deborah Prowse
Lynn Robertson
Brenda Roos
Megan Taylor
Brent Windwick

Affiliations actuelles

L'Institut canadien pour la sécurité des patients
Diane Aubin Consulting
L'Association canadienne de protection médicale
St. Michael's Hospital
Central Health, Newfoundland
Chatham-Kent Health Alliance
Michael Garron Hospital
Système de santé Sinaï
Izaak Walton Killam (IWK) Health Centre
University of Ontario Institute of Technology
Programme d'aide aux médecins du Québec
Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Izaak Walton Killam (IWK) Health Centre
L'Association canadienne de protection médicale
The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
British Columbia Emergency Health Services
SickKids - The Hospital for Sick Children
L'Association canadienne de protection médicale
Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Représentante des patients
Alberta Health Services
Santé Canada
L'Institut canadien pour la sécurité des patients
Field Law

Remerciements

Merci aux patients, aux prestataires de soins, aux dirigeants opérationnels, aux organismes de réglementation et aux bailleurs de fonds pour votre passion et votre engagement à améliorer la sécurité des soins aux patients et à promouvoir un environnement de travail positif et sécuritaire sur le plan psychologique pour les prestataires. Nous vous invitons à partager vos réalisations et vos défis tout au long de ce projet.

Avis de non-responsabilité

Cette publication est fournie à titre d'information seulement. Tous les exemples présentés ne visent qu'à illustrer le propos. Cette publication ne peut remplacer un avis juridique. Elle ne constitue pas une interprétation officielle de la loi et ne lie pas l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Avant-Propos

Chris Power, DG | Institut canadien pour la sécurité des patients

J'ai commencé ma carrière dans le système de santé en projetant à long terme de devenir médecin, mais j'ai trouvé que la profession en soins infirmiers me permettait d'être en relation constante avec les patients et leur famille et qu'ainsi je pouvais davantage avoir un impact sur leur vie. Je n'avais jamais vraiment imaginé à quel point ils auraient aussi un impact sur la mienne, particulièrement si l'un d'eux était victime d'un préjudice alors qu'il était confié à nos soins. Les préjudices subis par les patients et leur famille en contexte de soins laissent une marque indélébile dans leur vie. Et alors que je parle chaque jour des répercussions qu'ont sur les patients les incidents liés à leur sécurité, rarement les effets de tels incidents sur les prestataires de soins sont un sujet de conversation.

La création de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) en 2003 faisait écho à un cri de ralliement de personnes dévouées œuvrant au sein du système de santé qui refusaient tout simplement d'être témoins d'un énième incident causant des préjudices à un patient. Les incidents liés à la sécurité des patients sont la troisième cause de mortalité au Canada. Nos études ont révélé qu'au cours des 30 prochaines années, 12,1 millions de personnes subiront des préjudices dans le système de santé canadien.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients a lancé un pressant appel à l'action pour démontrer ce qui fonctionne et renforcer l'engagement envers la sécurité des patients au Canada. Les pratiques exemplaires devraient se traduire en pratiques normatives durables et engagées pour les praticiens et les fournisseurs de soins à tous les paliers du système de santé. Et à chaque palier, les gens ont besoin de soutien.

Le personnel infirmier, les médecins et les autres prestataires de soins sont humains. Lorsque des erreurs se produisent, ou lorsqu'une procédure connaît un dénouement tragique, les professionnels concernés en subissent un impact tel qu'il peut nuire à leur travail, chambouler leur vie et compromettre la sécurité des soins qu'ils prodiguent. J'aurais bien aimé qu'un programme de soutien sans jugement entre pairs eût existé durant ma pratique. Les questions soulevées à propos de la confidentialité du soutien entre pairs méritent qu'on s'y attarde.

Nous espérons que se poursuivent les conversations amorcées dans le monde sur le soutien aux fournisseurs de soins. Notre but ultime à tous est d'assurer un système où chacune des expériences de soins est sécuritaire et où les prestataires de soins reçoivent du soutien.

L'institut canadien pour la sécurité des patients est un fier partenaire du groupe de travail sur un espace sûr, avec qui il collabore pour faire de cet objectif une réalité. Défions ensemble le statu quo.

De plus en plus de données probantes démontrent que les professionnels de la santé éprouvent des sentiments de détresse à la suite d'un incident de sécurité des patients (ISP)¹⁻⁴, et on constate l'émergence de la reconnaissance de répercussions négatives potentielles aussi bien sur la santé des professionnels de la santé⁵⁻¹¹ que sur la sécurité des patients¹²⁻¹³. Par conséquent, les établissements de soins de santé cherchent des moyens de soutenir les professionnels de la santé qui sont traumatisés à la suite d'un ISP.

Créer un espace sûr

.....

Introduction

Introduction

Travailler dans le domaine de la santé peut causer de la détresse émotionnelle¹⁻⁴. Les universitaires et les établissements de soins de santé reconnaissent en général l'importance de fournir un soutien affectif aux travailleurs de la santé, notamment en raison du véritable potentiel qu'il se produise des impacts négatifs à la fois sur la santé physique et mentale⁵⁻¹¹ et sur la sécurité des patients¹²⁻¹³. Cette reconnaissance a propulsé la recherche de nouveaux moyens de soutenir les travailleurs de la santé au sein du mouvement pour la sécurité des patients et des établissements de soins de santé.

Même si les patients et leurs familles demeurent la priorité absolue des soins de santé, il faut également soutenir les travailleurs en raison de ce qu'ils sont susceptibles d'éprouver dans leur profession. Les programmes de soutien entre pairs (PSP), qui permettent aux travailleurs de la santé de discuter de leurs expériences avec des collègues qui comprennent ce qu'ils éprouvent dans un environnement sans jugement sont maintenant considérés comme une approche utile pour aider ces derniers à composer avec ces défis. Des programmes de soutien émergent un peu partout aux États-Unis et au Canada, alors que les établissements de soins de santé commencent à reconnaître qu'il s'agit d'un service approprié et utile pour leur personnel.

Ce guide donne un aperçu complet des programmes de soutien entre pairs offerts au Canada et à l'échelle internationale. Plus important encore, il fournit des lignes directrices, des outils et des ressources concernant les pratiques exemplaires afin d'aider les décideurs, les organismes d'agrément, les organismes de réglementation et les leaders du domaine de la santé à évaluer ce dont les travailleurs de la santé ont besoin en matière de soutien. D'autre part, il offre des conseils pour l'élaboration de PSP susceptibles d'aider les prestataires à améliorer leur bien-être émotionnel et de leur permettre de prodiguer des soins plus sécuritaires et de la grande qualité à leurs patients.

Ce guide comprend les éléments suivants :

1. [Sondage auprès des travailleurs de la santé canadiens](#). Points de vue des travailleurs de la santé sur leurs expériences relatives aux incidents de sécurité des patients et sur le soutien dont ils ont besoin. Grâce à un sondage pancanadien mené en partenariat avec l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario (IUTO), nous avons demandé à des travailleurs de la santé de tous les coins du Canada de nous faire part de leurs suggestions en vue de déterminer leurs besoins d'identifier les lacunes en matière de soutien.
2. [Analyse environnementale à l'échelle mondiale des programmes de soutien entre pairs](#) : rapport sur un examen de la portée des pratiques de soutien entre pairs au Canada, aux États-Unis et ailleurs au monde, basé sur des recherches documentaires à l'échelle mondiale menées par le Centre de santé IWK. L'objectif était de compiler des connaissances provenant de la documentation internationale afin de tirer des enseignements des PSP en soins de santé déjà établis ou des équipes qui les avaient étudiés.
3. [Créer un espace sûr. Confidentialité et privilège juridique des programmes de soutien entre pairs](#) : ce document a été élaboré en collaboration avec une équipe constituée d'avocats, de médecins et d'un défenseur des patients ayant une vaste expérience de la question de la confidentialité dans le

domaine de la santé. Il s'agit d'une ressource clé pour les établissements qui prévoient se doter d'un PSP, car il explique clairement ce qui constitue ou ne constitue pas de l'information privilégiée et comment renforcer la confidentialité.

4. [Créer un espace sûr. Pratiques exemplaires pour les programmes de soutien entre pairs en milieu de travail dans les établissements de soins de santé](#) : ce document a été élaboré en collaboration avec une équipe d'experts canadiens en matière de PSP provenant du domaine de la santé dont l'expérience et la compréhension de la façon d'établir un PSP étaient essentielles à l'élaboration d'un document complet et informatif. Ces lignes directrices présentent une approche étape par étape pour aider les établissements de soins de santé à réussir en privilégiant l'obtention du soutien des dirigeants dès le départ, en établissant une équipe engagée de travailleurs de la santé pour lancer le PSP, en identifiant clairement les objectifs du programme et en précisant les politiques, les processus et les responsabilités avant le lancement du programme. Ces lignes directrices présentent également des recommandations au sujet des moyens de recruter et de former les pairs aidants et la meilleure façon d'assurer la diffusion et la pérennité du programme.
5. [Créer un espace sûr. Trousse à outils de soutien entre les pairs](#) : nous avons mené une analyse documentaire poussée afin de trouver autant de contenu éducatif et informationnel pertinent que possible en vue de faciliter l'élaboration de programmes de soutien entre pairs à travers le Canada. Cette trousse à outils est une excellente source d'information pour les travailleurs de la santé, les dirigeants, les organismes de réglementation et les décideurs, et elle comprend des exemples et des recommandations pour toute personne qui se lance dans la création d'un nouveau PSP.

La position de l'ICSP

L'ICSP s'est engagé à améliorer la sécurité des patients au Canada, et cet engagement est mis en œuvre grâce à plusieurs stratégies. Chacune de ces stratégies fait partie d'un programme global visant à assurer la sécurité des patients, allant du programme *Patients pour la sécurité des patients du Canada*, qui reconnaît la richesse de l'expérience et des connaissances que les membres de ce programme peuvent partager dans le but d'améliorer la sécurité des patients, aux stratégies de *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!* qui facilitent la mise en œuvre des meilleures pratiques. Nous avons également développé des ressources considérables en collaboration avec nos partenaires, comme les *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables*, *Communication après un préjudice lié aux soins de santé* et la *Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents*, qui fournissent des stratégies et des ressources pratiques pour gérer les ISP ouvertement et efficacement tout en favorisant la participation des patients tout au long du processus.

Le présent guide ne fait pas exception. Nous espérons qu'en explorant pleinement les meilleurs moyens de soutenir les professionnels de la santé, nous renforcerons ainsi la sécurité du système en fournissant des outils et des ressources à tous ceux qui le constituent – patients, familles, prestataires et dirigeants du secteur de la santé – afin de leur permettre d'apprendre, de collaborer et d'améliorer les soins des patients.

Les principes directeurs suivants orientent l'élaboration du présent guide :

1. Il est important que les professionnels de la santé aient accès à un environnement psychologique sécuritaire qui leur permette de parler confidentiellement à un pair de leurs expériences :
 - pour les aider à composer avec une expérience qui pourrait s'avérer émotionnellement traumatisante et

- pour améliorer la sécurité des patients, puisque si les professionnels de la santé sont dans un état émotionnel plus sain, ils pourront soigner leurs patients de façon sécuritaire.
2. Ces programmes de soutien ne visent pas à nuire à la transparence des faits concernant des ISP ou à cacher des faits importants des patients et des membres de leur famille, mais plutôt à fournir un espace sûr pour aider les professionnels de la santé à composer avec des événements traumatisants et stressants.
 3. Les personnes chargées de promouvoir des PSP doivent être transparentes lorsqu'elles expliquent aux participants éventuels ce qui peut ou ne peut pas rester confidentiel. C'est un moyen important de gérer les attentes et d'éviter d'autres expériences négatives.
 4. La défense ou l'établissement d'un PSP ne diminue en rien l'importance de déclarer les incidents de sécurité des patients et les autres événements à des fins d'amélioration de la qualité, de divulguer les faits associés aux incidents et aux événements aux patients et à leur famille et d'autres activités de gestion des incidents.

Définition d'un programme de soutien entre pairs

Le soutien entre pairs offre une relation de soutien entre des personnes qui ont vécu des expériences semblables¹⁴. Des collègues qui ont vécu des expériences similaires peuvent fournir un soutien et recommander d'autres démarches dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs en vue d'améliorer la condition mentale de leurs pairs et de les aider à se rétablir, à se prendre en charge et à ressentir de l'espoir¹⁵. Les pairs aidants sont formés en vue de soutenir la personne avec compassion et de l'appuyer en proposant des ressources ou des démarches, mais puisqu'ils ne sont pas formés professionnellement, ils ne peuvent ni diagnostiquer des troubles de santé mentale ni recommander de traitements spécifiques.

Il y a de nombreuses définitions ou composantes qui peuvent caractériser un PSP pour le domaine de la santé. Cette divergence résulte probablement de la nature locale et non standardisée des PSP, car chaque établissement élabore et met en œuvre un programme adapté à sa structure et aux besoins spécifiques de son personnel. Cependant, au cœur de chaque PSP, on retrouve le désir d'intégrer et de maintenir un environnement psychologiquement sécuritaire au sein duquel les membres de l'établissement de soins de santé se sentent soutenus par leurs pairs et par l'établissement lorsqu'ils éprouvent de la détresse au travail.

Aux fins du présent document, nous avons défini un PSP comme suit :

Un programme de soutien entre pairs (PSP) désigne tout programme qui fournit un soutien affectif non clinique aux professionnels de la santé (et, dans certains cas, à d'autres personnes qui travaillent, font du bénévolat ou suivent une formation dans un établissement) qui éprouvent des troubles affectifs, et ce soutien est offert par un pair. Le besoin de soutien affectif peut résulter :

1. D'un incident lié à la sécurité des patients : action ou situation ayant pu causer ou ayant bel et bien causé un préjudice inutile à un patient. Il existe trois types d'incidents liés à la sécurité des patients :
 - **Incident préjudiciable** : incident lié à la sécurité des patients ayant atteint le patient et lui ayant causé un préjudice (remplace « événement indésirable évitable »)
 - **Incident évité de justesse** : incident lié à la sécurité des patients n'ayant pas atteint le patient et n'ayant donc pas causé de préjudice

- **Incident sans préjudice** : incident lié à la sécurité des patients ayant atteint le patient sans lui causer de préjudice perceptible
2. D'un incident critique ou d'un traumatisme : « Tout événement soudain et imprévisible qui se produit durant l'exercice des fonctions ou activités quotidiennes et qui constitue une menace physique ou psychologique pour la sécurité ou le bien-être d'un individu ou d'un groupe d'individus » (selon la définition de la politique [Trauma Response and Peer Support Policy](#) de l'hôpital pour enfants SickKids). Voici quelques exemples :
- le décès inattendu d'un patient;
 - le suicide d'un collègue;
 - un accident de travail causant des blessures graves à un membre du personnel;
 - une catastrophe interne ou externe;
 - situations faisant un grand nombre de victimes;
 - décès prématuré, maladie ou blessure mettant en danger la vie d'un membre du personnel ou d'un collègue;
 - catastrophes naturelles ou d'origine humaine; et
 - tout incident chargé de profondes émotions.
3. Autre stress lié au travail (à l'exclusion des questions liées aux ressources humaines, comme les mesures d'exécution du travail ou le rendement). En voici quelques exemples :
- environnement de travail;
 - agression, harcèlement ou violence touchant le personnel, le patient ou sa famille;
 - conflit en milieu de travail;
 - réorganisation du milieu de travail ou réduction des effectifs;
 - plaintes/poursuites;
 - stress cumulé;
 - questions de conciliation travail-vie personnelle;
 - fatigue compassionnelle;
 - stress vicariant (usure de compassion); et
 - événements qui attirent l'attention des médias.

Encadré 1.0 : Remarques au sujet du terme « seconde victime »

Albert Wu a inventé le terme « seconde victime »⁵ et beaucoup d'autres l'ont adopté par la suite pour décrire un professionnel de la santé qui cause un ISP. La première victime est le patient qui a subi un préjudice, alors que la seconde victime est le professionnel de la santé qui a été traumatisé par l'événement.

L'utilisation du terme « seconde victime » a fait l'objet d'un vif débat dans le secteur des soins de santé. D'une part, cette étiquette est rarement acceptée par les travailleurs de la santé, car le terme implique une certaine faiblesse, et ce n'est pas une caractéristique à laquelle ils s'associent¹¹. Aussi, l'étiquette « victime » suggère que ces derniers ne sont pas impliqués dans les incidents et qu'on leur a fait *subir* quelque chose qui était hors de leur contrôle. Les patients et les familles n'apprécient pas toujours ce terme non plus, car le fait de dire que le professionnel de la santé est une victime peut réduire l'impact de l'incident sur le patient.

De plus, le terme « seconde victime » désigne exclusivement la détresse que ressentent les travailleurs de la santé à la suite d'un incident lié à la sécurité des patients. Cependant, il existe une multitude de situations qui peuvent avoir un impact émotionnel néfaste sur les travailleurs de la santé¹⁶. Une étude évaluant l'impact d'un programme de soutien entre pairs pour les professionnels de la santé a révélé que la majorité des incidents pour lesquels ils ont demandé du soutien n'étaient pas liés à une erreur médicale¹⁷. Pour 80 de ces cas, 45 % comprenaient le décès d'un patient et 21,3 % concernaient un incident lié à la sécurité des patients; le reste des appels concernaient d'autres situations difficiles, comme des décisions délicates, l'épuisement professionnel, l'agression du personnel, les conflits interpersonnels parmi les membres du personnel et autres¹⁷. Le programme RISE observe : « Le personnel hospitalier fait face à de nombreux défis à la suite d'événements stressants liés aux patients. Quelques-uns d'entre eux impliquent des ISPs, mais la grande majorité d'entre eux sont simplement liés au stress exceptionnel inhérent à l'emploi. »¹⁷.

Une autre raison de s'interroger sur l'utilisation du terme « seconde victime » est que la création d'une étiquette pour ce qui constitue une réaction psychologique normale et saine à une situation stressante risque de pathologiser l'expérience du personnel de santé et de stigmatiser davantage ce dernier.

Lorsqu'il est apparu en l'an 2000, le terme « seconde victime » était très utile, surtout parce qu'il attirait l'attention sur la fréquence des ISPs et nous emmenait à reconnaître le traumatisme vécu par un ISP. Cependant, cette étiquette n'est plus utile et n'est plus largement acceptée.

Compte tenu des réserves que les travailleurs de la santé et les patients ont à l'égard du terme « seconde victime », à l'égard du fait que la détresse vécue par les travailleurs de la santé va au-delà de celle qu'ils éprouvent après un incident lié à la sécurité des patients, ainsi que de l'importance de ne pas pathologiser une réaction normale, l'ICSP préfère éviter l'emploi du terme « seconde victime » et même de qualifier cette expérience. Nous parlerons plutôt de la détresse émotionnelle vécue par un travailleur de la santé.

Le terme *seconde victime* est encore utilisé dans la littérature et dans de nombreux programmes de soutien au Canada et à l'étranger. Le terme *seconde victime* sera utilisé dans le présent document en référence à des programmes ou travaux externes où cette terminologie a été utilisée.

Contexte

Les travailleurs de la santé fonctionnent dans un environnement de plus en plus complexe et technique, et ils sont souvent soumis à d'énormes pressions de temps et à des demandes croissantes. Dans ce contexte, ils travaillent de manière interdépendante avec d'autres individus dans des systèmes qui ne sont pas toujours efficaces, tout en s'efforçant de fournir les meilleurs soins à leurs patients. En même temps, ils portent un fardeau émotionnel supplémentaire lié au risque que des problèmes surviennent et au potentiel qu'un incident de sécurité des patients se produise où le patient subit un préjudice en évite un de justesse. Ils travaillent dans un système rempli d'ambiguïté, d'incertitude et de choix moralement complexes.

Dans cet environnement, la détresse émotionnelle peut avoir plusieurs causes spécifiques, comme le suggère [la définition du soutien entre pairs](#). Par exemple, un professionnel de la santé peut se sentir traumatisé émotionnellement s'il se produit un mauvais résultat de santé soudain ou inattendu, un incident de sécurité des patients, le décès d'un patient avec lequel ils ont développé une relation, des conflits sur le lieu de travail ou la prise en charge de plusieurs cas de traumatismes.

Les travailleurs de la santé peuvent éprouver de fortes réactions émotionnelles, physiques, cognitives ou comportementales à la suite d'événements ou de tension dans le milieu de travail. Les signes et symptômes suivants peuvent signaler que des individus réagissent aux conditions de travail¹⁵ :

Tableau 1.0 : Répondants classes par désignation professionnelle

Physique	Émotionnel	Cognitif	Comportemental
Troubles du sommeil	Engourdissement	Pensées ou images intrusives	Augmentation ou perte d'appétit
Épuisement	Se sentir accablé ou impuissant	Mauvaise concentration	Crises de larmes
Étourdissements et faiblesse	Culpabilité	Prise de décision altérée	Augmentation de la consommation d'alcool
Augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle	Deuil ou dépression	Difficulté à faire des calculs	Désengagement
Frissons	Perte de contrôle émotionnel	Pensée perturbée	Changement d'activité
Nausées et vomissements	Colère	Blâme	Irritabilité
Tremblements ou secousses musculaires	Panique ou peur		Changement de personnalité

Les personnes qui cherchent du soutien peuvent éprouver de la détresse sous forme d'anxiété, de dépression, de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de stress chronique lié au travail, d'épuisement professionnel ou de fatigue liée à la compassion. Elles n'ont peut-être pas toujours besoin d'aide professionnelle, mais pourraient simplement avoir besoin de parler à quelqu'un qui comprend ce qu'elles éprouvent.

Le soutien entre pairs est ancré dans la croyance que « ... l'espoir est le point de départ d'un processus de récupération¹⁸ ». Les pairs aidants peuvent promouvoir cet espoir non pas en traitant leurs pairs comme des victimes, mais en les aidant à exploiter leur propre résilience et à découvrir un sens de l'autonomie, à retrouver leur estime de soi, à acquérir de nouvelles habiletés d'adaptation et à vivre l'expérience de croissance personnelle.

Un PSP peut favoriser une culture de soutien et offrir un accès rapide au soutien en santé mentale. Il s'agit d'une disposition favorisant la sécurité des travailleurs de la santé, car ils peuvent parler de leurs expériences et défis avec quelqu'un d'empathique qui peut comprendre ce qu'ils vivent parce qu'ils l'ont « vécu ». Un pair aidant s'appuie sur sa propre expérience pour aider ses collègues à faire face aux conséquences immédiates de la détresse émotionnelle et à composer avec ce qu'ils vivent de façon positive. La Commission de la santé mentale du Canada affirme que la communication avec une autre personne qui a éprouvé ou qui éprouve encore des problèmes semblables peut être un lien vital pour une personne qui est préoccupée par sa propre situation¹⁹. Lorsque les travailleurs de la santé sont en mesure de partager rapidement leurs expériences dans un environnement sûr, accueillant, valorisant et favorisant la confiance, cela peut réduire le risque de détresse plus traumatique ou cumulative.

BCEHS décrit les avantages et les résultats suivants dans son aperçu des modèles de soutien aux travailleurs de la santé²⁰.

Les modèles de soutien aux travailleurs de la santé peuvent :

- Humaniser les problèmes de santé mentale et les amener hors du domaine médical;
- Promouvoir la socialisation et réduire les sentiments d'isolement et d'aliénation qui peuvent être associés à des problèmes de santé mentale;
- Aider les gens à contrôler leurs symptômes et à réduire le besoin d'hospitalisation;
- Favoriser l'espoir et la guérison;
- Aider les gens à acquérir des capacités d'adaptation et à améliorer leur résilience;
- Promouvoir une meilleure compréhension de tous des problèmes et des services de santé mentale au sein d'un établissement;
- Créer des occasions d'accroître la participation des employés;
- Aider les pairs à atteindre des buts personnels et à améliorer la qualité de vie; et
- Offrir des récompenses et la guérison continue pour le pair aidant grâce à l'écoute et à l'aide des autres.

La mise en place d'un PSP dans un établissement de soins de santé comporte plusieurs défis, notamment parce que les travailleurs de la santé ont souvent de la difficulté à demander de l'aide. Demander de l'aide ou demander des soins de santé mentale est stigmatisé comme un signe de faiblesse^{11,12,13}. Selon de Wit et coll., « ...l'acte même d'admettre qu'on a besoin d'aide après un événement traumatisant comporte sa propre stigmatisation puissante dans une culture qui préconise l'illusion que la perfection peut être atteinte, et que ne pas atteindre cette norme impossible est un signe de défaillance personnelle¹² ». De plus, certains professionnels de la santé ne veulent peut-être pas risquer que leur organisme d'accréditation découvre qu'ils ont demandé des soins de santé mentale¹³. Les travailleurs de la santé sont également réticents à demander de l'aide parce qu'ils craignent d'être jugés négativement par leurs collègues, ne font pas confiance à la confidentialité du processus ou ne croient pas vraiment à la valeur du soutien disponible.

Il est important qu'un PSP soit élaboré en tenant compte de ces défis et soit planifié et mis en œuvre avec soin et volontairement.

Résumé

.....

L'ICSP s'est engagé à améliorer la sécurité des patients en améliorant le bien-être des travailleurs de la santé. Au cours de ce projet PSP, nous nous sommes efforcés d'utiliser toutes ressources pertinentes pour assurer que le produit soit complet et fondé sur des données probantes.

Nous espérons que ce guide sera à la fois utile et pratique pour les dirigeants du domaine de la santé, les gestionnaires et les travailleurs de première ligne qui s'apprêtent à lancer un nouveau PSP ou qui ont déjà commencé le processus et sont à la recherche de recommandations, de ressources et d'idées novatrices.

Références

.....

1. Khatri N, Brown GD, Hicks, LL. From a blame culture to a just culture in healthcare. *Healthcare Management Review* 2009;34;312-322. doi:10.1097/HMR.0b013e3181a3b709
2. de Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM, Scherpbier AJJA, Koopmans RP. A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS ONE* 2012;7;1-7. doi:10.1371/journal.pone.0031125
3. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (2nd ed.)* En 2011; Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
4. May N, Plews-Ogan M. The role of talking (and keeping silent) in physician coping with medical error: a qualitative study. *Patient Education and Counseling* 2012;88;449-454. doi: 10.1016/j.pec.2012.06.024
5. Wu AW. Medical Error: The second victim : the doctor who makes a mistake needs help too. *BMJ* 2000;320(7237);726-27.
6. Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse healthcare events. *Nurs Clin N Am* 2012;47; 383–393. doi: 10.1016/j.cnur.2012.05.008
7. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Healthcare* 2009;18;325-30.
8. Smetzer J. Don’t abandon the “second victims” of medical errors. *Nursing* 2012;42(2);54-58. doi:10.1097/01.NURSE.0000410310.38734.e0
9. Ullstrom S, Sachs MA, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf* 2014;23;325-331. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035
10. Clancey CM. Alleviating “second victim” syndrome: how we should handle patient harm. *Journal of Nursing Care Quality* 2012;27(1), 1-5. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3182366b53
11. Dekker S. *Second Victim: Error, Guilt, Trauma, and Resilience*. CRC Press, Taylor & Francis Group; 2013.
12. de Wit ME, Marks CM, Natterman JP, Wu AW. Supporting second victims of patient safety events: Shouldn’t these communications be covered by legal privilege? *J Law Med Ethics*. 2013 Winter;41(4):852-8. doi: 10.1111/jlme.12095.
13. White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW et al. Risk managers’ descriptions of programs to support second victims after adverse events. *Journal of Healthcare Risk Management*. 2015;34(4):30-40.
14. Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – pratique et formation*. Commission de la santé mentale du Canada (CCSM); 2013. Disponible à : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Peer_Support_Guidelines_FRE_0.pdf

15. BC First Responders' Mental Health. *Supporting Mental Health in First Responders: Developing a Peer Support Policy*. 2017. Disponible à partir de <https://bcfirstrespondersmentalhealth.com/wp-content/uploads/2017/06/Developing-a-Peer-Support-Policy-170619.pdf>
16. Wu AW, Sharpiro J, Harrison R, Scott SD, Connors C, Kenney L, et al. The impact of adverse events on clinicians: what's in a name? *Journal of Patient Safety*. 2017;Nov 4. doi: 10.1097/PTS.0000000000000256
17. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu A. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016;(6);1-12. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011708
18. Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). *Vers le rétablissement et le bien-être, Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Commission de la santé mentale du Canada; 2009. Disponible à https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_ENG_0_1.pdf
19. Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). *Le soutien par les pairs : une nécessité. Deuxième édition*. Commission de la santé mentale du Canada; 2016. Disponible à https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-10/Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Fr.pdf.pdf
20. BC First Responders' Mental Health. *Supporting Mental Health in First Responders: Overview of Peer Support Programs*. 2017. Available from <https://bcfirstrespondersmentalhealth.com/wp-content/uploads/2017/06/Overview-of-Peer-Support-Programs-170619.pdf>

Créer un espace sûr

.....

Section 1 : Sondage sur les perceptions des prestataires de soins de santé à l'égard du phénomène de la seconde victime

Acknowledgements

Section 1 : Sondage sur les perceptions des prestataires de soins de santé à l'égard du phénomène de la seconde victime

Membres du groupe de travail

Markirit Armutlu
Diane Aubin
Brenda Gamble
Myuri Manogaran

Affiliations actuelles

L'Institut canadien pour la sécurité des patients
Diane Aubin Consulting
University of Ontario Institute of Technology
The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

Remerciements

Merci aux patients, aux prestataires de soins, aux dirigeants opérationnels, aux organismes de réglementation et aux bailleurs de fonds pour votre passion et votre engagement à améliorer la sécurité des soins aux patients et à promouvoir un environnement de travail positif et sécuritaire sur le plan psychologique pour les prestataires. Nous vous invitons à partager vos réalisations et vos défis tout au long de ce projet.

Avis de non-responsabilité

Cette publication est fournie à titre d'information seulement. Tous les exemples présentés ne visent qu'à illustrer le propos. Cette publication ne peut remplacer un avis juridique. Elle ne constitue pas une interprétation officielle de la loi et ne lie pas l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Section 1 : Sondage sur les perceptions des prestataires de soins de santé à l'égard du phénomène de la seconde victime

Sondage auprès des travailleurs de la santé canadiens : leurs points de vue sur l'expérience d'un incident de sécurité des patients et le soutien dont ils ont besoin

Introduction

Cette section du document intitulé *Créer un espace sûr : stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé* est un élément clé de la stratégie d'amélioration du soutien aux travailleurs de la santé après un incident de sécurité des patients (ISP). L'étude a été menée par une équipe de recherche de l'Institut de technologie de l'Université de l'Ontario (UOIT) en collaboration avec l'ICSP, et a pour but de préciser les besoins en matière de soutien affectif après un ISP des travailleurs de la santé canadiens. Le but de cette étude était de déterminer les perceptions des travailleurs de la santé canadiens à l'égard de leurs expériences des ISP et du soutien qu'ils avaient reçu ou qu'ils souhaitaient recevoir. Ce sondage mené dans le cadre de cette recherche servira de base pour identifier les systèmes de soutien actuels et évaluer les besoins des travailleurs de la santé canadiens.

Méthodes

Un sondage en ligne national auto-administré auprès des travailleurs de la santé a été mené en 2018. Des précisions concernant la méthodologie utilisée sont fournies dans les sections suivantes.

Échantillon

L'échantillon était tiré d'un serveur de listes de courrier électronique fourni par l'ICSP. Après avoir exclu les individus qui ne correspondaient pas à la description d'un travailleur de la santé de première ligne, le sondage a été envoyé à 750-850 personnes. Cependant, en raison du faible taux de réponse, le sondage a ensuite été envoyé une deuxième fois en passant par des associations de professionnels de la santé leur demandant de le distribuer à leurs membres. Certaines associations n'ont pas distribué le sondage en raison de leurs politiques concernant le nombre de sondages ou d'études qu'ils peuvent envoyer à leurs membres.

Questionnaire

Le questionnaire comprenait des éléments provenant de l'instrument validé Second Victim Experience and Support Tool (SVEST)² : des questions sur la détresse psychologique et physique et sur les formes de soutien souhaitées. Il comprenait également des éléments sur les variables liées à la démographie, aux caractéristiques de l'emploi et à l'historique scolaire ([Voir Annexe 1](#)). SVEST est utilisé pour recueillir des

réponses sur les symptômes psychologiques et physiques après un ISP et sur la qualité des ressources de soutien disponibles¹. Le souhait d'avoir accès à d'éventuelles ressources de soutien est également mesuré¹. SVEST a été évalué sur le plan de la validité du contenu, de l'uniformité interne, et l'analyse de la validité et la confirmation des facteurs ont été effectuées¹. L'équipe de recherche a collaboré avec l'équipe de l'ICSP afin d'obtenir des commentaires à propos du questionnaire et d'apporter des modifications (p. ex., les caractéristiques démographiques, professionnelles, etc.) pour refléter le milieu canadien des soins de santé. Les chercheurs responsables de la création de SVEST ont autorisé l'utilisation de l'instrument.

En plus des questions sur SVEST, des questions ouvertes étaient ajoutées pour demander aux répondants :

- s'ils avaient reçu du soutien après un ISP au cours des 12 derniers mois et, si oui, de quel type;
- quel type de soutien ils souhaiteraient recevoir;
- ce qu'ils feraient différemment pour un pair, basé sur leur expérience, et
- ce qu'ils conseilleraient en matière de soutien.

Collecte de données

Le questionnaire électronique auto-administré fut développé à l'aide de la plate-forme MachForm et hébergé sur un serveur sécurisé à l'UOIT. Le questionnaire électronique fut distribué en juin 2018 par courriel en collaboration avec l'ICSP afin de préserver la confidentialité de l'échantillon. Des dispositions ont été prises par l'ICSP pour que le courriel d'invitation soit envoyé à la population de l'échantillon. L'invitation par courriel comprenait le formulaire de consentement, une explication de l'étude, des contacts pour obtenir de plus amples renseignements et un lien vers le questionnaire. La participation était entièrement volontaire. Pour participer à l'étude et signaler leur consentement, les participants devaient cliquer sur le lien fourni dans l'invitation pour atteindre le questionnaire. À la fin du questionnaire, on a demandé aux répondants de cliquer sur un lien pour soumettre le questionnaire rempli.

Le sondage était anonyme et aucune information permettant l'identification personnelle n'a été recueillie. Si un répondant se sentait mal à l'aise de répondre à certaines questions, il n'était pas tenu de fournir une réponse.

Les données brutes des questionnaires soumis étaient stockées sur un serveur sécurisé à l'UOIT. L'équipe de recherche de l'UOIT n'a pas eu accès aux adresses électroniques. Les données étaient strictement anonymes. Seule l'équipe de recherche avait accès aux données brutes. Les réponses individuelles étaient confidentielles et seules les données d'étude regroupées et agrégées seront utilisées aux fins de présentation, publication ou débriefage.

Analyse des données

L'analyse comprenait des statistiques descriptives, une analyse des facteurs et une analyse de la variance. Les données ont été analysées par groupe professionnel, secteur et années d'expérience et pour les questions 20 et 21, afin de déterminer si les points de vue divergeaient au sein des groupes professionnels.

Les réponses ont été regroupées et analysées par thème en fonction des questions ouvertes posées dans le sondage (par exemple, type de soutien reçu, type de soutien souhaité, etc.).

Éthique

Le conseil de l'éthique en recherche de l'UOIT avait donné son approbation.

Résultats

Statistiques démographiques concernant les répondants

Au total, 390 travailleurs de la santé de première ligne qui se sont auto-identifiées ont répondu au sondage. Parmi les disciplines qui ont participé, mentionnons les diététistes, les technologues de laboratoire médical, les technologues en radiation médicale, les infirmières, les ergothérapeutes, les ambulanciers, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les médecins, les inhalothérapeutes et d'autres. Le [tableau 1.1](#) présente les taux de réponse de chaque discipline.

Tableau 1.1 : Répondants classes par désignation professionnelle
(N=390)

Désignation professionnelle	Nombre de Répondants	Taux de réponse
Technologue en rayonnement médical (TRM)	229	58,7 %
Infirmière	39	10,0 %
Médecin	37	9,5 %
Pharmacien	32	8,2 %
Inhalothérapeute	24	6,2 %
Technologue de laboratoire médical	10	2,6 %
Ambulancier	8	2,1 %
Physiothérapeute	6	1,5 %
Diététiste	4	1,0 %
Ergothérapeute	2	0,5 %
Autre	1	58,7 %

On a également demandé aux répondants d'identifier le domaine de pratique pertinent à leur travail actuel. Le [tableau 1.2](#) présente la répartition des répondants par secteur de pratique. La majorité des répondants (69,2 %) avait indiqué les soins de courte durée comme domaine de pratique actuel.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Tableau 1.2 : Répondants classés par domaine de pratique

(N=390)

Domaine de pratique	Nombre de répondants	Taux de réponse
Soins de courte durée	270	69,2 %
Soins primaires	53	13,6 %
Soins communautaires	44	11,3 %
Soins de longue durée	14	3,6 %
TOUS	5	1,3 %
Autre	4	1,0 %

La catégorie « TOUS » comprend les répondants qui travaillent dans les quatre domaines de pratique.

Près d'un tiers des répondants du sondage résident en Ontario (32,3 %), alors que le plus petit nombre de participants provenait du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest (0,3 %). La répartition des répondants par province de résidence est présentée dans le [tableau 1.3](#) ci-dessous.

Tableau 1.3 : Répondants classés par province de résidence

(N=390)

Province de résidence	Nombre de Répondants	Taux de réponse
Ontario	126	32,3 %
Alberta	88	22,6 %
Colombie-Britannique	49	12,6 %
Manitoba	33	8,5 %
Nouvelle-Écosse	30	7,7 %
Nouveau-Brunswick	26	6,7 %
Saskatchewan	21	5,4 %
Québec	9	2,3 %
Île-du-Prince-Édouard	4	1,0 %
Terre-Neuve-et-Labrador	2	0,5 %
Territoires du Nord-Ouest	1	0,3 %
Nunavut	1	0,3 %

Le [tableau 1.4](#) présente une ventilation des répondants par années d'expérience en soins de santé. La majorité des répondants avaient indiqué 12 ans ou plus d'expérience dans le domaine. Cela était suivi par les groupes à 6-8 ans et 9-12 ans d'expérience (11,0 % et 10,8 % respectivement).

Tableau 1.4 : Répondants classés par années d'expérience dans le domaine des soins de santé
(N=390)

Années d'expérience dans le domaine de la santé	Nombre de répondants	Taux de réponse
12 ans et plus	253	64,9 %
6 à 8 ans	43	11,0 %
9-12 ans	42	10,8 %
3-5 ans	35	9,0 %
2 ans et moins	17	4,4 %

Répondants impliqués dans un événement de sécurité des patients

Parmi les 390 répondants, 58 % ont indiqué avoir été impliqués dans un événement grave de sécurité des patientsⁱ qui avait touché l'un de leurs patients et 32 % ont indiqué qu'un événement de sécurité des patients leur avait causé de l'anxiété, de la dépression ou à se demander s'ils pourraient continuer à faire leur travail, au cours des 12 derniers mois (voir [tableau 1.5](#)).

Tableau 1.5 : Répondants impliqués dans un événement de sécurité des patients
(N=390)

	Nombre de répondants	Taux de réponse
Répondants impliqués dans un événement grave de sécurité des patients qui a eu un impact sur l'un de leurs patients	225	57,7 %
Un événement de sécurité des patients leur a causé de l'anxiété, de la dépression ou à se demander s'ils pourraient continuer à faire leur travail	123	31,5 %

En raison du nombre disproportionné de répondants TRM, ces résultats ont été analysés plus en détail afin d'évaluer tout biais. Aux fins de la présente analyse, les TRM étaient comparés au groupe de répondants ayant le deuxième taux de réponse le plus élevé (infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes). Les résultats sont présentés dans les [tableaux 1.6](#) et [1.7](#) ci-dessous.

ⁱ Le terme « événement de sécurité des patients » a été utilisé plutôt « qu'incident lié à la sécurité des patients » dans l'outil SVEST. Bien que l'ICSP ait adopté le terme « incident lié à la sécurité des patients » dans tous ses documents, le terme « événement de sécurité des patients » sera utilisé dans le présent document pour assurer l'intégrité des résultats.

Tableau 1.6 : Répondants impliqués dans un événement de sécurité des patients – MTR
(N=229)

	Nombre de répondants	Taux de réponse
Répondants impliqués dans un événement grave de sécurité des patients qui a eu un impact sur l'un de leurs patients	106	46,3 %
Un événement de sécurité des patients leur a causé de l'anxiété, de la dépression ou à se demander s'ils pourraient continuer à faire leur travail	57	24,9 %

Tableau 1.7 : Répondants impliqués dans un événement de sécurité des patients - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes
(N=132)

	Nombre de répondants	Taux de réponse
Répondants impliqués dans un événement grave de sécurité des patients qui a eu un impact sur l'un de leurs patients	97	73,5 %
Un événement de sécurité des patients leur a causé de l'anxiété, de la dépression ou à se demander s'ils pourraient continuer à faire leur travail	53	40,2 %

D'après les résultats des [tableaux 1.6](#) et [1.7](#), il est évident que le groupe de travailleurs de la santé du [tableau 1.7](#) affiche un taux de réponse positive beaucoup plus élevé de 73,5 % lorsqu'on leur demande s'ils ont été impliqués dans un événement grave de sécurité des patients ayant atteint un de leurs patients. Cela indique que ce groupe de travailleurs de la santé est plus susceptible de subir un événement grave de sécurité des patients comparé aux TRM, qui constituent une plus importante partie de notre échantillon. Il en va de même pour le deuxième énoncé au sujet de leur expérience de l'anxiété, de la dépression ou de leur capacité à continuer à faire leur travail : le groupe de travailleurs de la santé a un taux de réponse positive beaucoup plus élevé que le groupe de TRM.

Les sections suivantes traiteront de certains des effets que subissent les travailleurs de la santé après un événement de sécurité des patients. Chaque section présente les résultats des questions à échelle, complétées par des réponses qualitatives.

Détresse psychologique

On a demandé aux répondants d'évaluer leur degré d'accord avec les énoncés sur la détresse psychologique. Plus de 50 % de ceux qui ont répondu à cette question ont convenu qu'ils éprouvaient de l'embarras dans ces situations et 54,3 % ont indiqué que l'expérience leur avait fait craindre des événements futurs. Bien que n'étant pas la majorité, 39,9 % ont dit qu'ils se sentaient malheureux à la suite de l'expérience, et 41,3 % avaient ressenti de profonds remords.

Tableau 1.8 : Détresse psychologique - Tous les répondants

	Pas d'accord	Neutre	D'accord	S.O.	Total (N)
J'ai éprouvé de l'embarras à cause de ces situations	104 (35,6 %)	7 (2,4 %)	153 (52,4 %)	28 (9,6 %)	292
L'expérience m'a rendu craintif à l'égard d'événements futurs	95 (31,5 %)	15 (5,0 %)	164 (54,3 %)	28 (9,3 %)	302
Je me sentais malheureux à cause de cette expérience	143 (47,2 %)	13 (4,3 %)	121 (39,9 %)	26 (8,6 %)	303
J'ai des remords profonds concernant des expériences passées	123 (42,0 %)	15 (5,1 %)	121 (41,3 %)	34 (11,6 %)	293

Le total (N) exclut ceux qui n'ont pas répondu.

En séparant les résultats des TRM, il est intéressant de noter que plus de 50 % des répondants TRM ne pensaient pas que l'expérience les avait rendus malheureux (55,6 %) ou leur avait fait ressentir des remords profonds pour ces expériences passées (51,2 %), contrairement aux résultats du groupe de répondants présentés au [tableau 1.10](#). Ce groupe de répondants était d'accord avec tous les énoncés plus de 50 % du temps.

Tableau 1.9 : Détresse psychologique – TRM

	Pas d'accord	Neutre	D'accord	S.O.	Total (N)
J'ai éprouvé de l'embarras à cause de ces situations	70 (44,0 %)	0	67 (42,1 %)	22 (13,8 %)	159
L'expérience m'a rendu craintif à l'égard d'événements futurs	72 (42,1 %)	0	76 (44,4 %)	23 (13,5 %)	171
Je me sentais malheureux à cause de cette expérience	95 (55,6 %)	0	56 (32,7 %)	20 (11,7 %)	171
J'ai des remords profonds concernant des expériences passées	83 (51,2 %)	0	50 (30,9 %)	29 (17,9 %)	162

Le total (N) exclut ceux qui n'ont pas répondu.

Tableau 1.10 : Détresse psychologique - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes

	Pas d'accord	Neutre	D'accord	S.O.	Total (N)
J'ai éprouvé de l'embarras à cause de ces situations	26 (23,4 %)	6 (5,4 %)	74 (66,7 %)	5 (4,5 %)	111
L'expérience m'a rendu craintif à l'égard d'événements futurs	20 (18,5 %)	13 (12,0 %)	71 (65,7 %)	4 (3,7 %)	108
Je me sentais malheureux à cause de cette expérience	40 (37,0 %)	9 (8,3 %)	54 (50,0 %)	5 (4,6 %)	108
J'ai des remords profonds concernant des expériences passées	32 (29,6 %)	9 (8,3 %)	63 (58,3 %)	4 (3,7 %)	108

Le total (N) exclut ceux qui n'ont pas répondu.

Détresse physique

La majorité de ceux qui ont répondu à cette question n'avait pas ressenti la plupart des symptômes de détresse physique dans la liste. Cependant, 37,8 % pensaient que le fardeau mental de leur expérience était épuisant. Cela suggère peut-être que les symptômes psychologiques après l'expérience d'un événement de sécurité des patients sont éprouvés plus souvent que des symptômes physiques par des travailleurs de soins de santé.

Tableau 1.11 : Détresse physique - Tous les répondants

	Pas d'accord	Neutre	D'accord	S.O.	Total (N)
Le fardeau mental de mon expérience est épuisant	125 (33,1 %)	84 (22,2 %)	143 (37,8 %)	26 (6,9 %)	378
J'ai régulièrement de la difficulté à dormir à cause de mon expérience	163 (43,1 %)	72 (19,0 %)	115 (30,4 %)	28 (7,4 %)	378
Le stress me cause des maux d'estomac ou de la nausée.	170 (45,0 %)	77 (20,4 %)	103 (27,2 %)	28 (7,4 %)	378
Quand je pense à l'expérience, je manque d'appétit	182 (48,1 %)	82 (21,7 %)	88 (23,3 %)	26 (6,9 %)	378

Le total (N) exclut ceux qui n'ont pas répondu.

Le [tableau 1.12](#) présente les données de ce sous-ensemble de questions destinées aux TRM. Les résultats sont très semblables aux données globales présentées au [tableau 1.11](#), et la majorité des répondants n'étaient pas d'accord avec l'ensemble des énoncés concernant l'expérience de détresse physique après un événement de sécurité des patients.

Tableau 1.12 : Détresse physique – TRM

	Pas d'accord	Neutre	D'accord	S.O.	Total (N)
Le fardeau mental de mon expérience est épuisant	83 (37,1 %)	46 (20,5 %)	74 (33,0 %)	21 (9,4 %)	224
J'ai régulièrement de la difficulté à dormir à cause de mon expérience	106 (47,3 %)	42 (18,8 %)	53 (23,7 %)	23 (10,3 %)	224
Le stress me cause des maux d'estomac ou de la nausée.	108 (48,2 %)	44 (19,6 %)	49 (21,9 %)	23 (10,3 %)	224
Quand je pense à l'expérience, je manque d'appétit	116 (51,8 %)	44 (19,6 %)	42 (18,8 %)	22 (9,8 %)	224

Le total (N) exclut ceux qui n'ont pas répondu.

En analysant les réponses du groupe infirmières/médecins/pharmaciens/inhalothérapeutes, une légère différence dans les réponses peut être remarquée. Ce groupe de répondants a convenu que le fardeau mental de leur expérience était épuisant (43,8 %) et que leur expérience de l'événement de sécurité des patients leur causait régulièrement de la difficulté à dormir (41,4 %).

Tableau 1.13 : Détresse physique - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes

	Pas d'accord	Neutre	D'accord	S.O.	Total (N)
Le fardeau mental de mon expérience est épuisant	35 (27,3 %)	34 (26,6 %)	56 (43,8 %)	3 (2,3 %)	128
J'ai régulièrement de la difficulté à dormir à cause de mon expérience	48 (37,5 %)	24 (18,8 %)	53 (41,4 %)	3 (2,3 %)	128
Le stress me cause des maux d'estomac ou de la nausée.	50 (39,1 %)	29 (22,7 %)	45 (35,2 %)	4 (3,1 %)	128
Quand je pense à l'expérience, je manque d'appétit	55 (43,0 %)	32 (25,0 %)	38 (29,7 %)	3 (2,3 %)	128

Le total (N) exclut ceux qui n'ont pas répondu.

Soutien

Parmi les 123 individus ayant répondu que l'événement de sécurité des patients leur avait causé de l'anxiété, de la dépression ou à se demander s'ils pourraient continuer à faire leur travail, 89 % de ceux-ci n'avaient **pas** reçu de soutien dans leur établissement ([tableau 1.14](#)). Seulement 6,5 % des répondants ont indiqué avoir reçu du soutien. Des résultats très similaires sont observés lorsque les données sont séparées pour le groupe TRM et le groupe témoin ([tableaux 1.15](#) et [1.16](#)).

Tableau 1.14 : A vécu un incident au cours des 12 derniers mois vs a reçu du soutien au cours des 12 derniers mois - Tous les répondants

	A reçu du soutien au cours des 12 derniers mois		
		Non (N=358)	Oui (N=14)
A vécu un incident au cours des 12 derniers mois (N=123)	Non (N=267)	248 (92,9 %)	6 (2,2 %)
	Oui (N=123)	110 (89,4 %)	8 (6,5 %)

Tableau 1.15 : A vécu un incident au cours des 12 derniers mois vs a reçu du soutien au cours des 12 derniers mois – TRM

	A reçu du soutien au cours des 12 derniers mois		
		Non (N=218)	Oui (N=3)
A vécu un incident au cours des 12 derniers mois	Non (N=172)	166 (96,5 %)	1 (0,6 %)
	Oui (N=57)	52 (91,2 %)	2 (3,5 %)

Tableau 1.16 : A vécu un incident au cours des 12 derniers mois vs a reçu du soutien au cours des 12 derniers mois - Infirmières, médecins, pharmaciens et inhalothérapeutes

	A reçu du soutien au cours des 12 derniers mois		
		Non (N=117)	Oui (N=8)
A vécu un incident au cours des 12 derniers mois	Non (N=79)	68 (86 %)	4 (5,1 %)
	Oui (N=53)	49 (92,5 %)	4 (5,1 %)

Type de soutien reçu

On a demandé aux répondants qui avaient reçu du soutien au cours des 12 derniers mois de préciser le type de soutien reçu. Les trois principaux types comprenaient le soutien fourni dans le cadre d'un PAE, des discussions avec le gestionnaire et avec des collègues.

- « Nous avons un programme de santé des employés et de la famille que j'ai utilisé à quelques reprises. » - Technologue en radiologie médicale
- « Discussion avec le gestionnaire et des collègues au sujet de l'événement et de l'impact sur moi-même et sur la famille du client. » - Physiothérapeute
- « Suivi avec le gestionnaire, soutien des collègues, consultation dans le cadre du PAE. » - Infirmière
- « Je discute de ces situations avec le gestionnaire de l'unité et des pairs de confiance. Je consulte aussi un professionnel externe dans mes temps libres. » - Pharmacien

Satisfaction à l'égard du soutien reçu

Parmi ceux qui avaient reçu du soutien au cours des 12 derniers mois, 35 % avaient indiqué leur **insatisfaction** concernant la quantité et le type de soutien reçus. De plus, certains répondants ont indiqué qu'il n'y avait pas eu de reconnaissance de l'incident ou qu'ils étaient les sujets de blagues inappropriées ou d'intimidation de la part d'un gestionnaire ou de membres de l'équipe.

- Un technologue en radiation médicale a déclaré ceci : « mon gestionnaire à l'époque avait fait des blagues inappropriées au sujet de l'incident sans offrir de soutien ni mentionner comment accéder à toute forme d'aide pour les employés. »
- Un médecin a répondu ceci : « je suis également traumatisé par le refus de l'institution d'enquêter sur la situation et d'y faire face de façon éthique et transparente. J'étais un spectateur forcé aux premières loges qui voyait ses patients subir des préjudices causés par des fautes professionnelles commises par d'autres membres de l'équipe de traitement qui n'ont pas été tenus responsables. Je n'ai pas été directement impliqué dans l'incident, mais j'ai essayé de défendre ma patiente, une jeune adolescente. Non seulement il n'y a pas eu de changement, mais l'infirmière fautive a continué à répéter des actions médicalement inappropriées sans que l'hôpital ne tente de les corriger. L'hôpital ne voulait pas traiter avec les infirmières ou leur syndicat et c'était plus facile de regarder ailleurs et de m'ignorer.

Formes de soutien souhaitées

On a demandé aux répondants d'identifier les formes de soutien souhaitées (voir le [tableau 17](#)). Parmi les sept types de soutien qu'on leur a présentés, la majorité des répondants avaient indiqué que l'accès à un pair de confiance avec qui ils pouvaient discuter d'événements était souhaitable (82,8 %). Le deuxième type de soutien le plus important (76,7 %) était l'accès à un endroit paisible désigné pour récupérer et se composer.

Tableau 1.17 : Formes de soutien souhaitées

	Non souhaité	Neutre	Souhaité	S.O.	Total (N)
Soutien confidentiel 24 heures par jour	36 (9,5 %)	87 (23,0 %)	245 (64,8 %)	10 (2,6 %)	378
Possibilité de rencontrer mon conseiller à mon hôpital	54 (14,3 %)	95 (25,1 %)	212 (56,1 %)	17 (4,5 %)	378
Discussion avec le gestionnaire/superviseur	47 (12,4 %)	86 (22,8 %)	232 (61,4 %)	13 (3,4 %)	378
Programme d'aide aux employés (PAE)	35 (9,3 %)	53 (14,0 %)	281 (74,3 %)	9 (2,4 %)	378
Discuter avec un pair respecté	11 (2,9 %)	43 (11,4 %)	313 (82,8 %)	11 (2,9 %)	378
Un endroit paisible désigné	20 (5,3 %)	57 (15,1 %)	290 (76,7 %)	11 (2,9 %)	378
Possibilité de quitter l'endroit et de temps d'arrêt immédiat	23 (6,1 %)	58 (15,3 %)	287 (75,9 %)	10 (2,6 %)	378

Le total (N) exclut ceux qui n'ont pas répondu.

Lorsqu'on leur a demandé de décrire davantage le type de soutien qu'ils aimeraient recevoir, les principaux types de soutien qui étaient mis en évidence par les répondants étaient le soutien confidentiel (sur place et à l'intérieur), le soutien entre pairs de leurs collègues, le soutien et/ou la conversation avec leur gestionnaire et le temps d'arrêt immédiatement après un incident.

- « Temps passé à l'écart du lieu de travail immédiatement après un incident grave pour traiter ce qui s'est passé et ma réponse à ce sujet. » - Infirmière
- « Temps réel disponible en ligne ou par téléphone pour conseiller ou de soutien » - Inhalothérapeute
- « Discussion ouverte avec mon superviseur au sujet des répercussions de l'incident. Et l'occasion de discuter avec des pairs de confiance de ce qui aurait pu contribuer à l'incident et comment prévenir des incidents à l'avenir. Je ne pense pas que parler à une personne inconnue serait utile (du moins pour moi). » - Pharmacien
- « Soutien de la direction et des superviseurs, moins d'une « culture du blâme ».

Soutien pour un pair

De plus, on a demandé aux répondants ce qu'ils feraient différemment s'ils soutenaient un pair grâce à leur expérience. Les types de soutien les plus courants mentionnés par les répondants étaient leur disponibilité (temps et lieu), encourager la discussion et demander quel était le soutien souhaité, être empathique et compréhensif et encourager la demande de soutien.

- « Une collègue avait récemment vécu une situation difficile de soins avec un patient, alors je l'ai appelée pour lui dire que j'étais disponible pour en parler si elle en avait besoin. » - Médecin
- « Fournir du temps et un espace pour rencontrer ce collègue sans porter de jugement et pour lui montrer qu'on le soutient. Recevoir une formation/éducation structurée sur la façon de soutenir et d'approcher mon collègue OU au moins être en mesure de fournir des ressources pour rapidement indiquer les voies possibles à ce pair. Pratiquer la gentillesse et le soutien de la perspective de toute l'équipe et de la personne. » - Pharmacien
- « Encourager la demande de soutien, même la personne dit se sentir « bien ». Partager l'expérience avec des collègues. » - Infirmière
- « Écouter, comprendre, mettre en œuvre des politiques et des processus pour soutenir des pratiques de travail plus sécuritaires, tirer des enseignements des incidents et faire savoir aux collègues touchés qu'ils ne sont pas seuls. » - Technologue en rayonnement médical

Bien que la majorité des répondants aient formulé des commentaires sur la façon dont ils appuieraient un pair qui a vécu un événement de sécurité des patients, d'autres ont indiqué avoir subi des critiques pour avoir appuyé un pair et qu'ils hésiteraient à le faire à nouveau. Certains ont également déclaré leurs propres difficultés personnelles comme un obstacle leur empêchant de soutenir un pair.

- « Je ne peux pas. Je n'ai pas le temps de soutenir mes collègues de cette façon. Je peux dire un mot gentil ou les prendre dans mes bras, mais il faut continuer le travail. S'attendre à ce que les membres du personnel soient présents et concentrés sur le travail alors qu'ils vivent des difficultés personnelles est une forme de traumatisme. » - Technologue de laboratoire médical
- « J'ai appuyé un pair et un collègue et on me l'a reproché. Je ne sais pas ce que je ferais différemment. Je ne crois pas que nous ayons vraiment une culture sans reproche dans les hôpitaux. Encore trop de craintes. » - Pharmacien

Conseils sur la façon de soutenir

On a demandé aux répondants leur opinion quant aux meilleurs moyens de soutien ou d'orientation pour un membre de l'équipe qui est touché émotionnellement à la suite d'un événement de sécurité des patients. Les principales formes de soutien suggérées par les répondants comprenaient le soutien confidentiel offert à toutes les personnes impliquées dans l'incident, le débriefage, la reconnaissance de la situation et la sympathie, l'écoute active, le suivi et le soutien en personne.

- « La meilleure chose à faire est D'ÉCOUTER ouvertement sans juger. » - Médecin
- « Ayez quelqu'un de disponible qui fait des suivis régulièrement. Pas seulement immédiatement après. » - Inhalothérapeute

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

- « Les débriefages sont utiles, mais ça demande des suivis quelques semaines/mois plus tard pour voir si ça va bien, s'il y a eu un impact sur le travail, s'il y a un besoin de soutien additionnel. » - Médecin
- « Reconnaître l'impact; rendre facile la recherche d'aide pour les personnes touchées, non seulement en soins infirmiers, mais dans toutes les professions. »
- « Soutien confidentiel pour tout individu qui participe à la divulgation. » - Médecin

Conclusion

Les résultats de cette étude nous donnent un aperçu des effets des ISP sur nos travailleurs de la santé. En particulier, ils soulignent que l'impact psychologique des ISP dépasse l'impact de la détresse physique. Ces résultats confirment que les travailleurs de la santé qui ont vécu un ISP doivent avoir un soutien affectif à leur disposition^{4, 6}.

Une révélation importante de l'étude concerne le nombre de répondants au sondage qui avaient vécu un ISP au cours des 12 derniers mois, mais n'avaient pas reçu de soutien. En effet, parmi les répondants qui ont indiqué avoir vécu un ISP, seulement 6,5 % auraient reçu de l'aide. Dans l'ensemble, 89,4 % ont répondu qu'ils n'avaient reçu aucun soutien. Sans une équipe de soutien, les travailleurs de la santé auront plus de difficulté à faire face à l'incident et à se rétablir complètement⁴.

Les répondants ont clairement indiqué que le soutien entre pairs est l'un des types de soutien les plus utiles après un ISP. Ils ont également indiqué que le soutien des gestionnaires/superviseurs et le soutien institutionnel étaient importants. En même temps, les répondants étaient préoccupés par le niveau de soutien de la direction, certains répondants indiquant même qu'ils avaient peur de les demander de l'aide. Un vaste sondage mené auprès de médecins aux États-Unis et au Canada a trouvé que 90 % des médecins indiquaient que les hôpitaux et les établissements de soins de santé ne les appuyaient pas lorsqu'ils subissaient le traumatisme d'un ISP⁵.

Dans notre sondage, non seulement les répondants avaient clairement indiqué qu'ils voulaient plus de soutien de leur institution et de la haute direction, mais qu'ils voulaient aussi recevoir leur empathie et la reconnaissance de ce qu'ils subissaient. Ces résultats sont soutenus par Denham (2007), qui affirme que les travailleurs de la santé qui ont vécu un incident de sécurité des patients doivent savoir sans tarder que leurs pairs les respectent et les soutiennent, qu'ils demeurent des membres de confiance et appréciés de l'équipe et qu'ils sont soutenus par la haute direction³.

En terminant, il faut noter qu'un très grand nombre de TRM ont répondu au sondage. Étant donné qu'ils représentaient 59 % des répondants, leur intérêt à remplir le sondage justifie une analyse plus poussée. Par exemple, les résultats pourraient indiquer que ce groupe est touché par les ISP et a utilisé le sondage pour exprimer ses préoccupations au sujet de la façon dont les travailleurs de la santé sont soutenus après de tels incidents. Il serait utile de faire un suivi auprès des TRM grâce à des groupes de discussion ou des entrevues avec des représentants clés afin de préciser la nature des préoccupations et leur origine.

Les résultats de sondage soulignent l'importance de sensibiliser les travailleurs de première ligne, les autorités supérieures et les institutions quant à la nécessité de fournir un soutien après un ISP. L'ICSP espère que les établissements de soins prêteront attention à ce que les travailleurs de la santé expriment dans le cadre de cette enquête et utiliseront les outils, les ressources et les lignes directrices présentés dans *Créer un espace sûr : stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé* en vue d'élaborer des programmes de soutien pour leur personnel.

Références

1. Burlison, J., Scott, S.D., Browne, E.K., Thompson, S.G. & Hoffman, J.M. (2016). The second victim experience support tool (SVEST): validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources. *Journal of Patient Safety. Journal of Patient Safety*. Manuscrit de l'auteur; disponible dans PMC 26 février 2016.
2. Chavez, E. (2016). *Phénomène de la seconde victime*. Institut canadien pour la sécurité des patients.
3. Denham, C. (2007). TRUST: The 5 rights of the second victim. *Journal of Patient Safety*, 3(2): 107-119.
4. Hall, L. & Scott, S. (2012). The second victim of health care adverse events. *Nursing Clinics of North America*, 47:383-393.
5. Leape, L., Berwick, D., Clancy, C. et al. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18: 424-428.
6. Scott, S., Hirschinger, L. & Cox, K. (2008). Sharing the load: rescuing the healer after the trauma. *RN*, 71(12):38-43.

Créer un espace sûr

**Section 2 : Analyse
environnementale à l'échelle
mondiale des programmes de
soutien entre pairs**



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada



Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien pour la sécurité des patients

Acknowledgements

Section 2 : Analyse environnementale à l'échelle mondiale des modèles de soutien aux travailleurs de la santé

Groupe de travail

Amy Pack
Renee Misfeldt
Gabrielle Lucente
Gina Peck
Markirit Armutlu
Diane Aubin
Eleanor Fitzpatrick
Dr^e Katrina Hurley

Affiliations actuelles

L'Institut canadien pour la sécurité des patients
Diane Aubin Consulting
Izaak Walton Killam (IWK) Health Centre
Izaak Walton Killam (IWK) Health Centre

Remerciements

L'ICSP souhaite remercier la Commission de la santé mentale du Canada pour son appui généreux à l'égard de la mise à jour de cette analyse environnementale à l'échelle mondiale. Merci aux patients, aux prestataires de soins, aux dirigeants opérationnels, aux organismes de réglementation et aux bailleurs de fonds pour votre passion et votre engagement à améliorer la sécurité des soins aux patients et à promouvoir un environnement de travail positif et sécuritaire sur le plan psychologique pour les prestataires. Nous vous invitons à partager vos réalisations et vos défis tout au long de ce projet.

Avis de non-responsabilité

Cette publication est fournie à titre d'information seulement. Tous les exemples présentés ne visent qu'à illustrer le propos. Cette publication ne peut remplacer un avis juridique. Elle ne constitue pas une interprétation officielle de la loi et ne lie pas l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Section 2 : Analyse environnementale à l'échelle mondiale des programmes de soutien entre pairs

Introduction

.....

Deux analyses ont été effectuées dans le cadre de ce rapport; la première en 2018 et la deuxième en 2020. L'Institut canadien de la sécurité des patients (ICSP) a déterminé qu'il serait utile d'effectuer une analyse de la littérature nationale et internationale. En 2018, des chercheurs du Centre de santé IWK avaient reçu un appui financier sous forme d'une « subvention de recherche de catégorie A » du Centre de santé IWK pour mener une étude de portée afin d'explorer la façon dont les professionnels de la santé reçoivent du soutien après un incident de sécurité des patients, et surtout les programmes de soutien entre pairs. L'ICSP a donc collaboré avec les chercheurs d'IWK pour rédiger ce rapport fondé sur les conclusions de leur étudeⁱⁱ.

L'étude du Centre de santé IWK a exploré l'éventail et le contexte des stratégies de soutien affectif utilisées au Canada et à l'étranger pour soutenir les professionnels de la santé dans leur milieu de travail. Les chercheurs ont examiné des données qualitatives et quantitatives, ainsi que des politiques, des présentations, des guides et des brochures. Plus précisément, les objectifs étaient de :

- décrire les programmes de soutien entre pairs qui traitent de l'impact des incidents de sécurité des patients (ISP) sur les professionnels de la santé;
- décrire le public cible de la stratégie; et
- publier les résultats de la stratégie pour les professionnels de la santé et l'établissement dans son ensemble.

L'ICSP a également collaboré avec l'équipe d'IWK pour mener un sondage supplémentaire auprès d'établissements de soins de santé au Canada qui avaient déjà établi ou étaient en train d'établir un programme de soutien entre pairs.

En 2020, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a financé une mise à jour de l'analyse environnementale, élargissant la portée de la recherche à tous les modèles de soutien aux travailleurs de la santé et ne se limitant pas aux programmes de soutien entre pairs. La CSMC et SoinsSantéCAN ont consulté des organismes de soins de santé partout au Canada afin de définir les facteurs de stress chronique uniques qui existent dans le secteur des soins de santé. Deux autres facteurs psychosociaux propres aux soins de santé ont été identifiés :

ⁱⁱ Les conclusions scientifiques de la recherche d'IWK seront publiées dans un article intitulé « *Organizational interventions to support second victims in acute care settings: a scoping study* », dans une revue évaluée par des pairs.

.....

- Des stratégies de protection contre la détresse morale : un milieu de travail dans le domaine de la santé où le personnel est capable de faire son travail avec un sentiment d'intégrité soutenu par sa profession, son employeur et ses pairs; et
- Le soutien de l'autosoin psychologique : avoir une main-d'œuvre en santé où le personnel est encouragé à prendre en charge sa propre santé et sécurité psychologiques.

L'analyse environnementale comprenait des modèles de soutien aux travailleurs de la santé pertinents à la pandémie COVID-19. La principale question de la recherche pour l'analyse de 2020 était la suivante : quels modèles de soutien aux travailleurs de la santé ont été mis en œuvre partout au Canada et à l'étranger dans le domaine des soins de longue durée, des soins primaires, des soins à domicile et des soins de courte durée? Deux chercheurs de l'ICSP ont achevé l'analyse environnementale de 2020.

Les tableaux suivants sont divisés en modèles de soutien aux travailleurs de la santé selon les géographies, soit internationales ou canadiennes.

Méthodes

Analyse environnementale de 2018

L'analyse environnementale de 2018 portait sur les programmes de soutien entre pairs pour des prestataires de soins. Dans le cadre de cette analyse, les chercheurs ont effectué une étude de portée à l'aide du cadre Arskey et O'Malley¹ afin de caractériser l'éventail et le contexte des stratégies utilisées pour le soutien psychologique des professionnels de la santé.

Les bases de données scientifiques suivantes ont été consultées :

- PubMed (novembre 2018);
- Embase via Elsevier (septembre 2017);
- Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHL) via EBSCOHost (septembre 2017);
- PsycINFO via EBSCOHost (septembre 2017);
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) via Cochrane Library (septembre 2017); et
- Web of Science Core Collection via Clarivate Analytics (septembre 2017).

Tous les titres et résumés qui semblaient pertinents ont été choisis afin de faire l'examen de leur texte intégral. Deux évaluateurs ont examiné de façon indépendante les textes intégraux des articles afin de déterminer s'ils traitaient de programmes de soutien affectif pour les professionnels de la santé. Durant l'examen, le texte et les listes de référence des documents inclus ont également été examinés pour y trouver des mentions de programmes de soutien aux « secondes victimes » non indiqués dans la recherche. Les chercheurs ont communiqué avec les auteurs des études pour obtenir des précisions au sujet de leurs programmes.

De plus, on a communiqué avec les organismes suivants afin de leur demander de la documentation sur les programmes de soutien affectif pour les professionnels de la santé dont ils étaient au courant, ainsi que les coordonnées des responsables :

- Institute for Healthcare Improvement (IHI);
- Conseils provinciaux canadiens de la sécurité des patients et de la qualité des soins;
- The Joint Commission;
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);
- National Patient Safety Foundation;
- Association canadienne de protection médicale (ACPM);
- National Patient Safety Agency;
- Agrément Canada;
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada;
- Ordres des infirmières et infirmiers (ordres provinciaux canadiens);
- Association des infirmières et infirmiers du Canada;
- Association des pharmaciens du Canada;
- Collège des médecins de famille du Canada;
- Association médicale canadienne; et
- Médecins résidents du Canada.

Les données étaient rassemblées et résumées dans un tableau et les programmes classés et analysés selon leurs caractéristiques et leurs thèmes communs. La stratégie de recherche pour l'analyse environnementale de 2018 favorisait l'identification de programmes de soutien entre pairs publiés dans des revues évaluées par des pairs. Ce domaine d'étude est en progression rapide et nous croyons qu'il existe de nombreux autres programmes qui n'ont pas encore été évalués par des pairs et publiés ou qui sont en phase de développement. Certains programmes existent peut-être exclusivement sur des réseaux internes ou des sites à accès protégé. La nécessité d'assurer la confidentialité dans ce domaine sensible ajoute un obstacle à la production d'ouvrages de recherche axés sur les résultats.

L'ICSP a identifié et évalué plusieurs programmes de soutien entre pairs canadiens établis ou en voie de l'être. Les organismes et établissements suivants figuraient parmi ceux que nous avons interrogés :

- Critical Incident Stress Program (CISP), British Columbia Emergency Health Services (BCEHS) et membres du BC First Responders' Mental Health Committee;
- Programme de gestion du stress professionnel à la suite d'un incident critique (PGSPIC) (Santé Canada : fournit des services aux infirmières qui travaillent dans les collectivités des Premières nations partout au Canada);
- Peer Support and Trauma Response Program (The Toronto Hospital for Sick Children - SickKids);
- Peer Trauma Response Team Program (Alberta Health Services);
- Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)
- Second Victim Peer Support (Hôpital Michael Garron);
- Hôpital St. Michael (encore en phase de développement);;
- Alliance Chatham-Kent pour la santé (encore en phase de développement); et
- Second Victim Guidance Team (Central Health, Terre-Neuve-et-Labrador).

Il est probable que cette liste de programmes de soutien entre pairs dans les établissements de soins de santé au Canada ne soit pas exhaustive. Alors que nous faisons la promotion de l'étude et élargissons notre portée à l'échelle du pays, nous continuerons sans aucun doute de découvrir d'autres programmes et établissements qui offrent des programmes de soutien affectif aux travailleurs de la santé.

Grâce au sondage et aux entrevues individuelles, nous avons recueilli des données sur la façon dont les établissements ont mis en œuvre leur PSP et pourquoi, des détails sur le mandat, la portée et les politiques, ainsi que de l'information sur la formation, la confidentialité et l'évaluation. Une majeure partie de l'information recueillie dans le cadre de l'étude et des entrevues est présentée dans la section « Pratiques exemplaires pour les programmes de soutien entre pairs en milieu de travail dans les établissements de soins de santé », mais nous incluons dans cette section un résumé global du contexte canadien. Les questions du sondage se trouvent à [l'Annexe 1](#).

Enfin, une Trousse à outils a été élaborée pour aider les dirigeants et les décideurs en matière de soins de santé à élaborer, à mettre en œuvre ou à améliorer un programme de soutien entre pairs en milieu de travail pour les prestataires de soins de santé. Il comprend des outils, des ressources et des modèles provenant d'organismes du monde entier qui ont mis en œuvre avec succès leurs propres programmes de soutien entre pairs pour les prestataires de soins de santé. Cette Trousse à outils a été élaborée en partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada. La Trousse à outils 2018 comprend les programmes et contenus de 24 organismes. Bien qu'une recherche approfondie ait été menée en 2018, l'ICSP a décidé d'élargir la recherche en utilisant une méthode systématique fondée sur des données probantes pour s'assurer d'avoir fait le tour de toutes les ressources disponibles.

Analyse environnementale de 2020

Pour la version mise à jour de 2020, la portée de l'étude fut élargie pour inclure des modèles de sécurité psychologique pour les prestataires de soins de santé, et comprenant notamment des soutiens d'autosoin et psychologiques qui s'attaquent à la détresse morale et peuvent être de nature préventive, c'est-à-dire des programmes qui visent à favoriser la résilience morale ou qui offrent des stratégies disponibles aux prestataires de soins de santé subissant de la détresse morale. De plus, en raison de la pandémie COVID-19, l'étude comprenait une recherche de ressources et d'outils mis en place dans le contexte de COVID-19 (p. ex. s'attaquer à la détresse morale pendant la pandémie). Le cadre Arskey et O'Malley a également été utilisé pour orienter la sélection et l'analyse des dispositifs de soutien psychologique.

Plusieurs recherches ont été effectuées à l'aide des bases de données suivantes : Medline(R) ALL (Ovid), Embase (Ovid), PsycInfo (Ovide) et CINAHL Plus avec texte intégral (EBSCO). Ces recherches ont utilisé à la fois des vocabulaires contrôlés comme les rubriques médicales (MeSH) et des mots clés représentant des concepts tels que : (détresse psychologique OU épuisement professionnel) ET (programme OU intervention). Des critères supplémentaires furent appliqués, y compris des termes sur (covid-19 OU 2019-nCov) OU (sécurité des patients ou préjudices subis par les patients). La recherche dans la littérature scientifique a porté sur des articles publiés entre le 1^{er} janvier 2010 et le 15 mai 2020. Aucune restriction n'a été utilisée et des stratégies ont été adaptées pour chaque base de données. En plus de ces travaux de recherche, on a effectué une recherche de littérature grise.

Tous les titres et résumés qui semblaient pertinents ont été retenus pour un examen des résumés et entrés dans Covidence®. Deux réviseurs de l'ICSP ont examiné ces résumés de façon indépendante afin de déterminer s'ils décrivaient un programme visant à appuyer l'autosoin psychologique, le soutien à l'égard de la détresse morale et le soutien entre pairs pour les prestataires de soins de santé. Tout écart a été résolu par consensus. Les résumés choisis et inclus ont été fournis par le bibliothécaire de l'ICSP et ont fait l'objet d'un deuxième examen d'approbation de leur inclusion. Les critères d'inclusion utilisés pour la recherche étaient les suivants :

- Langues : français et anglais;

- Travailleurs de la santé en soins de courte et de longue durée, en soins primaires et en soins à domicile; et
- Modèles internationaux et canadiens de soutien aux travailleurs de la santé tels que des programmes de soutien entre pairs, des trousseaux d'outils, des systèmes d'intervention en cas de crise, des domaines, des ensembles de mesures, des modèles d'intervention rapide et tout autre service traitant de la santé et de la sécurité psychologiques des travailleurs de la santé grâce à des moyens de protection contre la détresse morale et de soutien psychosocial à la fois en temps normaux et pendant la pandémie de 2020.

Lors de l'examen des textes intégraux, les listes de textes et de documents de référence ont également fait l'objet d'un examen préalable pour les ressources et les modèles d'autosoin psychologique, de détresse morale et de soutien entre pairs pour les prestataires de soins de santé qui n'ont pas été trouvés dans la recherche. Les auteurs des études incluses dans la première analyse et la mise à jour ont été contactés et on leur a demandé des précisions sur leurs programmes et s'ils avaient d'autres outils, programmes et ressources supplémentaires à signaler. Ils ont été plus particulièrement interrogés au sujet des processus suivis dans l'élaboration de leurs programmes, les obstacles rencontrés et les indicateurs de succès (si disponibles). L'objectif était de trouver des programmes qui avaient été évalués et maintenus au fil du temps.

Lorsque l'analyse environnementale a été mise à jour, l'équipe de recherche a utilisé des sondages ciblés au moyen d'appels et de courriels aux organisations offrant des modèles de soutien aux travailleurs de la santé avec des informations insuffisantes en ligne. Ces enquêtes informelles ont été utilisées pour recueillir de l'information sur les programmes, les ressources et les outils sur le bien-être psychologique, y compris la détresse morale et l'autosoin psychologique, ainsi que le soutien entre pairs aux prestataires de soins de santé. Les organisations suivantes ont été contactées :

- Institute for Healthcare Improvement (IHI)
- The Joint Commission
- Agency for Healthcare Research and Quality
- National Patient Safety Foundation
- Association canadienne de protection médicale
- Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé
- Fondation nationale pour la sécurité des patients
- Association canadienne de pratique médicale
- Fondation nationale pour la sécurité des patients
- Agrément Canada
- Ordres des infirmières et infirmiers
- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
- Association des pharmaciens du Canada
- Collège des médecins de famille du Canada
- Association médicale canadienne
- Médecins résidents du Canada
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
- Réseau mondial pour la sécurité des patients
- Conseil international des infirmières
- Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale
- Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
- Initiative nationale pour les troubles de l'alimentation
- Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé
- Menno Place
- Sinai Health System
- BC Emergency Health Services
- BC Children's Hospital
- SoinsSantéCAN

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

- Providence Health Centre
- Montfort
- Hôpital Michael Garron
- Saskatchewan Health Authority
- Vancouver Island Health Authority
- Covenant Health
- Sick Kids
- Alberta Health Services
- St. Joseph's Health Care London
- Eastern Health, Health Sciences Centre
- Nova Scotia Health Authority

On ne cherchait pas à établir une liste exhaustive d'organisations internationales et canadiennes. Nous avons recueilli les renseignements suivants sur les programmes, outils et ressources de soutien existants et mondiaux qui favorisent la sécurité psychologique et le bien-être des travailleurs de la santé, et qui abordent la sécurité psychologique et la détresse morale. Le sondage en ligne comprenait également des questions pour nous aider à trouver des collaborateurs potentiels et des conseils sur notre recherche (p. ex. les termes à rechercher). Les questions de sondage pour l'analyse de 2020 se trouvent à l'**Annexe 2**.

De plus, la trousse a été mise à jour pour tenir compte de la portée élargie de l'analyse environnementale de 2020. La Trousse à outils mise à jour aide les dirigeants et les décideurs en matière de soins de santé à élaborer, à mettre en œuvre ou à améliorer un programme de soutien aux travailleurs de la santé en milieu de travail, en mettant l'accent sur les soins psychologiques et en réduisant la détresse morale. Elle comprend des outils, des ressources et des modèles d'organisations du monde entier qui ont mis en œuvre avec succès leurs propres programmes de soutien aux travailleurs de la santé. Cette Trousse à outils a été élaborée en partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada.

Deux stratégies ont été utilisées pour la mise à jour de la trousse à outils. Tout d'abord, les concepteurs des programmes identifiés dans les analyses environnementales de 2018 et 2020 ont été contactés en vue d'obtenir tout autre contenu de programme, comme des ressources de formation, des documents de politique, du matériel promotionnel, des agendas/horaires, des témoignages et des modèles. Deuxièmement, une recherche systématique de la littérature grise a été menée pour identifier toutes les ressources supplémentaires, telles que de l'information de base, des fiches d'information, des feuilles de travail, des balados, des reportages, des webinaires, etc. qui traitent du bien-être général, de l'autosoins psychologique et de la détresse morale des travailleurs de la santé. Cette recherche a permis de trouver des ressources provenant de 37 autres organisations/programmes.

Données

Dans le cadre de l'analyse de 2018, 5 634 titres et résumés ont été examinés. Les chercheurs ont identifié 21 programmes organisationnels qui fournissent un soutien affectif aux professionnels de la santé. Ils ont identifié deux types principaux de stratégies : les programmes de soutien entre pairs²⁻⁷ et d'éducation proactive^{5, 8-12}. L'éducation proactive comprenait des programmes d'études et des trousseaux à outils visant à accroître les connaissances et la sensibilisation au concept de la « seconde victime » (un terme encore largement utilisé, mais comme nous l'expliquons dans [l'introduction de ce document](#), un terme que CPSI a choisi d'éviter) ainsi que des stratégies d'adaptation. Certains programmes comprenaient à la fois des éléments de soutien entre pairs et d'éducation proactive¹³⁻¹⁹.

Pour la mise à jour de 2020, une deuxième recherche a été effectuée pour effectuer une stratégie de recherche plus élargie. Dans cette deuxième itération, 4 103 titres et résumés ont été examinés indépendamment par deux chercheurs de l'ICSP qui ont constaté une certaine répétition des résultats de l'analyse environnementale de 2018. De ce nombre, 3 762 ont été exclus et jugés non pertinents. Les

autres documents ont été téléchargés dans Covidence® par le bibliothécaire de l'ICSP. Après un examen de la pertinence des documents intégraux, 28 études ont été incluses dans l'étude et ajoutées ci-dessous.

Les tableaux 2.1 et 2.2 suivants, qui comprennent les conclusions de l'analyse de 2018 et 2020, décrivent divers modèles internationaux et canadiens, des trousseaux d'outils, des programmes et des ressources visant à protéger et améliorer la santé psychologique et le bien-être des fournisseurs de soins de santé, y compris ceux qui offrent des programmes de formation proactifs, le soutien entre pairs après un incident de sécurité des patients, ainsi que les programmes axés sur la santé et le bien-être psychologiques et notamment l'autosoin psychologique et la détresse morale. Chaque tableau comprend de l'information sur le programme, son mandat et sa portée de soutien, les clients/publics visés du programme, le processus de mise en œuvre, les obstacles à la mise en œuvre et les indicateurs de succès. Dans la mesure du possible, les indicateurs de succès ont été inclus pour démontrer l'efficacité des programmes. En outre, bien que les programmes de soutien aux travailleurs de la santé aient des mandats et des portées de soutien spécifiques, ces programmes peuvent avoir des effets indirects sur d'autres facteurs psychosociaux importants chez les travailleurs de la santé. Par exemple, les programmes de soutien entre pairs peuvent fournir un soutien et des ressources qui abordent la détresse morale et améliorent l'autosoin psychologique.

Modèles de soutien aux travailleurs de la santé à l'échelle mondiale

Il existe de nombreux programmes excellents et novateurs qui traitent des facteurs psychosociaux propres aux travailleurs de la santé. Pourtant, de nombreuses organisations de soins de santé ne savent pas où obtenir du soutien ou ont du mal à trouver des programmes fondés sur des données probantes d'une manière rapide, adaptée à leurs besoins et à leur contexte. Le partage d'information sur les programmes qui fonctionnent est nécessaire. Il faut aussi une approche plus complète, en amont et mieux coordonnée pour soutenir la santé mentale des travailleurs de la santé partout au Canada. Dans le cadre de cet effort, des programmes éducatifs et de soutien entre pairs ont été identifiés dans l'analyse environnementale de 2018, et des programmes visant à améliorer l'autosoin psychologique et à réduire la détresse morale ont été identifiés lors de l'analyse environnementale de 2020.

Dans l'analyse environnementale de 2018, plusieurs programmes éducatifs et programmes de soutien entre pairs internationaux étaient identifiés. Dans certains cas, des stratégies éducatives étaient regroupées avec des programmes de soutien entre pairs afin de promouvoir leurs programmes de soutien entre pairs et de sensibiliser le public au phénomène de la seconde victime « pour normaliser le comportement de la recherche de soutien après un événement indésirable »¹⁴. Par exemple, RISE avait utilisé un site Web, des vidéos promotionnelles, des publications internes, des économiseurs d'écran, des présentations à des services ciblés et des champions des unités pour promouvoir les connaissances au sujet des secondes victimes et du programme de soutien entre pairs RISE¹⁷. YOU Matter et forYOU cherchaient à éduquer le personnel pour faciliter sa capacité à identifier et à fournir un premier soutien à une seconde victime^{13,16}. Le mandat éducatif de PeerSupport (anciennement « SWADDLE ») allait au-delà de la sensibilisation aux programmes et au premier soutien donné au personnel^{15,19}. PeerSupport avait pour objectif d'encourager la résilience grâce à des colloques et des « cycles de résilience » où l'on discutait de la fatigue liée à la compassion et de la pleine conscience¹⁹. Un programme de soutien entre pairs – Battle Buddies – a été mis au point afin de fournir des soutiens pendant la pandémie COVID-19 et offre une approche de déploiement rapide échelonnée.

Certains programmes étaient systématiquement offerts aux professionnels de la santé à la suite d'un événement particulier dans l'établissement, tandis que d'autres programmes dépendaient de

l'autoactivation ou de la recommandation d'un collègue ou d'un administrateur. Un des programmes, le Clinician Peer Support Program, décrit plusieurs voies par lesquelles il peut être activé : autoactivation, recommandation par un pair aidant ou par le personnel de sécurité des patients ou de gestion des risques¹⁴. Dans le cadre du programme Physicians Insurance Peer Support Program, les cliniciens sont contactés par des pairs formés par le service des réclamations afin de fournir un soutien avant ou durant un litige⁵.

Un seul des programmes exigeait la participation. La participation à Healing Beyond Today était obligatoire pour le personnel², car le programme fut créé en réponse à un incident de sécurité des patients spécifique et significatif. Certains programmes comme RISE et forYou étaient fondés sur un modèle de soins échelonnés, tandis que le niveau d'intensité et d'efficacité des ressources affectées est assumé au besoin par le professionnel de la santé. Plusieurs des programmes avaient plusieurs étapes de mise en œuvre, y compris YOU Matter, qui fut mis en œuvre sur une période de quatre ans. Les obstacles à la mise en œuvre des programmes comprenaient la stigmatisation, la confidentialité, le manque de sensibilisation aux programmes et le temps de travail supplémentaire requis pour l'achèvement.

Lors de l'analyse environnementale de 2020, des programmes axés sur l'élaboration de stratégies et de techniques visant à développer l'autosoin psychologique et à réduire la détresse morale étaient ciblés. L'autosoin psychologique englobe une variété de comportements et de stratégies, notamment l'amélioration de la santé physique par la nutrition et l'exercice, un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la pensée positive et le discours intérieur ainsi que le tissage de réseaux de soutien social. D'autres stratégies pour la réduction du stress comme le yoga, la méditation et la journalisation ont également été étudiées. La stratégie d'autosoin psychologique la plus courante trouvée dans la littérature consistait en des ateliers et séances d'apprentissage dirigés pour réduire l'épuisement professionnel (p. ex. le programme contre l'épuisement professionnel) ou sur des techniques visant à améliorer le bien-être et à réduire le stress, y compris la conscience réfléchie, la méditation, le yoga, etc. Ces programmes portaient sur la réduction de l'épuisement professionnel, de l'anxiété, du stress, de la fatigue liée à la compassion ainsi que sur l'amélioration de la résilience. Enfin, l'analyse environnementale de 2020 portait aussi sur des programmes élaborés pour aider les travailleurs de la santé à réduire la détresse morale. Plusieurs de ces programmes comprennent la réduction de la détresse morale dans le cadre de leur mandat ou de leur champ d'intervention.

Le [tableau 2.1](#) présente un résumé international complet des dispositifs de soutien aux travailleurs de la santé pour la santé psychologique, y compris celles conçues pour le soutien entre pairs, l'autosoin psychologique et la réduction de la détresse morale. Il faut noter que bon nombre des outils et ressources de ces modèles de support sont disponibles dans la trousse d'outil Création un espace sûr.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Tableau 2.1 : Résumé des modèles de soutien aux travailleurs de la santé à l'échelle mondiale

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
University of Missouri Health Care (MUHC), Missouri, É.-U.	forYOU ^{16,20,21}	L'équipe forYOU fournit un soutien confidentiel 24h/24 et 7j/7 et des premiers soins émotionnels aux cliniciens, répond à des besoins uniques grâce à un modèle de soutien à trois niveaux et sensibilise davantage les institutions aux « secondes victimes ».	Soutien entre pairs (Premiers soins émotionnels après des événements imprévus ou stressants/traumatiques)	Cliniciens et personnel hospitalier	Modèle de soutien à trois niveaux. Niveau 1 : soutien et stratégie locaux/du service pour promouvoir l'identification et la sensibilisation des secondes victimes. Niveau 2 : orientation et soutien des secondes victimes identifiées par des pairs aidants spécialement formés. Niveau 3 : accès aux services professionnels (p. ex., aumônerie, PAE, travail social et psychologue de santé clinique). La formation est offerte aux pairs aidants.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.
Methodist Hospital of Indiana, Indiana, É.-U.	Healing Beyond Today ²	Healing Beyond Today est un programme de débriefage sur le stress lié aux incidents critiques lancé à la suite d'un ISP d'USIN pour aider à la transition et au retour au travail. Les séances comprenaient le partage des sentiments et du deuil pour aider au	Après incident critique (retour au travail)	« Seconde victimes » d'un ISP particulier	Développé et mis en œuvre à la suite d'un incident critique particulier. La présence était obligatoire pour tout le personnel de l'unité, et les invitations ont été adressées au personnel auxiliaire. Les séances ont eu lieu à l'extérieur du site, loin du site de l'événement ISP.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		pardon de soi, au retour au travail et à la création d'une vision d'avenir.					
Johns Hopkins Hospital Maryland, É.-U.	Resilience in Stressful Events ^{17,22} (RISE)	Une équipe multidisciplinaire de pairs aidants activée par un système de pagettes pour fournir un soutien psychologique confidentiel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 après un incident critique. L'équipe RISE répond dans env. 30 minutes, organise une réunion dans les 12 heures pour fournir les premiers soins psychologiques et les ressources qui peuvent être utiles. Après la rencontre, le pair aidant active la séance de débriefage.	Soutien entre pairs Événement patient imprévu, situation stressante ou blessure liée au patient	Professionnels de la santé	La mise en œuvre se déroule en 4 phases : 1) élaboration du programme RISE, 2) Recrutement et formation des pairs aidants, 3) Lancement du projet pilote RISE et 4) Lancement de RISE à l'échelle de l'hôpital. Programme géré par les ressources existantes de l'hôpital et s'appuyant sur le bénévolat du personnel hospitalier. La formation des pairs aidants est un atelier de deux jours.	Les obstacles comprennent le manque de sensibilisation au programme, la nécessité d'aller au-delà de la culture du blâme, les heures supplémentaires nécessaires au personnel pour gérer les événements indésirables. Préoccupations du personnel au sujet de la confidentialité, du risque lié aux conséquences juridiques.	La plupart des pairs aidants pouvaient offrir des ressources supplémentaires au personnel, pensaient que leurs interactions étaient utiles et réussies et qu'ils étaient capables de répondre aux attentes du personnel.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
Scott & White Medical Center, Texas, É.-U.	Staff Well-being Assistance During Difficult Life Events ^{19,23} (SWADDLE)	1:1 Le soutien continu des pairs fournit des premiers soins psychologiques et des renvois vers des ressources extérieures. Basé sur le modèle Scott à trois niveaux de soutien du personnel. Le programme offre une formation en prévention pour la fatigue de compassion, le stress traumatique secondaire et l'épuisement professionnel. Les tournées de résilience sont programmées tous les deux mois; il s'agit à la fois d'une composante didactique et d'une discussion de groupe confidentielle et facilitée de 20 à 30 minutes. Formation également dans les domaines en soins psychologiques « à	Soutien entre pairs	Professionnels de la santé	Le soutien entre pairs a été lancé à la suite d'incidents défavorables, de réclamations, de litiges et de plaintes ou de mesures disciplinaires du conseil.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		risque élevé ». Un clinicien autorisé en santé comportementale a également été embauché pour évaluer l'escalade des crises psychologiques et accélérer les renvois psychiatriques.					
Washington University School of Medicine, É.-U.	Washington University School of Medicine Clinician Peer Support Program ¹⁴	Des pairs formés fournissent un soutien psychologique aux cliniciens après des ISP. Les pairs aidants travaillent avec les cliniciens pour améliorer la résilience en identifiant et en encourageant des stratégies d'adaptation positives. Les pairs aidants sont formés pour se concentrer sur les émotions et le bien-être du clinicien, et non sur l'événement lui-	Soutien entre pairs	Cliniciens (médecins, résidents, boursiers, assistants médicaux, infirmières praticiennes et infirmières anesthésistes agréées)	Le programme a été élaboré avec l'appui de la Washington University School of Medicine, du WUSM Faculty Practice Plan et des services de gestion des risques juridiques. Les renvois vers des services, pas soi-même, par un pair aidant ou par le personnel de sécurité des patients ou de gestion des risques. Le programme de formation fournit de l'information fondée sur des données probantes sur l'impact émotionnel et fonctionnel des ISP, de l'information sur les mécanismes d'adaptation positifs et la résilience des cliniciens, ainsi que sur les signes avant-coureurs établis et les facteurs de risque connus de la dépression et/ou du	Le programme s'attaque aux obstacles comme le manque de temps pour demander de l'aide, les craintes au sujet de la confidentialité, les répercussions négatives potentielles sur la carrière et la stigmatisation en matière de santé mentale.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		même. Aucune note n'est conservée, et les cliniciens sont assurés de la confidentialité de toutes les conversations.			suicide.		
Nationwide Children's Hospital, Ohio, É.-U.	YOU Matter ¹³	Un programme de soutien entre pairs qui est disponible 24h/24 et 7j/7 pour le soutien psychologique après un incident critique. Stratégies basées sur le modèle Scott à trois niveaux de soutien ¹⁶ . Les formulaires de rencontre sur SharePoint et n'incluent que des données non identifiantes. Ce site Web contient également des procès-verbaux de réunion, des listes de ressources et des contenus promotionnels.	Soutien entre pairs	Professionnels de la santé	Le programme a été mis en œuvre sur une période de quatre ans, en commençant par une meilleure compréhension des « secondes victimes » et un remue-méninge sur des dispositifs de soutien. Après l'évaluation des besoins de l'hôpital, une étude pilote fut menée et évaluée et un programme de formation sur le soutien entre pairs a été créé. Ensuite, des contenus marketing ont été créés et le programme a été déployé dans les unités cliniques et non cliniques et à leur personnel. Au fur et à mesure que le programme s'est développé, davantage de personnel de soutien a été embauché. L'évaluation et la rétroaction continuent en vue de faire des améliorations. Le programme a été géré et les informations distribuées à l'aide	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
					<p>de SharePoint (une plateforme en ligne).</p> <p>La formation de soutien entre pairs comprend 4,5 heures de conférences didactiques, du travail en petits groupes et des discussions.</p>		
Cohen Children's Medical Center, New York, NY, É.-U.	Helping Our Peers Endure Stress (HOPES) Program ^{24, 25}	<p>Soutien entre pairs 24h/24 et 7j/7 à la suite d'incidents critiques. L'équipe HOPES peut être activée par n'importe qui au sein de la division.</p> <p>Trois types de stratégies sont disponibles selon le type, l'urgence et l'intensité de la situation. Ces stratégies sont les suivantes :</p> <p>Désamorcer –dans les quelques heures suivant l'incident, reconnaît l'expérience, sensibilise aux</p>	Soutien entre pairs et auto-soin psychologique	À la suite d'un incident critique, n'importe qui au sein du service peut activer HOPES.	<p>HOPES a été conçu pour un service spécifique d'un centre médical et le personnel HOPES a le même profil que le personnel du service, ainsi permettant la représentation par des pairs. Un énoncé de mission, des valeurs fondamentales, la structure de l'équipe, l'appartenance à l'équipe, des procédures de garde et d'activation sont élaborés. Le programme est promu lors des réunions du personnel, des réunions matinales, des séances d'enseignement ainsi qu'à l'aide d'affiches et de panneaux. Pour assurer l'amélioration continue et la durabilité, un soutien administratif, un soutien financier et la tenue de dossiers sont nécessaires.</p> <p>La participation au programme est volontaire et le personnel n'est</p>	Le programme aborde les questions de confidentialité.	En date de juillet 2020, on a analysé l'effet du programme sur l'épuisement professionnel. On a remarqué un changement de culture dans le service : une plus grande reconnaissance de l'impact des incidents critiques, une plus grande recherche de soutien et l'évaluation des besoins émotionnels.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>réactions possibles, planifie l'avenir immédiat et évalue le besoin d'un niveau plus élevé de soins de santé mentale.</p> <p>Débriefage – dans les 24-72 heures après un incident moins grave ou comme suivi après un incident plus grave. Viser à inciter le retour au fonctionnement de base en permettant l'expression des émotions et en offrant des stratégies concrètes d'autosoin psychologique.</p> <p>Une rencontre individuelle – disponibilité 24h/24 et 7j/7 du personnel de HOPES pour obtenir sa perspective et du soutien.</p>			pas obligé d'y participer.		

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
University of Minnesota Medical Center, Minnesota, É.-U.	Battle Buddies ²⁶	Un programme de soutien entre pairs conçu pour déploiement rapide pendant la crise COVID-19. Tout d'abord, tout le monde reçoit du soutien entre pairs grâce à un « Battle Buddy ». 2 collègues travaillent ensemble et vérifient leur état réciproquement, reconnaissent les facteurs de stress et de résilience et élaborent des méthodes individualisées de se protéger du stress. Deuxièmement, un consultant en santé mentale est affecté à chaque unité afin d'aider à la mise en œuvre et d'offrir des séances de groupe. Troisièmement, un soutien individuel est offert aux personnes qui ont besoin d'aide professionnelle pour	Soutien entre pairs et auto-soin psychologique (Résistance au stress, épuisement professionnel, symptômes de SSPT, création de réponses adaptatives)	Professionnels de la santé	Conçu pour être mis en œuvre rapidement lors d'un événement soudain et stressant comme une pandémie. Former un comité directeur composé de membres clés dans les services concernés. Ce comité est responsable de l'administration du programme. Le comité directeur rencontre les chefs de service ou d'unité pour personnaliser le programme. Par la suite, trois niveaux de programme sont mis en œuvre et le comité directeur organise des réunions hebdomadaires ouvertes pour continuer à recueillir des commentaires et à apporter des changements au programme, le cas échéant.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		des besoins de santé mentale plus élevés.					
2017 Resident Wellness Consensus Summit à Las Vegas, Nevada, É.-U.	Resident Educator Toolkit ¹⁰	Trois trousse à outils ont été élaborées pour les éducateurs, y compris la trousse à outils pour les secondes victimes (4 modules), la trousse à outils de pleine conscience et de méditation (3 modules) et la trousse à outils de psychologie positive (2 modules). Les trousse à outils fournissent aux éducateurs les ressources nécessaires, les contenus didactiques et les plans d'enseignement pour mettre en œuvre des séances didactiques dans leur programme de résidence.	Autosoin psychologique (Psychologie positive, « syndrome de la seconde victime »)	Résidents	Le programme d'études a été conçu pour être flexible dans la mise en œuvre afin de répondre aux besoins des stagiaires/des services. Le programme peut être mis en œuvre comme un programme échelonné sur une année ou un module réduit à une seule séance de 45 minutes.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
Alicante-Sant Joan Health District Alicante, Spain	Mitigating Impact in Second Victims (MISE) ¹²	<p>Un programme virtuel conçu pour l'éducation sur les « secondes victimes », les réactions émotionnelles et les stratégies d'adaptation.</p> <p>Le site Web a été structuré en deux volets : démonstratif et informationnel. Le volet informationnel offre des informations sur les concepts de base de sécurité des patients. Le volet démonstratif offre des descriptions des conséquences émotionnelles des ISP et des recommandations pour les mesures à prendre à la suite d'un ISP.</p> <p>En moyenne, il a fallu 5 heures pour terminer le programme avec douze séances de 30</p>	<p>Autosoin psychologique</p> <p>(« Seconde victime », communication)</p>	Professionnels de la santé de première ligne	L'information est fournie en plusieurs formats : PowerPoint avec narration, PDF, texte, images, vidéos démonstratives et application mobile. Une évaluation externe du site Web a été effectuée et des experts en sécurité des patients ont évalué l'orientation et le contenu du programme.	Les obstacles identifiés comprennent le manque de préparation des gestionnaires, le manque de rétroaction, le manque de formation et la crainte de répercussions.	1) Après le programme, le personnel avait une meilleure connaissance des ISP, des conséquences des ISP et de ce qu'il faut faire à la suite d'un ISP.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		minutes.					
2017 Resident Wellness Consensus Summit à Las Vegas, Nevada, US	Resident Wellness Curriculum ⁹	Le programme d'études a été conçu pour traiter du soutien psychologique et du bien-être des résidents. Il comprend une série de sept modules « d'autosoin ». D'autres modules comprennent une introduction en deux modules au bien-être; une section de deux modules sur le suicide et l'autoprise en charge des médecins; une série de quatre modules sur les soins cliniques axée sur les situations difficiles en milieu de travail, le mieux-être en milieu de travail et les erreurs médicales et la honte.	Autosoin psychologique +Prévention du suicide, culture du bien-être, erreurs médicales, soins cliniques	Résidents	Le programme d'études a été conçu pour être modifié pour répondre aux besoins des stagiaires. Par exemple, des sections peuvent être réarrangées ou omises ou des ressources peuvent être envoyées par courriel aux résidents à des fins d'étude.	Aucune information trouvée.	1) L'autonomisation et l'engagement ont augmenté chez les résidents qui ont participé à des séances bihebdomadaires d'une heure comparativement aux résidents qui n'ont pas participé au programme d'études. 2) Les indicateurs d'épuisement professionnel et émotionnel et de dépersonnalisation ont diminué chez les résidents ayant participé au programme.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
Beth Israel Deaconess Medical Centre, Harvard Medical School Massachusetts, É.-U.	When Things Go Wrong ⁸	<p>Un programme d'études a été élaboré pour l'éducation sur les événements médicaux indésirables, pour la communication efficace avec les patients et la présentation d'excuses et pour améliorer et normaliser les pratiques de divulgation. Un deuxième programme d'études a été élaboré pour former les éducateurs du programme d'études.</p> <p>Le programme d'études comprend l'évaluation de base des expériences, des attitudes et des perceptions; un programme interactif à l'aide de récits de patients filmés; des stratégies de mise en</p>	<p>Autosoin psychologique</p> <p>+Présentation d'excuses auprès des patients, divulgation, communiquer avec les patients</p>	Médecins, résidents, étudiants et éducateurs en soins de santé/ membres de la faculté	Le programme a été lancé avec deux voies : « enseigner l'apprenti » pour les étudiants, les résidents et les boursiers et « enseigner l'enseignant » pour le corps des enseignants. Des procédures de divulgation des incidents indésirables sont établies et des évaluations continues sont effectuées.	Peur de demander de l'aide aux superviseurs/ enseignants cliniciens et de faire l'objet de mauvaises évaluations, des écarts dans le statut hiérarchique des individus et l'augmentation de la charge de travail alors que les horaires sont déjà chargés.	1) Beaucoup de stagiaires (79 %) et de médecins enseignants (92 %) ont signalé que le programme d'études affecterait leur propre pratique.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		œuvre pour la divulgation en temps réel.					
Cleveland Clinic, Ohio, É.-U.	Code Lavender: Holistic Rapid Response	Un programme interdisciplinaire de soutien entre pairs qui offre un soutien émotionnel. Les déclencheurs comprennent la mort inattendue, la mort ou la maladie du personnel ou des patients de longue durée. Première réponse en 30 minutes, avec des contacts répétés au cours des 72 heures qui suivent. Les services offerts comprennent le massage, les soins spirituels, le Reiki, le toucher thérapeutique, l'aromathérapie et l'accès au PAE.	Soutien entre pairs et auto-soin psychologique	Patients, familles, personnel hospitalier (clinique et non clinique)	Pour mettre en œuvre le programme, il est conseillé de mener une évaluation interne, de former des partenariats pour le développement de l'équipe, d'obtenir l'adhésion du leadership, de faire de la publicité pour le programme, de mesurer les résultats et de former les membres de l'équipe.	Le manque de soutien administratif a été identifié comme un obstacle.	Aucune information trouvée.
Army Medical Center, É.-U.	The Care Provider Support	Un programme de soutien psychologique qui	Auto-soin psychologique	Professionnels de la santé militaires et	Une formation annuelle du CPSP est requise pour le personnel des professionnels de la santé	Aucune information trouvée.	1) Les indicateurs de burnout ont diminué 30 jours après la formation

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
U.	Program (CPSP) ²⁷	<p>visé à réduire l'épuisement professionnel en développant des habiletés d'adaptation grâce à des activités de conscience de soi et à la gestion de l'énergie.</p> <p>Le programme comprend une stratégie d'une à deux heures avec des groupes de discussion, des enseignements sur le stress et la résilience et un format de participation interactive.</p>	+Épuisement professionnel	civils	militaires et civils. La formation a lieu dans un centre de formation militaire.		de CPSP.
Royal College of Surgeons in Ireland, Centre for Positive Psychology and Health, Dublin,	Attention-Based Training (ABT) ²⁸	La stratégie de soutien psychologique virtuelle vise à réduire l'épuisement professionnel et à améliorer d'autres résultats psychologiques (stress, anxiété) et	<p>Autosoin psychologique</p> <p>+Stress, anxiété, symptômes physiques</p>	Professionnels de la santé	Le programme d'études est disponible gratuitement et l'accès est ouvert. Les documents PDF contiennent des informations éducatives ainsi que des liens YouTube vers des vidéos qui expliquent l'information et montrent des techniques d'autosoin psychologique.	Obstacles envisagés lors de l'élaboration du programme : le temps, l'accès physique, le nom du programme (p. ex., la « médiation » peut être inflammatoire pour certains groupes » et la modification	<p>1) L'épuisement professionnel, le stress et l'anxiété ont diminué 2 mois après la présentation du programme et les résultats étaient soutenus.</p> <p>2) Des améliorations</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
Ireland		<p>physiologiques (sommeil, fréquence cardiaque).</p> <p>Le programme de 8 semaines est offert gratuitement par RCSI. Le programme comprend de petits manuels hebdomadaires accompagnés de webinaires d'une heure (des webinaires en direct au départ, enregistrés pour un accès futur).</p> <p>Les webinaires peuvent être visionnés sans frais sur YouTube.</p>				des moyens de participation (p. ex., la respiration au lieu du « mantra »).	physiologiques ont été remarquées après le programme, telles que l'amélioration de la fréquence cardiaque au repos, de la variabilité de la fréquence cardiaque et du sommeil.
University of Kentucky, Lexington, Kentucky, É.-U. Initialement tenu à	hCATS (health Colleges Advancing Team Skills) to CPR (Cultivating Practices of Resilience)	Le programme consiste en une retraite de fin de semaine hors site qui met l'accent sur l'enseignement de techniques d'autosoins psychologiques et de résilience, le	Autosoin psychologique + Résilience et burn-out	Les étudiants, les professeurs et les professionnels de la santé des professions de la santé	Le camp faisait partie d'un programme d'éducation des étudiants en soins de santé. Il a été mis en œuvre avec le soutien administratif de l'université, des facilitateurs formés et certifiés, et dans un environnement non clinique.	Disponibilité d'experts en contenu pour diriger chaque séminaire, financement de l'espace de retraite physique, repas, animateurs, certification KORU	1) Les évaluations des programmes effectuées par les participants indiquent des gains de connaissances dans les habitudes et les pratiques des personnes résilientes, des stratégies pour renforcer la

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
Shaker Village près de Lexington, KY	Camp ²⁹	<p>développement de relations positives et de moyens de lutter contre le stress, et la constitution d'une équipe pour maintenir les pratiques de résilience.</p> <p>Séances didactiques pour la reconnaissance du stress subi par la main-d'œuvre, l'attention à l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle et la science des pratiques de pleine conscience. Les activités interactives comprennent le yoga, l'alimentation consciente, la randonnée consciente, le balayage du corps, la respiration diaphragmatique, la musique et l'art réfléchissants, les pratiques GATHA,</p>		qui s'associent pour fournir des soins aux patients.		pour les animateurs. (Ceci a été initialement financé par une subvention).	résilience et faire face au stress/épuisement professionnel chez les autres et à l'équilibre entre le travail et la vie personnelle.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		l'imagerie guidée, l'étiquetage des pensées et la pratique de l'amour et de la gentillesse.					
Mayo Clinic, Rochester, MN, É.-U.	Stress Management and Resiliency Training (SMART) Program ^{30, 31, 32}	Le programme enseigne des stratégies psychologiques d'autosoin pour développer la pleine conscience et réduire le stress et l'épuisement professionnel. Le programme est fondé sur la sensibilisation à la base physiologique et psychologique du stress et l'amélioration de l'attitude par la gratitude, la compassion, l'acceptation, le sens supérieur, et le pardon. Le programme est une seule séance de 90 minutes	Autosoin psychologique +pleine conscience, stress, épuisement professionnel	Professionnels de la santé	Le programme est obligatoire pour tous les médecins, membres du personnel infirmier et étudiants en médecine de Mayo Clinic.	Le programme aborde les obstacles en matière de temps et d'engagement en restant pratique dans sa mise en œuvre en une seule séance et avec des stratégies réalistes qui peuvent être facilement intégrées à un rythme de vie rapide.	1) L'anxiété, le stress et l'épuisement professionnel ont diminué et les indicateurs de résilience, de bonheur et de pleine conscience ont augmenté à la suite de la mise en œuvre du programme SMART.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		(disponible dans différents formats) et un engagement envers les pratiques quotidiennes SMART, qui peut être aussi courte que 5 minutes.					
The Ohio State University Wexner Medical Center, Columbus, Ohio, É.-U.	MINDBODYSTRONG Programme de thérapie cognitivo-comportementale ^{33, 34}	<p>MINDBODYSTRONG est un programme de renforcement des compétences cognitives qui traite de l'autosoin physique et psychologique, des stratégies d'adaptation et de la résolution de problèmes.</p> <p>Le programme est offert en 8 séances hebdomadaires qui se portent sur trois thèmes : prendre soin de l'esprit (TCC, résolution de problèmes, stratégies d'adaptation, etc.), prendre soin du corps (alimentation,</p>	<p>Autosoin psychologique</p> <p>+Résilience, satisfaction au travail, stress, anxiété</p>	Nouveau personnel infirmier	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.	<p>1) Les pointages d'anxiété et de comportements de mode de vie sains se sont améliorés chez les travailleurs de la santé grâce au programme comparativement à ceux qui ne l'ont pas suivi, et les résultats ont été maintenus pendant 3 mois.</p> <p>2) Les pointages de dépression et de satisfaction au travail se sont améliorés grâce au programme comparativement à ceux qui ne l'ont pas suivi et les résultats ont été maintenus pendant 6 mois.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		exercice, etc.) et renforcer les compétences (discours intérieur positif, bâtir l'estime de soi, journal du sommeil, etc.).					
Ohio State University College of Medicine, Ohio, É.-U.	Mindfulness in Motion (MIM) <small>35, 36</small>	<p>MIM est un programme de soutien psychologique qui met l'accent sur les pratiques et les techniques de pleine conscience, y compris le yoga et la relaxation musicale basée sur les invites hebdomadaires sur lesquelles se concentrer.</p> <p>Le programme est un programme de 8 semaines qui comprend une retraite de 2 heures et des réunions de groupe hebdomadaires d'une heure. On demande aussi aux clients de</p>	<p>Autosoin psychologique</p> <p>+Résilience, pleine conscience, stress</p>	Personnel infirmier	<p>Le programme a lieu sur place pendant les heures de travail.</p> <p>La mise en œuvre se fait en 6 étapes : 1) caractériser un environnement de travail à stress élevé, 2) déterminer l'emplacement/l'horaire/l'intérêt approprié, 3) obtenir le soutien de l'organisation, 4) faire une évaluation de référence, 5) effectuer le programme MIM, 4) évaluer le programme.</p> <p>Le protocole pour le programme peut être trouvé ici : http://www.jove.com/video/52359</p>	Nécessite un soutien de l'institution pour remplacer le personnel pendant qu'il assiste aux séances pendant les heures de travail.	<p>1) Les travailleurs avaient amélioré leur résilience et l'engagement envers le travail immédiatement après leur participation.</p> <p>2) En comparaison, le personnel de soins qui n'avait pas participé au MIM n'affichait aucune différence en résilience et à l'égard de l'engagement au travail.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		faire 20 minutes de méditation par jour.					
Australian Catholic University, Melbourne, Victoria, Australia	PAR (Promoting Adult Resilience) Program ³⁷	<p>PAR est un programme de soutien psychologique personnalisable qui enseigne des compétences en communication et en gestion du stress afin d'améliorer les relations, de réduire les conflits et de réduire le stress.</p> <p>Le programme est offert selon différents horaires et peut également inclure des courriels de rappel envoyés entre et après les séances afin d'encourager l'engagement et la pratique des compétences. Le curriculum est enseigné à l'aide de diapos PowerPoint, de discussions et</p>	Autosoin psychologique +Stress, communication	Personnel infirmier	Programme offert par des animateurs formés. Les développeurs de programmes supervisent les sessions.	Aucune information trouvée.	<p>1) L'auto-efficacité et la régulation comportementale d'adaptation se sont améliorées directement après le programme.</p> <p>2) Le stress s'est amélioré après le programme et les résultats ont été maintenus pendant 3 mois.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		d'activités de groupe, et de cahiers d'exercices.					
Emerald, Queensland, AUS	Mindful Self-Care and Resiliency Program ^{38, 39}	<p>Le programme éduque les clients au sujet de la résilience, des concepts de pleine conscience et des pratiques de base de l'autosoins psychologique.</p> <p>Le programme comprend une séance de 7 heures en personne et les clients reçoivent un guide couvrant tout le contenu didactique de la séance et les exercices à faire à domicile.</p>	<p>Soins psychologiques</p> <p>+Épuisement professionnel, tension psychologique, sentiments négatifs, conscience de soi</p>	Professionnels de la santé	<p>Processus de mise en œuvre non précisée.</p> <p>Les clients participaient volontairement au programme.</p>	En raison de conflits horaires, les clients n'ont pas pu assister aux séances de suivi.	<p>1) Les médecins ont signalé une augmentation de l'autosoins psychologique ainsi qu'une plus grande conscience de soi et de meilleures interactions.</p> <p>2) Réduction de l'épuisement professionnel, des sentiments négatifs et de la tension psychologique après le programme.</p>
Queensland Health, AMA Queensland, AUS	Wellness in the Workplace (anciennement Resiliency on the Run Program) ⁴⁰	Un programme de soutien psychologique personnalisable qui traite de la pleine conscience, de stratégies pour gérer l'épuisement professionnel et la	<p>Autosoins psychologique</p> <p>+Résilience, relations interpersonnelles, pleine conscience</p>	Professionnels de la santé	Le programme est piloté par un psychiatre qualifié. Les séances sont tenues durant les heures d'enseignement disponibles et ne coutent rien aux participants.	Le programme s'attaque aux obstacles à la communication requise pour obtenir de l'aide en enseignant des stratégies pour communiquer dans	1) La plupart des travailleurs de la santé dans le programme ont amélioré leurs pointages en matière de détresse psychologique et d'épuisement professionnel et les résultats ont été

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>fatigue de compassion, l'autonomisation, les techniques de communication réfléchie et la communication dans des situations de travail difficiles, et des conseils pratiques pour obtenir de l'aide.</p> <p>Le programme est offert en différents modes : en personne, par vidéoconférence, par 2 ateliers de 90 minutes, un atelier de 3 heures, etc. Chaque séance dure 90 minutes.</p>				des situations difficiles et en demandant de l'aide.	<p>maintenus pendant 3 mois.</p> <p>2) Aucun changement dans les pointages de détresse et d'épuisement professionnel pour les travailleurs n'ayant pas participé au programme.</p>
Arthur G. James Cancer Hospital and Richard J. Solove Research Institute, Columbus,	THRIVE ⁴¹	THRIVE est un programme de soutien qui met l'accent sur des stratégies d'autosoins psychologiques. L'objectif est d'apprendre au moins une stratégie d'autosoins	Autosoins psychologique	Infirmières praticiennes certifiées, éducatrices, animatrices, gestionnaires, infirmières)	<p>La retraite se déroule sur le terrain du campus médical, loin des zones de travail typiques. Les animateurs de groupe sont formés et ont une expérience personnelle dans le cadre du programme. Les groupes ne doivent pas dépasser 24 participants.</p> <p>Participation volontaire au</p>	Le programme nécessite un investissement important dans le temps (~6 semaines).	<p>1) Après le programme, la résilience a augmenté et l'épuisement professionnel et les traumatismes secondaires ont diminué.</p> <p>2) Les résultats de résilience ont été soutenus pendant 6</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
Ohio, É.-U.		<p>psychologique qui fonctionne pour le client et qui sera utilisée après la formation.</p> <p>Le programme comprend une retraite de 8 heures, suivie de 6 semaines de soutien de groupe sur une plateforme de médias sociaux et de 3 exercices de dix minutes par semaine, et se terminant par une séance de clôture de 2 heures.</p> <p>Les stratégies psychologiques d'autosoins incluent le yoga, l'automassage, l'aromathérapie, la pleine conscience, l'amélioration du sommeil, les techniques de respiration et l'imagerie guidée pour les chronologies de carrière. Le groupe de médias</p>			programme.		<p>mois.</p> <p>3) Le taux de roulement du personnel était plus faible chez les personnes ayant participé au programme comparativement à celles qui ne participaient pas.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		sociaux encourage la pratique continue et le soutien social. La séance de clôture se concentre sur l'examen des techniques d'autosoin psychologique et l'engagement envers les séances d'apprentissage.					
Al Amal Mental Health Complex, Riyadh and Ar'ar, Arabie saoudite	Programme de prévention de l'épuisement professionnelle ⁴²	Le programme est un programme de soutien psychologique adapté à la culture qui forme les participants au sujet de l'épuisement professionnel, de la prévention de l'épuisement professionnel et des stratégies d'autosoin psychologique (p. ex., enseignements en communication et compétences sociales, exercices de respiration et techniques de relaxation	Autosoin psychologique	Infirmières en santé mentale	Processus de mise en œuvre non précisé. Les clients ont volontairement participé au programme.	Aucune information trouvée.	1) Les pointages d'épuisement professionnel ont diminué 3 mois après le programme. 6 mois après le programme, ils ont légèrement augmenté, mais étaient encore inférieurs à ce qu'ils étaient avant le programme. 2) Les pointages d'épuisement professionnel n'ont pas changé pour le personnel infirmier qui n'a pas participé au programme.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>musculaire).</p> <p>Le programme comprend deux ateliers de 6 heures animés par des infirmières dans le même domaine que les participants. Programme modifié pour tenir compte des considérations culturelles dans un contexte saoudien (p. ex., langue, coutumes, valeurs, traditions et étiquette).</p>					
Hôpital psychiatrique, Allemagne	Programme d'intervention en santé mentale ⁴³	Un programme de soutien psychologique qui porte sur les soins psychologiques, les problèmes liés au travail, la résolution de problèmes, les stratégies cognitives de relaxation et d'autosoutien, la gestion des conflits, la communication, la culture hospitalière et	Autosoin psychologique + Stress, adaptation, autoefficacité	Professionnels de la santé	Programme se déroulant après les heures de travail. Participation volontaire au programme.	Aucune information trouvée.	<p>1) Les pointages de stress ont diminué après le programme et les résultats ont été maintenus 6 mois après la stratégie.</p> <p>2) La résilience, l'auto-efficacité et l'équilibre émotionnel se sont améliorés 6 mois après la stratégie par rapport aux valeurs de référence.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>le soutien social.</p> <p>Le contenu est enseigné en douze séances hebdomadaires de 1,5 à 2 heures et est dirigé par des formateurs certifiés. Les séances de formation faisaient appel à des vidéos, des discussions de groupe, des exercices et des devoirs à faire chez soi.</p>					3) Les évaluations finales du cours confirmaient la satisfaction globale à l'égard de la pertinence et de la valeur des contenus didactiques, ainsi qu'une meilleure connaissance des techniques d'autosoins psychologique acquise.
University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, É.-U.	Healing Pathways ^{44, 45}	Le cours de soutien psychologique est conçu pour enseigner des stratégies d'autosoins psychologique et pour utiliser le mentorat pour améliorer le bien-être psychologique des travailleurs de la santé. Les clients apprennent des techniques de relaxation, créent et	<p>Autosoins psychologique</p> <p>+Stress, fatigue de compassion</p>	Professionnels de la santé	Aucune information trouvée.	Le cours exige beaucoup de temps ainsi que des coûts pour les participants.	1) Les pointages de stress, d'épuisement, d'adaptation et de pleine conscience se sont améliorés de façon marquée après le programme et les résultats ont été maintenus pendant 1 mois.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>maintiennent des stratégies d'auto-soin (p. ex., yoga, Reiki, écrire pour le bien-être, etc.).</p> <p>Le programme comprend des réunions hebdomadaires d'une heure et un cours d'une heure pendant 6 semaines, 2 journées complètes de Reiki et des discussions hebdomadaires dans un forum de discussion. Le contenu de cours, les réunions et les discussions en ligne sont disponibles sur Canvas (plateforme d'apprentissage en ligne).</p>					
Duke Center for Healthcare Safety and Quality, Duke	Intervention Three Good Things (3GT) ⁴⁶	3GT est un programme virtuel conçu pour encourager l'auto-soin psychologique et la	Prise en charge de soi +Épuisement professionnel, dépression,	Professionnels de la santé	Le programme est une activité quotidienne en ligne qui est peu coûteuse et qui ne nécessite pas beaucoup de temps. Le programme commence les lundis pour améliorer le taux	Le manque de temps pour terminer la participation quotidienne a été identifié comme un	1) Méthode acceptable – de nombreux clients ont exprimé leur satisfaction et leur désir de participer à nouveau au

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
University Health System, Durham, NC, É.-U.		<p>psychologie positive.</p> <p>Le programme nécessite une participation de plus de 2 semaines. Chaque soir, les clients reçoivent un sondage pour répondre à une invite et sélectionner une émotion qui correspond le mieux à un moment positif de la journée. Les clients ont la possibilité de partager leurs réponses de façon anonyme et à la fin du sondage, ils peuvent voir le journal de la veille des réponses approuvées.</p>	<p>bonheur subjectif, équilibre vie professionnelle -vie personnelle</p>		d'achèvement.	obstacle.	<p>programme.</p> <p>2) L'épuisement émotionnel, le bonheur et la dépression se sont améliorés après le programme et les résultats ont été maintenus pendant 12 mois.</p> <p>3) L'équilibre entre vie professionnelle et vie privée s'est amélioré après le programme et les résultats ont été maintenus pendant 6 mois.</p>
Southeastern U.S. Healthcare System (organization not)	Transcendental Meditation Program ⁴⁷	<p>Le programme de soutien psychologique est conçu pour améliorer la résilience et réduire l'épuisement professionnel à l'aide</p>	<p>Autosoins psychologiques</p> <p>+Résilience, épuisement professionnel, fatigue de</p>	Personnel infirmier	Aucune information trouvée.	Le programme exige un investissement en temps important. Les infirmières travaillant des quarts de 12 heures ont déploré la difficulté à assister	<p>1) Augmentation de la satisfaction de compassion et de la résilience à la suite du programme.</p> <p>2) Diminution de</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
specified)		de méditation et de stratégies d'autosoins psychologique. Le programme comprend un cours d'introduction, de cours de préparation, d'une entrevue personnelle, de 4 jours consécutifs de 90 à 120 minutes d'enseignement personnel et collectif de la technique TM, de séances de méditation de 20 minutes deux fois par jour et de réunions personnelles et en groupe toutes les deux semaines.	compassion			aux réunions hebdomadaires et à pratiquer la méditation quotidiennement. La participation coûte jusqu'à 960 \$ US.	l'épuisement professionnel et des pointages de stress traumatique secondaire à la suite du programme.
Hazrat Fatima Hospital, Téhéran, Iran	Intervention en thérapie cognitive comportementale de groupe ⁴⁸	Le programme cognitif et comportemental porte sur l'interaction entre les processus physiques, cognitifs et comportementaux, reconnaissant les émotions et les comportements, les	Autosoins psychologique +Épuisement professionnel	Infirmières, infirmières en chef et superviseurs.	Le programme se déroulait pendant les heures de travail et exigeait la permission et la coordination du responsable des soins infirmiers de l'hôpital. Pour encourager la participation, le temps consacré au programme a été compté comme des heures de formation en cours de service et les points reçus comptaient dans	Aucune information trouvée.	1) L'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et le rendement individuel se sont améliorés après la participation au programme et les résultats ont été maintenus pendant 1

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>résultats et les conséquences, l'évaluation des croyances, et l'analyse logique et la remise en question des croyances.</p> <p>Dix séances de thérapie cognitive et comportementale de groupe de 1,5 – 2 heures ont eu lieu une fois par semaine sur 2 mois et demi. Les séances étaient enseignées par un psychiatre clinicien. Le contenu est enseigné à l'aide de discussions de groupe et de participation, de conférences PowerPoint et de devoirs.</p>			<p>le cadre de l'évaluation annuelle.</p> <p>La participation était volontaire.</p>		<p>mois.</p> <p>2) En comparaison, aucune amélioration n'a été mesurée chez les personnes n'ayant pas participé au programme.</p>
Contenu d'apprentissage en ligne	Psychological Wellbeing for Health and Care Workers: Mitigating the impact of	Le module en ligne a été conçu pour développement et déploiement rapides pour soutenir psychologiquement	Autosoin et détresse morale	Professionnels de la santé, universitaires et étudiants dans le domaine de	<p>Le contenu en ligne électronique est ouvert au public en accès libre et ne nécessite pas de personnel de soutien.</p> <p>Bien qu'il ne soit pas adapté à une</p>	Aucune information trouvée.	En se fondant sur des critères de réussite prédéfinis, le programme a démontré des réussites :

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
	COVID-19 on Psychological Wellbeing ⁴⁹	<p>les travailleurs de la santé pendant COVID-19. Des volets d'apprentissage, ressources et trousse à outils ont été créés pour informer les utilisateurs de l'impact psychologique et des conséquences de la pandémie, normaliser les réponses psychologiques au stress et fournir de l'information et du soutien pour encourager les utilisateurs à demander de l'aide.</p> <p>Ces différentes sections comprennent l'impact psychologique, les équipes de soutien psychologique, la communication, le soutien social, l'autosoin psychologique, la</p>		la santé	<p>profession en santé particulière, le module en ligne peut être personnalisé en sélectionnant les sections voulues.</p> <p>Le programme se trouve ici : https://www.nottingham.ac.uk/toolkits/play_22794#resume=1</p>		<p>1) Livraison (utilisateurs en mesure d'accéder au lien, accédé au paquet complet)</p> <p>2) Engagement (les utilisateurs ont compris la trousse à outils, acquis suffisamment de connaissances, utilisé les connaissances dans le travail et la vie, croyaient que l'information serait utile à l'avenir)</p> <p>3) Mise en œuvre (utilisation pratique et pertinente dans toutes les professions, pas coûteux, perceptions positives du programme, facile à utiliser).</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		gestion des émotions et d'autres ressources. Il faut environ 2 heures pour terminer l'ensemble.					
Georgia State University et Children's Healthcare of Atlanta, Atlanta, GA, É.-U.	Compétences en soins infirmiers : prise en charge de la douleur chronique pédiatrique ⁵⁰	Le programme de soutien psychologique vise à accroître les connaissances et les stratégies pour traiter l'autosoins psychologique et la détresse morale. Le programme est constitué de 4 modules qui portent sur la compréhension de la douleur chez les patients, l'amélioration de la communication positive, la collaboration et l'écoute avec des collègues pour lutter contre la détresse morale, et les stratégies d'autosoins. Le programme	Autosoins psychologique et détresse morale	Personnel infirmier	L'activité se déroule lors d'une réunion normale du personnel de deux heures. Les modules ont été présentés par deux psychologues cliniciens. La participation était volontaire.	L'efficacité du programme a peut-être été compromise par le manque de suivi concernant le respect des stratégies et le maintien de l'enthousiasme, ainsi que par le manque de soutien de l'organisation.	<p>1) Le programme a démontré son efficacité - toutes les infirmières ont terminé le programme et le contenu était pertinent.</p> <p>2) Satisfaction élevée immédiatement après le programme, mais pas soutenue 3 mois après.</p> <p>3) Augmentation de la connaissance de l'autosoins psychologique et des influences psychosociales, et amélioration des facteurs liés à l'autocompassion, l'épuisement professionnel et la santé générale.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		comprend une seule séance de 90 minutes en petit groupe et chaque module prend environ 20 minutes. Les séances portent comprennent l'enseignement, la démonstration et la pratique de chaque module. Des affiches laminées furent produites pour chaque module et affichées dans les unités.					
University of Aberdeen, Aberdeen, Écosse, Royaume-Uni	Caring for the Caregivers ⁵¹	La stratégie est un programme standard de formation en autocompassion réfléchi qui met l'accent sur la gentillesse, les soins et la compréhension. Le programme se déroule sur une durée de 8 semaines, avec des ateliers de 2,5 heures par semaine et la mise en pratique de la	Autosoin psychologique +Fatigue de compassion, résilience	Personnel infirmier	Aucune information trouvée.	Les clients ont dit avoir eu de la difficulté à appliquer des stratégies de pleine conscience pour diverses raisons (p. ex., ils s'endormaient, pressions externes).	Les pointages d'autocompassion, de pleine conscience et de résilience se sont améliorés à la suite du programme.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		pleine conscience au travail.					
Oxford Brookes University, Oxford, Royaume-Uni	Taking Care of Yourself to Take Care of Others ⁵⁹	Le programme est un programme d'amélioration de la résilience qui met l'accent sur le développement de relations positives, le maintien de perspectives positives et la robustesse, l'équilibre dans la vie et l'autosoin psychologique, la spiritualité et la planification et la sensation de la résilience. Le programme comprend 6 ateliers d'une journée sur 12 semaines.	Autosoin psychologique +Amélioration de la résilience	Infirmière du personnel médico-légal	Chaque séance était dirigée par deux animateurs et se déroulait durant des périodes protégées au travail.	Aucune information trouvée.	Les individus autoévaluaient une amélioration de la résilience et de la confiance en soi à la suite du programme.
University of Virginia School of Nursing, Charlottesville, VA, É.-U.	Emergency Resiliency Initiative (ERI) ⁵²	ERI est un programme de pleine conscience mandaté par le service d'urgence qui met l'accent sur les soins	Autosoin psychologique +pleine conscience,	Infirmières et techniciens en soins aux patients du service	Les heures passées dans le programme comptaient comme des réunions du personnel de l'unité et les participants recevaient un repas gratuit avant	Les séances se déroulaient après le travail, ce qui rendait la participation difficile pour de nombreux membres du	L'épuisement émotionnel et l'accomplissement personnel s'étaient améliorés après le programme.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
U.		<p>psychologiques et la pleine conscience/la méditation.</p> <p>Le programme comprend trois séances de 90 minutes sous différents formats. Chaque séance comprend une conférence suivie la pratique de la méditation ou de la compassion. Les participants pratiquent également la méditation deux fois par semaine, soit individuellement, soit à l'aide d'une application ou en groupe sur leur unité pendant la première heure du quart de travail.</p>	compassion	d'urgence	chaque séance.	personnel.	
Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital,	Programme de résilience à la fatigue de compassion pour le personnel	Le programme de soutien psychologique vise à éduquer les participants sur la fatigue de	Autosoin psychologique +Fatigue de compassion,	Personnel infirmier d'oncologie	Les participants étaient rémunérés pour les heures des séances.	Les exigences en temps du programme étaient vues comme un obstacle.	1) On a rapporté une amélioration dans les réactions négatives aux événements à la suite du programme et les résultats ont été

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
St. Louis, MO, É.-U.	infirmier oncologique ^{53, 54}	compassion, le stress et les conséquences négatives. Le programme développe la résilience par l'autosoin psychologique, l'autorégulation, la connexion et l'autovalorisation. Le programme comprend quatre séances de 90 minutes et une retraite psychologique de 4 heures.	résilience				maintenus pendant 6 mois. 2) Les traumatismes secondaires s'étaient améliorés 6 mois après le programme.
Hacettepe University Oncology Hospital and the Gazi University Health Research and Application Center, Ankara,	Psychodrama-based Psychological Empowerment Program ⁵⁵	Le programme de soutien psychologique a été mis au point pour accroître l'autonomisation et réduire l'épuisement professionnel chez les infirmières grâce à l'autosoin psychologique et à des stratégies d'adaptation positives.	Autosoin psychologique +Autonomisation, épuisement professionnel	Personnel infirmier	Aucune information trouvée.	Les exigences horaires du programme étaient vues comme un obstacle.	1) Les pointages d'autonomisation psychologique et d'autonomisation en milieu de travail se sont améliorés à la suite du programme et les résultats ont été maintenus pendant 3 mois. 2) Les pointages d'épuisement professionnel ont diminué

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
Turquie		<p>Les participants sont sensibilisés aux stratégies d'adaptation et aux distorsions cognitives, ainsi qu'aux stratégies psychologiques d'autosoin et de relaxation, à l'empathie et à la résolution de conflits. Chaque séance comprend un scénario interactif de jeu de rôle et un psychodramatiste certifié offre des commentaires et une meilleure sensibilisation aux modèles de communication, aux émotions, aux idées et aux comportements sur le thème et le scénario.</p> <p>Le programme se compose de séances de 2 heures qui se déroulent une fois par</p>					<p>après le programme et les résultats ont été maintenus pendant 3 mois.</p> <p>3) Les infirmières qui n'ont pas participé au programme n'ont pas constaté de changements dans les pointages d'autonomisation ou d'épuisement professionnel.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		semaine pendant 10 semaines en petits groupes.					
Isfahan University of Medical Sciences, Iran	Programme d'autonomisation morale ⁵⁷	Le programme est un atelier conçu pour diminuer la détresse morale. Les séances portent sur la définition, les symptômes et les conséquences de la détresse morale, ainsi que les stratégies pour surmonter la détresse morale, comme demander un soutien émotionnel et spirituel, l'expression de ses sentiments, les capacités à résoudre des problèmes et les réunions de groupe de soutien moral. Les ateliers faisaient appel à des conférences PowerPoint et des séances en petits groupes de partage d'expériences	Détresse morale	Personnel infirmier	Le programme a fait l'objet d'une étude pilote. Un comité d'éthique et les autorités hospitalières ont approuvé la mise en œuvre de l'atelier et son évaluation. Les clients ont volontairement participé à l'atelier.	Les participants ont parlé des mêmes obstacles mentionnés dans d'autres études, y compris la domination des médecins, le manque de compréhension et de respect de la part des médecins, les tournées cliniques sans la présence d'infirmières.	1) Les pointages d'épuisement professionnel ont diminué 1 mois après la participation des infirmières au programme. 2) En revanche, les pointages d'épuisement professionnel n'avaient pas changé pour les infirmières n'ayant pas participé au programme.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Site	Nom du programme	Courte description	Mandat/ portée	Clients/ public	Processus de mise en œuvre	Obstacles	Indicateurs de réussite
		personnelles. Le programme comporte deux ateliers de 6 heures.					
Shiraz Heart Center, Shiraz, Iran	Stratégie 4A modèle ⁵⁸	<p>Le programme de soutien psychologique est conçu pour réduire la détresse morale en éduquant les participants sur la détresse morale et la façon de composer avec elle en utilisant le modèle 4A et des stratégies organisationnelles.</p> <p>Le programme comprend deux séances de 4 heures avec des conférences, des discussions de groupe et des jeux de rôle.</p>	Détresse morale	Personnel de soins intensifs infirmier	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.	<p>1) Diminution significative et soutenue de la détresse morale après la stratégie.</p> <p>2) Pas de diminution de la détresse morale pour le groupe n'ayant pas participé au programme</p>

Sondage sur les modèles de soutien aux travailleurs de la santé canadiens

En 2018, l'ICSP a interrogé des établissements de soins de santé au Canada qui possédaient déjà une vaste expérience dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de ressources pour la santé psychologique et le bien-être des travailleurs de la santé, y compris le soutien entre pairs et les dispositifs de soutien psychologique visant à aborder la détresse morale et à orienter l'autosoins psychologique. Dans le cadre de l'analyse de 2018, des représentants d'établissements ont participé à un groupe de travail pour rédiger le document, ont participé à des discussions de groupe et individuelles et ont rempli un sondage (voir [l'annexe 1](#)). Pour cette raison, une grande partie des connaissances provenant de ces établissements canadiens est compilée dans les [Lignes directrices sur les meilleures pratiques pour les programmes de soutien entre pairs](#).

Les points suivants résument quelques-uns des thèmes communs concernant les programmes de soutien entre pairs (PSP) qui proviennent du groupe de travail des [Lignes directrices sur les meilleures pratiques pour les programmes de soutien entre pairs](#) :

- Un programme de soutien entre pairs comprend tout programme qui utilise des pairs pour fournir un soutien affectif non clinique aux professionnels de la santé (et, dans certains cas, à d'autres personnes qui travaillent, font du bénévolat ou qui sont formés à l'établissement) qui éprouvent de la détresse émotionnelle. Pour une définition plus complète, voir [l'introduction section](#).
- La principale motivation de la création d'un PSP dans ces établissements était la reconnaissance de l'importance de la santé mentale et du mieux-être des personnes dans leur milieu de travail et un engagement à améliorer ces éléments. Cependant, le catalyseur pour le lancement d'un programme dans un établissement de soins de santé variait quelque peu d'un établissement à l'autre.
- Bien que les PSP dans le domaine des soins de santé soient reconnus comme un service essentiel, il est toujours utile de justifier la nécessité d'avoir un PSP dans l'établissement.
- Quelle que soit l'origine de l'idée d'instaurer un PSP, il est important de réunir une solide équipe de planification organisationnelle pour mener à bien sa mise en œuvre.
- L'établissement d'un objectif clair pour le PSP est un facteur clé du succès d'un programme.
- Il est impératif que le PSP bénéficie d'un soutien de base de la part des membres de l'établissement qui contribueront à son succès.
- Le processus de mise en œuvre d'un PSP est souvent sous-estimé par des gens qui sont désireux et ont de bonnes intentions d'aider leurs collègues. Toutefois, si cette équipe d'individus a la conviction qu'un PSP est essentiel pour le bien-être de ses collègues, utilise un processus éclairé de sélection, de recrutement et de formation des pairs aidants et est prête à passer par certaines des étapes décrites dans les [Lignes directrices sur les meilleures pratiques pour les programmes de soutien entre pairs](#), elle aura d'excellentes chances de réussite.
- L'une des étapes les plus importantes dans l'établissement d'un PSP est la mise en œuvre d'une politique qui décrit exactement ce qu'est le programme, comment il est structuré et comment il sera mis en œuvre.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

- Les modèles de soutien aux travailleurs de la santé devraient, si possible, être inclusifs plutôt qu'exclusifs, c'est-à-dire être ouverts à tous les niveaux et à tous les groupes de personnel clinique ou non clinique et inclure également des bénévoles, des étudiants, des stagiaires ainsi que toute personne qui affectée par un incident critique, le stress ou un traumatisme émotionnel en milieu de travail.
- Trois décisions clés doivent être prises lors de la mise en route du PSP. Comment un travailleur est-il lié au PSP? Quels types de problèmes sont pris en charge? Quel est le processus une fois que le PSP est activé?
- Il est important de décrire clairement les responsabilités des gestionnaires et des superviseurs, qui ont souvent un rôle important à jouer pour encourager une personne à demander de l'aide ou pour recommander le PSP.
- La confidentialité est la pierre angulaire de la politique et du PSP. [voir [Section 3 : Aborder la question de la confidentialité des programmes de soutien entre pairs destinés aux professionnels de la santé](#)]
- Les pairs aidants d'un PSP font partie intégrale du programme et sont le facteur le plus important de son succès. Par conséquent, il est crucial que ceux qui mettent en œuvre un PSP prêtent une attention particulière à leur sélection, leur formation et leur soutien.

Les deux analyses ont trouvé des programmes canadiens qui appuient la sécurité psychologique en offrant un soutien entre pairs, en développant l'autosoin psychologique et en réduisant la détresse morale (voir le tableau 2.2). Comme les modèles internationaux, les programmes canadiens ont été mis en œuvre à la suite d'un incident critique ou dans le cadre d'une initiative provinciale de sécurité psychologique comme dans le cas du programme pour les incidents critiques en Colombie-Britannique. D'autres programmes offerts au Canada offrent une santé psychologique et un bien-être au moyen de contenus éducatifs (comme le cahier des 5 facteurs de résilience), d'applications (comme Shift-Well) et d'ateliers (ARISE).

Tableau 2.2 : Programmes canadiens de soutien entre pairs

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
Hôpital Michael Garron, ON	Soutien entre pairs pour la seconde victime (Créé en 2014)	<p>Dans le cadre de son plan stratégique de mieux-être visant à favoriser un milieu de travail sain, HMG a amorcé l'élaboration d'un programme de soutien entre pairs pour les secondes victimes afin d'offrir un soutien solide aux personnes ayant vécu des situations traumatisantes. Le programme vise à fournir des soins 24 heures sur 24 au personnel et aux médecins qui éprouvent une réaction normale à un événement ou à un résultat stressant. L'objectif est d'aider les membres de l'équipe de soins de santé à comprendre ce que l'on sait de ce phénomène et de les aider à retourner rapidement au travail. Ressources de la trousse à outils (en anglais) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Providing Care and Support for our Staff 	Soutien entre pairs	Tout le personnel (clinique et non clinique), les médecins et les bénévoles, toute personne directement impliquée ou témoin d'un incident, toute personne qui connaît une longue période de stress élevé ou d'exposition répétée à un traumatisme émotionnel.	<p>3 niveaux de mise en œuvre : soutien entre pairs pour la « seconde victime », leadership du service pour appuyer et offrir des ressources à l'unité et intervention hospitalière pour le programme de soutien et d'aide aux employés.</p> <p>Processus après un événement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fournir une « zone de sécurité » pour exprimer des pensées et des réactions pour encourager l'adaptation. 2) Une fois que le patient est hors de danger immédiat, permettre au fournisseur de soins de s'éloigner momentanément. 3) Fournir un soutien entre pairs en tête-à-tête 	Le manque d'uniformité dans la communication et la mise en œuvre des programmes entre les services, les pénuries de personnel et l'indisponibilité des psychothérapeutes et le retour à de vieux processus pendant les périodes stressantes ont été identifiés comme des obstacles.	Actuellement en cours d'évaluation.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>(Brochure)</p> <ul style="list-style-type: none">• Second Victim Peer Support: Caring for Our Own (Module de formation, soutien entre pairs)• Dépliant sur le soutien émotionnel (Dépliant / contenu de marketing)• Emotional Support Response Team: Guiding Principles for Leadership (Module de formation des cadres)• Emotional Support Response Pilot: Director/Manager Update (PowerPoint)• COVID-19-Tiered Approach to Physician Support			<p>et explorer les réactions et les sentiments normaux.</p> <p>4) Assurer que la personne vit une réaction normale.</p> <p>5) Lorsqu'une équipe entière a été traumatisée, organiser avec le gestionnaire une séance de débriefage de l'équipe dans les 24-72 heures suivant l'événement.</p>		

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
British Columbia Emergency Health Services (BCEHS). C.-B.	Critical Incident Stress (CIS) Program (Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique) 2015	BCEHS a mis en œuvre un programme de soutien entre pairs pour le stress professionnel provoqué par un incident critique. Le soutien entre pairs est le pilier central d'une approche à cinq piliers qui comprend la préparation, la résilience, la réponse, le rétablissement et la réintégration et qui est fondée sur la recherche et les normes. Les pairs sont la clé du changement de culture organisationnelle, de la réduction de la stigmatisation, de l'écoute et de l'établissement d'un lien précoce et professionnel à une intervention psychologique communautaire. L'approche de l'équipe de pairs est basée sur le modèle Mitchell, mais modifiée pour la réalité des 4 000 employés répartis sur les 944 735 km carrés de la Colombie-Britannique. Le programme est activé en moyenne quatre fois par	Soutien entre pairs	Tous les employés actuels de BCEHS sont admissibles au programme. Les étudiants reçoivent un premier soutien et sont dirigés vers des ressources communautaires.	Le programme a été créé à la suite de changements dans l'industrie de la sécurité publique. 1) La norme pour la santé psychologique en milieu de travail a été adoptée en vertu des RH. 2) BCEHS a mis sur pied un comité directeur et a affecté un gestionnaire de programme. Le comité a élaboré des politiques, défini la réponse des pairs et décrit les procédures d'activation. 3) Le programme est continuellement évalué, surveillé et adapté. Commencer par la direction et impliquer des acteurs clés (p. ex., directeurs des opérations, syndicats, directeurs de la logistique et du soutien, RH, agents de sécurité, de formation et de développement).	Les obstacles identifiés comprennent les défis liés au recrutement et au soutien des employés bénévoles, l'accessibilité et la crédibilité des praticiens communautaires, la démonstration du rendement financier, l'évolution de la pensée du « vieux leadership » et l'éducation durable et les activités continues de changement de culture.	Vers la fin de 2018, il y a eu 1017 activations et 140 bénévoles ont été formés.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>jour. Ressources de la trousse à outils :</p> <ul style="list-style-type: none">• Modèle logique du programme BCEHS CIS• Soutien psychologique pour les employés (FAQ)• Lutte contre les traumatismes au stress au travail – l'expérience BCEHS (diapositives)• Politique du Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique• Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique – Guide d'orientation de l'équipe de pairs bénévoles					

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
The Toronto Hospital for Sick Children – SickKids ON	Peer Support and Trauma Response Program (Programme de soutien entre pairs et d'intervention en cas de traumatisme) de SickKids Établi en 2018	Reconnaissant que la fatigue de compassion, l'épuisement professionnel, la détresse des secondes victimes et le stress traumatique sont des problèmes courants qui touchent les professionnels de la santé, SickKids a lancé le Programme de soutien entre pairs et d'intervention pour les traumatismes. L'objectif est de promouvoir la prévention, la résilience du personnel et des stratégies d'adaptation efficaces. Le programme offre un soutien personnel et individuel à l'échelle de l'hôpital ainsi qu'une prise en charge par le PGSPIC (Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique) à la suite d'événements causant de la détresse et traumatisants. Les pairs comprennent des médecins ainsi que le	Soutien entre pairs	Disponible à toute personne titulaire d'un badge SickKids (p. ex. personnel, médecins, stagiaires, chercheurs, scientifiques, bénévoles)	Le programme est accessible 24h/24, 7j/7, 365 jours par an. Le personnel peut communiquer avec le programme par téléphone, par boîte de messagerie électronique confidentielle ou se rendre au bureau des pairs situé à proximité de la clinique de santé au travail. Le programme comprend également un processus établi de pagette sur appel après les heures de travail. Le soutien est activé à la discrétion de l'individu. Le personnel s'autoréfère généralement; toutefois, les leaders de RH consultent également à l'égard des problèmes de santé mentale du personnel ou ont entrepris des activités de sensibilisation à l'intention d'un employé	Un environnement culturel (de soins de santé) de surperformance et d'autocritique prêtant à une certaine méfiance collective et des craintes concernant : - l'exposition et la vulnérabilité individuelles, - des réticences à l'égard du fait d'accepter de l'aide - manque de soutien causé par la perception que le stress vient avec le travail et qu'il n'y a donc pas de justification de se sentir traumatisé ou stressé Manque de sensibilisation et de compréhension quant à la différence qualitative entre un compte rendu médical pour	1 045 interventions/activités par des pairs à la 1 ^{re} année en 2018; 2 995 à la 2 ^e année en 2019; et 10 133 au premier trimestre de 2020 Les principaux indicateurs suivent les variables d'utilisation Indicateurs de rendement sur la carte de pointage organisationnelle Les activités/interventions sont suivies par chaque pair sur quatre feuilles de calcul sur une base hebdomadaire < 1 % d'attrition au sein du réseau de pairs en 2,5 ans

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>personnel clinique et non clinique dont le rôle est de fournir un soutien confidentiel, d'écouter, d'inspirer, de mettre au défi doucement et d'encourager tout en aidant leurs collègues à faire face au stress et aux préoccupations personnelles. Il y a actuellement plus de 85 pairs actifs dans l'équipe.</p> <p>Ressources de la trousse à outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politique d'intervention en cas de traumatisme et de soutien entre pairs • Définition du rôle du gestionnaire du programme de soutien entre pairs 			<p>avec son consentement.</p> <p>Le soutien du PGSPIC est fourni à la suite d'un événement à la demande du personnel ou du leadership. Dans le cas contraire, l'intervention est obligatoire par la politique de l'hôpital et est activée à la suite de certains événements (p. ex., décès d'un membre du personnel, événements de « seconde victime », codes entraînant des effets indésirables, etc.).</p> <p>Le programme est sous la direction des Services de santé et de sécurité au travail</p>	<p>examiner les processus opérationnels et un débriefage psychologique offrant la décompression; un « débriefage à chaud » (opérationnel) est immédiat et plus aligné sur le calendrier et les demandes du personnel et ne nécessite pas autant de coordination comparativement au désamorçage / débriefage du PGSPIC</p>	

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
Chatham-Kent Health Alliance, Ontario	Groupe de soutien entre pairs 2019	<p>La décision d'élaborer un programme répondait à un objectif organisationnel d'offrir un milieu de travail psychologiquement sécuritaire. Le programme concerne le domaine de la santé au travail et peut être déclenché par la personne touchée, un collègue concerné ou par un dirigeant. Les pairs aidants sont des membres du personnel nommés par leurs gestionnaires, puis qui se sont portés volontaires pour être des aidants formés dans le cadre du programme.</p> <p>Ressources de la trousse à outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politique du Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique • Gestion du stress provoqué par un incident critique : Guide de soutien entre pairs • Gestion du stress 	Soutien entre pairs	Personnel, médecins, bénévoles et étudiants	<p>1) Tout le personnel, les bénévoles et les étudiants sont informés du programme et des signes, des symptômes et de la gestion du PGS.</p> <p>2) Le soutien entre pairs est activé automatiquement dans certains cas (p. ex., prise d'otages, décès au travail, homicide ou suicide du personnel, etc.). Le soutien entre pairs peut également être activé pour d'autres cas (p. ex., accidents évités de justesse, événements indésirables, etc.).</p> <p>3) Le soutien entre pairs peut être activé par la personne affectée, un collègue ou un gestionnaire.</p> <p>4) Une fois activé, le contact avec l'employé est établi.</p> <p>5) Le pair aidant fournit un soutien confidentiel et</p>	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		provoqué par un incident critique : Groupe de soutien entre pairs - brochure			<p>offrira des ressources supplémentaires au besoin.</p> <p>6) Un suivi est planifié et effectué.</p> <p>7) Les informations sur la fréquence d'activation du PGS, les méthodes d'activation et les thèmes d'activation sont conservés comme statistiques.</p>		
Central Health, Terre-Neuve	Équipe d'orientation pour secondes victimes 2020 (prévu)	<p>Le programme est en développement en date de juillet 2020.</p> <p>Le programme a été lancé parce que prendre soin de la seconde victime est considéré comme un élément important d'un système intégré de gestion des événements indésirables et d'établissement d'une culture juste. Au moment de la publication, le programme est toujours en développement, mais les volets suivants sont</p>	Soutien entre pairs	Tous les employés, médecins, bénévoles (directement), patients et familles (indirectement)	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>terminés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation pilote dans deux domaines à niveau de risque élevé 2016 • Équipe d'orientation constituée en 2017 • Formation sur les compétences de gestion 2018 • Programme de formation et de soutien entre pairs à venir 					
Alberta Health Services AB	Peer Trauma Response Team Program (Programme d'équipe d'intervention pour traumatismes subis par des pairs) 2001	<p>Le programme a été lancé pour aider à atténuer l'épuisement professionnel que les employés subissaient à la suite d'incidents critiques survenus en milieu de travail.</p> <p>L'objectif est de permettre de normaliser le groupe ou la personne qui a vécu un incident critique ou a subi des événements traumatisants en milieu de travail qui peuvent causer du stress physique ou mental. Les objectifs du</p>	Soutien entre pairs	Employés d'Alberta Health Services (temps plein, temps partiel et occasionnels)	Dans le cadre du leadership en matière de santé et de sécurité au travail, un comité consultatif offre un soutien au Programme d'équipe d'intervention pour traumatismes subis par des pairs. Le comité élabore une vision en standardisant les processus et en suivant le programme, aide à la formation des pairs, diffuse et échange des connaissances, planifie des réunions, élabore des contenus (p. ex., manuels	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>programme sont de réduire l'impact d'un incident critique et d'accélérer le rétablissement. Le programme comprend l'éducation sur la prévention, la reconnaissance des signes et symptômes du stress lié aux incidents critiques et la compréhension des moyens d'accéder au soutien.</p> <p>Ressources de la trousse à outils (en anglais seulement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modèle logique de l'équipe d'intervention en cas de traumatismes subis par des pairs • Comité du réseau de l'équipe d'intervention en cas de traumatismes subis par des pairs - Mandat • Équipe d'intervention en cas de traumatismes subis par des pairs - Trousse du candidat • Formulaire de rapport d'incident de l'équipe d'intervention en cas de traumatismes subis 			<p>de formation, contenu promotionnel, etc.) et fournit des soutiens supplémentaires.</p> <p>AHS offre un soutien à la formation et au recrutement, des rapports d'intervention, un soutien à la gestion et aux communications. Cela facilite les séances d'information, le développement des ressources par les pairs, la formation par les pairs, la collecte de données et la capacité d'atteindre les pairs, les cliniciens, les dirigeants d'AHS et les opérations de première ligne.</p>		

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		par des pairs					
St Michael's Hospital ON	À déterminer 2019	En juillet 2020, le programme était toujours en développement. L'hôpital a mis en œuvre une approche à plusieurs phases centrée sur l'utilisateur afin de créer un programme de soutien aux secondes victimes à l'échelle de l'organisation. La prochaine étape consiste à élaborer des mesures organisationnelles qui aideront les personnes qui éprouvent du stress à la suite de rencontres avec des patients immédiatement ou peu de temps après l'événement. Le programme organisationnel viendra compléter les programmes de débriefage et de soutien existants élaborés au niveau de l'unité et améliorera les programmes de santé des médecins du PAE et de l'AMO.	Aucune information trouvée.	À déterminer	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
Association médicale canadienne, Ottawa (ON)	Connexion bien-être 2020	Le programme a été développé comme une plate-forme virtuelle pour le soutien entre pairs pendant COVID-19 pour les médecins et les apprenants en médecine. Le programme reconnaît le besoin de soutien entre pairs pendant la pandémie et le manque d'infrastructure et de possibilités actuelles d'offrir le soutien entre pairs. Le programme vise à orienter la façon de fournir un soutien entre pairs, à offrir des séances de groupe virtuelles axées sur COVID-19 et à connecter les médecins et les apprenants sur une plate-forme ou espace national. À l'avenir, le programme visera des enjeux au-delà de COVID-19, élaborera et améliorera les séances de formation des pairs et bâtira un réseau de partisans. La plate-forme comprend des séances de soutien de groupe virtuelles (séances	Soutien entre pairs	Les médecins et les apprenants qui cherchent à soutenir leurs pairs ou à recevoir eux-mêmes un soutien de pairs dans le cadre de la plateforme de mobilisation de la communauté de l'AMC.	Le programme sera lancé en deux phases, ce qui laissera du temps pour l'évaluation et l'amélioration avant la 2 ^e phase de lancement.	Aucune information trouvée.	À évaluer. Les résultats prévus comprennent la création de relations positives, une communauté de soutien, le partage des défis et des stratégies d'adaptation, la réduction de la solitude et de l'isolement, la normalisation des réactions au stress et la fourniture de formation, d'entraînement pratique et de ressources de mise en œuvre pour le soutien entre pairs.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		magistrales, d'accueil et spécifiques à un sujet), un espace de gratitude pour le partage de sentiments et d'histoires, et du contenu éducatif pour les ressources de formation. Vue d'ensemble : PDF					
Santé Canada	Programme de gestion du stress professionnel à la suite d'un incident critique (PGSPIC) Établi 1991	Le programme offre des services aux infirmières qui travaillent dans les collectivités des Premières nations (postes de soins infirmiers, centres de santé, soins à domicile et communautaires) et aux bureaux régionaux / de zone, y compris les bureaux de la DGSPNI / personnes transférées / employés de bande / d'agences / étudiants en soins infirmiers. L'objectif du programme est de protéger le bien-être des infirmières après un incident critique, de les aider à maintenir et retrouver la santé, de prévenir ou de réduire les traumatismes liés au stress	Autosoin psychologique	Personnel infirmier travaillant dans les collectivités des Premières nations partout au Canada	Le PGSPIC est l'une des 4 composantes des Services d'aide aux employés, qui font partie du Bureau des régions et des programmes de Santé Canada. Le PGSPIC est financé par un protocole d'entente avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Le service PGSPIC s'appuie sur des infirmières, dont la plupart sont à Winnipeg. Aucune autre information sur la mise en œuvre n'a été trouvée.	Défis pour l'évaluation en raison du manque de données disponibles et pertinentes.	1) Entre 2009-2010 et 2012-2013, le nombre de demandes de services PGSPIC est passé de 1 842 à 2 940, soit une augmentation de 60 %. Cela peut indiquer une meilleure connaissance de l'existence du programme. 2) Les appels signalant des incidents critiques au PGSPIC variaient de 30 à 50 appels.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>professionnel, de promouvoir la résilience des infirmières, d'accélérer le rétablissement normal et de minimiser l'absentéisme.</p> <p>Ressources de la trousse à outils :</p> <p>Le PGSPIC est destiné uniquement aux infirmières et reconnaît les endroits isolés où ces infirmières travaillent.</p> <p>Ressources de la trousse à outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseils du PGSPIC pour l'adaptation des personnes directement impliquées dans un événement traumatisant • Conseils du PGSPIC sur l'adaptation des personnes effectuant un travail soutenu de haute intensité • Conseils du PGSPIC pour la famille, les amis et les collègues des personnes impliquées dans un événement traumatisant 					<p>3) Selon Santé Canada (SC), l'autodéclaration, la conscience de soi, les habiletés d'adaptation, la santé mentale et physique et la productivité se sont améliorées.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<ul style="list-style-type: none"> • Conseils du PGSPIC pour les superviseurs et les gestionnaires d'employés impliqués dans un événement traumatisant • Conseils du PGSPIC sur l'adaptation à la suite d'un événement traumatisant • Brochure PGSPIC 					
Québec	Programme d'aide aux médecins du Québec Établi en 1990	Dans les années 1970, fermement convaincu que les médecins aux prises avec des problèmes ne devaient pas être écartés, mais méritaient plutôt de recevoir un soutien entre pairs pour les aider à trouver des solutions, le secrétaire général du Collège des médecins du Québec de l'époque a commencé à fournir un soutien entre pairs à des collègues aux prises avec des problèmes de santé. À partir de ces premiers pas en 1990, un programme indépendant de soutien entre pairs, le PAMQ, fut	Autosoin psychologique +Maladie psychiatrique, inconduite sexuelle, toxicomanie	Ont accès au programme tous les médecins du Québec, y compris les étudiants, les stagiaires, les résidents, le personnel hospitalier et ceux qui ont pris leur retraite.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>instauré au Québec. Le PAMQ est un organisme indépendant sans but lucratif, où des médecins-conseils fournissent de l'aide confidentielle à des collègues touchés par tout type de situation ou de maladie. Toutes les situations observées par le PAMQ sont considérées comme ayant le potentiel de causer des effets psychologiques pour les médecins avec l'effet de mettre en péril la qualité des soins prodigués aux patients.</p> <p>Ressources de trousse à outils :</p> <ul style="list-style-type: none">• Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés : le cas du PAMQ• Programme d'aide aux médecins du Québec• Rapport annuel du PAMQ - 2017-2019• Lors d'une situation de crise en milieu de travail, peut-on ne pas avoir de réactions?					

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<ul style="list-style-type: none"> http://www.pamq.org/fr 					
St. Michael's Hospital, Toronto, ON, Canada	ARISE ⁵⁶	<p>ARISE est une stratégie de bien-être conçue pour réduire le risque d'épuisement professionnel grâce à l'autosoin psychologique et au bien-être. Le programme comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> un atelier d'une journée axé sur les activités axées sur la résilience et les techniques d'autosoin psychologique; un atelier d'une demi-journée sur d'autres programmes de bien-être et d'aide à la famille et aux employés offerts par l'hôpital; un groupe Facebook privé est mis à disposition pour le soutien entre pairs pendant 3 mois après les ateliers. <p>Cinq séances guidées de pleine conscience de 90 minutes se déroulent en direct sur Zoom (vidéoconférence).</p>	Autosoin psychologique + épuisement professionnel, soutien entre pairs	Professionnels de la santé	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.	<p>1) Les pointages d'épuisement professionnel ont chuté 1 mois après la fin du programme.</p> <p>2) En comparaison, les individus qui n'ont pas participé au programme n'avaient pas obtenu de changements dans leurs pointages pour l'épuisement professionnel.</p> <p>3) Les infirmières ont indiqué qu'elles utiliseraient des techniques d'autosoin psychologiques ainsi que des ressources à l'extérieur de l'atelier.</p>

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
BCEHS en partenariat avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et TELUS, Vancouver (Colombie-Britannique)	Shift-Well: Une application pour la planification des quarts de travail et l'autosoins psychologique	<p>L'application Shift-Well est une ressource virtuelle qui a été créée pour traiter de la motivation des premiers intervenants à utiliser les ressources d'autosoins psychologique.</p> <p>L'application a été créée dans le contexte du travail occasionnel et par quarts des premiers intervenants, et afin d'accroître la motivation à accéder aux ressources psychologiques d'autosoins. L'application fournit un calendrier pour le travail par quarts, une section intitulée « Mon plan » qui permet aux employés d'établir des objectifs psychologiques d'autosoins et de les inscrire dans leur calendrier de quart de travail, ainsi qu'une section d'apprentissage à laquelle on peut accéder pour en apprendre davantage sur les soins psychologiques, le sommeil et la résilience, ainsi qu'une section des contacts clés pour accéder</p>	<p>Autosoins psychologique</p> <p>+travail par quarts, sommeil, résilience</p>	Premiers intervenants BCEHS – ambulanciers, répartiteurs	<p>Mise en œuvre fin 2020.</p> <p>L'application sera disponible en téléchargement pour les employés premiers intervenants de BCEHS.</p> <p>TELUS offrira une application similaire pour le grand public à la fin de 2020.</p>	<p>Parmi les obstacles identifiés, le défi développer un programme pour une population à formation diverse (éducation, niveau de service, contexte) et œuvrant dans un environnement de travail mobile, ainsi que la protection de la confidentialité des employés dans l'application.</p>	À évaluer par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique vers la fin de 2020/le début de 2021.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>au soutien à l'hôpital.</p> <p>L'application a été développée pour fonctionner en complément du cahier des 5 facteurs de résilience inscrite à la rangée directement ci-dessous.</p>					
Vancouver Psych Safety and Consulting Inc. et BCEHS, Vancouver (C.-B.)	5 Factor Resilience Workbook Cahier des 5 facteurs de résilience	<p>Le manuel des 5 facteurs de résilience a été élaboré afin d'améliorer la résilience à long terme pour la réussite de sa carrière et de compléter le programme En route vers la préparation mentale (RVPM) du ministère de la Défense nationale, qui améliore la « préparation » ou la capacité d'entrer avec succès dans un environnement de travail stressant.</p> <p>Vancouver Psychological Safety and Consulting Inc. a identifié 5 facteurs de résilience chez les premiers intervenants et a élaboré un cahier pour y remédier. Il était important d'élaborer un</p>	Autosoin psychologique et détresse morale +résilience	Premiers intervenants BCEHS – ambulanciers paramédicaux , répartiteurs	Les cahiers seront disponibles en copies papier ainsi qu'en ligne pour permettre aux travailleurs mobiles (paramédicaux) d'accéder au cahier de travail sur leur téléphone à la fin de 2020. Les conseillers de BCEHS recevront des cahiers de travail, et des cahiers seront fournis aux nouveaux employés à l'orientation et mis à la disposition des employés actuels.	Parmi les obstacles identifiés, le défi développer un programme pour une population à formation diverse (éducation, niveau de service, contexte) et œuvrant dans un environnement de travail mobile.	À évaluer d'ici la fin de 2020/le début de 2021.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		programme créé dans le cadre du travail des ambulanciers paramédicaux et des répartiteurs, car cette population est différente des autres travailleurs de la santé.					
Commission de la santé mentale du Canada Ottawa, ON	L'esprit au travail du secteur de la santé	Un programme de formation qui vise à promouvoir la santé mentale en milieu de travail et à réduire la stigmatisation de la maladie mentale en particulier dans un milieu de soins de santé. Le programme sensibilise les participants à la santé mentale et à la maladie mentale, aux signes et symptômes de la maladie mentale, à la réduction de la stigmatisation et aux attitudes négatives à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans un milieu de soins de santé, offre un soutien aux collègues ayant des problèmes de santé mentale, maintient la santé mentale et améliore la	Autosoin psychologique +stigmatisation, résilience	Travailleurs de la santé et employés des établissements de soins de santé (infirmières de première ligne, médecins, personnel de soutien, etc.)	Cours disponibles en ligne sur le site Web de la CSMC : lien	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>résilience.</p> <p>Deux cours sont disponibles : un cours pour les employés (4 heures) et un autre cours pour les gestionnaires (8 heures). Chaque cours propose des vidéos et des études de cas, des animateurs formés et des guides de référence des participants.</p>					
	Formation virtuelle en réponse aux crises	<p>Les cours de formation virtuelle en réponse aux crises ont été conçus pour permettre aux travailleurs essentiels de mieux comprendre et d'aborder leur santé mentale et la santé mentale de leur équipe.</p> <p>Prendre soin de soi (2 heures) est un cours conçu pour former les participants sur le bien-être mental, pour les aider à reconnaître l'aggravation des problèmes de santé mentale et à prendre des actions pratiques pour composer</p>	Autosoin psychologique +stratégies d'adaptation	Travailleurs essentiels (y compris les travailleurs de la santé)	Cours disponibles gratuitement sur le site Web de la CSMC : lien	Aucune information trouvée.	Aucune information trouvée.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Institution / province ou territoire	Nom du programme	Courte description / Liens	Mandat/ Portée	Clients	Processus	Obstacles	Indicateurs de réussite
		<p>avec le stress ainsi qu'à apprendre quand demander de l'aide.</p> <p>Prendre soin de son équipe (3 heures) est un cours conçu pour éduquer les participants sur le bien-être mental de soi et de son équipe, pour les aider à reconnaître l'aggravation des problèmes de santé mentale pour soi et pour son équipe, des actions pratiques pour aider à gérer le stress et des ressources pour aider l'équipe. Ce cours comprend également des documents du cours Singing for Self.</p> <p>Le programme a été spécialement conçu pour relever les défis uniques des travailleurs essentiels pendant COVID-19. Il s'agit d'un programme virtuel gratuit.</p>					

Conclusion

.....

Il existe de nombreux programmes excellents et novateurs pour s'attaquer aux facteurs psychosociaux propres aux travailleurs dans le secteur de la santé. Pourtant, de nombreux organismes de soins de santé ne savent pas où aller pour obtenir du soutien ou ont de la difficulté à accéder rapidement à des programmes fondés sur des données probantes, adaptés à leurs besoins et adaptables à leur contexte. Il faut obtenir davantage d'information sur les programmes qui fonctionnent. Il faut aussi une approche plus complète en amont et mieux coordonnée afin de soutenir la santé mentale des travailleurs de la santé partout au Canada.

Les innovations dans les modèles de soutien aux travailleurs de la santé demeurent trop souvent des cas isolés. En partageant ce qui a été appris de l'étude et du sondage de portée mis à jour, nous visons à donner un aperçu général de la variété des stratégies utilisées au Canada et dans le monde entier. Nous espérons que cela aidera les organisations de soins de santé dans leur propre conception et mise en œuvre de modèles de soutien aux travailleurs, afin qu'elles puissent aborder et améliorer la sécurité psychologique, le bien-être, la détresse morale et l'autosoin psychosocial des travailleurs de la santé.

Nous avons fait d'autres observations. Bon nombre des programmes et des ressources doivent être adaptés aux besoins de l'ensemble des services/unités/cultures hospitalières, y compris les services particulièrement sujets au stress, comme les urgences, la pédiatrie et l'oncologie. Il est également nécessaire d'évaluer les programmes. Pour de nombreuses raisons, c'est un défi (p. ex., confidentialité, participation, etc.), mais connaître le succès des programmes est important si on veut apporter les améliorations jugées nécessaires. Il faut mener des évaluations avant et après la mise en œuvre avec des échantillons importants, à l'aide d'indicateurs de réussite pertinents pour mieux comprendre l'efficacité des programmes.

Limites : le défi de tirer des conclusions de l'analyse et du sondage vient du fait qu'il existe de nombreuses façons de définir, de mettre en œuvre et d'évaluer les dispositifs de soutien psychologique. Il y a clairement un élan à l'échelle internationale pour améliorer le bien-être psychologique des travailleurs de la santé et d'autres personnes qui travaillent et qui sont formées dans des établissements de soins de santé. Il faut également que l'on reconnaisse qu'il est nécessaire de former des pairs pour qu'ils s'entraident sur le plan affectif et fournir des ressources et des outils aux établissements pour améliorer la santé et la sécurité psychologiques des travailleurs de la santé grâce à l'autosoin psychologique et à la réduction de la détresse morale. Enfin, la recherche de ressources et d'outils a été menée au printemps 2020; par conséquent, nous n'avons pas saisi beaucoup de ressources sur les soutiens en santé mentale pendant la pandémie COVID-19.

Nous espérons que ce document fournira des idées et de l'inspiration à ceux qui cherchent à établir ou à améliorer leur propre programme de santé psychologique et de bien-être et que ces derniers pourront créer un programme performant qui est adapté aux besoins particuliers de leur établissement de soins de santé.

Références

1. Arksey H OL. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8:19-32.
2. Roesler R, Ward D, Short M. Supporting staff recovery and reintegration after a critical incident resulting in infant death. *Advances in Neonatal Care* 2009;9(4):163-171.
3. van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care* 2008 Aug;17(4):249-252.
4. Johnson B. Code Lavender: Initiating holistic rapid response at the Cleveland Clinic. *Beginnings* 2014:10-11.
5. Washington Patient Safety Coalition. Northwest second victim programs. 30 septembre 2013.
6. Bueno Domínguez M, Briansó Florencio M, Colomé Figuera L, Prats Alonso E. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Revista de Calidad Asistencial* 2016;31(Supl. 2):49-52.
7. Gatzert M, Wobbe A, York L. *Caring for the Care Giver - We Care Team*. 2015.
8. Bell SK, Moorman DW, Delbanco T. Improving the patient, family, and clinician experience after harmful events: the “when things go wrong” curriculum. *Academic Medicine* 2010;85(6):1010-1017.
9. Arnold J, Tango J, Walker I, Waranch C, McKamie J, Poonja Z, et al. An evidence-based, longitudinal curriculum for resident physician wellness: The 2017 Resident Wellness Consensus Summit. *Western Journal of Emergency Medicine* 2018;19(2):337.
10. Chung AS, Smart J, Zdradzinski M, Roth S, Gende A, Conroy K, et al. Educator toolkits on second victim syndrome, mindfulness and meditation, and positive psychology: The 2017 Resident Wellness Consensus Summit. *Western Journal of Emergency Medicine* 2018;19(2):327.
11. Daniels RG, McCorkle R. Design of an evidence-based “second victim” curriculum for nurse anesthetists. *AANA J* 2016;84(2):107-113.
12. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Perez-Perez P, Silvestre C, et al. The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *J Med Internet Res* 2017 Jun 8;19(6):e203.
13. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *Am J Health Syst Pharm* 2015 Apr 1;72(7):563-567.
14. Lane MA, Newman BM, Taylor MZ, O'Neill M, Ghetti C, Woltman RM, et al. Supporting clinicians after adverse events: development of a clinician peer support program. *J Patient Saf* 2018 Sep;14(3):e56-e60.
15. Lynch G. *Operational Report of the Critical Incident Stress Management Program of First Nations and Inuit Health Branch*. 2004 March 31, 2004:1.

16. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, et al. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Joint Commission journal on quality and patient safety* 2010;36(5):233-240.
17. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open* 2016 Sep 30;6(9):e011708-2016-011708.
18. Santé Î.-P.-É. : *Critical Incident Staff Support (CISS) Managers™ Toolkit*. 2012; disponible à : http://www.gov.pe.ca/photoS.O.riginal/src_ciss_tkit.pdf, 20 mai 2019.
19. Trent M, Waldo K, Wehbe-Janek H, Williams D, Hegefeld W, Havens L. Impact of health care adversity on providers: Lessons learned from a staff support program. *Journal of healthcare risk management* 2016;36(2):27-34.
20. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009 Oct;18(5):325-330.
21. Scott S. Second victim support: Implications for patient safety attitudes and perceptions. *Patient Safety & Quality Healthcare* 2015;12(5):26-31.
22. Dukhanin V, Edrees HH, Connors CA, Kang E, Norvell M, Wu AW. Case: a second victim support program in pediatrics: successes and challenges to implementation. *J Pediatr Nurs* 2018;41:54-59.
23. Scott & White Medical Center - Temple. *House Staff Handbook*. Janvier 2018.
24. Whitford B., Nadel A., Barbach N., & Fish J. (2018). Helping Our Peers Endure Stress (HOPES)—A peer support initiative in pediatric hematology/oncology. *Pediatric Blood and Cancer*, 65(Supplement 1), S160–S161. <https://doi.org/10.1002/pbc.27057>
25. Whitford B., Nadel A., Barbach N., & Fish J. (2019). Helping our peers endure stress (HOPES)—New data for a CISM-based peer support team. *Pediatric Blood and Cancer*, 66(Supplement 2), S185–S186. <https://doi.org/10.1002/pbc.27713>
26. Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia and Analgesia*, 4r8, 1310650. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912>
27. Weidlich, C. P., & Ugarriza, D. N. (2015). A pilot study examining the impact of care provider support program on resiliency, coping, and compassion fatigue in military health care providers. *Military Medicine*, 180(3), 290–295. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00216>
28. Dunne, P. J., Lynch, J., Prihodova, L., O'Leary, C., Ghoreyshi, A., Basdeo, S. A., Cox, D. J., Breen, R., Shekhi, A., Carroll, A., Walsh, C., McMahon, G., & White, B. (2019). Burnout in the emergency department: Randomized controlled trial of an attention-based training program. *Journal of Integrative Medicine*, 17(3), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2019.03.009>

29. Heath, J., Walmsley, L. A., Aker, R. M., Ferrin, S., Stone, D., & Norton, J. C. (2020). CPR to the Rescue!: An Interprofessional Pilot Program: Cultivating Practices for Resilience (CPR) Camp. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 34(2), 63–69. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000506>
30. Sood, A., Sharma, V., Schroeder, D. R., & Gorman, B. (2014). Stress Management and Resiliency Training (SMART) program among Department of Radiology faculty: A pilot randomized clinical trial. *Explore (New York, N.Y.)*, 10(6), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.08.002>
31. Chesak, S. S., Bhagra, A., Schroeder, D. R., Foy, D. A., Cutshall, S. M., & Sood, A. (2015). Enhancing resilience among new nurses: Feasibility and efficacy of a pilot intervention. *The Ochsner Journal*, 15(1), 38–44.
32. Magtibay, D. L., Chesak, S. S., Coughlin, K., & Sood, A. (2017). Decreasing Stress and Burnout in Nurses: Efficacy of Blended Learning With Stress Management and Resilience Training Program. *The Journal of Nursing Administration*, 47(7–8), 391–395. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000501>
33. Sampson, M., Melnyk, B. M., & Hoying, J. (2020). The MINDBODYSTRONG Intervention for New Nurse Residents: 6-Month Effects on Mental Health Outcomes, Healthy Lifestyle Behaviors, and Job Satisfaction. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 16–23. <https://doi.org/10.1111/wvn.12411>
34. Sampson, M. (2020). Intervention effects of a cognitive behavioral skills building program on newly licensed registered nurses. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 81(2-B), No-Specified.
35. Klatt, M., Steinberg, B., & Duchemin, A.-M. (2015). Mindfulness in Motion (MIM): An Onsite Mindfulness Based Intervention (MBI) for Chronically High Stress Work Environments to Increase Resiliency and Work Engagement. *Journal of Visualized Experiments : JoVE*, 101, e52359. <https://doi.org/10.3791/52359>
36. Moffatt-Bruce S.D., Nguyen M.C., Steinberg B., Holliday S., & Klatt M. (2019). Interventions to reduce burnout and improve resilience: Impact on a health system's outcomes. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 62(3), 432–443. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000458>
37. Foster, K., Shochet, I., Wurfl, A., Roche, M., Maybery, D., Shakespeare-Finch, J., & Furness, T. (2018). On PAR: A feasibility study of the Promoting Adult Resilience programme with mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1470–1480. <https://doi.org/10.1111/inm.12447>
38. Rees, C. S., Craigie, M. A., Slatyer, S., Crawford, C., Bishop, M., McPhee, E., & Hegney, D. G. (2020). Pilot study of the effectiveness of a Mindful Self-Care and Resiliency program for rural doctors in Australia. *The Australian Journal of Rural Health*, 28(1), 22–31. <https://doi.org/10.1111/ajr.12570>
39. Rees C, Craigie M, Slatyer S, et al Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR): protocol for a pilot trial of a brief mindfulness intervention to promote occupational resilience in rural general practitioners *BMJ Open* 2018;8:e021027. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021027
40. Forbes, M., Byrom, L., van der Steenstraten, I., Markwell, A., Bretherton, H., & Kay, M. (2020). Resilience on the Run: An evaluation of a well-being programme for medical interns. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 92–99. <https://doi.org/10.1111/imj.14324>

41. Blackburn, L. M., Thompson, K., Frankenfield, R., Harding, A., & Lindsey, A. (2020). The THRIVE© Program: Building Oncology Nurse Resilience Through Self-Care Strategies. *Oncology Nursing Forum*, 47(1), E25–E34. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.E25-E34>
42. Alenezi, A., McAndrew, S., & Fallon, P. (2019). Burning out physical and emotional fatigue: Evaluating the effects of a programme aimed at reducing burnout among mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1042–1052. <https://doi.org/10.1111/inm.12608>
43. Bernburg, M., Groneberg, D. A., & Mache, S. (2019). Mental Health Promotion Intervention for Nurses Working in German Psychiatric Hospital Departments: A Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(8), 706–711. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1565878>
44. Deible, S., Fioravanti, M., Tarantino, B., & Cohen, S. (2015). Implementation of an integrative coping and resiliency program for nurses. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(1), 28–33. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2014.057>
45. Tarantino, B., Earley, M., Audia, D., D'Adamo, C., & Berman, B. (2013). Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. *Explore (New York, N.Y.)*, 9(1), 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.10.002>
46. Sexton, J. B., & Adair, K. C. (2019). Forty-five good things: A prospective pilot study of the Three Good Things well-being intervention in the USA for healthcare worker emotional exhaustion, depression, work-life balance and happiness. *BMJ Open*, 9(3), e022695. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022695>
47. Bonamer, J. R., & Aquino-Russell, C. (2019). Self-Care Strategies for Professional Development: Transcendental Meditation Reduces Compassion Fatigue and Improves Resilience for Nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 35(2), 93–97. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000522>
48. Bagheri, T., Fatemi, M. J., Payandan, H., Skandari, A., & Momeni, M. (2019). The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 32(3), 184–189.
49. Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G., & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
50. Rodrigues, N. P., Cohen, L. L., McQuarrie, S. C., & Reed-Knight, B. (2018). Burnout in Nurses Working with Youth with Chronic Pain: A Pilot Intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(4), 382–391. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx132>
51. Delaney, M. C. (2018). Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PloS One*, 13(11), e0207261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>
52. Muir, K. J., & Keim-Malpass, J. (2019). The Emergency Resiliency Initiative: A Pilot Mindfulness Intervention Program. *Journal of Holistic Nursing : Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 8506709, ib4, 898010119874971. <https://doi.org/10.1177/0898010119874971>

53. Potter, P., Deshields, T., Berger, J. A., Clarke, M., Olsen, S., & Chen, L. (2013). Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 40(2), 180–187. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.180-187>
54. Potter, P., Deshields, T., & Rodriguez, S. (2013). Developing a systemic program for compassion fatigue. *Nursing Administration Quarterly*, 37(4), 326–332. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3182a2f9dd>
55. Ozbas, A. A., & Tel, H. (2016). The effect of a psychological empowerment program based on psychodrama on empowerment perception and burnout levels in oncology nurses: Psychological empowerment in oncology nurses. *Palliative & Supportive Care*, 14(4), 393–401. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001121>
56. Smith O., Faulkner K., Skiffington A., McShane J., Wan C., & Krock M. (2019). A randomized controlled trial of an intervention to enhance resilience in acute care nurses (ARISE). *Critical Care Medicine*, 47(1 Supplement 1).
57. Abbasi, S., Ghafari, S., Shahriari, M., & Shahgholian, N. (2019). Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics*, 26(5), 1494–1504. <https://doi.org/10.1177/0969733018766576>
58. Molazem, Z., Tavakol, N., Sharif, F., Keshavarzi, S., & Ghadakpour, S. (2013). Effect of education based on the “4A Model” on the Iranian nurses’ moral distress in CCU wards. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 6(101606442), 5.
59. Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D. (2020). The implementation and evaluation of a resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 508–520. <https://doi.org/10.1111/inm.12689>

Créer un espace sûr

**Section 3: Aborder la question
de la confidentialité des
programmes de soutien entre
pairs destinés aux
professionnels de la santé**

Acknowledgements

Section 3: Aborder la question de la confidentialité des programmes de soutien entre pairs destinés aux professionnels de la santé

Groupe de travail

Diane Aubin
D^{re} Meri Bukowskyj
Melanie De Wit
Jonathan Gutman
Angela Price-Stephens
Deborah Prowse
Brent Windwick

Affiliations actuelles

Diane Aubin Consulting
L'association canadienne de protection médicale
Système de santé Sinäï
Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
La Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Représentant du patient
Field Law

Remerciements

Merci aux patients, aux prestataires de soins, aux dirigeants opérationnels, aux organismes de réglementation et aux bailleurs de fonds pour votre passion et votre engagement à améliorer la sécurité des soins aux patients et à promouvoir un environnement de travail positif et sécuritaire sur le plan psychologique pour les prestataires. Nous vous invitons à partager vos réalisations et vos défis tout au long de ce projet.

Avis de non-responsabilité

Cette publication est fournie à titre d'information seulement. Tous les exemples présentés ne visent qu'à illustrer le propos. Cette publication ne peut remplacer un avis juridique. Elle ne constitue pas une interprétation officielle de la loi et ne lie pas l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Section 3: Aborder la question de la confidentialité des programmes de soutien entre pairs destinés aux professionnels de la santé

Introduction

Les programmes de soutien entre pairs, où les professionnels de la santé peuvent discuter de leur expérience liée à un ISP dans un environnement sans crainte de jugement avec des collègues susceptibles de comprendre ce qu'ils éprouvent, sont maintenant considérés comme des moyens potentiellement utiles d'aider ces professionnels à composer avec l'ISP. On assiste à l'émergence de plusieurs programmes de soutien aux États-Unis et les établissements canadiens commencent à reconnaître que ces programmes, en combinaison avec d'autres types de soutien comme les programmes d'aide aux employés et les équipes de crise en traumatologie, offrent un service approprié et utile à leur personnel. Il est également bien reconnu que de tels programmes peuvent améliorer la sécurité des patients puisque les professionnels de la santé seront dans un état émotionnel plus sain pour continuer à soigner leurs patients en toute sécurité et participer plus efficacement aux analyses et aux divulgations liées aux ISP.

L'ambiguïté entourant le type de protection juridique disponible afin de prévenir la divulgation de ces communications dans le cadre de procédures judiciaires comme des poursuites pour faute professionnelle ou des audiences disciplinaires professionnelles ou d'ordres professionnels constitue l'un des premiers défis auxquels de nombreux établissements doivent faire face lorsqu'ils explorent la faisabilité d'un tel programme de soutien. En publiant ces lignes directrices, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) entend clarifier le privilège juridique et les éléments de la confidentialité professionnelle concernant la mise en œuvre de programmes de soutien entre pairs pour les professionnels de la santé qui sont touchés émotionnellement par un ISP. Nous espérons que ce travail aidera les établissements de soins de santé à créer des programmes de soutien psychologiquement sécuritaires, qu'il aidera les professionnels de la santé ayant besoin de soutien à comprendre ce qui est protégé et ce qui ne l'est pas, qu'il permettra aux patients de mieux comprendre l'expérience des professionnels de la santé, et enfin, qu'il encouragera les décideurs politiques à tenir compte de ce qui doit changer – notamment, une meilleure protection pour ces communications – pour veiller à ce que les professionnels de la santé aient accès au soutien dont ils ont besoin après un ISP.

Priorités de l'ICSP

L'ICSP s'est engagé à améliorer la sécurité des patients au Canada, et cet engagement est mis en œuvre grâce à plusieurs stratégies. Chacune de ces stratégies fait partie d'un programme global visant à assurer la sécurité des patients, allant du programme Patients pour la sécurité des patients du Canada, qui reconnaît la richesse de l'expérience et des connaissances que les membres de ce programme peuvent partager dans le but d'améliorer la sécurité des patients, aux stratégies de *Soins de santé plus sécuritaires*

maintenant! qui facilitent la mise en œuvre des meilleures pratiques, aux ressources considérables que nous avons développées en collaboration avec nos partenaires, comme les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation des événements indésirables, Communication après un préjudice lié aux soins de santé et la Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents, qui fournissent des stratégies et des ressources pratiques pour gérer les ISP ouvertement et efficacement tout en favorisant la participation des patients tout au long du processus.

Les présentes lignes directrices ne font pas exception. Nous reconnaissons qu'il y a un besoin important d'accompagner les professionnels de la santé ainsi que les patients et leur famille dans leur parcours, du préjudice jusqu'à la guérison. Nous espérons qu'en faisant un premier pas pour soutenir les professionnels de la santé lors d'un ISP, nous participerons ainsi à la sécurité du système en fournissant des outils et des ressources à tous ceux qui le constituent – patients, familles, prestataires et dirigeants du secteur de la santé – leur permettant d'apprendre, de collaborer et d'améliorer les soins pour les patients.

Les principes directeurs suivants orientent l'élaboration du présent document :

1. Il est important que les professionnels de la santé aient accès à un environnement psychologique sécuritaire qui leur permette de parler confidentiellement à un pair de leur expérience à l'égard d'un ISP :
 - pour les aider à composer avec une expérience qui pourrait s'avérer émotionnellement traumatisante; et
 - pour améliorer la sécurité des patients, puisque les professionnels de la santé seront dans un état émotionnel plus sain pour soigner leurs patients de façon sécuritaire et pour participer plus efficacement aux analyses et aux conversations avec des patients concernant des ISP.
2. Ces programmes de soutien ne visent pas à nuire à la transparence des faits concernant des ISP ou à cacher des faits importants des patients et des membres de la famille, mais plutôt à fournir un espace sûr pour aider les professionnels de la santé à composer avec des événements traumatisants et stressants. Le traumatisme émotionnel, et non l'ISP, doit être l'objectif principal de ces programmes. Cependant, en pratique, il ne sera pas toujours possible d'offrir un soutien efficace si on ne peut pas discuter des événements, du moins en partie. L'équilibre entre ces intérêts doit être bien pesé.
3. Les personnes chargées de promouvoir des programmes de soutien entre pairs doivent être transparents lorsqu'ils expliquent aux participants éventuels ce qui peut ou ne peut pas rester confidentiel. C'est un moyen important de gérer les attentes et d'éviter d'autres expériences négatives.
4. La promotion ou l'établissement d'un programme de soutien entre pairs destiné aux professionnels de la santé qui subissent un ISP ne diminue en rien l'importance de déclarer les incidents de sécurité des patients à des fins d'amélioration de la qualité, de divulguer les faits associés aux incidents de sécurité des patients aux patients et à leur famille, et d'autres activités de gestion des incidents.

Contexte

Au cours des dernières années, de nombreux efforts ont été consacrés à l'amélioration de la sécurité des patients et à la réduction du nombre d'incidents liés à la sécurité des patients dans le système de santé. Ces efforts ont mené à plusieurs stratégies et programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients qui ont permis de mieux faire connaître l'importance de la sécurité des patients et qui ont eu un impact positif sur les soins qui leur sont prodigués.

Cependant, les ISP continuent de se produire et les données démontrent que les ISP préjudiciables touchent entre 3 % et 16 % des patients admis à l'hôpital^{1,2,6,14}. La réalité de l'environnement de travail d'un professionnel de la santé reflète un risque permanent de ISP¹⁵. Par la nature de son travail, le professionnel de la santé doit prendre constamment des décisions – parfois d'une extrême gravité – qui touchent la vie des patients et qui comportent malheureusement des risques d'erreurs de calcul, de mauvais diagnostic, d'interprétation erronée ou de faux pas – parfois avec de sérieuses conséquences¹⁶.

Détresse émotionnelle à la suite d'un ISP

Un nombre considérable d'études menées au cours des dernières années confirment que les professionnels de la santé ressentent une détresse émotionnelle après un ISP¹⁻¹⁰, qu'ils y soient impliqués directement ou indirectement. Une revue systématique par Seys et coll.¹ indique qu'entre 10 % et 43 % des professionnels de la santé sont touchés par les ISP, alors qu'une des études rapportait que 40,8 % des professionnels de la santé ressentent des effets nuisibles modérés et 2,5 % font état de graves conséquences sur leur vie personnelle.

Les sentiments décrits par des professionnels de la santé comprennent la honte, l'humiliation, la culpabilité et le remords. Leur estime de soi est érodée et ils se remettent en question, se sentent fautifs et inaptes. Ils craignent soit la punition, la perte d'emploi, la colère des patients ou le jugement des collègues. Ils peuvent aussi éprouver des symptômes psychologiques comme la panique, l'anxiété, le chagrin et la dépression^{6,18,19}.

Le livre de Sydney Dekker intitulé *Second Victim: Error, Guilt, Trauma, and Resilience*¹¹ dresse un portrait complet des réactions émotionnelles vécues par les personnes touchées par les ISP, et explique pourquoi elles ont besoin de soutien. L'auteur ajoute que le parcours psychologique de certains professionnels de la santé après un ISP peut être traumatisant, et que si ces derniers ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin, leur capacité à composer avec l'expérience peut être réduite. Dekker prévient qu'un traumatisme peut même conduire à un état de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) qui entraîne des « conséquences émotionnelles, sociales, comportementales, cognitives et somatiques qui peuvent durer longtemps et que les gens ne sont pas aptes à régler sans aide » (p. 17) [traduction libre].

Afin de comprendre pourquoi les professionnels de la santé sont si profondément touchés par les ISP, il est utile de comprendre leur profil et l'environnement dans lequel ils travaillent.

La source de la détresse émotionnelle

Le travail des professionnels consistant à guérir, porter préjudice au patient est le contraire de ce qu'ils cherchent à accomplir. Ils ressentent la pression d'être parfaits dans une situation où il est généralement impossible de l'être. On entend dire que les professionnels de la santé sont formés dans une culture de la perfection²² avec l'attente qu'une fois leur formation terminée, leur travail sera irréprochable. Toutefois, leurs attentes à l'égard de la prestation de soins sans erreurs sont démesurément élevées²².

Les professionnels de la santé travaillent au sein d'un système hautement complexe et technique dans des circonstances exigeantes sur le plan mental et physique. Par ailleurs, ils subissent des pressions liées aux délais très courts dans lesquels ils doivent prendre des décisions sans information complète et ils travaillent de façon interdépendante avec d'autres dans des systèmes qui ne sont pas toujours efficaces – tout en étant convaincus que les ISP sont toujours évitables et qu'on attend d'eux la perfection. En réalité, les professionnels de la santé travaillent dans un système chargé d'ambiguïtés, d'incertitude et de choix complexes sur le plan moral, où les ISP sont inévitables²³.

En même temps, les ISP sont rarement jugés inévitables, mais plutôt vus comme des anomalies dans les soins de santé¹¹. Malgré l'inévitabilité des ISP (les professionnels de la santé n'en étant souvent que les héritiers et situés au bout d'une chaîne complexe de défaillances), les professionnels de la santé sont convaincus que tous les ISP peuvent être évités^{24,25}.

Remarques au sujet du terme « seconde victime »

Albert Wu a inventé le terme « seconde victime »⁵ et beaucoup d'autres dans ce domaine, dont Sydney Dekker^{11,15,22,23}, l'ont adopté pour décrire un professionnel commet un ISP. La première victime est le patient (et sa famille/son proche aidant) qui a subi un préjudice alors que la seconde victime est le professionnel de la santé qui a été traumatisé par l'événement.

Les travaux de Dekker et Wu au sujet de l'exploration de la nature des émotions des personnes qui commettent des ISPs ont mis en lumière l'impact de l'incident sur les professionnels de la santé et ont grandement contribué à notre compréhension de ces émotions. Cependant, l'ICSP a choisi d'éviter d'utiliser ce terme, car cette étiquette ne fait pas l'unanimité chez les professionnels de la santé. Aussi, l'étiquette « victime » suggère que ces derniers ne sont pas impliqués dans les incidents et qu'on leur a fait subir quelque chose qui était hors de leur contrôle. En dernier lieu, leur attribuer cette étiquette pourrait avoir l'effet de dévaluer les conséquences de l'ISP sur le patient.

Au lieu de trouver un autre terme ou une autre étiquette, ce qui risque de pathologiser les professionnels de la santé et de laisser entendre qu'ils sont anormaux ou malsains sur le plan psychologique, nous avons choisi de nous concentrer sur l'effet plutôt que sur la personne : un professionnel de la santé qui a vécu un ISP et qui peut en ressentir des effets émotionnels.

Culture juste de la sécurité et pensée systémique : l'idéal

En reconnaissance du fait que la survenance d'un ISP présente l'occasion d'apprendre et de rendre les soins plus sécuritaires pour les patients, de nombreux organismes de soins de santé et experts en sécurité des patients ont exploré comment le système de santé pourrait créer un environnement plus ouvert et transparent. Des efforts ont été déployés en ce sens pour essayer d'aider les professionnels de la santé à comprendre que la plupart des ISP qui se produisent ne résultent généralement pas d'une seule erreur, et très rarement de la négligence ou de l'incompétence. Ceci a

mené à l'élaboration d'une culture juste et de la pensée systémique, où les employés sont encouragés à déclarer et à divulguer les ISP sans craindre des réprimandes ou des punitions inappropriées.

La divulgation des ISP, élément clé de cette culture juste de la sécurité, permet de démontrer aux patients qu'ils peuvent faire confiance à l'honnêteté et à l'ouverture des professionnels et des établissements de soins de santé à l'égard des incidents préjudiciables, et à leur capacité d'appliquer les enseignements de ces événements pour empêcher qu'ils ne se reproduisent à l'avenir. Il relève aussi du devoir et de la responsabilité déontologique d'un professionnel de la santé de dire la vérité, favorisant ainsi la responsabilité personnelle et l'apprentissage continu²⁶.

Une culture du silence et du blâme individuel : la réalité

En dépit de l'attention portée à une culture juste de la sécurité et à la divulgation, la création d'un environnement ouvert et transparent et l'atténuation de la honte et du blâme posent un énorme défi^{3,4,20}. Les professionnels de la santé continuent d'avoir des réticences à parler – et donc à apprendre – des erreurs ou des incidents évités de justesse.

En évoluant dans cette culture du blâme, on peut comprendre pourquoi les professionnels de la santé choisissent souvent de garder le silence. Ils hésitent probablement à partager ouvertement des informations concernant des ISP car ils craignent d'être punis par leur employeur ou jugés par leurs pairs. Cette culture du blâme mène à une sous-déclaration des ISP en soins de santé. En effet, des études indiquent que les dirigeants sont au courant de moins de 5 % des ISP qui se produisent dans leurs établissements, tandis que les membres du personnel de première ligne ont connaissance de tous les incidents¹.

L'essor des programmes de soutien

Alors que les établissements de soins de santé poursuivent leurs efforts en vue de créer une culture juste de la sécurité, on reconnaît de plus en plus que les professionnels de la santé sont susceptibles d'être traumatisés après un ISP, mais qu'il peut leur être difficile de demander ou de trouver de l'aide. On reconnaît également que s'ils n'ont pas accès au soutien psychologique après un ISP, les efforts d'amélioration de la sécurité des patients risquent d'être minés^{12,13,28}. Comme le soulignent De Wit et coll.¹² « nous ne pouvons pas offrir les soins les plus sécuritaires possible à moins de favoriser un environnement dans lequel les travailleurs de la santé ont un espace sûr où ils peuvent composer avec les répercussions de leur participation à un événement indésirable » (p.858) [traduction libre].

White et coll.¹³ indiquent que la détresse causée par les ISP peut éventuellement nuire à la productivité, à la qualité et à la sécurité. Van Gerven et coll.²⁸ notent que l'amélioration du bien-être des professionnels de la santé au travail est considérée comme un aspect essentiel de l'optimisation du rendement du système de santé. Enfin, Pratt, Kenney, Scott et Wu soutiennent que « l'omission de s'occuper des secondes victimes pourrait mener à un cercle vicieux d'événements indésirables, à l'épuisement professionnel, à de piètres soins et à des événements indésirables supplémentaires »²⁹ (2012, p. 238) [traduction libre].

Seys et coll.¹⁷ énumèrent également les changements défensifs suivants chez les professionnels de la santé, qui se produisent à la suite d'un ISP et qui peuvent avoir une incidence négative sur la sécurité des patients :

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

- Plus susceptibles de garder le silence concernant une erreur;
- Évitent les patients ayant les mêmes problèmes de santé;
- Se sentent moins à l'aise face aux patients et aux membres de leur famille, sont plus inquiets et doutent davantage des capacités des autres;
- Évitent de nouveaux contacts avec le patient/sa famille;
- Réfléchissent à l'idée de cesser d'exercer Changement dans la relation entre le professionnel de la santé et le patient; et
- Prescrivent davantage d'examens et ont peur de commettre une autre erreur.

Récemment, on assiste à une augmentation du nombre de programmes de soutien entre pairs qui permettent aux professionnels de la santé de discuter ouvertement des ISP dans un espace sûr et sans jugement, ce qui les aide à composer avec les conséquences émotionnelles d'un ISP²⁶. Des données probantes suggèrent que dans les premiers instants qui suivent un ISP, les professionnels de santé peuvent souhaiter en discuter avec un collègue et ressentir le respect et l'empathie de la part d'autrui³⁰. Ces programmes font appel à des bénévoles au sein du système de santé qui participent à des programmes de formation en vue de fournir du soutien à leurs collègues de professions et de spécialités similaires¹².

De nombreux établissements offrent de l'aide dans le cadre d'un programme quelconque d'aide aux employés (PAE), mais la capacité de ces programmes à aider les professionnels de la santé à composer avec leur expérience de l'ISP n'est pas claire : « le faible intérêt pour les PAE est peut-être lié au fait que ces programmes ne sont pas adaptés aux besoins des travailleurs de la santé impliqués dans des événements indésirables, à un manque de formation pertinente du personnel du PAE ou au recours à des intervenants non cliniciens qui manqueraient de crédibilité aux yeux des professionnels de la santé »¹³ (p.38) [traduction libre]. Bien entendu, il serait difficile, voire impossible, pour un non-clinicien de saisir toute l'étendue de l'impact physique, psychologique et émotionnel de l'expérience de traverser un ISP^{21,29}.

Quelques programmes de soutien entre pairs ont été lancés aux États-Unis, notamment le programme *Resilience in Stressful Events (RISE)* à l'hôpital Johns Hopkins, le programme MITSS (*Medically Induced Trauma Support Services*) à Boston, le Centre for Professionalism and Peer Support au Brigham and Women's Hospital et le programme *forYou* de la University of Missouri Healthcare (MUHC). Au Canada, il y a beaucoup d'intérêt à explorer la meilleure façon de soutenir les professionnels de la santé en situation de stress au milieu de travail. À ce jour, plusieurs organisations ont élaboré des programmes de soutien, notamment:

- Critical Incident Stress Program (CISP), British Columbia Emergency Health Services (BCEHS) et member du BC First Responders' Mental Health Committee
- Occupational & Critical Incident Stress Management (OCISM) (Santé Canada offre des services aux infirmières travaillant dans les communautés des Premières nations à travers le Canada)
- Peer Support and Trauma Response Program (The Toronto Hospital for Sick Children – SickKids)
- Peer Trauma Response Team Program (Alberta Health Services)
- Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

- Second Victim Peer Support (hôpital Michael Garron)
- Second Victim Guidance Team (Central Health, Terre-Neuve-et-Labrador)

Pour plus d'information sur ces programmes et des directives sur comment mettre en place un tel programme de soutien, reportez-vous aux [Meilleures pratiques](#) de l'ICSP pour les programmes de soutien par les pairs en milieu de travail dans les établissements de santé. Défis de fournir un soutien émotionnel aux professionnels de la santé

L'offre de soutien aux professionnels de la santé qui vivent l'expérience d'un ISP est parsemée de défis, dont notamment leur réticence à demander de l'aide. Cette réticence est principalement attribuable à la honte ou au refus d'admettre leur faillibilité, car demander de l'aide ou une consultation en santé mentale est perçu comme un signe de faiblesse^{11,12,13}. D'après de Wit et coll., « le fait même d'admettre qu'on a besoin d'aide après un événement traumatisant comporte en soi une profonde stigmatisation dans une culture qui se berce de l'illusion que la perfection peut être atteinte, et que le non-respect de cette norme impossible est un signe de défaillance personnelle »¹² (p.857) [traduction libre]. De plus, certains professionnels de la santé ne voudraient pas à priori que leur organisme de réglementation découvre qu'ils ont cherché à obtenir des soins de santé mentale¹³. Ces derniers sont également réticents à demander de l'aide parce qu'ils craignent d'être jugés négativement par leurs collègues, remettent en question la confidentialité du processus, ne croient pas à la valeur du soutien fourni et s'inquiètent des conséquences juridiques.

Le tableau suivant présente les obstacles à la divulgation des ISP selon Kaldjian et coll.³¹, et propose un survol des raisons du sentiment d'impuissance – comme le manque de contrôle ou de confidentialité – et les craintes et angoisses, y compris la peur de la responsabilité légale ou de l'atteinte à la réputation.

Tableau 3.1 : Les obstacles à la divulgation des ISP

Impuissance	Craintes et angoisses
Manque de contrôle sur ce qu'il advient de l'information une fois divulguée	Craintes à l'égard de la responsabilité légale ou financière
Manque de confidentialité ou d'immunité après la Divulgation	Craintes à l'égard de la discipline professionnelle, de l'atteinte à la réputation, de la perte du poste ou de possibilités d'avancement
Manque de soutien institutionnel et de collègues après la divulgation ou d'un forum de discussion professionnel	Craintes à l'égard de la colère, l'anxiété ou la perte de confiance de la part du patient/de sa famille ou de l'interruption de la relation médecin-patient
Croyance que les systèmes de déclaration des erreurs pénalisent les gens honnêtes	Craintes à l'égard de la nécessité d'admettre la négligence proprement dite
Manque de rétroaction après avoir signalé des erreurs ou de sentiment d'appropriation du processus d'amélioration de la qualité	Craintes à l'égard de la nécessité de divulguer une erreur qui ne peut pas être corrigée
Manque de temps pour divulguer les ISPs	Crainte de la possibilité d'avoir l'air incompetent devant des collègues ou des stagiaires moins expérimentés
Sentiment d'impuissance face aux ISPs, car on ne peut pas suffisamment contrôler le système de soins	Craintes à l'égard de la publicité négative
	Crainte de la possibilité de « répercussions » pour ses collègues
	Crainte de ressentir l'échec personnel, la perte de l'estime de soi, ou une menace à son identité de guérisseur

En raison de ces facteurs (expliqués en détail dans Kaldjian et coll.³¹), de la culture actuelle du silence et de la réticence des professionnels de la santé à reconnaître leur faillibilité, il est clair que si ces professionnels devaient demander de l'aide, la confidentialité serait d'une importance capitale.

De plus, étant donné la possibilité que les ISP puissent entraîner des litiges, les professionnels de la santé craignent également que l'information qu'ils partagent avec autrui – en l'occurrence avec un collègue au sein d'un programme de soutien – puisse être utilisée comme preuve dans le cadre d'une poursuite civile ou d'une procédure disciplinaire d'emploi ou d'ordre professionnel. Comme le soulignent de Wit et coll.¹², « ce mouvement naissant se heurte cependant à un obstacle : l'incertitude concernant l'admissibilité des discussions tenues en soutien aux secondes victimes comme preuves dans des poursuites pour faute professionnelle ou dans d'autres procédures disciplinaires » (p.853) [traduction libre].

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Il est donc important d'explorer le privilège juridique et la confidentialité à l'égard de ces communications, car les professionnels de la santé qui donnent et qui reçoivent du soutien doivent savoir si et dans quelle mesure ces communications peuvent être légalement protégées; et le niveau d'engagement de ces programmes et organisations envers le maintien de cette protection. Sachant cela, ils pourront alors définir clairement les types d'informations pouvant être partagées, établir la meilleure façon de se soutenir mutuellement et s'assurer que le soutien est approprié et utile.

Définitions : la confidentialité et le privilège

Avant d'examiner si les communications partagées au sein d'un programme de soutien entre pairs sont protégées, il faut d'abord préciser les distinctions importantes qui caractérisent la confidentialité et le privilège.

Alors que la confidentialité implique le devoir déontologique d'une personne de ne pas divulguer des informations sans consentement (par exemple, le droit d'un client de ne pas permettre la divulgation d'informations partagées avec un thérapeute sans autorisation appropriée), le privilège est un type de protection juridique qui prévient l'utilisation d'informations ou de communications comme preuves dans un procès ou une autre procédure judiciaire³². Ainsi, dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs, ceux qui fournissent le soutien pourraient être tenus par obligation déontologique de ne pas divulguer des informations jugées confidentielles, mais ces informations ne sont pas nécessairement privilégiées.

Le privilège est le droit de refuser de divulguer des éléments de preuve, qui a pour effet de refuser à un juge, à un jury ou à un autre arbitre la transmission de renseignements qui pourraient les aider à découvrir la vérité. Par conséquent, la loi exige que le privilège soit justifié par un intérêt social impérieux³³. Si l'information n'est pas privilégiée, l'avocat d'un plaignant pourrait obtenir l'accès aux communications³³. Le privilège peut s'appliquer à une classe ou à une catégorie de relations (comme le privilège avocat-client) ou peut être appliqué au cas par cas si certains critères sont spectés.ⁱⁱⁱ

ⁱⁱⁱ Pour que s'applique le privilège au cas par cas, une personne qui souhaite réclamer la protection du privilège a le fardeau de démontrer que quatre critères (les « critères de Wigmore ») sont respectés :

- (1) la communication doit reposer au départ sur la confiance qu'elle ne sera pas divulguée;
- (2) cet élément de confidentialité doit être essentiel au maintien intégral et satisfaisant de la relation entre les parties;
- (3) la relation doit en être une qui selon l'avis de la communauté devrait être assidûment encouragée;
- (4) si toutes ces exigences sont remplies, le tribunal doit déterminer si l'intérêt que présente la protection de la communication de toute divulgation l'emporte sur l'intérêt d'arriver à la vérité et de régler le litige correctement^{33,34}.

Pour toute personne qui demande le privilège au cas par cas, le respect du dernier critère est le plus difficile à assurer car le juge doit conclure que l'avantage résultant de la divulgation, aux fins du litige, est inférieur au préjudice qui serait causé à la relation par suite de la divulgation de la communication³³. Puisque le but du processus de litige est d'établir la vérité, il est fort probable que les tribunaux se rangeront du côté de ceux qui cherchent à divulguer les renseignements dont le tribunal a été saisi³³.

Cas où les communications concernant des ISP sont protégées

L'ICSP, de même que tous les défenseurs de la sécurité des patients, encourage la transparence et l'ouverture à l'égard des ISP, offrant ainsi aux professionnels de la santé l'occasion d'apprendre des ISP, ce qui contribue à améliorer les soins de santé et à les rendre plus sécuritaires. D'ailleurs, pour renforcer ce message, les Lignes directrices nationales relatives à la divulgation²⁷ de l'ICSP présentent les « principes directeurs » suivants en introduction :

Principes directeurs

Les principes directeurs suivants étayent l'élaboration et l'utilisation des présentes lignes directrices.

Des soins de santé axés sur les patients : Un milieu de soins de santé axé sur les patients favorise des communications ouvertes, honnêtes et continues entre les prestataires de soins de santé et leurs patients. Les services de santé doivent respecter et soutenir les patients en prenant en considération leurs attentes et leurs besoins en tout temps.

L'autonomie des patients : Les patients ont le droit de savoir ce qui leur est arrivé pour pouvoir participer activement à la prise de décisions relatives aux soins de santé qu'ils reçoivent.

Des soins de santé sécuritaires : Les patients doivent avoir accès à des soins de santé sécuritaires de la plus grande qualité qui soit. Les leçons tirées des incidents liés à la sécurité des patients doivent servir à améliorer les pratiques, les processus et les systèmes de prestation de soins de santé.

Le soutien des dirigeants : Les dirigeants et les décideurs dans le milieu des soins de santé doivent être d'ardents défenseurs de la divulgation en tant que composante des soins de santé axés sur les patients.

La divulgation est la bonne chose à faire : « Les personnes concernées à tous les niveaux de la prise de décisions au sujet de la divulgation doivent se demander ce à quoi elles s'attendraient dans une situation semblable¹. »

L'honnêteté et la transparence : Lorsqu'un incident préjudiciable survient, le patient doit être informé de ce qui est arrivé. La divulgation sert à reconnaître les faits et à en informer le patient, ce qui est crucial pour maintenir la confiance du patient à l'égard du système de soins de santé.

La principale conclusion de ces principes est que la divulgation est la bonne chose à faire, aussi bien pour la sécurité des patients que pour le patient et le professionnel de la santé.

Cependant, il y a des situations où certaines informations concernant des ISP pourraient demeurer confidentielles ou seraient protégées par le privilège. Le but de protéger cette information n'est pas de cacher la vérité, mais plutôt de permettre l'examen ouvert et transparent des ISP afin que l'équipe puisse tirer des leçons de l'incident et améliorer la sécurité des patients. Si ces communications n'étaient pas protégées ou privilégiées, il y aurait un effet dissuasif sur le franc discours qui est nécessaire en vue d'améliorer les soins après un incident de sécurité des patients.

Les sections suivantes présentent des exemples de cas où l'information est protégée.

Privilège avocat-client

Comme dans le cas de toute relation avocat-client, les renseignements qu'un professionnel de la santé pourrait devoir partager avec son avocat au sujet d'un incident de sécurité des patients seraient protégés par cette classe ou catégorie de privilège. Bien qu'il s'agisse d'un exemple de communication privilégiée, il ne s'applique pas aux programmes de soutien entre pairs puisqu'aucun conseil juridique n'est demandé ou fourni par un avocat.

Comités d'assurance de la qualité

Au Canada, dans toutes les provinces et tous les territoires régis par la common law, la loi protège l'information produite par certaines activités d'assurance de la qualité^{33,35}. C'est ce qu'on appelle généralement le « privilège législatif » ou « l'interdiction légale » qui découle de la législation et non de la « common law » (la jurisprudence issue de la cour et des jugements), ni de la relation entre les parties partageant l'information. Son champ d'application

est limité aux circonstances prévues par la loi; et il ne peut être levé de la même façon que peut l'être le privilège ou la confidentialité. Il est largement admis que sans cette garantie de confidentialité, les professionnels de la santé ne participeraient pas librement à l'ensemble des activités d'assurance de la qualité par crainte de responsabilité éventuelle³⁶. Par conséquent, les activités d'assurance de la qualité ne seraient pas aussi efficaces et la qualité et la sécurité des soins fournis aux patients seraient compromises³⁶.

L'Association canadienne de protection médicale³⁷ explique que les comités d'assurance de la qualité ne visent pas à empêcher la mise en œuvre d'autres stratégies de sécurité des patients :

« La déclaration d'événements indésirables aux comités d'assurance de la qualité ou d'examen par les pairs des hôpitaux fait généralement partie d'une initiative beaucoup plus vaste destinée à cerner et à régler les problèmes systémiques et à améliorer la sécurité des soins. Le but ultime des activités d'assurance de la qualité est d'examiner ces événements de façon critique et d'évaluer l'efficacité des pratiques et procédures de l'établissement afin d'améliorer la sécurité globale des patients. Il est en général reconnu que pour que les programmes d'assurance de la qualité portent des fruits et soient efficaces, il faut garantir de façon satisfaisante aux professionnels de la santé que la déclaration de ces renseignements et l'enquête subséquente à leur sujet ne serviront pas ou ne seront pas divulgués (que ce soit à des patients ou à d'autres services ou comités de l'hôpital) en dehors du processus d'assurance de la qualité. Si les médecins et d'autres professionnels de la santé ne sont pas convaincus que les renseignements sur l'assurance de la qualité et les documents pertinents seront protégés, ils pourraient hésiter à participer activement au processus ou même ne pas vouloir y participer du tout. »

Bien que les particularités varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, les lois suivent généralement le même modèle et empêchent que des procédures, rapports et enquêtes d'assurance de la qualité ne soient divulgués ou utilisés en cour³⁴. Par exemple, l'article 9 de la Alberta Evidence Act³⁸, qui ressemble à la législation dans d'autres provinces et territoires, se lit comme suit :

9 (2) Un témoin dans une action, qu'il soit ou non partie à celle-ci, ne peut être soumis et ne doit pas être autorisé à répondre à toute question relative à toute procédure d'un comité d'assurance de la qualité, et ne peut être invité et ne doit pas être autorisé à produire tout dossier d'assurance de la qualité dont cette personne ou le comité est en possession ou qui est sous le contrôle de cette

personne ou du comité [traduction libre].

Les comités d'assurance de la qualité sont généralement définis comme des comités constitués par les autorités régionales de la santé ou les conseils d'administration des hôpitaux; établis en vertu d'une loi provinciale; ou désignés par arrêté ministériel et prescrits par la réglementation³⁴.

La protection des activités d'assurance de la qualité s'accompagne généralement d'une interdiction légale de divulguer des informations liées à l'assurance de la qualité dans le cadre de procédures judiciaires ou professionnelles.

Il est intéressant de constater que des changements récents apportés à la loi en Ontario, notamment à la *Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*, pourraient signaler une tendance vers une plus grande ouverture pour toutes les enquêtes ou activités liées à des ISP. En particulier, les déclarations suivantes³⁹ montrent clairement qu'il faut faire preuve de prudence lorsque cette loi est invoquée :

- L'esprit de la LPRQS reste valide et une version modifiée de la Loi devrait être retenue. Cependant, les dispositions de la Loi devraient être modifiées de manière à indiquer clairement que, lorsqu'on invoque la LPRQS, les patients et leur famille doivent être pleinement informés des résultats de l'enquête, y compris de ce qui s'est passé, pourquoi c'est arrivé et quelles mesures l'organisme entend prendre (le cas échéant) pour prévenir d'autres incidents à l'avenir. Cela devrait se faire d'une façon qui respecte les mesures de protection de la confidentialité que prévoit la LPRQS.
- Il faut examiner les écarts actuels quant à la façon dont la LPRQS est utilisée dans l'ensemble des hôpitaux de l'Ontario. On ne devrait se prévaloir de la LPRQS que lorsque la nature des causes ayant contribué à un incident critique n'est pas claire et que de nombreuses discussions et spéculations sur ces causes sont nécessaires. Les hôpitaux de l'Ontario, avec l'aide de Patients pour la sécurité des patients, de l'Association canadienne de protection médicale, de Qualité des services de santé Ontario et d'autres organismes, devraient apprendre les uns des autres et élaborer des directives claires sur les circonstances dans lesquelles la LPRQS devrait être invoquée pour enquêter sur un incident critique et à quel moment elle ne devrait pas l'être.

Cette loi apporte une nuance au privilège/à l'interdiction légale qui pourrait être adoptée dans d'autres provinces et territoires à l'avenir.

Loi sur la présentation d'excuses

Bien que la Apology Act (loi sur la présentation d'excuses) ne soit pas directement liée au privilège dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs, il s'agit d'un autre exemple où les communications liées à un ISP – comme des excuses présentées à un patient ayant subi un ISP – ne peuvent être prises en compte aux fins d'attribuer la faute ou de déterminer la responsabilité dans le cadre d'une action en justice.

À ce jour, huit provinces canadiennes et un territoire (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Nunavut) ont adopté une « loi sur la présentation d'excuses », soit sous forme de loi distincte, soit comme composante intégrée aux lois sur la preuve. Dans ces provinces, les excuses présentées à un patient en raison d'une erreur ne sont pas admissibles comme preuve de responsabilité dans une procédure judiciaire.

L'objectif principal des lois sur la présentation d'excuses est de réduire les préoccupations des professionnels de la santé concernant les implications juridiques des expressions de sympathie et notamment, des excuses.

La présentation d'excuses est une expression de sympathie et de regret, et une déclaration du fait d'être désolé. Les mots « je suis désolé » sont reconnus pour favoriser le respect et l'amélioration des relations entre les patients, les familles et les professionnels de la santé.

Privilège juridique dans un programme de soutien entre pairs

Étant donné la définition du privilège juridique et les circonstances précédemment détaillées dans ce document dans lesquelles des communications liées à des ISP seraient privilégiées ou protégées, il est impossible de savoir si, à l'heure actuelle, des communications faites dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs seraient privilégiées ou soumises à une interdiction légale de divulgation puisque :

- ces communications ne sont pas faites dans le cadre d'une relation client-avocat;
- ces communications n'ont pas généralement lieu dans le cadre d'un comité d'assurance de la qualité; et
- à ce jour, aucun tribunal canadien n'a décidé si le privilège Wigmore protégerait la confidentialité des communications de soutien par les pairs.

À ce jour, il n'y a pas eu de contestation judiciaire visant à obtenir l'accès à des communications faites dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs. Le risque qu'un pair ayant participé comme aidant soit légalement tenu d'en divulguer les détails est donc inconnu. Cependant, une fois que des patients, leur famille et leurs avocats sont informés de l'existence possible de ces communications, il est raisonnable de s'attendre à ce que leur curiosité quant à la pertinence des communications entraîne des demandes de renseignements. En revanche, si quelqu'un veut obtenir la divulgation, il devra présenter des motifs suffisants de croire que les communications faites dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs sont pertinentes ou potentiellement pertinentes avant qu'un tribunal n'en ordonne la divulgation³⁴.

Le fait que les programmes de soutien entre pairs ne soient pas protégés par le privilège ne signifie pas nécessairement qu'il y a lieu de décourager les établissements de soins de santé de mettre en œuvre de tels programmes, quoique cela pourrait en compliquer la mise sur pied. Toutefois, il existe des mesures que les organisations peuvent prendre pour préserver la confidentialité, sinon le privilège, afin de permettre aux professionnels de la santé de se sentir libres de discuter de leurs émotions concernant des événements traumatisants.

Recommandations pour la mise en œuvre d'un programme confidentiel de soutien entre pairs

Toutes les données probantes recueillies au sujet des conséquences émotionnelles des ISP sur les professionnels de la santé soulignent l'importance de soutenir ces derniers dans ce qui peut s'avérer une expérience traumatisante. Il est essentiel que les dirigeants des établissements de soins de santé prêtent attention à l'impact des ISP et instaurent des programmes de soutien entre pairs qui amélioreront le bien-être des employés et ainsi, la sécurité des patients. Pour leur part, les professionnels de la santé doivent comprendre l'importance de demander un soutien émotionnel pour traiter la détresse qu'ils éprouvent afin de composer avec leurs émotions en temps opportun, se donnant ainsi l'occasion de résoudre plus rapidement et plus complètement tout traumatisme physique et psychologique découlant de l'incident. En se prenant en charge, ils seront aptes à donner de meilleurs soins à leurs patients tout en diminuant la probabilité qu'un ISP se produise.

Le risque de divulgation des renseignements liés aux programmes de soutien entre pairs est inconnu. Les données recueillies dans le cadre de cette analyse démontrent que rien ne garantit que l'information partagée dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs serait privilégiée. Cependant, les avantages pour les professionnels de soins de santé et leurs futurs patients pourraient être plus importants que les préoccupations concernant la divulgation des conversations. De plus, même si ces discussions ne sont peut-être pas privilégiées, cela ne signifie pas qu'elles ne sont pas confidentielles. Aussi, toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour en assurer la confidentialité.

D'excellentes ressources sont disponibles pour aider les établissements à mettre en œuvre un programme de soutien entre pairs :

- Hirschinger LE, Scott SD, Hahn-Cover K. Clinician support: Five years of lessons learned⁴⁰.
- Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW: Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study⁴¹.
- Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtlallo J: Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital⁴².
- Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW: How to develop a second victim support program: A toolkit for Health Care Organizations²⁹.
- Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al: Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review¹⁷.

En complément, voici quelques recommandations proposées en vue de créer et de mettre en œuvre un programme de soutien entre pairs qui offre un environnement psychologique sécuritaire aux professionnels de la santé qui ont vécu un ISP et qui atténue le risque que cette information soit utilisée dans le cadre d'une action en justice.

Comment décrire le programme

Beaucoup de professionnels de la santé ne sont pas conscients des effets psychologiques d'un ISP jusqu'au jour où ils les subissent. Il est donc important de les sensibiliser à l'impact émotionnel traumatisant des ISP au moyen d'une campagne qui décrit les réactions, les comportements et les conséquences émotionnelles couramment vécus après un ISP, ainsi que les moyens de soutenir les personnes qui y sont impliquées^{30,39}.

En raison des défis liés à la mise en œuvre d'un programme de soutien entre pairs (tel que décrits ci-dessus), dont la réticence des professionnels de la santé à demander de l'aide n'est pas le moindre, il serait important pour les établissements de soins de santé d'inclure les messages suivants dans leur description de programme :

- Le programme est confidentiel et le contenu des discussions n'est pas documenté.
- Le programme vise à soutenir les professionnels de la santé alors qu'ils traversent ce qui, pour de nombreuses personnes, peut s'avérer une expérience traumatisante.
- Le programme fait partie intégrante de l'engagement organisationnel envers le bien-être des employés et la sécurité des patients.
- Le soutien offert dans le cadre du programme n'est pas une « thérapie » : il s'agit d'un soutien collégial offert par quelqu'un qui a vécu une telle expérience^{21,44}.

Il est normal d'éprouver de la détresse émotionnelle et physique après un ISP et il est extrêmement important que les personnes touchées obtiennent un soutien pour surmonter cette détresse.

Les pairs aidants sont formés pour offrir un soutien émotionnel, du coaching et des ressources, et non pour examiner des dossiers médicaux ou pour formuler des commentaires ou des opinions cliniques sur les soins fournis¹³.

À titre d'exemple, le *Brigham and Women's Hospital* a créé le *Centre for Professionalism and Peer Support*⁴³, citant un article de Van Pelt⁴⁴ qui permet de comprendre la vision et le but du programme de soutien entre pairs :

Le service de soutien entre pairs contourne les préjugés qui limitent l'utilisation des services de soutien formels et offre aux professionnels de la santé un environnement sécuritaire où ils peuvent partager l'impact émotionnel des événements indésirables, tout en servant de fondement à la communication ouverte et au renouvellement de la compassion au travail. À mesure que se révèle l'ampleur des facteurs de stress qui touchent les professionnels de la santé, le service de soutien entre pairs devient reconnu comme un service essentiel à l'échelle de l'hôpital. Il semble également représenter un important pas en avant dans les domaines critiques de la sécurité des patients et de la qualité des soins⁴⁴. [Traduction libre]

Formation des pairs aidants

Comme pour tout programme de soutien entre pairs, les pairs aidants doivent être formés pour veiller à ce qu'ils soient préparés à aider des pairs à traverser une expérience traumatisante. Cette formation doit aborder les compétences nécessaires pour répondre aux appels de détresse, apporter un secours d'urgence en situation de suicide et fournir un soutien émotionnel non directif. Les pairs aidants doivent

également recevoir une formation au sujet des ressources externes qui sont disponibles aux pairs qui en auraient besoin^{29,39,40}.

Dans le cadre de cette formation, il est important que le pair aidant comprenne que son rôle consiste à orienter la conversation vers l'impact émotionnel de l'incident plutôt que les opinions et les hypothèses au sujet de ce qui a mal tourné; la conversation doit être axée sur les conséquences émotionnelles de l'incident et les moyens d'y faire face³⁰. En d'autres termes, l'incident s'est déjà produit : les conversations tenues dans le cadre d'un programme de soutien entre pairs ne changent pas les faits. Le but de ces programmes ne devrait pas être d'analyser ce qui a mal tourné ou qui est responsable; l'objectif doit plutôt être de procurer un soutien affectif au professionnel de la santé et de l'aider à composer avec l'émotion et à accéder à des ressources professionnelles au besoin. Selon White et coll.¹³, les établissements de soins de santé peuvent « atténuer le risque de la possibilité de découverte en supposant que le clinicien ne discutera que de ses sentiments plutôt que de l'événement indésirable » (p.38) [traduction libre].

La formation des pairs aidants devrait également comprendre les pratiques et procédures administratives du programme confidentiel de soutien entre pairs, y compris la consignation des appels de façon confidentielle (à des fins d'évaluation statistique et des coûts).

Voici d'autres suggestions pour assurer le maintien de la confidentialité :

- L'établissement définit le mandat du programme de soutien entre pairs, qui comprend des déclarations de confidentialité correspondant aux trois premiers critères de Wigmore (voir la note de bas de page (i) à la page 130 du présent document);
- L'établissement crée le programme sous l'égide d'un comité de la qualité des soins existant et sujet au privilège, ou encore par l'entremise du service de gestion des risques;
- Les pairs aidants signent une entente de confidentialité;
- L'identité des pairs aidants n'est connue que de certaines personnes;
- Il y a très peu de documentation au sujet de ceux qui demandent du soutien, et toute documentation générée porte la mention « Confidentiel » et est conservée centralement par le service de gestion des risques ou par le comité de la qualité des soins;
- Les numéros de téléphone ne sont pas consignés;
- Le contenu des conversations n'est pas consigné;
- Les professionnels de la santé ont la possibilité de faire un appel téléphonique anonyme; et
- Une politique bien énoncée précise l'objectif du programme de soutien entre pairs.

Le défi pour les établissements de soins sera de fournir des services efficaces tout en préservant la confidentialité. Les personnes qui créent les programmes devront trouver un juste équilibre entre la confidentialité et le soutien personnel, car plus la confidentialité est élevée (par exemple, grâce aux appels téléphoniques anonymes), plus il sera difficile de fournir un soutien personnalisé dont le professionnel de la santé pourrait avoir besoin afin de composer avec les événements.

Conclusion

Les traumatismes psychologiques que subissent les professionnels de la santé lorsqu'ils sont impliqués dans un ISP peuvent être accablants et complexes et avoir une incidence négative considérable sur leur bien-être et leur aptitude à soigner leurs patients avec efficacité. Il est donc important que les établissements de soins de santé explorent la meilleure façon de soutenir les membres de leur personnel qui traversent une expérience susceptible d'être très pénible.

Les établissements de soins de santé devront mener un rude combat pour déstigmatiser le soutien psychologique et surmonter la réticence des professionnels de la santé à partager leurs sentiments au sujet des ISP. On peut s'attendre à ce qu'un programme de soutien entre pairs, qui représente une initiative à long terme, soit en vigueur pendant cinq à dix ans avant d'être pleinement reconnu, accepté et bien utilisé.

Lors de sa mise en œuvre, les établissements de soins de santé auront également le défi de convaincre les professionnels de la santé que l'environnement sera sécuritaire sur le plan psychologique et que tout sera mis en œuvre pour assurer la confidentialité des discussions.

Étant donné que les communications dans le cadre de programmes de soutien ne sont pas privilégiées à l'heure actuelle, il faudra peut-être convaincre les professionnels de la santé que les avantages du soutien affectif d'un pair l'emportent sur le risque de divulgation des communications.

En même temps, toutes les personnes qui participent aux soins des patients – y compris les patients et les familles – doivent être rassurées quant au fait qu'un programme de soutien entre pairs ne diminue en rien l'importance des autres efforts d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients, comme la déclaration des ISP, la divulgation et les autres activités de gestion des incidents. Les faits sont les faits : les professionnels de la santé ont l'obligation éthique de déclarer les ISP et la confidentialité n'implique pas une absence de responsabilité²⁶. Toutes les personnes qui prennent part à ces programmes doivent indiquer clairement que leur objectif n'est pas de cacher, aux patients ou à autrui, les faits relatifs aux soins fournis, mais plutôt d'offrir un espace sécuritaire pour aider les professionnels de la santé à composer avec des événements traumatisants et stressants, de façon à retrouver un état émotionnel plus sain qui leur permettra de prendre soin de leurs patients en toute sécurité.

Il est de l'intérêt public d'appuyer les programmes de soutien entre pairs en raison de leur impact positif sur la sécurité des soins ultérieurs. L'absence de ce soutien pourrait fort possiblement entraver l'une des meilleures voies de guérison possibles pour les professionnels de la santé qui subissent un ISP et obstruer une route importante vers l'amélioration de la sécurité des patients⁴⁵.

Le soutien des professionnels de la santé représente un composant important d'un processus de gestion des incidents beaucoup plus vaste qui comprend le signalement, la divulgation, l'analyse, l'apprentissage et l'amélioration de la qualité. Le soutien entre pairs doit être intégré à tous les volets de ce processus. L'ICSP encourage les établissements de soins de santé à concevoir de tels programmes en s'engageant à respecter la confidentialité dans la mesure permise par la loi.

L'ICSP favorise la divulgation des ISP et continue d'insister sur le fait que ces programmes de soutien ne visent pas à garder secrets des faits concernant les soins fournis aux patients, mais plutôt à aider les professionnels de la santé à composer avec des événements traumatisants et stressants afin qu'ils puissent retrouver un état émotionnel sain et fournir des soins sécuritaires à leurs patients par la suite.

Références

1. Khatri N, Brown GD, Hicks, LL. From a blame culture to a just culture in healthcare. *Healthcare Management Review* 2009;34;312-322. doi:10.1097/HMR.0b013e3181a3b709
2. de Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM, Scherpbier AJJA, Koopmans RP. A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS ONE* 2012;7;1-7. doi:10.1371/journal.pone.0031125
3. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. Respectful management of serious clinical adverse events (2nd ed.) 2011. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
4. May N, Plews-Ogan M. The role of talking (and keeping silent) in physician coping with medical error: a qualitative study. *Patient Education and Counseling* 2012;88;449-454. doi: 10.1016/j.pec.2012.06.024
5. Wu AW. The doctor who makes a mistake needs help too. *BMJ* 2000;320;726-27.
6. Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse healthcare events. *Nurs Clin N Am* 2012;47; 383-393. doi: 10.1016/j.cnur.2012.05.008
7. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Healthcare* 2009;18;325-30.
8. Smetzer J. Don't abandon the “second victims” of medical errors. *Nursing* 2012;42(2);54-58. doi:10.1097/01.NURSE.0000410310.38734.e0
9. Ullstrom S, Sachs MA, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf* 2014;23;325-331. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035
10. Clancey CM. Alleviating “second victim” syndrome: how we should handle patient harm. *Journal of Nursing Care Quality* 2012;27(1), 1-5. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3182366b53
11. Dekker S. *Second Victim: Error, Guilt, Trauma, and Resilience*. 2013 Boca Raton, FL: CRC Press Taylor & Francis Group.
12. de Wit ME, Marks CM, Natterman JP, Wu AW. Supporting second victims of patient safety events: shouldn't these communications be covered by legal privilege? *J Law Med Ethics*. 2013 Winter;41(4):852-8 doi: 10.1111/jlme.12095.
13. White AA, Brock DM, McCotter PI, Hofeldt R, Edrees HH, Wu AW et al. Risk managers' descriptions of programs to support second victims after adverse events. *Journal of Healthcare Risk Management*. 2015;34(4):30-40.
14. Baker R, Norton P, Flintoft V, et al. The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 2004;170(11):1678-1686.

15. Dekker, S. *Promoting Meaningful Close-Call Reporting: Lessons from Aviation*. 2007. In A.W. Wu (Ed.), *The Value of Close Calls in Improving Patient Safety: Learning how to Avoid and Mitigate Patient Harm* (pp. ix-x). Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources.
16. Christianson, M. (2012, May). *Organizing for Safety and Reliability*. Webinaire présenté par le Rotman School of Management.
17. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof*. 2012;36(2):135-162. doi: 10.1177/0163278712458918
18. Scott S, Hirschinger L, Cox K. Sharing the load: rescuing the healer after trauma. *RN*. 2008;71(12):38-40, 42-3.
19. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a “second victim” in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Rev Calif Asist*. 2016; Jul;31 Suppl 2:11-9. doi: 10.1016/j.cali.2016.05.001.
20. Reason, JT. Forward. In A. W. Wu (Ed.), *The Value of Close Calls in Improving Patient Safety: Learning how to Avoid and Mitigate Patient Harm*. 2011 (pp. ix-x). Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources
21. MacLeod L. “Second Victim” casualties and how physician leaders can help. *Physician Exec*. 2014 Jan-Feb;40(1):8-12.
22. Dekker S. *Ten Questions about Human Error: A New View of Human Factors and System Safety*. 2005 Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
23. Dekker SWA. Just culture: who gets to draw the line? *Cogn Tech Work*. 2009; 11:177-185.
24. Lowe, C. M. (2006). Accidents waiting to happen: the contribution of latent conditions to patient safety. *Quality & Safety in Healthcare*, 15, i72-i75. doi: 10.1136/qshc.2006.016071
25. Reason JT. *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*. 2008. Surrey, England: Ashgate.
26. Perez B, Knych SA, Weaver SJ, Liberman A, Abel EM, Oetjen D, Wan TTH. Understanding the barriers to physician error reporting and disclosure: a systemic approach to a systemic problem. *J Patient Saf*. 2014;10(1):45-51.
27. Canadian Patient Safety Institute. *Canadian Disclosure Guidelines: Being Open with Patients and Families*. 2011. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute.
28. Van Gerven E, Bruyneel L, Panella M, Euwema M, Sermeus W, Vanhaecht K. Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis. *BMJ Open*. 2016;6: e011403.
29. Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012 38(5):235-240.

30. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Lorenzo S, Perez-Perez P, Silvestre C et al. The second victim phenomenon after a clinical error: The design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error. *J Med Internet Res*. 2017 June;19(6): e203.
31. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, Tripp-Reimer T, Hillis SL. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. *J Gen Intern Med*. 2006; 21:942-948.
32. Younggren JN, Harris EA. Can you keep a secret? Confidentiality in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2008;64(5):589-600.
33. Burningham S, Renke W, Caufield T. Is patient safety research protected from disclosure? *Health L.J.* 2013;20;47-72.
34. Le Barreau du Haut-Canada. *A Privilege Primer*. 2011. Consulté à l'adresse : www.lsuc.on.ca
35. Knoll AM. Mea culpa, mea culpa: A call for privilege for self-disclosure of error in the setting of primary medical education. *J Health Law*. 2002; Summer;35(3):419-42.
36. Cranston D, Rozmus A. *Quality Assurance Records and Common Law Privilege: Balancing Competing Interests*. Consulté sur le site Web de l'Association du Barreau canadien http://www.cba.org/cba/cle/PDF/HEALTH11_Cranston_PaperOutline.pdf
37. Association canadienne de protection médicale. Lettre au Comité d'examen de l'ATTIPA. 2014. Consulté à l'adresse : https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/public-policy/com_review_of_personal_information_protection_act-f.pdf.
38. Alberta Evidence Act ("AEA"). RSA 2000, c A-18, s 9.
39. Comité d'examen de la LPRQS. Recommandations du Comité d'examen de la LPRQS. 2014. Consulté à l'adresse : www.health.gov.on.ca/en/common/legislation/qcipa/docs/qcipa_rcr.pdf
40. Hirschinger LE, Scott SD, Hahn-Cover K. Clinician support: five years of lessons learned. *Patient Safety and Quality Healthcare*. 2015 March/April:26-31.
41. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016; 6(9): e011708.
42. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtlallo J. Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital *Am J Health Syst Pharm*. 2015 Apr 1;72(7):563-7. doi: 10.2146/ajhp140650.
43. Brigham and Women's Hospital. Center for Professionalism and Peer Support. Consulté à l'adresse : http://www.brighamandwomens.org/medical_professionals/career/cpps/PeerSupport.aspx
44. Van Pelt F. Peer support: Healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf. Health Care*. 2008; 17:249-252.
45. ICSP. Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents. Consulté à l'adresse : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patientsafetyincidentmanagementtoolkit/pages/default.aspx>

Créer un espace sûr

.....

**Section 4 : Lignes
directrices canadiennes sur
les pratiques exemplaires
pour les programmes de
soutien entre pairs**

Section 4 : Lignes directrices canadiennes sur les pratiques exemplaires pour les programmes de soutien entre pairs

Groupe de travail

Markirit Armutlu
Diane Aubin
D^{re} Amy Cheng
Nancy Coish
Gary Deroo
Christine Devine
Brenda Gamble
D^{re} Adrienne Gaudet
Jonathan Gutman
D^{re} Katrina Hurley
Sandra Koppert
Laura Mullaly
Marsha McCall
Kelly McNaughton
Lynn Robertson
Brenda Roos

Affiliations actuelles

L'Institut canadien pour la sécurité des patients
Diane Aubin Consulting
St. Michael's Hospital
Central Health, Newfoundland
Chatham-Kent Health Alliance
Michael Garron Hospital
University of Ontario Institute of Technology
Programme d'aide aux médecins du Québec
Healthcare Insurance Reciprocal of Canada
Izaak Walton Killam (IWK) Health Centre
Commission de la santé mentale du Canada
Commission de la santé mentale du Canada
British Columbia Emergency Health Services
SickKids - The Hospital for Sick Children
Alberta Health Services
Santé Canada

Remerciements

Merci aux patients, aux prestataires de soins, aux dirigeants opérationnels, aux organismes de réglementation et aux bailleurs de fonds pour votre passion et votre engagement à améliorer la sécurité des soins aux patients et à promouvoir un environnement de travail positif et sécuritaire sur le plan psychologique pour les prestataires. Nous vous invitons à partager vos réalisations et vos défis tout au long de ce projet.

Avis de non-responsabilité

Cette publication est fournie à titre d'information seulement. Tous les exemples présentés ne visent qu'à illustrer le propos. Cette publication ne peut remplacer un avis juridique. Elle ne constitue pas une interprétation officielle de la loi et ne lie pas l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

Section 4 : Lignes directrices canadiennes sur les pratiques exemplaires pour les programmes de soutien entre pairs

Introduction

Il ressort clairement des résultats du sondage [\[voir Section 1\]](#) et de l'étude de portée [\[voir Section 2\]](#) qu'il y a un grand besoin d'établir des programmes de soutien entre pairs dans les organismes de santé au Canada. La documentation actuelle [\[voir Section 2\]](#) sur la santé mentale et le bien-être des professionnels de la santé appuie également ces conclusions, ce qui a amené l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) à recommander fortement aux organismes de soins de santé d'établir des programmes de soutien entre pairs pour les personnes de leur organisation qui pourraient souffrir de troubles émotionnels.

Dans la foulée de cette recommandation, l'ICSP vise à appuyer les organismes de soins de santé qui ont l'intention d'établir un programme de soutien entre pairs (PSP). C'est pourquoi nous avons collaboré avec des experts canadiens dans le domaine pour élaborer cette section sur les pratiques exemplaires du document *Créer un espace sûr : Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé*. Ces experts ont été recrutés pour faire partie de ce groupe de travail en raison de leur expertise dans l'établissement de leurs propres programmes de soutien entre pairs. Leur sagesse collective a façonné l'orientation et le contenu de ce guide; les membres ont donné des conseils sur les éléments importants à inclure dans notre document, ont partagé avec nous une multitude de ressources et d'outils, ont présenté des conseils et les leçons qu'ils ont tirées et ils ont travaillé étroitement avec nous pour élaborer des messages clés et des recommandations pour aider les organismes à réussir leur PSP.

Voici les noms des programmes (à divers stades d'élaboration) et des organismes des membres du groupe de travail :

- Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique (PGSPIC), Services d'urgence de santé de la Colombie-Britannique (SUS de C.-B. ou BCEHS) et membre du Comité de Santé mentale des premiers intervenants de C.-B.;
- Services de gestion du stress professionnel à la suite d'un incident critique (SGSPIC) (Santé Canada – offrant des services aux infirmières et infirmiers qui travaillent dans les communautés des Premières Nations à travers le Canada);
- Programme de soutien entre pairs et d'intervention en cas de traumatisme (*Peer Support and Trauma Response Program*, Toronto Hospital for Sick Children – SickKids);
- Programme de l'Équipe d'intervention par les pairs en cas de traumatisme (*Peer Trauma Response Team (PTRT)*, Alberta Health Services (AHS));

- Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ);
- Programme de soutien par les pairs à l'intention des secondes victimes (*Second Victim Peer Support*, Hôpital Michael-Garron);
- Hôpital St. Michael (encore en phase de développement);;
- Alliance Chatham-Kent pour la santé (encore en phase de développement); et,
- Équipe d'orientation des secondes victimes (*Second Victim Guidance Team*, Central Health, Terre-Neuve-et-Labrador).

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des programmes de soutien entre pairs dans les organismes de soins de santé au Canada. Il existe d'autres programmes et organismes qui soutiennent les travailleurs de la santé. Par exemple, un certain nombre d'associations de professionnels de la santé offrent un soutien par les pairs et des initiatives en plein essor, comme les Schwartz Rounds^{MC}, qui sont maintenant actives dans six centres au Canada. Nous avons découvert dans notre sondage un certain nombre de programmes de soutien entre pairs au Canada [voir [la section 2 du manuscrit sur la recherche/sondage](#)] et nous continuerons sans nul doute à en découvrir d'autres à mesure que nous poursuivrons notre travail dans ce domaine. Nous espérons que ce document contribuera à réunir une communauté de pratique où nous pourrions collaborer et apprendre les uns des autres.

**Il est important de noter qu'il s'agit ici de lignes directrices,
et non d'une marche à suivre définitive; chaque
organisme personnalisera forcément son PSP en fonction
de ses propres politiques, culture et vision.**

Objet de la section Pratiques exemplaires

Le but de cette section est de fournir une feuille de route pour les organismes de santé qui envisagent ou sont en train de mettre en œuvre un PSP en milieu de travail, c'est-à-dire un programme structuré et formel où les employés, dont certains ont vécu cette expérience, sont sélectionnés et préparés pour offrir un soutien entre pairs aux autres employés de leur milieu de travail (voir la définition en p. xx du guide). Ce document a été créé pour offrir des conseils pratiques et formuler des recommandations clés sur la façon d'élaborer les éléments de base d'une approche globale et durable de soutien entre pairs. Nous visons à ce qu'il soit bénéfique à tous ceux qui entreprennent le programme à tous les niveaux : de la personne qui identifie le besoin de soutien par les pairs et qui veut savoir comment démarrer, aux leaders organisationnels qui reconnaissent l'importance de soutenir leur personnel et qui ont besoin de renseignements pour guider leur processus. Il est important de noter qu'il s'agit ici de lignes directrices, et non d'une marche à suivre définitive; chaque organisme personnalisera forcément son PSP en fonction de ses propres politiques, culture et vision.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Il existe déjà de précieuses ressources qui fournissent des conseils sur les principes fondamentaux des programmes de soutien entre pairs en général. Par exemple, [Peer Support Canada](#) offre une certification pour le soutien entre pairs, ainsi qu'un certain nombre de ressources sur des sujets comme les compétences, la formation, le code de conduite et les valeurs fondamentales du soutien entre pairs.

Plus particulièrement, les *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation* (2013) de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) fournissent des conseils complets sur un grand nombre de sujets pertinents, notamment :

- la valeur du soutien entre pairs;
- les valeurs et principes directeurs à l'intention des pairs aidants;
- les compétences, les habiletés et les qualités personnelles des pairs aidants; et,
- des lignes directrices pour la formation des pairs aidants.

Les Services d'urgence de santé de la Colombie-Britannique (British Columbia Emergency Health Services ou BCEHS) ont adapté une grande partie de cette information pour leur propre programme, ainsi que des documents de la *Critical Incident Stress Foundation* (Fondation pour la gestion du stress lié aux incidents critiques), et ont enrichi le contenu du site Web de [BC First Responders' Mental Health](#) (Santé mentale des premiers intervenants de C.-B.). Nous ferons souvent référence aux documents de la CSMC et de la Colombie-Britannique tout au long de ce texte.

Il y a également des connaissances à acquérir grâce aux programmes de soutien entre pairs pour les professionnels de la santé qui sont en place depuis un certain nombre d'années. Les programmes suivants, établis aux États-Unis, disposent de plusieurs documents et autres ressources particulièrement utiles qui ont éclairé notre travail :

- [Resilience in Stressful Events \(RISE\) second victim support programme](#) à l'Hôpital Johns-Hopkins;
- [Équipe ForYOU](#) à l'University of Missouri Health Care (MU Health Care);
- [Medically Induced Trauma Support Services \(MITSS\)](#) au Massachusetts; et,
- Le [Centre de professionnalisme et de soutien par les pairs](#) du Brigham and Women's Hospital au Massachusetts.

Nous n'avons pas l'intention de recréer de telles connaissances dans le présent document; notre intention est plutôt de nous concentrer sur les considérations fondamentales pour établir un programme de soutien entre pairs au sein des organismes de santé, en utilisant des exemples et des pratiques exemplaires glanés auprès de nos experts et d'autres organismes dotés de programmes bien établis de soutien entre pairs.

Tout au long de ce texte, nous ferons référence à deux autres sections de ce guide qui complètent et renforcent l'information présentée ici :

- [Outils et ressources pour les programmes de soutien entre pairs](#) : Une liste complète d'outils et de ressources qui aideront les organismes à mettre en œuvre un programme de soutien entre pairs.

- [Aborder la question de la confidentialité des programmes de soutien entre pairs destinés aux professionnels de la santé](#) : Qui clarifie les considérations relatives au privilège juridique et au secret professionnel dans le cadre d'un PSP.

Définition du soutien entre pairs

Comme nous l'avons vu dans l'étude de portée [lien], il existe de nombreuses variantes dans la signification ou la composition d'un PSP. Cette disparité est probablement attribuable à la nature même des PSP, où chaque organisme élabore et met en œuvre un programme adapté à sa structure et aux besoins particuliers de son personnel. Au cœur de tout PSP se trouve, cependant, le désir d'intégrer et de maintenir un environnement psychologiquement sûr où ceux qui font partie de l'établissement de soins de santé se sentent soutenus par leurs pairs et par l'organisme lorsqu'ils vivent de la détresse au travail.

Aux fins du présent document, les membres du groupe de travail se sont mis d'accord sur la définition d'un PSP telle qu'elle figure dans [l'introduction du présent guide](#), qui est reprise à la page suivante pour plus de clarté (voir [encadré 4.1](#)) :

« Le soutien entre pairs est un apport important à SickKids, car il donne au personnel l'occasion d'entrer en contact avec des collègues qui « l'obtiennent ». Il ne s'agit pas de counseling ou de thérapie. C'est l'occasion de demander de l'aide lorsque vous avez besoin d'un espace sûr ou d'un temps dédié pour obtenir un soutien supplémentaire. Parler dans les moments difficiles recèle tant de valeur. J'aime bien faire partie de l'équipe des pairs, car cela me rappelle toujours les professionnels dévoués et passionnés avec qui j'ai le privilège de travailler ici à SickKids. Il n'est pas facile d'y travailler, mais les gens y viennent jour après jour et année après année pour aider (quelle que soit la profession à laquelle ils appartiennent). Mes pairs m'aident non seulement à communiquer avec les professionnels, mais avec tout le personnel. Je crois que c'est important. »

(Shaindy A., spécialiste de l'enfance, paire aidante, SickKids)

Encadré 4.1 : Définition d'un programme de soutien entre pairs

Un programme de soutien entre pairs (PSP) désigne tout programme qui fournit un soutien émotionnel non clinique aux professionnels de la santé (et, dans certains cas, à d'autres personnes qui travaillent, font du bénévolat ou suivent une formation dans un organisme) qui éprouvent des troubles émotifs, et ce soutien est offert par un pair. Le besoin de soutien émotionnel peut résulter de :

1. Un incident lié à la sécurité des patients : Action ou situation ayant pu causer ou ayant bel et bien causé un préjudice inutile à un patient. Il existe trois types d'incidents liés à la sécurité des patients :
 - Incident préjudiciable : Incident lié à la sécurité des patients ayant atteint le patient et lui ayant causé un préjudice (remplace « événement indésirable »);
 - Incident évité de justesse : Incident lié à la sécurité des patients n'ayant pas atteint le patient et n'ayant donc pas causé de préjudice; et
 - Incident sans préjudice : Incident lié à la sécurité des patients ayant atteint le patient sans lui causer de préjudice perceptible.
2. Un incident critique ou traumatisme : « Tout événement soudain et imprévisible qui se produit durant l'exercice des fonctions ou activités quotidiennes et qui constitue une menace physique ou psychologique pour la sécurité ou le bien-être d'un individu ou d'un groupe d'individus » (selon la définition de SickKids dans leur [Trauma Response and Peer Support Policy](#)). En voici quelques exemples :
 - le décès inattendu d'un patient;
 - le suicide d'un collègue;
 - un accident de travail causant des blessures graves à un membre du personnel;
 - une catastrophe interne ou externe;
 - des situations faisant un grand nombre de victimes;
 - un décès prématuré, une maladie ou une blessure mettant en danger la vie d'un membre du personnel ou d'un collègue de travail;
 - des catastrophes naturelles ou d'origine humaine; et
 - tout incident chargé de profondes émotions.
3. Autre stress lié au travail (à l'exclusion des questions liées aux ressources humaines, comme les mesures d'exécution du travail ou le rendement). En voici quelques exemples :
 - environnement de travail;
 - agression, harcèlement ou violence touchant le personnel, le patient ou la famille;
 - conflit en milieu de travail;
 - réorganisation du milieu de travail ou réduction des effectifs;
 - plaintes/poursuites;
 - stress cumulé;
 - questions de conciliation travail-vie personnelle;
 - fatigue de compassion;
 - stress vicariant (usure de compassion); et
 - événements qui attirent l'attention des médias.

Valeurs et principes directeurs d'un programme de soutien entre pairs

La [description que fait la CSMC](#) des valeurs premières et des principes de pratique auxquels les organismes devraient adhérer s'avère un cadre précieux pour ceux qui mettent en œuvre un PSP. Voici une version abrégée de ces valeurs et principes, tels que résumés par Santé mentale des premiers intervenants de C.-B.

Valeurs premières

- Autodétermination, résilience et égalité : la conviction que chaque personne emprunte le chemin vers le rétablissement qui lui convient le mieux, et que c'est le choix du pair de s'engager dans une relation de soutien entre pairs.
- Autocompassion : la conviction que l'empathie augmente l'autocompassion, minimise les préjudices moraux et réduit la stigmatisation liée à la recherche d'aide.
- Mutualité et empathie : la conviction que toutes les personnes impliquées dans la relation de soutien entre pairs peuvent bénéficier de la réciprocité et de la compréhension qui découlent des expériences vécues.
- Rétablissement, espoir et autonomisation : la conviction que l'espoir et la positivité exercent un pouvoir qui peut aider au rétablissement.

Principes régissant la pratique du soutien entre pairs

- Respecter le cheminement de chaque personne vers l'autonomisation ou le rétablissement et reconnaître que, même si les pairs peuvent avoir vécu une certaine expérience, les convictions et les voies de guérison des pairs peuvent ne pas être les mêmes que les leurs.
- Aider les pairs à normaliser ou à déstigmatiser leur détresse et encourager la résilience par la compassion et l'autocompassion.
- Aider les pairs à déterminer leur propre orientation. Travailler avec les pairs pour déterminer et explorer les options, et les aider à aller de l'avant par eux-mêmes plutôt que de « les aider » en le faisant pour eux.
- Créer une relation ouverte et souple avec les pairs et garder l'accent sur les pairs et leurs besoins. Demandez-vous : « Sommes-nous dans un espace sûr aux yeux du client? ».
- Se concentrer sur la positivité et sur le cheminement du pair vers une vie plus optimiste, plus saine et plus enrichissante, plutôt que de se concentrer sur les symptômes, les diagnostics ou les objectifs établis par une personne autre que le pair.
- Communiquer des aspects de son vécu de façon utile pour le pair, en manifestant de la compassion et en suscitant l'espoir du rétablissement.
- L'autogestion de la santé est essentielle au bien-être du pair aidant. Prenez soin de reconnaître le besoin de santé, de croissance personnelle et de résilience lorsque vous travaillez en tant que pair aidant.

- Utiliser des compétences et des stratégies de communication pour favoriser une relation ouverte, honnête et sans jugement qui valide les sentiments du pair et cultive la confiance.
- Donner aux pairs les moyens de trouver la voie menant vers une meilleure santé et les encourager à se désengager de la relation de soutien entre pairs en temps opportun.
- Respecter les limites professionnelles avec les pairs et avec les autres professionnels s'ils s'impliquent. Il pourrait être utile d'établir s'il s'agit d'une relation à court ou à long terme.
- Collaborer avec d'autres intervenants (partenaires communautaires, praticiens en santé mentale, dirigeants, autres intervenants) au besoin.
- Connaître ses limites personnelles en période de crise et à d'autres moments, et demander de l'aide si nécessaire. Le travail de soutien entre pairs peut être intense et les expériences très exigeantes et, à ce titre, les pairs aidants doivent comprendre l'importance de prendre soin d'eux-mêmes.
- Respecter des normes déontologiques élevées et se fixer des limites personnelles pour éviter de nuire aux pairs ou à la réputation du soutien entre pairs.
- Participer à la formation continue et aux activités de perfectionnement personnel afin d'acquérir des compétences et des stratégies pour faciliter le travail de soutien entre pairs.

Élaborer un programme

Les membres du groupe de travail de cette section du guide se sont engagés à offrir des conseils pratiques et à formuler des recommandations concrètes qui soient utiles pour les membres des organismes de santé qui entreprennent la mise en œuvre d'un programme de soutien entre pairs. Nous espérons qu'en partageant leur expérience sur la façon dont ils ont élaboré leurs propres programmes de soutien entre pairs et en tirant les renseignements les plus utiles d'autres ressources clés, nous aiderons ceux qui mettent sur pied un programme de soutien entre pairs.

Entreprendre le programme

Le principal facteur à l'origine du lancement d'un PSP au sein des organismes est la reconnaissance de l'importance de la santé mentale et du bien-être des personnes dans leur milieu de travail et l'engagement à les améliorer. Toutefois, le catalyseur du lancement d'un tel programme dans un organisme de soins de santé varie quelque peu d'un organisme à l'autre.

Pour certains organismes, le catalyseur a été un incident critique ou un traumatisme précis qui a eu un impact émotionnel important sur le personnel, incitant par le fait même l'organisme à prendre des mesures pour se préparer à de futurs incidents et améliorer la réaction de l'organisme face à ceux-ci. En fait, plus d'un organisme a fait remarquer que la nécessité du PSP était motivée par un incident critique.

Pour d'autres, les dirigeants des organismes ont officiellement reconnu que le stress et les traumatismes affectaient le milieu de travail - faisant par exemple référence à un « milieu imprégné de traumatismes », ont identifié le besoin de soutien affectif pour leur personnel et se sont engagés à promouvoir le mieux-être. À titre d'exemple, le programme RISE pour les secondes victimes de l'Hôpital Johns-Hopkins a été lancé parce que : « [...] les responsables de la sécurité des patients ont reconnu qu'il y avait une lacune dans la capacité de l'établissement à offrir un soutien constant et opportun aux secondes victimes. »¹. La genèse du programme de soutien entre pairs au Brigham and Women's Hospital était simplement leur « observation que le personnel clinique souffrait à la suite d'incidents préjudiciables »².

Certains organismes ont mis en œuvre un PSP parce qu'ils ont constaté une augmentation des signalements liés à la santé mentale, tels que le nombre d'incidents liés à la violence au travail, l'absentéisme pour cause de maladie mentale ou le nombre de membres du personnel ayant accès au programme d'aide aux employés. Dans certains cas, un PSP est lancé en raison de la législation; par exemple, de nombreuses provinces adoptent des lois présomptives pour les services paramédicaux relatifs aux traumatismes liés au stress professionnel. Ce changement permet aux travailleurs d'accéder plus facilement au traitement sans avoir à prouver que leurs préjudices psychologiques sont liés au travail. Les employeurs s'attendent à ce qu'ils soient proactifs dans la gestion des traumatismes liés au stress professionnel par l'atténuation et le dépistage précoce.

D'autres PSP ont été créés pour appuyer des normes de santé et de sécurité, des politiques organisationnelles ou des normes nationales sur la sécurité psychologique en milieu de travail, comme la [Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques dans les milieux de travail du Canada](#). D'autres encore ont été incités par des syndicats qui avaient besoin de plus de soutien en santé mentale pour leurs membres.

Quelle que soit la manière dont le besoin ait été reconnu, les PSP ont pour la plupart connu une croissance organique, sans processus clairement défini. Étape par étape, chaque organisme a rassemblé les éléments de base nécessaires à la mise en place d'un PSP. Nous vous présentons ici leurs principaux éléments constitutifs.

Établir le besoin

Bien que les PSP dans le domaine des soins de santé soient de plus en plus reconnus comme un service crucial, il vaut la peine de s'efforcer d'établir le besoin d'un PSP dans l'organisme. En plus de servir à justifier la nécessité du programme auprès des dirigeants organisationnels ou des responsables des politiques, il fournira de précieux renseignements sur la meilleure façon d'exécuter le programme et de cerner les besoins des clients.

Voici quelques-uns des outils et des méthodes utilisés par les organismes pour évaluer les besoins :

- Questionnaires ou **sondages** « éclair », qui donnent un aperçu du point de vue des clients potentiels sur le soutien organisationnel à leur santé mentale (ces questionnaires étaient parfois distribués après une présentation sur la santé mentale). Le programme des MITSS dispose d'un [outil d'enquête pour les cliniciens et le personnel](#).
- **Entrevues et groupes de discussion** avec le personnel de première ligne et les gestionnaires.
- **Forum de gestion** où une présentation est faite à tous les gestionnaires et cadres supérieurs, suivie d'un sondage auprès de la direction.

- **Étude externe** de la santé et de la sécurité psychologiques.
- **Sondage sur l'engagement** qui évalue, par exemple, la façon dont le personnel mesure le niveau de stress dans son travail et la façon dont son bien-être émotionnel et sa santé mentale sont soutenus.
- **Analyse de l'environnement et analyse des lacunes** des mesures de soutien interne déjà en place (tant officielles qu'officieuses). Le MITSS recommande que les organismes incluent des ressources telles que l'aumônerie, le travail social, la psychiatrie et les programmes d'aide aux employés dans l'analyse. Ils disposent également d'un [outil d'évaluation organisationnelle pour le soutien des cliniciens](#). Voir l'[encadré 4.2](#) pour un exemple de ressources internes à évaluer.
- **Évaluation des processus d'intervention actuels** en cas d'incidents critiques.
- **L'évaluation des principaux indicateurs de rendement** pour les maladies à court et à long terme devrait être envisagée, d'autant plus que les préjudices psychologiques peuvent entraîner un taux d'absentéisme et une rechute plus élevés.
- **Aide aux dirigeants pour qu'ils reconnaissent que l'intervention précoce est importante**, et que si la santé mentale n'est pas reconnue comme une priorité, il peut en résulter des préjudices moraux, une stigmatisation et une démoralisation organisationnelle.
- **Rondes de visites et caucus** dans les unités jugées à risque élevé, comme le service des urgences et les USI.
- **Examen des données** dans des domaines comme la violence et le harcèlement au travail, les absences pour cause de trouble mental, les aiguillages au PAE ou les interventions psychologiques.
- **Projets pilotes** pour évaluer la faisabilité et la valeur des PSP (par exemple, dans un département ou une unité).
- **Revue des normes** de soutien en santé mentale (p. ex., Santé et sécurité au travail de l'Association canadienne de normalisation (CSA), Commission de la santé mentale du Canada, Agrément Canada, International Critical Incident Stress Foundation).
- **Analyse documentaire et recherches préliminaires** pour recueillir des connaissances sur l'importance du soutien entre pairs pour les professionnels de la santé.

Encadré 4.2 : Hôpital SickKids

Aperçu des services actuels qui soutiennent la santé mentale du personnel :

- Clinique de santé au travail,
- Health Absence Management Program (HAMP) (Programme de gestion de l'absentéisme),
- Programme de mieux-être,
- Programme de soutien entre pairs et d'intervention en cas de traumatisme,
- Stratégie en matière de santé mentale de SickKids,
- Protocole de soutien entre pairs et de gestion des risques relatifs aux événements graves liés à la sécurité,
- Formation personnalisée en santé mentale pendant la période d'initiation des nouvelles infirmières et des nouveaux infirmiers,
- Site Web de SickKids sur les ressources en santé mentale pour le personnel,
- Consultation avec le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) sur son programme Travail, stress et santé,
- Programme d'aide aux employés (PAE),
- Couverture des services d'un psychologue dans le régime d'avantages sociaux,
- Politique sur l'incapacité en milieu de travail,
- Politique sur la prévention de la violence et du harcèlement au travail,
- Autres programmes et politiques des Ressources humaines, y compris le sondage sur l'engagement,
- Modèle de gestion des soins en santé mentale de SickKids, et
- Formation en classe pour les gestionnaires de personnel sur la gestion de la santé, de la conduite et du rendement.

« Il existe peu d'endroits pour obtenir de l'aide; elle est donc très appréciée quand elle est offerte. » (PAMQ)

Former une équipe

Quel que soit l'endroit où l'idée est lancée, il est important de constituer une solide équipe de planification organisationnelle pour la mener à bien, sous la forme d'un comité directeur ou d'un groupe de travail. Parmi les membres peuvent se trouver des leaders organisationnels, des gestionnaires et du personnel de première ligne de divers services cliniques, ainsi que des représentants des ressources humaines, de la santé et de la sécurité au travail, des équipes responsables de la sécurité des patients et de la gestion des risques, du mieux-être des employés et du soutien spirituel, des équipes de gestion des incidents critiques, des syndicats ou des autorités sanitaires provinciales. Alberta Health Services suggère que les membres de l'équipe puissent être nommés par leurs pairs parce qu'ils possèdent certaines compétences ou qu'ils sont considérés comme crédibles et respectés. [Voir le [Bulletin d'information d'AHS pour les dirigeants, Soutien entre pairs en milieu de travail](#) (en anglais seulement)]

Ces équipes - sous forme de groupes de travail ou de comités directeurs - sont chargées d'établir les fondements du PSP, notamment les objectifs, les politiques, les procédures et le plan stratégique. Ils peuvent également participer à l'évaluation des besoins et à l'analyse des lacunes, à l'élaboration d'un plan de travail, à la planification stratégique et à la mise en œuvre, à la promotion et à l'évaluation du programme.

« Le meilleur dans tout ça, c'est de sentir que je fais une différence dans la vie de mes collègues d'une manière qui correspond à mes valeurs. »

(PAMQ)

Encadré 4.3 : Exemples d'équipes de PSP

SickKids

Un comité directeur a été mis sur pied pour élaborer une proposition de mise en œuvre d'un programme durable de soutien entre pairs en milieu de travail à l'échelle de l'hôpital. Le groupe de travail comprenait des représentants des services de santé et sécurité au travail, de la gestion des risques, de la qualité et de la sécurité, des ressources humaines, du travail social, des installations, des programmes cliniques, des médecins, de l'équipe et du comité directeur du projet Caring Safely.

Programme RISE de l'Hôpital Johns-Hopkins

L'équipe du PSP comprenait des leaders de la sécurité des patients, de la gestion des risques et des services cliniques, qui se sont réunis pour discuter « de l'ampleur et de l'importance du problème, de l'infrastructure actuelle pour soutenir les prestataires de soins, les expériences et les témoignages, et des stratégies pour améliorer le système »¹. Ils ont ensuite mis sur pied une « équipe d'élaboration de programmes » multidisciplinaire - comprenant le directeur de la sécurité des patients, un médecin membre du corps professoral, un gestionnaire des risques, un chercheur en sécurité des patients, une infirmière gestionnaire et un aumônier d'hôpital - pour diriger la planification stratégique et la mise en œuvre.

Hôpital St. Michael's

Un groupe interdisciplinaire d'employés et de stagiaires (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, employés de bureau, personnel de sécurité) du secteur de la santé et d'autres secteurs ont participé à deux ateliers de conception itérative animés par un spécialiste en conception. Ils ont travaillé ensemble pour définir un cadre de programme et des prototypes, puis ont testé les prototypes de l'équipe de conception et étudié leur faisabilité.

Définir les objectifs

Définir un objectif clair pour le PSP est un facteur clé du succès de ce programme. Cet objectif fait en sorte que tous les échelons de l'organisation comprennent le but et la valeur du PSP et restent concentrés sur ce qu'ils essaient d'accomplir.

À titre d'exemple, voici des éléments tirés d'une sélection d'objectifs de PSP établis qui peuvent être intégrés dans les objectifs d'un PSP :

- préserver le bien-être des personnes au sein de l'organisation;
- donner le temps aux personnes de se recueillir et de réfléchir immédiatement après un incident;
- aider au rétablissement des personnes qui vivent un stress traumatisant à la suite d'un incident critique;
- aider les personnes à conserver ou à recouvrer la santé;
- prévenir de plus graves blessures et maladies liées au stress professionnel;

- rassurer et réduire les préjugés associés aux problèmes de santé mentale;
- favoriser la résilience;
- fournir des références, des ressources et des liens vers d'autres services de soutien et enclencher les interventions psychologiques appropriées au besoin;
- aider les personnes à comprendre que leurs réactions sont normales et prévisibles;
- permettre aux professionnels de la santé de continuer à fonctionner efficacement en milieu de travail; et
- réduire l'absentéisme.

Encadré 4.4 : Exemples d'objectifs

PAMQ

Prévenir les problèmes de santé mentale chez les médecins, favoriser le dépistage précoce et le traitement approprié de leurs problèmes, et les aider à conserver leur emploi ou à intégrer ou réintégrer le marché du travail.

Programme de soutien entre pairs RISE à l'intention des secondes victimes

Favoriser une culture dans laquelle tous les employés sont résilients et se soutiennent mutuellement avant, pendant et après des événements stressants. Fournir un soutien rapide aux employés pour répondre à leurs besoins immédiats afin de compléter les services offerts par le programme d'aide aux employés existant¹.

Brigham and Women's Hospital

Offrir aux cliniciens touchés par les événements un moyen sûr de parler de leur expérience et de leurs émotions avec quelqu'un qui a de l'empathie parce qu'il a « passé par là »². [voir la [FAQ de Brigham's](#) (en anglais seulement)]

MITSS

Aider les personnes touchées à traiter les événements médicaux indésirables d'une manière positive afin d'aller de l'avant tant sur le plan personnel que professionnel³.

Hôpital St. Michael

Apporter un soutien immédiat au personnel (médical et non médical) et aux stagiaires qui pourraient éprouver des troubles émotionnels à la suite d'une interaction négative avec un patient.

L'objectif du programme peut être lié à des résultats à long terme pour l'organisme, par exemple, en favorisant une culture de transparence juste ou une main-d'œuvre résiliente, ou à des résultats plus spécifiques au programme, comme fournir un soutien émotionnel aux professionnels de la santé après un incident critique. Les objectifs peuvent également être liés aux « cinq droits des secondes victimes », tels que définis par Denham⁴ : traitement; respect; compréhension et compassion; soins de soutien et transparence; et possibilité de contribuer à améliorer les systèmes de soins.

Encadré 4.5 : Exemples de résultats liés au PSP

Centre de professionnalisme et de soutien par les pairs (Brigham and Women's Hospital)

Nous visons trois principaux résultats : aider le clinicien touché à guérir ses émotions et à améliorer son bien-être, faciliter le signalement précoce des événements indésirables et permettre et promouvoir la divulgation et la présentation d'excuses transparentes et compassionnelles. [voir la [FAQ du Centre de soutien par les pairs](#) (en anglais seulement)]

Hôpital SickKids

En mettant en œuvre des politiques et des programmes visant à améliorer la santé et la sécurité psychologiques et à soutenir le bien-être mental, nous améliorerons la productivité et la sécurité du personnel et des patients et réduirons le risque d'erreurs, le roulement du personnel, l'absentéisme, le présentéisme (travail pendant la maladie), l'effet de la seconde victime et les prestations d'invalidité. Dans l'ensemble, les résultats escomptés sont les suivants :

- Établir un programme durable pour fournir un soutien aux membres du personnel qui sont aux prises avec des troubles émotionnels ou des problèmes de santé mentale.
- Créer un environnement sécuritaire à SickKids pour encourager le personnel à demander de l'aide en cas de troubles émotionnels et de problèmes de santé mentale.
- Créer une main-d'œuvre résiliente et en bonne santé psychologique.

Faire équipe avec les dirigeants

Il est impératif que le PSP bénéficie du soutien fondamental des membres de l'organisme qui contribueront à son succès. Cela signifie qu'il faut obtenir l'adhésion des dirigeants de l'organisation, des gestionnaires et de ceux qui seront servis par le PSP.

Obtenir l'adhésion de la haute direction n'est pas toujours aussi difficile qu'on pourrait le croire; en fait, les membres de notre groupe de travail ont souvent fait remarquer que les cadres supérieurs n'opposaient « aucun argument », car beaucoup d'entre eux reconnaissaient déjà à quel point le besoin d'un PSP était important. De la même façon, la plupart des gestionnaires ont également appuyé le PSP et ont immédiatement adhéré au programme.

Néanmoins, il se peut fort bien qu'il y ait de la résistance de la part de la direction ou des gestionnaires au sein de l'organisation. Même le climat actuel de promotion du bien-être des professionnels de la santé en milieu de travail ne mobilise pas les cadres supérieurs autant qu'il le devrait. Le programme RISE de l'Hôpital Johns-Hopkins a souligné que l'un des plus grands défis était la « conscience limitée de l'ampleur et de l'importance » des problèmes.¹

Parmi les tactiques utilisées pour faire participer les cadres supérieurs, mentionnons les suivantes :

- Fournir des preuves tirées d'une évaluation des besoins ou d'un sondage auprès du personnel qui démontrent clairement le besoin d'un meilleur soutien émotionnel à la suite d'incidents critiques en milieu de travail.
- Énoncer clairement des objectifs qui démontrent les avantages du programme pour l'organisme (p. ex., une main-d'œuvre plus résiliente, une diminution de l'absentéisme, une meilleure sécurité des patients).
- Constituer une équipe représentative des divers secteurs et paliers pertinents de l'organisme.
- Partager la vidéo d'un champion de la santé mentale après un incident critique, humanisant ainsi une expérience. Les vidéos de l'ICSP sur l'expérience des prestataires sont de puissants exemples de ces témoignages.
- S'engager à établir des voies de communication claires avec la haute direction tout au long des étapes initiales de l'élaboration du programme et à lui faire rapport de façon continue pour la tenir au courant des progrès réalisés.
- Collaborer avec le(s) syndicat(s), le cas échéant, pour s'assurer qu'ils comprennent le but et les avantages du programme.
- Sensibiliser les dirigeants aux avantages du soutien entre pairs chaque fois que l'occasion se présente (p.ex., réunions régulières, ateliers, séances de formation, forums à l'intention des gestionnaires et des directeurs, assemblées publiques, réunions trimestrielles des RH, etc.).
- Créer une feuille de route pour faire passer l'organisation d'un « programme de soutien entre pairs que nous n'avons jamais songé à mettre sur pied » à un programme entièrement mis en œuvre et viable.
- Fournir une étude de cas ou le récit d'un incident critique où le personnel n'a pas été soutenu (avec un résultat moins qu'idéal) et un incident où le personnel a été soutenu (avec un résultat plus positif).
- Démontrer le rendement du capital investi (RCI) à l'aide de données et de statistiques comme l'absentéisme pour cause de maladie mentale.
- Expliquer l'importance de respecter les normes en matière de santé mentale en milieu de travail.

La [Trousse d'outils de soutien aux cliniciens pour les soins de santé des MITSS](#) fournit également une liste de plusieurs ressources sous les rubriques « Internal Culture of Safety » (Culture de sécurité interne), « Organizational Awareness » (Sensibilisation organisationnelle) et « Leadership Buy-in » (Adhésion de la

direction) qui pourraient aider à changer la mentalité de certains dirigeants et employés plus résistants et préparer l'organisme à la mise en place d'un programme de soutien entre pairs.

Une fois que certaines de ces mesures ont été prises, il est bon de prendre le temps d'évaluer la compréhension et l'état de préparation des dirigeants avant d'aller de l'avant.

Politiques et structures opérationnelles

Une fois que l'idée commence à germer – qu'il s'agisse d'une conversation informelle, d'une réaction à un incident critique grave ou d'une réponse organisationnelle officielle aux problèmes croissants de santé mentale chez le personnel - il est temps que l'équipe commence à formuler un plan stratégique ou organisationnel et à mettre en œuvre les politiques et les structures nécessaires pour jeter les bases du PSP.

Selon une mise en garde de nos experts, il faut généralement plus de temps que prévu pour mettre en œuvre un PSP. Même le célèbre programme RISE de l'Hôpital Johns-Hopkins a noté qu'« il y a eu relativement peu de demandes au cours de la première année de fonctionnement » et que « le plus grand défi était de faire en sorte que les membres du personnel qui pouvaient bénéficier du programme l'utilisent »¹. Ils suggèrent de « commencer lentement mais sûrement, de commencer là où les gens se situent actuellement » et de s'attendre à quelques défis en cours de route.

Il faut répondre à de nombreuses questions et prendre des décisions sur des aspects tels que : qui devrait avoir la responsabilité du programme, comment le programme sera mis sur pied, comment recruter, former et rémunérer les pairs aidants, comment le personnel sera relié au programme ou y sera dirigé et comment le programme sera doté en personnel ou en ressources.

Le processus de mise en œuvre d'un PSP est souvent sous-estimé par les personnes qui sont enthousiastes et ont de bonnes intentions pour aider leurs collègues. Cependant, si cette équipe de personnes bien intentionnées est convaincue qu'un PSP est essentiel au bien-être de leurs collègues, utilise un processus de sélection, de recrutement et de formation éclairé pour les pairs aidants et est disposée à suivre certaines des étapes décrites dans ce guide, elle aura d'excellentes chances de réussir.

Instaurer une politique

L'une des étapes les plus importantes dans l'établissement d'un PSP est d'instituer une politique qui décrit exactement ce qu'est le programme, comment il est structuré et comment il sera mis en œuvre.

Certains organismes ont démarré avec des politiques existantes - comme les politiques sur le mieux-être des employés, la culture juste, la santé et la sécurité au travail - et les ont adaptées pour inclure un PSP. Ces politiques peuvent inclure des éléments de soutien entre pairs qui ne sont pas encore officialisés.

D'autres ont créé une politique propre au PSP. Ce processus peut être long, compte tenu des nombreuses itérations de la politique, d'autant plus que le concept de soutien entre pairs ou de gestion des incidents critiques peut paraître inédit pour ceux qui créent la politique et que de nombreuses décisions doivent être prises concernant les mécanismes du programme.

Voici des suggestions d'éléments fondamentaux et opérationnels qui peuvent être inclus dans une politique efficace de PSP, éléments inspirés de la [Developing a Peer Support Policy](#) (Élaboration d'une politique de soutien entre pairs) du Comité de Santé mentale des premiers intervenants de C.-B. et de la [Trauma](#)

[Response and Peer Support Policy](#) de SickKids, toutes deux disponibles dans notre section Outils et ressources :

Éléments fondamentaux :

1. **Énoncé de politique** : L'énoncé de politique devrait décrire l'objet, le but et la portée du PSP, les personnes qu'il dessert et les avantages qu'il procurera à l'organisme visé.
2. **Définitions** : Définissez clairement le soutien entre pairs, la façon dont il fonctionnera dans votre organisme et la façon dont il peut aider les professionnels de la santé qui ont des problèmes de santé mentale. Il se peut aussi que vous ayez besoin de définir d'autres termes, tels que « pair aidant », « incident critique », « santé mentale » ou « bien-être mental ».
3. **Interventions** : Fournissez des détails sur le type d'interventions et de services disponibles par l'entremise du PSP (et sur ce qui n'est pas disponible, si cela fournit des précisions supplémentaires).
4. **Intégration dans la structure organisationnelle** : Précisez comment le PSP est lié aux mesures de soutien existantes pour le personnel et dans quel service ou groupe il sera administré (p. ex., programmes d'aide aux employés, ressources humaines, programmes de mieux-être, santé et sécurité au travail). La [Trousse d'outils de soutien aux cliniciens pour les soins de santé des MITSS](#) fournit un certain nombre d'exemples d'endroits où le programme de soutien peut s'intégrer, sous la rubrique « Operational » (Opérationnel) à la page 7. Quel que soit cet endroit, notre groupe de travail recommande que, pour être le plus efficace possible, le soutien entre pairs fonctionne de façon autonome (c.-à-d. qu'il doit se dérouler dans un endroit confidentiel et sûr, loin des volets opérationnels de l'organisme) et être un élément intrinsèque au système de santé mentale de l'organisme.
5. **Ressources** : Indiquez comment l'organisme s'engagera à élaborer et à maintenir un programme de soutien entre pairs, notamment des éléments tels que le soutien aux membres du programme (formation régulière et continue, surveillance psychologique pour évaluer leur santé et leur résilience), les salaires des employés chargés du programme, le matériel de promotion, les ressources de prestations appropriées ou les équipements sécurisés de communication et de protection de la vie privée.
6. **Évaluation** : Déterminez l'échéancier pour l'examen de la politique et pour vous assurer que le PSP atteigne ses objectifs en matière de soutien de la santé mentale et du bien-être des professionnels de la santé. Déterminez les paramètres qui feront l'objet d'un suivi pour évaluer l'utilisation et la qualité du programme.
7. **Stratégie de communication** à la fois au sein du programme et sur la façon dont le programme interagit avec l'hôpital.

Éléments opérationnels :

1. **Les clients** : Énoncez qui recevra un soutien, en indiquant précisément à qui et dans quelles circonstances la politique s'appliquera.
2. **Le processus** : Décrivez comment le PSP sera déployé, ou comment et quand un travailleur sera associé ou référé à un pair aidant.

3. **Les responsabilités** : Expliquez les responsabilités des gestionnaires et des superviseurs ainsi que du personnel, des pairs aidants et des gestionnaires ou coordonnateurs du programme.
4. **La confidentialité et la documentation** : Donnez des détails sur la façon dont le PSP préservera la confidentialité.

Il est important d'élaborer un plan pour informer les personnes qui travaillent au sein de l'organisme au sujet de la politique, afin que tous soient au courant de la mise en œuvre du PSP. Cela peut se faire au moyen de présentations ou de documents écrits sur le programme. Selon la portée du soutien entre pairs qui sera offert, songez à la formation qui sera fournie pour sensibiliser tous les membres de l'organisme qui pourraient y avoir accès (voir la section « Formation » ci-dessous).

Le Comité de Santé mentale des premiers intervenants de C.-B. fournit un [modèle](#) pour créer une politique propre aux premiers intervenants, mais qui peut être adaptée efficacement à des PSP pour d'autres professionnels de la santé.

Nous allons maintenant examiner plus à fond les éléments opérationnels du programme.

Mettre en œuvre le programme

Les clients : ceux qui recevront du soutien

Il y a clairement eu consensus parmi nos experts sur le fait qu'un PSP devrait, si possible, être inclusif plutôt qu'exclusif. Cela signifie que nous suggérons que les PSP soient ouverts à tous les niveaux et à tous les groupes de personnel clinique ou non clinique, et qu'ils incluent également les bénévoles, les étudiants, les stagiaires ou quiconque pouvant être touché par un incident critique, vivant du stress ou subissant un traumatisme affectif au travail - pourvu que les pairs aidants appropriés soient disponibles. Comme l'a fait remarquer un membre du groupe de travail, « notre programme de soutien entre pairs est ouvert à toute personne qui porte un insigne SickKids » ou à toute personne identifiée comme travaillant officiellement dans l'établissement.

Certains des organismes s'adressaient à une clientèle particulière, mais leurs PSP étaient plus inclusifs qu'exclusifs et visaient à atteindre la clientèle la plus large possible selon leurs paramètres. Par exemple, les SGSPIC notent que le soutien est offert à toutes les infirmières qui travaillent dans les communautés des Premières nations, y compris celles qui travaillent pour la DGSPNI, les bandes et les organismes ainsi que les étudiants en sciences infirmières.

Quelle que soit la décision de l'organisme, il est essentiel d'inclure dans la politique un énoncé clair expliquant qui sera appuyé par le PSP.

Le processus : Comment le PSP sera-t-il déployé et suivi?

Le processus visant à déterminer comment le besoin de soutien se définit ou comment le PSP est mis en œuvre peut être difficile, mais il constitue un élément clé de l'élaboration de la structure et des procédures du programme. Il faudra prendre des décisions relativement à trois principales questions :

1. Comment un travailleur s'associe-t-il au PSP?
2. Quels types de problèmes sont traités?
3. Quel est le processus une fois que le PSP est en service?

Les sections suivantes fournissent des conseils et des exemples pour vous aider à prendre ces décisions.

Comment un travailleur s'associe-t-il au PSP?

Il existe de nombreux mécanismes qui peuvent relier un travailleur à un PSP. Le mécanisme le plus courant est l'accès direct, c'est-à-dire qu'une personne appelle un numéro de téléphone pour joindre directement le PSP. Certains programmes disposent également d'une adresse courriel qui permet de communiquer avec le programme ou ont mis en place un système de radiomessagerie ou téléavertissement.

Encadré 4.6 : Système de téléavertissement du programme RISE

Le numéro de téléavertisseur de RISE et un bouton d'appel intranet activent le téléavertisseur de RISE. Le pair de RISE répond au téléavertisseur en rappelant dans les 30 minutes et en planifiant une réunion (rencontre) avec l'appelant - idéalement dans les 12 heures qui suivent.

Il arrive parfois qu'un superviseur - comme un directeur de programme, un gestionnaire, un chef d'équipe ou un précepteur - se rende compte qu'un membre de son personnel a besoin de soutien (voir les sections ci-dessous sur les « [Responsabilités des gestionnaires et des superviseurs](#) » (p. 114) et « [Autres considérations relatives à la formation](#) » (p. 133). Les gestionnaires et les superviseurs peuvent appeler eux-mêmes le PSP pour signaler le problème de la personne concernée. Dans ce cas, certains PSP prendront des dispositions pour qu'un pair aidant prenne contact avec cette personne, ce qui lui permettra d'accepter ou de refuser ce service. Dans d'autres PSP, les pairs aidants ne communiquent pas avec les personnes lorsqu'un appel provient d'une tierce partie concernée pour des raisons de confidentialité ou parce que la personne n'est peut-être pas disposée à parler si elle n'a pas été avisée. Dans ce cas, il est plus probable que le PSP aidera la tierce partie à exprimer ses préoccupations au sujet du collègue en question et qu'il l'aidera à diriger ce collègue vers les services du PSP.

SickKids suit un processus quand une personne est référée à son PSP, conformément à son organigramme ([voir l'organigramme « Peer Outreach »](#) (Rayonnement auprès des pairs)).

Dans les cas où une personne est référée par quelqu'un d'autre, [le Centre de professionnalisme et de soutien par les pairs](#) suggère que le PSP appelle cette personne et lui dise : « J'appelle en tant que pair aidant. J'ai entendu dire que les choses ne se sont pas bien passées hier, et j'appelle pour savoir comment vous allez. Cela vous aiderait-il de parler de votre expérience? ».

Les conseillers ou les thérapeutes associés au PAE ou aux programmes de santé et de sécurité au travail peuvent également diriger des personnes vers le PSP ou communiquer avec le PSP eux-mêmes pour identifier une personne qui pourrait bénéficier de leurs services. En général, le PSP ne s'engagera pas à moins que le membre du personnel n'ait demandé à la personne si elle pouvait être référée.

Un collègue peut aussi appeler le PSP pour parler d'une personne dont il se soucie. Le pair aidant peut alors lui donner des conseils sur la façon de parler au collègue ou de l'encourager à communiquer avec le PSP lui-même.

Le PSP peut également être lancé lorsque de nombreuses personnes touchées par un événement sont traumatisées ou perturbées affectivement. Il peut s'agir du suicide d'un membre du personnel, du décès inattendu d'un patient ou, dans le cas des premiers intervenants, d'un sinistre (p. ex., un incendie de forêt ou des pertes massives). Les médecins-chefs, les gestionnaires, les superviseurs ou d'autres personnes impliquées dans la gestion d'un tel événement, et même parfois les membres du personnel qui se rendent

compte que plusieurs de leurs collègues ont été touchés par un événement, décident de lancer de façon proactive le PSP. Le PSP est alors déclenché pour un groupe d'individus et donne lieu à une intervention de groupe.

SickKids suit un processus clair lorsqu'un événement traumatisant se produit, conformément à son organigramme [voir vers le pdf de l'organigramme [« Peer Trauma Response »](#) (Intervention par les pairs en cas de traumatisme)].

Certains organismes utilisent des méthodes proactives pour faire appel au PSP. Par exemple, le PSP de l'organisme SickKids coordonne un appel de sécurité le matin pour faire le suivi de ce qui s'est passé la nuit ainsi qu'un appel de sécurité le soir pour obtenir le pouls des événements du jour et savoir comment intervenir pendant la nuit. Ils recherchent les résultats inhabituels qui ont pu mener à des troubles émotifs, puis vérifient auprès des personnes concernées pour s'assurer qu'elles vont bien, les réfèrent aux ressources appropriées, comme le PAE ou l'équipe de soutien spirituel, ou amorcent une intervention de groupe avec l'équipe concernée. Ces mesures proactives aident à atténuer le risque d'événement critique en anticipant les besoins en ressources et en déployant les ressources appropriées.

Les Services d'urgence de santé (SUS) de la C.-B. (BCEHS) utilisent la liste standard de l'International Critical Incident Stress Foundation (ICISF).

Figure 4.1 : Les 9 principaux déclencheurs du SDIC

Les 9 principaux déclencheurs du SDIC
Suicide d'un collègue
Décès en service commandé
Catastrophe ou incident faisant plusieurs victimes
Événements importants impliquant des enfants
Incidents prolongés se soldant par une perte
Intérêt excessif des médias
Événement menaçant la sécurité du personnel
Blessure grave au travail
Travail sur des proches ou des victimes connues

« Une fois que le programme était établi et qu'il avait fait ses preuves, nous avons pu nous concentrer sur la prestation d'excellents services plutôt qu'à justifier sa nécessité. »

(SGSPIC)

Quels types de problèmes sont traités?

Les personnes qui cherchent du soutien peuvent éprouver de la détresse sous forme d'anxiété, de dépression, de TSPT (trouble de stress post-traumatique), d'épuisement professionnel ou d'usure de compassion, qui peut résulter d'une série de problèmes émotionnels tels que décrits dans la [définition d'un PSP](#) [p. 16 de ce guide]. Il est important d'être clair sur les problèmes émotionnels qui seront soutenus par le PSP. La façon la plus efficace de les déterminer est de s'appuyer sur la définition d'un PSP. Il est particulièrement important d'établir clairement si le PSP ne vise que les incidents liés à la sécurité des patients (comme c'est le cas de nombreux programmes établis aux États-Unis) ou d'autres questions comme les incidents/traumatismes critiques et autres stress liés au travail, comme le décrit notre définition d'un PSP.

Encadré 4.7 : SGSPIC

Exemple de méthode proactive pour la mise en œuvre du PSP :

SGSPIC

Dans le programme des SGSPIC, les pairs aidants examinent les rapports d'incidents et font un suivi proactif pour voir comment les infirmières se portent. Ils donnent des conseils sur les autosoins et leur donnent l'occasion de discuter de l'événement, dans le but d'éviter une intervention plus sérieuse en cas d'incident critique.

Quel est le processus une fois que le PSP est en service?

Une fois qu'un appel est fait au PSP, il faut ensuite assigner un pair aidant au dossier. Que l'appel soit acheminé à un membre du personnel du PSP ou à un pair aidant sur appel, ces personnes sont responsables de mettre en contact un pair aidant avec la personne dans le besoin. Ils recueilleront suffisamment de renseignements sur la personne et l'incident pour pouvoir dresser un plan d'action.

Une partie importante du plan d'action consiste à identifier la personne la mieux adaptée à la personne dans le besoin. Il peut s'agir de jumelage selon la profession ou le rôle, le niveau de permis, le nombre d'années d'expérience, le milieu rural ou urbain, l'expérience professionnelle ou le sexe, par exemple. Dans certains cas, cependant, les organismes ont constaté que c'est un pair aidant qui connaît peu le travail du groupe ou de l'individu touché qui se révèle une ressource plus objective - et utile. L'affectation

d'un pair est donc souvent gérée au cas par cas; ce qui est important, c'est que l'appariement des pairs crée un « espace sûr » pour les personnes qui cherchent de l'aide.

Encadré 4.8 : Jumeler les pairs

Centre de professionnalisme et de soutien par les pairs (Brigham and Women's Hospital)

Il est souvent utile pour les cliniciens de sentir que le pair aidant a « passé par là » et qu'il comprend les enjeux. Dans d'autres cas, le fait de parler avec un collègue d'une autre discipline aide un clinicien à se sentir moins jugé ou stigmatisé... Nous évitons de demander à un jeune membre de la faculté de devenir le pair aidant d'une personne plus âgée; et il est également important que le pair aidant ne soit pas une personne qui, dans d'autres contextes, est responsable d'évaluer la performance du clinicien.

[\[https://www.brighamandwomens.org/assets/BWH/medical-professionals/center-for-professionalism-and-peer-support/pdfs/peer_support_overview_and_faq.pdf\]](https://www.brighamandwomens.org/assets/BWH/medical-professionals/center-for-professionalism-and-peer-support/pdfs/peer_support_overview_and_faq.pdf)

Dans certains organismes, des personnes possédant des titres professionnels officiels en santé mentale - comme des psychiatres, des psychologues ou des travailleurs sociaux - sont affectées à des clients éprouvant des symptômes graves de traumatisme.

Selon la structure du PSP, il se peut qu'il n'y ait qu'un ou deux pairs aidants sur appel à la fois, ou la disponibilité des pairs aidants peut dépendre de ceux qui se trouvent sur le lieu de travail.

Le moment de l'intervention est également décidé au cas par cas. Dans une étude réalisée par le programme RISE, les chercheurs ont constaté que la préférence exprimée par les participants variait de « dès que l'événement s'est produit » (12,7 %) à « quelques heures après l'événement » (25,4 %), à « quelques jours plus tard » (48,2 %) et « après une semaine » (8,1 %)¹. La plupart des organismes essaient de communiquer avec la personne en temps opportun, au moins pour établir un contact et connaître le degré d'urgence du besoin.

Le soutien entre pairs est surtout offert en personne - ou par téléphone si le client le préfère - dans un environnement approprié, calme et privé.

Il est recommandé que le soutien soit fourni immédiatement ou dès que possible après la mise en service du PSP⁵. Certaines interventions de soutien entre pairs peuvent être ponctuelles et d'autres peuvent prévoir un suivi ou un soutien continu si cela est indiqué ou demandé. Il arrive aussi parfois que les pairs aidants soient là pour fournir un soutien immédiat et urgent, puis pour mettre les clients en contact avec d'autres ressources ou soutiens, selon le cas. Scott *et al.*⁶ suggèrent trois niveaux de soutien émotionnel pour un professionnel de la santé : le niveau 1 est un premier secours émotionnel immédiat pour s'assurer que la personne va bien; le niveau 2 est le soutien des pairs; le niveau 3 est un aiguillage accéléré vers des services professionnels de counseling.

Encadré 4.9 : Exemple de processus pour mettre en marche le PSP

Alliance Chatham-Kent pour la santé

Le processus suivant est inscrit dans la politique de l'Alliance Chatham-Kent pour la santé et constitue un exemple utile de la marche à suivre dans un PSP une fois qu'il est opérationnel :

1. Lorsqu'un besoin survient, un message est envoyé à tous les pairs aidants par le biais de WhatsApp.
2. La préférence sera donnée à la mobilisation des pairs aidants qui sont sur le lieu de travail (c.-à-d. avant de faire appel au soutien de l'équipe qui ne travaille pas).
3. Le membre du groupe de soutien entre pairs sur appel doit immédiatement, à la demande des services, évaluer la nature de l'incident, les besoins des personnes concernées et les 5 T (*Themes/thèmes, Targets/cibles, Types, Timing/temps, Team/équipe*) afin que les mesures appropriées puissent être prises.
4. Le membre du groupe de soutien entre pairs sur appel commencera un plan d'action fondé sur les 5 T, qui peut comprendre la planification d'une date et d'une heure avec la ou les personnes concernées pour divers services du groupe, ou une orientation immédiate vers le groupe de soutien entre pairs.
5. Périodiquement, le ou les membres qui fournissent des services parleront avec d'autres membres de l'équipe du groupe de soutien entre pairs pour un compte rendu personnel afin d'évaluer les services rendus et de discuter de toute méthode de rétroaction positive et négative pour améliorer la situation et de tout ce qui peut aider.
6. Aucune note ne doit être prise au cours d'une intervention, mais il faut tenter d'établir des dossiers de base après l'intervention.

Responsabilités des gestionnaires et des superviseurs

Dans la politique du PSP, il est important d'énoncer clairement les responsabilités des gestionnaires et des superviseurs, qui ont souvent un rôle important à jouer en encourageant une personne à demander du soutien ou en l'orientant vers le PSP. Ils ne devraient pas être exclus de l'intervention de l'organisme en cas d'incidents critiques.

Les gestionnaires et les superviseurs doivent être formés pour reconnaître les signes de détresse et recevoir des instructions claires sur la façon et le moment d'aiguiller leur personnel vers le PSP (voir la section « Autres considérations relatives à la formation »). Voici la liste des [signes et symptômes du stress dû un incident critique](#) (SDIC) des SUS de C.-B. (BCEHS) qu'ils doivent dépister chez un membre du personnel, qui complète leur formation sur la santé mentale et détermine le moment où les responsabilités des dirigeants diminuent et le soutien des soins de santé augmente.

Figure 4.2 : Les 10 principaux signes et symptômes du SDIC

Les 10 principaux signes et symptômes du SDIC
Changement dans les habitudes de sommeil
Consommation accrue d'alcool
Apathie dans la vie quotidienne
Retrait émotif
Cynisme
Sautes d'humeur irrationnelles
Perte d'appétit
Anxiété
Maux de tête
Fatigue



Les gestionnaires et les superviseurs peuvent encourager leurs employés à appeler le PSP, leur fournir des détails sur la façon de le faire et les rassurer en leur disant qu'il s'agit d'un service confidentiel entièrement soutenu par l'organisme. Ils peuvent également soutenir le membre de leur personnel en l'assurant qu'ils continuent d'avoir pleinement confiance en ses capacités professionnelles et qu'il est important pour l'équipe ⁵. Les « [Conseils pour les superviseurs et les gestionnaires d'employés impliqués dans un événement traumatique](#) » des SGSPIC sont une ressource utile.

Voici des exemples d'étapes que les gestionnaires et les superviseurs peuvent suivre pour aider leur personnel :

- Communiquez avec les personnes concernées dès que possible, en privé, et exprimez votre inquiétude. Faites-leur savoir que vous êtes là pour eux.
- Réaffirmez votre confiance en eux.
- Normalisez leur réaction à la situation et confiez-vous (brièvement) si possible ou s'il y a lieu.
- Expliquez-leur les services qui leur sont offerts, dont le PSP, et comment y avoir accès.
- Rassurez-les sur la confidentialité de votre interaction et des services disponibles.
- Informez le personnel des prochaines étapes et tenez-le au courant.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

- Évaluez l'aptitude (physique et mentale) de la personne au travail. Dirigez-la vers des services de soutien comme une clinique de santé au travail, un médecin de famille, une clinique sans rendez-vous ou une salle d'urgence (en dehors des heures de bureau).
- Si la personne doit quitter le travail, prenez des mesures pour assurer sa sécurité et assurez-vous qu'elle peut voyager ou rester à la maison.
- Envisagez de faire appel à du personnel de remplacement.
- Surveillez la personne et communiquez avec elle régulièrement.

« Un nouveau groupe de pairs aidants a débuté cet été. Le groupe était tellement engagé qu'il a pu gagner la confiance de son équipe. Ça, c'est une réussite. »

(Alberta Health Services)

Central Health propose les cinq droits de la personne de Denham⁴ pour les personnes impliquées dans un incident critique, que tout le personnel peut facilement se rappeler avec l'acronyme TRUST :

Figure 4.3 : Cinq droits de la personne

Cinq droits de la personne
Traitement juste
Respect
User de compréhension et de compassion
Soutien
Transparence

« Au cours des deux ou trois mois qui ont suivi notre sensibilisation à la détresse émotionnelle causée par un incident critique, nous avons vécu un tel incident. La sensibilisation a porté fruit parce que, plutôt que de faire appel aux dirigeants, nous les avons aidés à assumer leurs responsabilités et à franchir les étapes du processus d'aide. Le client qui a été le plus touché a dit : « C'est la première fois en 25 ans qu'un gestionnaire m'appelle pour savoir comment je vais. ». »

(Central Health)

Il existe un certain nombre d'expressions et de mesures clés que les gestionnaires et les superviseurs peuvent utiliser pour appuyer les membres de leur personnel ⁷.

Phrases clés :

- « Ça a dû être difficile. Est-ce que ça va? »
- « Je te fais confiance. »
- « J'ai peine à imaginer ce que ça a dû être pour toi. Est-ce qu'on peut en parler? »
- « Je peux comprendre à quel point cette affaire t'a touché - ça nous arrive à tous tôt ou tard. »
- « J'ai besoin que tu [suggérez une action très simple] maintenant. Peux-tu le faire? »
- « Lorsque nous aurons surmonté cette situation, nous t'aiderons à faire face à ce qui s'est passé... et nous t'obtiendrons du soutien. »
- « Tu es une bonne infirmière/ un bon médecin/ pharmacien/ bénévole/ étudiant qui travaille dans un environnement très complexe. »
- « L'erreur est humaine. »
- « C'est normal d'y penser et d'en perdre le sommeil. »
- « Le fait que tu sois bouleversé montre que tu es un professionnel de la santé bienveillant et dévoué. »
- « Avec le temps, les sentiments s'estompent progressivement. »
- « Souviens-toi de tout le bien que tu as fait. »

Encadré 4.10 : Liste des choses à faire et à ne pas faire à l'intention des gestionnaires et des superviseurs

À FAIRE :

- Soyez présent;
- pratiquez l'écoute active;
- permettez aux membres du personnel de partager leurs sentiments face à l'expérience qu'ils ont vécue; et
- réaffirmez votre confiance en leurs compétences.

À NE PAS FAIRE :

- Ne condamnez pas et ne remettez pas en question leur rendement;
- ne minimisez pas leurs réactions ou leurs émotions; et
- ne dénigrez pas leur confiance ou leur compétence.

Confidentialité et documentation

Il est généralement reconnu que la confidentialité est la pierre angulaire de la politique et du PSP. La confidentialité est particulièrement importante pour les professionnels de la santé qui craignent d'être perçus comme vulnérables ou faibles quand ils cherchent un soutien en santé mentale, et particulièrement quand il est question d'incidents liés à la sécurité des patients où ils craignent d'être exposés à des poursuites judiciaires ou disciplinaires¹. Il est donc important d'être clair dans la politique - et envers les professionnels de la santé - sur la volonté de l'organisme de tout mettre en œuvre pour respecter la confidentialité au sein du PSP. Il est également important que les pairs aidants précisent clairement les limites de la confidentialité à ceux qu'ils soutiennent.

La section du guide intitulée « Aborder la question de la confidentialité des programmes de soutien entre pairs destinés aux professionnels de la santé » [\[voir Section 3\]](#) explique de façon détaillée ce qui est protégé par le privilège juridique et la meilleure façon de préserver la confidentialité.

L'une des principales recommandations en matière de confidentialité découlant de ce travail est que les PSP ne devraient conserver qu'un minimum de documentation sur les personnes qui demandent de l'aide. Si des renseignements sur les clients sont recueillis, il existe des protocoles stricts pour préserver la confidentialité des dossiers, comme la conservation de ces derniers dans des fichiers partagés sécurisés sur des ordinateurs sécurisés, accessibles uniquement aux coordonnateurs du programme. Les données recueillies devraient être conservées à des fins statistiques et d'évaluation uniquement afin d'aider les responsables du PSP à examiner leurs processus, à évaluer les tendances en milieu de travail et à

déterminer s'il existe des solutions proactives pour éviter que des incidents critiques ne lèsent leurs employés.

Les membres d'une profession de la santé réglementée qui fournissent le soutien (comme les médecins-conseils, les travailleurs sociaux ou les psychologues) devraient consulter les ressources juridiques appropriées concernant la réglementation en matière de documentation. Cela protège non seulement la confidentialité des clients, mais aussi celle des pairs aidants qui utilisent leurs références pour fournir le soutien.

Tel qu'indiqué dans la [voir [section 3 du guide sur la confidentialité](#)], il y a des exceptions à la confidentialité, par exemple lorsqu'il existe un risque d'automutilation ou de préjudice à autrui.

« Le soutien entre pairs offre un espace sûr et non critique pour qu'une personne puisse être entendue, comprise et aidée d'une manière aimable et compatissante. C'est aussi être au service de l'autre en étant présent à chaque instant, empathique, curieux et confiant que la personne qu'on soutient est débrouillarde et entière intérieurement malgré les circonstances extérieures. »

(Karen W., pharmacienne, paire aidante, SickKids)

Les pairs aidants

Les pairs aidants d'un PSP font partie intégrante du programme et constituent le facteur le plus important de sa réussite. En tant que tel, il est crucial que ceux qui mettent en œuvre un PSP accordent beaucoup d'attention à la sélection, à la formation et au soutien de ces personnes. Le rôle des pairs aidants est généralement volontaire et doit être entièrement appuyé par la direction.

Rôle

Il incombe aux pairs aidants de comprendre leur rôle et ses limites et de s'engager à respecter les valeurs et les principes du programme.

Les pairs aidants doivent également assumer leur rôle en tant que personnes qui aident leurs pairs à optimiser leur propre résilience, leur permettant ainsi de se guérir eux-mêmes. Il est également important que les pairs aidants évitent de pathologiser les réactions normales à des situations stressantes et aident à normaliser les émotions et les sentiments de leurs pairs.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Plus important encore, les pairs aidants doivent avoir conscience qu'ils ne fournissent pas de soutien psychologique professionnel - ils ne sont pas des thérapeutes cliniques et ne fournissent pas de consultations psychologiques ou psychiatriques. Le rôle du pair aidant est d'écouter et d'accompagner. Ça veut dire qu'il évite de diagnostiquer ou de fournir un traitement psychologique aux clients, de déterminer des solutions ou d'orienter leurs décisions. Les pairs aidants offrent un soutien affectif non clinique aux personnes sous forme de soutien empathique, d'écoute active, d'encouragement et d'information sur les ressources et autres soutiens à leur disposition. Bien que le soutien entre pairs puisse être offert seul ou en complément des soins cliniques, ce soutien ne remplace pas les soins d'un clinicien et ne devrait pas viser à « réparer » un collègue.

Il est également important d'établir et de maintenir des limites à l'intérieur des relations de soutien par les pairs entre une relation professionnelle et une relation personnelle. Le PSP de Santé mentale des premiers intervenants de C.-B. signale les points suivants, qui méritent d'être pris en considération pour déterminer ces limites :

- Le fait de communiquer les limites dès le début d'une relation de soutien entre pairs peut être utile pour gérer les attentes. Cela peut signifier, par exemple, que les pairs ne peuvent communiquer avec les pairs aidants qu'à une heure précise de la journée ou qu'ils ne peuvent pas communiquer avec les pairs aidants quand ils sont occupés à un autre cas.
- Les personnes qui offrent un soutien entre pairs doivent être amicales et compatissantes tout en maintenant une relation professionnelle. La ligne est mince entre une relation d'aide et une relation d'amitié. Lorsque la relation devient trop personnelle, il faut mettre fin à la relation de soutien entre pairs.
- La désignation d'un pair remplaçant ou la supervision d'un coordonnateur du soutien entre pairs ou d'un psychologue peut aider lorsque les limites semblent changer. Si la relation devient plus étroite ou inappropriée (si elle devient trop intime ou de nature sexuelle, par exemple), le fait de se dégager de la relation et de pouvoir transférer le dossier aide à maintenir l'éthique du soutien entre pairs et à s'assurer que le pair qui a besoin de soutien peut se tourner vers une autre personne qui prendra la relève en comprenant ses besoins.
- Une formation au soutien entre pairs devrait être offerte sur la façon de reconnaître quand le pair aidant devient trop impliqué ou quand le pair qui demande de l'aide devient trop dépendant.

Il est aussi important d'établir que les discussions entre le pair aidant et le client doivent être principalement axées sur les émotions plutôt que sur les problèmes⁸. Une conversation axée sur un problème est une conversation qui prête attention aux faits (p. ex., apprendre de ses erreurs, chercher de l'information, déterminer ce qui s'est passé, régler le problème lui-même), alors qu'une interaction axée sur les émotions porte sur les sentiments et les actions pour aider la personne à aller de l'avant. Les pairs aidants sont également là pour fournir des références ou trouver des ressources dans le cadre d'un processus d'aide constructif.

Pour une description complète de la portée du rôle d'un pair aidant et de son code de conduite, le « [Scope of the Peer Role](#) » (La portée du rôle de pair) de SickKids et le [Code de conduite du Programme de soutien entre pairs](#), ainsi que le [guide de soutien entre pairs du BCEHS CISP](#) (annexe C) sont d'excellentes ressources (en anglais seulement).

Attributs

Certaines caractéristiques contribuent à l'efficacité et à la qualité du soutien entre pairs. Voici quelques-uns des principaux attributs qui ont été inspirés à la fois par les MITSS, la CSMC et Santé mentale des premiers intervenants de C.-B. :

- Empathique, respectueux et non critique;
- Aptitude à communiquer et à écouter activement pour encourager l'ouverture d'esprit et l'honnêteté;
- Capable d'esprit critique pour aider le pair à discuter de ses préoccupations, à déterminer ses besoins réels et à détecter quand un pair est en crise ou sur le point de l'être;
- Maturité émotionnelle;
- Capacité à gagner la confiance des clients;
- Sensible/adapté à la culture;
- Désireux d'apprendre et d'acquérir des compétences de soutien entre pairs et accessible pour les activités d'équipe;
- Déterminé à respecter la confidentialité (dans les limites légales); et
- Capacité de travailler selon les lignes directrices établies.

« Il y aura toujours ce sentiment de doute... est-ce que je serai capable d'aider? Est-ce que je vais dire les bonnes choses? Comment saurai-je quoi faire? Et si j'oublie quelque chose? Être un pair, ce n'est pas avoir toujours les bonnes réponses et savoir exactement ce qu'il faut faire ou dire, parce qu'en fait, vous ne serez pas toujours pertinent et personne ne s'attend à ce que vous le soyez. Être un pair, c'est se rendre compte qu'on nous a donné l'occasion d'entrer dans la vie de quelqu'un. Reconnaître la difficulté et le courage qu'il faut pour demander de l'aide et exprimer sa vulnérabilité. Réaliser qu'ils sont à la recherche de soutien et d'orientation, de ressources et d'un guide pour les aider à traverser une période difficile. Il s'agit d'être sincère, honnête, d'offrir des suggestions pratiques, d'être à l'écoute, de garder contact et de faire un suivi, d'être authentique et de vivre le moment présent avec eux du mieux que vous le pouvez. Pour moi, être un pair, c'est savoir que de petits efforts sincères peuvent faire beaucoup de chemin. C'est une expérience à la fois stimulante et dégrisante. Chaque fois que j'entre volontairement dans la vie d'un pair, une partie de son parcours reste en moi. Chaque expérience est unique et me motive à continuer à apprendre et à m'épanouir professionnellement et

(Neelam W., IA, paire aidante, SickKids)

Encadré 4.11 : Exigences pour les pairs aidants

Alberta Health Services (AHS)

Les pairs aidants sont :

- respectés par leurs collègues de travail et offrent un soutien sans porter de jugement;
- considérés comme dignes de confiance par leurs collègues de travail;
- des personnes qui ont de bonnes aptitudes à la communication, c.-à-d. l'écoute, le contact visuel, le langage corporel;
- des personnes qui s'intéressent et se soucient du bien-être de leurs collègues de travail;
- des personnes matures, responsables, qui ont de bonnes habitudes de travail et un minimum de deux ans d'ancienneté à l'AHS;
- en poste au moins 80 % à l'équivalent d'un temps plein (négociable) et de jour/nuit, pour être facilement accessible en tant que pair aidant;
- élus par leurs pairs (avec des références du gestionnaire et des pairs sur demande);
- des personnes qui démontrent une bonne capacité d'adaptation et une attitude positive;
- des personnes qui s'engagent à être disponibles pour aider aux interventions en cas de crise;
- intéressés à l'Équipe d'intervention post-traumatique de pairs aidants et souhaitent soutenir leurs pairs; et
- capables de quitter leur lieu de travail pour intervenir en cas d'incident, le cas échéant.

Un autre attribut clé du pair aidant est qu'il partage un vécu semblable à celui des clients qui demandent de l'aide. En d'autres termes, il s'agit de professionnels de la santé qui ont eux-mêmes éprouvé une détresse émotionnelle liée à leur travail dans le domaine de la santé ou qui ont eu des problèmes de santé mentale. Cela leur permet d'avoir de l'empathie envers les clients et de ne pas être perçus comme une menace. Il est important de souligner, cependant, que les pairs aidants doivent être guéris de cette détresse ou avoir surmonté leurs problèmes de santé mentale pour être en mesure et prêts à soutenir un pair.

Idéalement, les pairs aidants doivent également adhérer aux valeurs et aux principes du soutien entre pairs. [L'encadré 4.12](#) donne un certain nombre d'exemples de valeurs qui définissent le soutien entre pairs.

Encadré 4.12 : Les valeurs fondamentales requises des pairs aidants

CSMC

[<https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3685>]

- **Espoir et rétablissement** : reconnaître la puissance de l'espoir et l'effet positif d'une approche axée sur le rétablissement.
- **Autodétermination** : avoir la conviction que chaque personne connaît instinctivement la voie menant vers le rétablissement qui lui convient et qui répond le mieux à ses besoins tout en reconnaissant que le choix de s'engager dans une relation de soutien par les pairs appartient au pair lui-même.
- **Empathie et égalité** : admettre que la relation de soutien par les pairs et que tous ceux qui y participent peuvent tirer parti d'une relation de réciprocité et de la compréhension accrue découlant d'un vécu semblable.
- **Dignité, respect et inclusion sociale** : reconnaître la valeur intrinsèque de toutes les personnes, sans égard à leurs antécédents, à leurs préférences ou à leurs circonstances.
- **Intégrité, authenticité et confiance** : respect dans le cadre de chaque intervention de la vie privée, de l'obligation de fiabilité et de la déontologie.
- **Santé et bien-être** : reconnaître tous les aspects d'une vie saine et enrichissante.
- **Apprentissage tout au long de la vie et croissance personnelle** : reconnaître la valeur du savoir et changer et améliorer les perspectives pour tous.

PAMQ

(extrait du site Web <http://www.pamq.org/fr/>)

- **Confidentialité** : Maintenir les plus hauts standards de confidentialité et de discrétion pour protéger l'identité et les renseignements personnels des clients.
- **Respect** : Empathie et prévenance. Ouverture et non jugement face aux composantes d'une situation, à ses conséquences et aux émotions qu'elles suscitent. Impartialité.
- **Intégrité** : Les actions sont guidées par l'observance des valeurs de l'organisation. Droiture, franchise à l'égard des clients, collègues et partenaires.
- **Partage des savoirs** : Partage des connaissances en vue d'enrichir les façons de faire en santé des médecins. Partager des méthodes novatrices d'intervention afin d'accroître la portée des actions favorisant le mieux-être des médecins.
- **Collégialité** : Travailler dans le respect des compétences de l'autre, dans un esprit de collaboration et de complémentarité des savoirs (à l'égard des ressources, partenaires et collègues).

Encadré 12 : Les valeurs fondamentales requises des pairs aidants (suite)

Peer Support Canada

- Espoir et rétablissement;
- Empathie et égalité;
- Autodétermination;
- Dignité, respect et inclusion sociale;
- Intégrité, authenticité et confiance;
- Santé et bien-être; et
- Apprentissage tout au long de la vie et croissance personnelle.

Enfin, les pairs aidants sont tenus à des normes élevées lorsqu'il s'agit de se comporter de manière professionnelle, qu'ils agissent en tant que pairs aidants ou dans leurs fonctions habituelles. Tout manquement à la confidentialité ou à l'éthique de leur part porte atteinte à la réputation de l'équipe, et l'organisation doit être claire sur le fait que les pairs aidants ne doivent pas se comporter de manière à discréditer ou à miner la confiance dans le PSP.

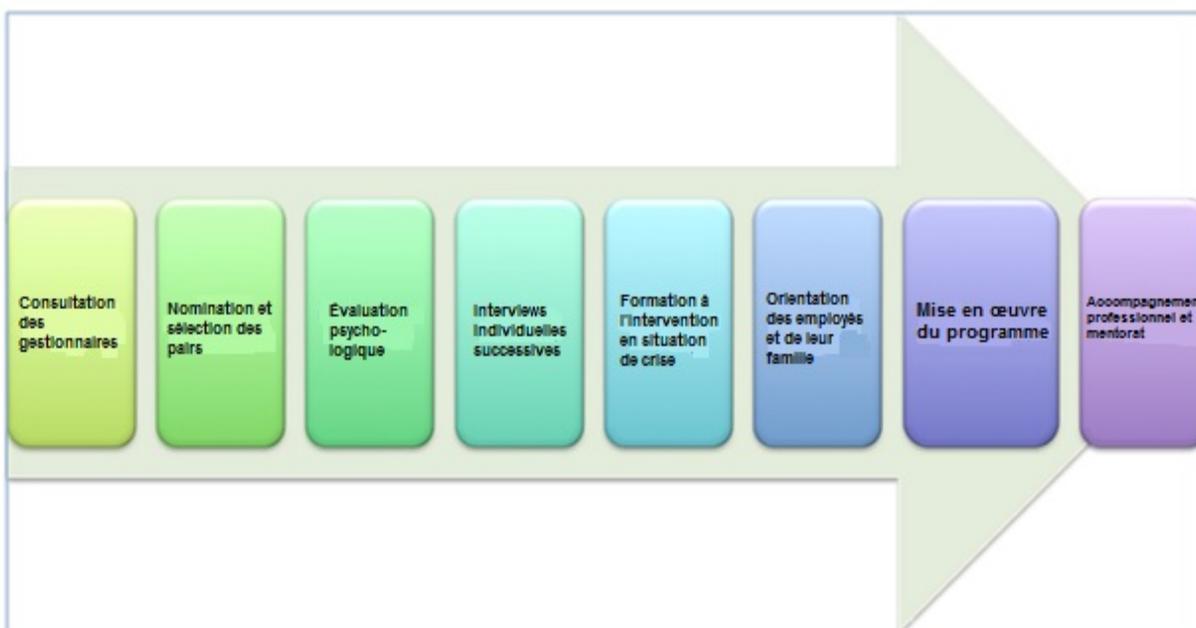
Recrutement

Le processus de recrutement et de sélection des pairs aidants est essentiel. Certains organismes ont recours à un processus élaboré qui comprend des mises en candidature, des références, une évaluation psychologique et des interviews individuelles successives pour choisir les pairs aidants; pour d'autres, le processus est moins formel. Quel que soit le processus, il est important de s'assurer que le PSP soit composé des bonnes personnes ou de la bonne cohorte de pairs aidants; sinon, le PSP sera voué à l'échec. Si un organisme ne recrute pas les personnes possédant les personnalités et les qualités requises, cela aura une incidence sur la crédibilité, la pérennité, l'optique et la mise en œuvre du programme.

Dans certains cas, les pairs aidants potentiels sont recrutés par la direction, qui nomme le personnel répondant, à son avis, aux critères établis par l'organisme (selon les attributs ci-dessus), bien que cela puisse ne pas convenir dans un organisme ayant peu confiance en la direction. Ou bien, comme le souligne le [Centre de professionnalisme et de soutien par les pairs](#), ils demandent aux départements de « nommer des collègues vers qui ils voudraient se tourner pour obtenir du soutien ».

La [figure 4.4](#) décrit le processus utilisé par l'ancien programme de formation en prévention des traumatismes et en soutien par les pairs (Trauma Prevention and Peer Support Training program ou TEMA) pour recruter et sélectionner les pairs aidants, qui constitue un processus rigoureux pour sélectionner les personnes appropriées pour ce rôle important.

Figure 4.4 : Programme de formation des premiers intervenants en prévention des traumatismes et en soutien par les pairs (TEMA)



Certains organismes invitent également les membres du personnel à poser leur candidature. Voici un exemple de processus que les organismes peuvent utiliser dans ce cas [voir le document [PSP ForYOU](#) (en anglais seulement)].

1. Affichage d'une invitation à manifester son intérêt.
2. Les pairs aidants potentiels expriment leur intérêt ou remplissent un formulaire de candidature (voir [la Trousse du candidat et le formulaire de candidature d'AHS](#) et [le modèle de candidature au programme ForYOU](#) (en anglais seulement)), y compris deux références de pairs et une référence de gestionnaire.
3. Un psychologue s'entretient avec les pairs aidants potentiels pour évaluer leurs aptitudes mentales.
4. Les pairs aidants potentiels sont interviewés et évalués en fonction de critères tels que la capacité d'écoute, l'empathie et la démonstration d'une compréhension de la confidentialité.
5. S'il est accepté, le pair aidant signe une entente de confidentialité et de rendement.

Pour avoir un exemple du type d'information à prendre en considération pour le recrutement de pairs aidants, consultez la [Trousse du candidat d'Alberta Health Services](#) (en anglais seulement).

Certains organismes considèrent qu'il est plus facile au début de se concentrer sur l'utilisation d'experts internes ou de membres du personnel qui ont déjà reçu une formation en counseling ou en connaissances thérapeutiques spécialisées. Il est toutefois important de s'assurer que ces experts internes connaissent bien les limites de ce rôle de soutien et non de conseil.

Soutenir les aidants

Les organismes doivent aussi protéger la santé mentale des pairs aidants. Il est important de reconnaître qu'il est possible que les pairs aidants éprouvent aussi de la détresse émotionnelle à cause de leur travail au sein du PSP et qu'ils pourraient bien avoir besoin d'un soutien continu. En raison de la nature émotionnelle du soutien entre pairs, même le pair aidant le plus résilient peut être sujet à l'épuisement professionnel ou à un problème de santé mentale.

La surveillance par la supervision, le mentorat des pairs aidants, les communautés de pratique pour les pairs aidants, les réunions régulières de la cohorte et la formation continue sont autant de méthodes précieuses pour soutenir les pairs aidants. Par exemple, après chaque rencontre dans le cadre du programme RISE, « le pair intervenant organise une réunion-bilan, au cours de laquelle il anime une séance pour recevoir le soutien des autres membres de l'équipe RISE et leur offrir une opportunité d'apprentissage »¹.

De plus, il est important de préciser que l'engagement d'un pair aidant est toujours volontaire, ce qui lui permet de prendre du recul lorsqu'il le juge nécessaire – s'il trouve que le travail déclenche en lui des problèmes de santé mentale ou s'il a simplement besoin d'une pause.

La [Trousse d'outils de soutien aux cliniciens pour les soins de santé des MITSS](#) recommande que l'organisme fournisse une « boîte à outils » à chaque pair aidant pour s'assurer qu'il dispose de tous les outils dont il a besoin pour réussir. Cette boîte à outils peut comprendre :

- une description claire et concise du pair aidant;
- une liste du soutien recommandé pour l'aiguillage (si nécessaire);
- une liste des techniques d'écoute active;
- une liste de ce qu'il faut faire ou ne pas faire en écoutant;
- une liste de personnes-ressources pour procéder à une escalade immédiate;
- de la formation; et
- les services de soutien qui leur sont accessibles.

« Chaque année, nous réussissons à faire hospitaliser des employés activement suicidaires. Nous avons aidé des employés aux prises avec un trouble lié à l'usage d'une substance (TUS) à suivre un traitement, mais nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir. »

(SUS de C.-B./BCEHS)

Rémunération

Il est généralement vrai que le rôle des pairs aidants soit bénévole. Cependant, il y a un certain nombre de détails qu'un organisme doit mettre au point afin qu'il puisse élaborer des lignes directrices claires sur le moment où le pair aidant apporte son soutien pendant ses heures de travail ou lorsqu'on lui demande de le faire. Ceux qui ont déjà élaboré un PSP recommandent clairement aux organismes de tenir compte de l'importance d'accorder du temps aux pairs aidants en dehors de leurs tâches professionnelles habituelles pour fournir le soutien ou pour assister aux réunions du PSP. Les pairs aidants ont également droit à une aide financière pour la formation et le perfectionnement, les frais de déplacement et autres dépenses, ainsi qu'à une reconnaissance appropriée pour le travail bénévole qu'ils font.

Encadré 4.13 : Exemple de politique de rémunération

Alberta Health Services

À la suite d'un événement critique, on demande aux pairs aidants de se rendre à l'unité pour offrir leur soutien. Le coût de remplacement du pair, s'il est appelé à un incident critique pendant son quart de travail, est à la charge de l'unité d'où provient le pair, et ce temps ne doit PAS dépasser quatre heures. Si aucun pair aidant ne peut se déplacer de son poste à l'unité, on peut faire venir des pairs de la maison. Dans cette éventualité, ces pairs reçoivent une indemnité de rappel au travail de quatre heures. Le pair aidant doit alors soumettre à l'administrateur de l'Équipe d'intervention (PTRT) un formulaire de remboursement signé par le responsable de l'unité. Chaque pair ne sera utilisé *plus de deux fois par mois* pour prévenir la surutilisation et l'épuisement professionnel. Cela permettra également de maintenir le coût de remplacement de toutes les unités concernées au même niveau. Les pairs aidants sont responsables d'assister aux réunions d'équipe et aux séances de formation, conformément à leur rôle et à leurs responsabilités. Cela peut nécessiter un changement d'horaire des quarts de travail et incombera à l'employé et à son gestionnaire.

Il y a toutefois des cas où le rôle est officiellement rémunéré, comme c'est le cas du PAMQ, un organisme indépendant à but non lucratif où des médecins-conseils sont embauchés pour offrir un soutien entre pairs de façon structurée. C'est également le cas du programme des SGSPIC, où des membres du personnel sont embauchés pour ce rôle ou pour un rôle de coordination.

Un certain nombre d'organismes ont des employés salariés pour coordonner et diriger le programme. Un bon exemple de description du rôle d'un gestionnaire d'un PSP est le programme de SickKids. [Voir le [Scope of Manager, Peer Support Program](#) (Portée du gestionnaire, Programme de soutien entre pairs) dans les [Outils et ressources](#)]

« On nous parle beaucoup de la différence que nous faisons. »

(PAMQ)

Formation

La formation fait partie intégrante du PSP. Non seulement devrait-il y avoir un programme de formation complet pour les pairs aidants, mais il est également important que les organismes offrent une formation spécifique aux dirigeants, gestionnaires et superviseurs, ainsi qu'à tout le personnel en milieu de travail.

Formation des pairs aidants

Une fois sélectionnés et avant d'offrir quelque service que ce soit, les pairs aidants devraient recevoir une formation qui les préparera à soutenir leurs pairs en détresse psychologique.

Il existe un certain nombre de fournisseurs externes qui offrent de la formation sur le soutien entre pairs. Bon nombre d'entre eux ne sont pas directement axés sur les services de santé, mais peuvent constituer un bon point de départ pour les organismes qui ne disposent pas des ressources internes nécessaires à cette formation. Certains organismes ont fait appel aux fournisseurs externes suivants :

- la formation de l'[International Critical Incident Stress Foundation](#);
- le « [Building a Clinician Peer Support Program](#) » ([Traduction] Établir un programme de soutien entre pairs à l'intention des cliniciens) de l'Institute for Healthcare Improvement, qui est dirigé par les [Medically Induced Trauma Support Services](#) ([Traduction] Services de soutien en cas de traumatisme d'origine médicale);
- le [programme Esprit au travail de la CSMC](#);
- le [Programme de gestion du stress lié aux incidents critiques](#) (en anglais seulement); et
- l'[Association canadienne pour la santé mentale \(ACSM\)](#).

Le programme RISE de l'Hôpital Johns-Hopkins a offert une formation aux premiers secours psychologiques ([RAPID-PFA](#)) à leurs pairs aidants; RAPID est l'abréviation de *Reflective listening* (écoute réflexive), *Assessment* (appréciation ou évaluation), *Prioritization* (établissement des priorités), *Intervention* et *Disposition*.

Si un organisme dispose de ressources internes et peut faire appel à des membres du personnel, comme les gestionnaires de risques, les conseillers, les fournisseurs de PAE, les membres de l'équipe de mieux-être, les conseillers spirituels ou le personnel du PSP, il peut choisir d'élaborer son propre programme de formation personnalisé correspondant à ses besoins et à sa vision du PSP.

Qu'elle soit dispensée par une entreprise externe, par une expertise interne ou par une combinaison des deux, la formation dure habituellement au moins trois jours complets.

Encadré 4.14 : Remarque sur l'apprentissage des adultes

Institut universitaire de technologie de l'Ontario

La formation sur les PSP devrait être une expérience d'apprentissage collaboratif où les apprenants adultes et les instructeurs apprennent les uns avec les autres, à partir de leurs points de vue respectifs et de leur expérience professionnelle connexe. Cette relation exige un respect et une confiance mutuels envers les capacités et les défis de chacun.¹ L'élément central de cette approche est de placer les apprenants au centre du processus d'apprentissage².

Cette approche exige une autoréflexion continue de la part de l'instructeur pour mieux adapter son enseignement et ses évaluations à l'évolution et aux différents styles d'apprentissage des apprenants³. À cette fin, l'instructeur devrait s'efforcer de fournir aux apprenants les outils, les cadres, les concepts et les documents pertinents en la matière. Ils devraient également utiliser diverses stratégies d'enseignement dans un environnement interactif et respectueux, comme l'apprentissage traditionnel par la lecture, l'apprentissage par la résolution de problèmes, l'apprentissage par l'expérience et l'apprentissage par l'interrogation appréciative. Les méthodologies utilisées devraient combiner les domaines cognitif (connaissances), psychomoteur (compétences) et affectif (attitudes) de l'apprentissage (c.-à-d. la taxonomie de Bloom). L'environnement d'apprentissage doit être un environnement sûr et amusant conçu pour échanger, partager et explorer de nouvelles idées entre le ou les apprenants et le formateur.

La formation continue, telle que la formation sur les PSP, peut être conceptualisée comme une activité interactive comportant trois phases⁴ :

1. **Exposition** – l'introduction des connaissances dans la salle de classe (notez que la salle de classe peut être en ligne ou dans une salle de classe traditionnelle).
2. **Immersion** - initie les apprenants à l'interaction avec d'autres professions en classe et au cours d'une expérience de formation simulée pour s'engager dans l'expérience d'apprentissage.
3. **Maîtrise** – l'intégration des connaissances, des compétences et des attitudes dans la pratique professionnelle quotidienne.

Pour s'assurer que les apprenants comprennent bien l'application des connaissances et des compétences, il faut effectuer une évaluation qui comprenne diverses activités (p. ex., travail de groupe, présentations, discussion structurée interactive en classe et rapports écrits).

¹ Svinivke, M. et W.J. McKeachie (2006), *McKeachie's Teaching Tips: Strategies, Research and Theory for College and University Teachers* (13^e éd.), Belmont California: Wadsworth, Cengage Learning.

² Mulryan-Kyneav, C. (2010), Teaching large classes at college and university level: challenges and opportunities, *Teaching in Higher Education*, 15(2), 175–185.

³ Feiman-Nemser, S. (2008), From Preparation to Practice: Designing a Continuum to Strengthen and Sustain Teaching, *Teachers College Record*, 103:6, 1013–1055.

⁴ Charles G. et L. Bainbridge, The University of British Columbia model on interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, janvier 2010; 24(1):9-18.

En nous basant sur la liste des sujets fondamentaux de la CSMC qui devraient faire l'objet d'un apprentissage obligatoire pour les pairs aidants, nous suggérons le curriculum de base suivant :

- Principes fondamentaux, valeurs et éthique du soutien entre pairs, y compris les règles de confidentialité.
- Rôle et responsabilités d'un pair aidant, y compris la connaissance des limites et des frontières.
- Valeur de l'optimisation de la résilience et de la prévention de la pathologisation des réactions normales à des incidents stressants.
- Cause et éventail des problèmes de santé mentale courants chez les professionnels de la santé (usure de compassion, traumatisme secondaire, stress, anxiété, épuisement professionnel, dépression, détresse morale, trouble de stress post-traumatique, incidents graves liés à la sécurité).
- Explication du modèle de continuum en santé mentale [voir [la diapositive de la présentation de ce modèle en C.-B.](#)]
- Reconnaissance et résolution de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale.
- Communications interpersonnelles et établissement de relations de soutien.
- Formation en gestion de crise pour fournir des connaissances sur la façon de reconnaître et de gérer en toute sécurité une situation de crise, notamment :
 - L'effet des crises, des traumatismes et du stress opérationnel sur le bien-être;
 - la compréhension de la réaction au stress humain;
 - la gestion du stress et la résilience;
 - le processus de rétablissement et de changement;
 - l'autodétermination et comment l'encourager;
 - la sensibilisation et l'intervention en matière de suicide (annexe G du manuel des pairs de la C.-B.); et
 - la différence entre le SPT et le TSPT, ainsi que les signes de stress traumatique.
- Connaissance des ressources disponibles pour l'aiguillage.
- Importance de la conscience de soi et des autosoins pour préserver son propre bien-être et sa résilience.
- Préparation avec le pair en prévision de la fin de la relation de soutien entre pairs.
- Examen des politiques et des lois internes de l'organisme qui ont une incidence sur les interactions entre pairs.

- Aspects opérationnels du PSP - mobilisation, triage et tout outil conçu pour donner aux pairs l'occasion d'évaluer les risques ou de montrer leur engagement.

Cette formation peut être adaptée aux besoins du PSP de chaque organisme et élargie à mesure que la portée du programme augmente. Par exemple, la formation des pairs aidants pourrait porter sur les conflits interpersonnels au travail, la gestion du stress lié à la charge de travail, le counseling en matière de deuil ou des sujets organisationnels, comme les procédures, les politiques et l'harmonisation organisationnelle des RH avec d'autres soutiens.

Les pairs aidants ont également besoin d'occasions d'apprentissage et de perfectionnement continus. Comme l'a fait remarquer [Santé mentale des premiers intervenants de C.-B.](#), « en plus de s'assurer que les pairs aidants ont les compétences et les connaissances nécessaires pour faire le travail, la formation peut être revitalisante et aider à renforcer le moral, la camaraderie et un sentiment de but et de valeur communs au sein de l'équipe de soutien entre pairs ».

Le [programme des MITSS](#) recommande qu'il y ait des réunions continues avec les aidants pour examiner les cas et discuter de ce qui fonctionne, de ce qui ne fonctionne pas et de ce qu'ils peuvent améliorer.

Autres considérations relatives à la formation

Bien que la formation des pairs aidants soit la formation la plus importante, les autres membres de l'organisme devraient également avoir l'occasion d'en apprendre davantage sur le soutien entre pairs.

Pour réussir, les PSP doivent, en principe, être appuyés par la direction et les gestionnaires; il est donc important de leur faire comprendre l'importance du soutien entre pairs et la meilleure façon de soutenir leur effectif lorsqu'un incident critique se produit. Le programme RISE de l'Hôpital Johns-Hopkins s'est assuré de former « plusieurs directeurs d'unités à risque accru de décès et d'événements indésirables [...] une mesure qui répondait aussi à un nombre accru de demandes provenant de ces unités »¹.

Les superviseurs et les gestionnaires doivent être formés pour s'assurer qu'ils repèrent les personnes qui pourraient bénéficier du soutien entre pairs; ils doivent donc comprendre ce que fait le PSP et comment il peut soutenir leur personnel. Les SUS de C.-B. (BCEHS) ont dressé une liste de « Ce qu'il faut rechercher - Tout changement dans quatre aspects du comportement normal », notamment les changements de comportement physique, psychologique, comportemental et cognitif, disponible dans leur [Guide d'orientation des équipes de pairs bénévoles](#) [en anglais seulement]. Les SGSPIC ont conçu des fiches de conseils, notamment des [Conseils pour faire face à un événement traumatique](#) et des [Conseils pour les superviseurs et les gestionnaires d'employés impliqués dans un événement traumatique](#) pour aider les gestionnaires à savoir quand un pair est nécessaire, ainsi qu'un dépliant sur les [choses à faire et à ne pas faire](#) [en anglais seulement].

Il est aussi souhaitable d'offrir une formation de base à tous les employés, entre autres sur les problèmes de santé mentale qui peuvent survenir au travail, les symptômes à surveiller en eux et chez leurs collègues, la façon dont le PSP peut les aider et comment y accéder. Le programme des MITSS suggère que les organismes envisagent la rédaction d'un plan de communication en cas de crise, auquel tout le personnel aura été sensibilisé et pourra se référer en tout temps. Ils donnent des exemples de la façon dont certains organismes l'ont mis en œuvre dans la section « Politiques, procédures et pratiques » (Policies, Procedures and Practices) de leur Trousse d'outils de soutien des cliniciens pour les soins de santé ([Clinician Support Tool Kit for Healthcare](#)) [en anglais seulement].

Les organismes doivent mettre fin à la stigmatisation qui entoure l'accès et l'utilisation des services de santé mentale, afin de contrer cette culture de la honte et du blâme. Cette initiative contribue grandement à réduire la stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale et à jeter les bases de la réussite du soutien entre pairs.

Comment assurer la diffusion et la pérennité du programme

Ce n'est qu'une fois que le PSP est en place et que les pairs aidants sont formés et prêts à répondre aux demandes des clients qu'il est temps de lancer le programme. À ce moment-là, l'organisme aura peut-être déjà annoncé la préparation d'un PSP, sensibilisé les gens au programme, mobilisé leur énergie et fait participer un certain nombre de travailleurs à l'évaluation des besoins et à la planification. Au moment du lancement, cependant, lorsque le PSP est prêt à accueillir des clients, il est temps de lancer une campagne promotionnelle.

Ce qu'il faut promouvoir

La clé du succès du programme est de promouvoir non seulement les services fournis, mais aussi les valeurs et les principes qui sous-tendent le PSP. Il est particulièrement essentiel de décrire en détail la façon dont le programme respectera la confidentialité, y compris toute limite à cette confidentialité, pour que le personnel soit assuré que le PSP est un endroit sûr pour obtenir du soutien.

Il est également essentiel de promouvoir le PSP comme un espace inclusif, non critique et ouvert à tous, quels que soient leur profession, sexe, genre, culture ou statut. Le programme des MITSS recommande également que l'organisme normalise l'impact émotionnel sur le personnel, par exemple, en faisant passer le message que le PSP s'adresse à des « personnes normales, ayant des réactions normales, à des événements anormaux »⁹.

Il est aussi important de souligner aux clients potentiels que la direction et les gestionnaires de l'organisme appuient pleinement le programme et adhèrent à sa vision et à ses valeurs. La direction et les gestionnaires devraient être entièrement d'accord pour créer une culture juste où tous ceux qui travaillent dans leur organisme se sentent psychologiquement en sécurité pour demander de l'aide lorsqu'ils ont des troubles émotifs. Cette culture - où l'organisme est perçu comme favorisant la critique mutuelle et la rétroaction constructive - joue un rôle clé dans le succès du programme⁵.

Edrees et Wu¹⁰ énumèrent un certain nombre d'obstacles à l'élaboration d'un programme de soutien, parmi lesquels on peut trouver ceux qui risquent de devoir être surmontés dans un programme de promotion ([tableau 4.1](#)) :

« En quatre ans, un quart de la main-d'œuvre aura été
entouré de pairs aidants. »

SUS de C.-B./BCEHS)

Tableau 4.1 : D'obstacles potentiels à l'élaboration d'un programme de soutien

Obstacles potentiels (Edrees et Wu)	Comment les surmonter
Stigmatisation de la santé mentale	Normaliser les réactions émotionnelles au stress : Il s'agit de « personnes normales, ayant des réactions normales, à des événements anormaux » (http://mits.org/download-the-toolkit/)
Confiance et préoccupations au sujet de la confidentialité ou crainte d'entraver l'avancement professionnel	Décrire en détail comment le programme préservera la confidentialité (voir l'encadré 19, à titre d'exemple)
Manque d'intérêt de la part du personnel	Cerner les raisons du manque d'intérêt et former les dirigeants, les gestionnaires et les superviseurs à expliquer l'importance et la valeur du PSP en chaque occasion.
Nouveauté du concept	Expliquer clairement ce qu'est le PSP et ce qu'il vise à accomplir. Commencer par un projet pilote dans une ou deux unités pour familiariser le personnel à l'idée d'un PSP.

La diffusion et le respect des valeurs qui sous-tendent le PSP inspireront sa croissance et sa pérennité. À titre d'exemple, le PAMQ souligne l'importance de leurs valeurs avec une description riche et simple de chacune d'entre elles sur leur [site Web](#) (voir l'encadré 4.15).

« Un programme de soutien entre pairs est une structure potentiellement évolutive... un processus dynamique qui s'adapte aux besoins exprimés et qui n'est pas nécessairement statique. »

(PAMQ)

Encadré 4.15 : Les valeurs fondamentales requises des pairs AIDANTS

PAMQ (extrait du [site Web](#))

- **Confidentialité** : Maintenir les plus hauts standards de confidentialité et de discrétion pour protéger l'identité et les renseignements personnels des clients.
- **Respect** : Empathie et prévenance. Ouverture et non jugement face aux composantes d'une situation, à ses conséquences et aux émotions qu'elles suscitent. Impartialité.
- **Intégrité** : Les actions sont guidées par l'observance des valeurs de l'organisation. Droiture, franchise à l'égard des clients, collègues et partenaires.
- **Partage des savoirs** : Partage des connaissances en vue d'enrichir les façons de faire en santé des médecins. Partager des méthodes novatrices d'intervention afin d'accroître la portée des actions favorisant le mieux-être des médecins.
- **Collégialité** : Travailler dans le respect des compétences de l'autre, dans un esprit de collaboration et de complémentarité des savoirs (à l'égard des ressources, partenaires et collègues).

Comment passer le message

Le programme RISE de l'Hôpital Johns-Hopkins recommande « une campagne soutenue et multidimensionnelle » pour accroître la sensibilisation et la confiance du personnel¹. Il existe de nombreuses méthodes pour promouvoir le PSP dans un organisme. Voici quelques suggestions :

Orientation du nouveau personnel : De nombreux organismes incluent des descriptions et de l'information sur la façon d'accéder au PSP dans l'orientation de leurs nouveaux employés, s'assurant ainsi que le message sur la culture juste, la sécurité psychologique et le soutien de la direction soit ancré dès le début.

Séances d'information : Des séances de formation sur le PSP et des sujets connexes (comme la formation sur la résilience et la sensibilisation à la santé mentale) peuvent être offertes dans le cadre d'un atelier autonome en personne, d'une conférence Web ou dans le cadre d'une formation continue régulière ou de réunions du personnel.

Témoignages : Les témoignages rassurants de ceux qui ont eu recours aux services d'un PSP peuvent être une puissante source d'inspiration pour encourager le personnel à demander du soutien. Le PAMQ a [plusieurs courtes vidéos](#) de médecins qui encouragent les autres à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin, humanisant ainsi l'expérience pour tous. Il y a aussi plusieurs [vidéos sur l'expérience des prestataires de soins](#) disponibles sur le site Web de l'ICSP, qui peuvent également constituer une ressource utile pour les organismes qui mettent en œuvre un PSP, particulièrement ceux qui s'intéressent aux incidents liés à la sécurité des patients.

« **Discours d'ascenseur** » : Le programme forYOU a préparé une brève description du PSP que les dirigeants, les gestionnaires, les pairs aidants et tout le personnel peuvent utiliser pour informer rapidement quelqu'un au sujet du programme et lui donner un bref aperçu des raisons de son importance et du soutien qu'il offre ([encadré 4.16](#)).

Encadré 4.16 : Discours d'ascenseur



L'équipe forYOU est une équipe de soutien entre pairs créée pour répondre aux besoins des membres du personnel lorsqu'ils ont été confrontés à un cas difficile qui leur cause des troubles émotionnels. Il n'est pas nécessaire que l'événement soit lié à une erreur médicale. Il peut s'agir d'un cas où l'employé entretient des relations personnelles avec le patient et qu'une issue inattendue ou simplement difficile à comprendre survient.

C'est important parce que :

- ❖ L'employé peut se sentir coupable de l'évolution de l'état de santé du patient et être incapable de partager ses sentiments avec les autres.
- ❖ L'employé peut commencer à remettre en question ses compétences cliniques et sa base de connaissances s'il est incapable de se confier à un pair de confiance.
- ❖ Dans les cas extrêmes, l'employé peut être confronté à une crise professionnelle qui peut entraîner un changement de carrière.

Le soutien disponible comprend :

- ❖ Plus de 300 cliniciens (médecins, infirmières, TR et gestionnaires) ont reçu une formation particulière pour aider le personnel dans ce type de situation.
- ❖ Des brochures ForYOU sont mises à la disposition des employés et des membres de leur famille pour les aider à mieux comprendre ce que l'employé peut ressentir.
- ❖ Les ressources supplémentaires comprennent la gestion des risques, les aumôniers, le PAE et le counseling professionnel complémentaire d'un psychologue clinicien lorsque le soutien des pairs n'est pas suffisant.

Le but ultime de l'équipe forYOU est d'aider les professionnels de la santé de l'UMHC (Système de santé de l'Université du Missouri) à revenir à leur « niveau de rendement antérieur » suite à un événement traumatisant lié à un patient.

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Présentations : Toute occasion de réunir des groupes en milieu de travail, comme les conférences, les réunions du personnel, les ateliers, les séances scientifiques, les revues de morbidité et de mortalité, les séances d'orientation des professeurs, les réunions de SST, les réunions de comités, les comités conjoints de SST, les réunions des associations du personnel médical, la formation continue, la semaine des soins infirmiers ou les dîners-causeries, où une courte présentation ou une trousse à outils peuvent être offertes ou un kiosque installé pour rappeler au personnel le PSP est aussi un moyen pratique pour diffuser le message.

Documents de promotion : Les organismes ont mis au point tout un éventail de documents promotionnels, comme des brochures, des publicités dans les bulletins internes, ou des articles comme des autocollants, des économiseurs d'écran, des cartes professionnelles, des aimants ou des stylos sur lesquels le numéro de téléphone est imprimé pour faciliter l'accès.

Médias sociaux : L'information sur le PSP dans le site Web externe de l'organisme ou, s'il y a lieu, dans son intranet, sa page Facebook, son compte Twitter ou tout autre moyen de faire connaître le PSP par les médias sociaux peut être utile pour diffuser plus largement le programme, surtout si le PSP est un programme provincial ou national.

Évaluer le programme

L'un des défis les plus importants de l'évaluation du PSP est que, pour des raisons de confidentialité, peu de données sont enregistrées et encore moins accessibles à d'autres personnes que celles qui sont chargées de les stocker en toute sécurité.

Cependant, avec les données recueillies - comme le nombre de pairs aidants, de dirigeants et d'employés formés, le nombre de clients qui communiquent avec le PSP ou qui sont aidés, le nombre d'employés disponibles pour le soutien entre pairs, les heures consacrées au travail bénévole du personnel ou le coût du programme – l'organisme peut au moins déterminer certains éléments, tels les taux d'utilisation, le rendement des investissements et le coût des ressources humaines. Si d'autres données sont recueillies - comme le type d'incident ou de problème de santé, les aiguillages effectués ou le suivi requis, par exemple - alors ces données peuvent également servir à évaluer l'efficacité du PSP.

Bien qu'il puisse être difficile de demander aux clients qui sollicitent de l'aide d'évaluer le programme, cela pourrait être l'occasion, le cas échéant, d'obtenir une rétroaction au moyen d'une enquête sur le degré de satisfaction du soutien reçu. Il existe également un outil appelé SVEST, pour « Second Victim Experience and Support Tool » (Outil de soutien aux secondes victimes), qui évalue les incidents critiques vécus par les membres du personnel et la qualité des services de soutien¹¹. Le SVEST peut être utilisé pour évaluer les perceptions du personnel avant et après la mise en œuvre d'un programme de soutien entre pairs.

Les gestionnaires et les superviseurs peuvent également être approchés pour évaluer le programme, en donnant leur point de vue sur son utilité pour leur personnel.

Il peut également être utile de sonder tout le personnel pour savoir s'il est au courant du PSP, s'il l'a utilisé et, le cas échéant, s'il est satisfait ou s'il a des suggestions à apporter pour améliorer le programme.

L'une des évaluations les plus efficaces peut se faire par l'intermédiaire des pairs aidants, qui peuvent fournir une rétroaction précieuse sur leurs expériences et échanger les leçons apprises avec les autres pairs aidants et les directeurs du programme.

Il est également important que les responsables du programme communiquent avec les dirigeants et les gestionnaires pour s'assurer qu'ils atteignent les objectifs qu'ils se sont fixés et qu'ils poursuivent leur vision et leur mission.

Témoignage d'un membre du personnel qui a fait appel au programme de soutien entre pairs

« Il y a tellement d'aspects de la vie d'infirmière qui sont extrêmement exigeants. Il peut y avoir des moments difficiles où vous vous retrouvez au milieu du chaos au travail - le stress, la course constante contre la montre, la pression innée de fournir la meilleure qualité de soins possible à votre 11^e heure. Le parcours que nous traversons comporte plusieurs étapes et tous les sentiments complexes que nous éprouvons peuvent avoir des conséquences. Nous ne sommes que des humains. Le fait de savoir à quel moment la vie professionnelle exerce une pression insurmontable sur votre santé mentale et la prévoyance de chercher activement le soutien dont vous avez besoin sont deux choses que les professionnels de la santé doivent constamment affronter. [...]

C'est là qu'intervient le Programme de soutien entre pairs. Le jour où j'ai rencontré K., elle m'a fourni ce soutien individuel. À cette époque, je ne savais même pas à quel point j'en avais besoin. J'étais épuisée émotionnellement et physiquement et je ne savais pas où chercher de l'aide. Elle m'a appelée. Je pense que la vulnérabilité peut être une chose effrayante, mais le soutien que j'ai reçu ce jour-là et au cours du mois suivant a probablement été ce qui a le plus contribué à rétablir ma force et ma résilience. K. s'est rendue disponible pour du soutien individuel et pour des débriefages en groupe. L'encouragement que j'ai reçu de ce programme était confidentiel et non critique et a aidé à éliminer une partie de la stigmatisation qui existe encore autour de la santé mentale. En tant qu'infirmières, nous devons faire preuve d'honnêteté et d'authenticité et montrer à quel point nos carrières peuvent être éprouvantes. En le faisant, nous découvrons tous à quel point il est important de prendre soin de soi pour avoir une vie professionnelle saine. [...]

Le soutien entre pairs m'a apporté une aide concrète et m'a fait prendre conscience de la nécessité d'aborder une partie très difficile de ma carrière. Cela m'a donné le sentiment d'être assez forte pour soutenir d'autres personnes en tant qu'ICS. Lorsqu'il s'agit de travailler avec notre équipe, la confiance dans un système de soutien entre pairs peut être l'un des moyens les plus efficaces de se renforcer mutuellement. » (Infirmière clinicienne responsable, SickKids)

Conclusion

Il y a de nombreux obstacles à surmonter, de nombreuses décisions à prendre et de nombreuses étapes à franchir dans le processus de mise en œuvre d'un PSP, mais ceux qui l'ont vécu attestent que le temps et les efforts requis valent le coup.

La clé du succès de tout programme réside dans le fait que les dirigeants et les gestionnaires de l'organisme appuient entièrement le programme, et que cela soit bien clair pour ceux qui travaillent, sont bénévoles ou sont formés sur le lieu de travail, pour créer un environnement psychologique sûr qui permet au PSP de prendre son élan et de réussir. L'organisme doit être perçu comme une organisation qui « prêche par l'exemple », où le PSP fait partie d'un plus large programme de mieux-être et où chacun se sent à l'aise de demander de l'aide.

Ceux qui lancent l'idée d'un programme de soutien entre pairs, ou les champions du PSP, doivent savoir que le processus est long, mais s'ils ont des objectifs clairs et croient en la valeur du PSP, le programme prendra forme et finira par porter ses fruits.

Un autre élément important pour assurer la croissance et de la pérennité du PSP est de faire tous les efforts possible pour préserver la confidentialité des personnes qui demandent du soutien. Comme nous l'avons vu, il est difficile pour les professionnels de la santé de demander de l'aide s'ils pensent qu'ils seront perçus comme vulnérables ou faibles pour obtenir du soutien en santé mentale.

Si un organisme fait l'effort de travailler avec ses employés pour connaître leurs besoins et le type de soutien entre pairs qu'ils recherchent, ils auront également de bien meilleures chances de succès.

Le soutien entre pairs n'est qu'un maillon de la chaîne d'aide en cas de détresse émotionnelle, mais il pourrait être le maillon le plus crucial pour les personnes qui, autrement, supporteraient seules leur douleur psychologique. L'ICSP enjoint instamment tous les organismes de soins de santé à étudier en profondeur la valeur et les avantages d'un PSP pour leurs effectifs et, s'ils estiment qu'un tel programme aidera leurs travailleurs à surmonter les nombreux incidents critiques et la détresse émotionnelle qu'ils sont susceptibles de vivre, nous les invitons également à appliquer un PSP adapté aux pratiques exemplaires décrites dans ce guide en utilisant les nombreux outils et ressources que nous avons réunis. [Voir la [Créer un espace sûr – Trousse d'outils](#)]

Références

1. Edrees H., C. Connors, L. Paine, M. Norvell, H. Taylor et A.W. Wu, Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study, *BMJ Open*, 2016;6: DOI : 10.1136/bmjopen-2016-011708
2. Brigham and Women's Hospital, *BWH Peer Support Information and FAQ*, 2013, extrait de www.brighamandwomens.org/assets/BWH/medical-professionals/center-for-professionalism-and-peer-support/pdfs/peer_support_overview_and_faq.pdf.
3. Carr S., *Disclosure and apology. What's Missing? Advancing programs that support clinicians*, 2009, Boston: Medically Induced Trauma Support Services, Inc.
4. Denham CR., TRUST: the 5 rights of the second victim, *Journal of Patient Safety*, 2007;3(2):107-119. DOI : 10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd
5. Seys D., S. Scott, A. Wu, E. Van Gerven, A. Vleugels... K. Vanhaecht, Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review, *International Journal of Nursing Studies*, 2012;50(5):678-687. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006.
6. Scott S.D., L.E. Hirschinger, K.R. Cox, M. McCoig, K. Hahn-Cover, K.M. Epperly, ... L.W. Hall, Caring for our own: deploying a system wide second victim rapid response team, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2010;36(5):233-240. DOI : 10.1016/S1553-7250(10)36038-7
7. Scott S., L. Hirschinger, K. Cox, Sharing the load: Rescuing the healer after trauma, *RN*, 2008;71(12):38-40, 42-3.
8. Coughlan B., D. Powell et M.F. Higgins, The second victim: a review, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2017;213:11-16. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.002>
9. Cyr C., H. Mckee H. et M. O'Hagan, Priest R for the Mental Health Commission of Canada, *Making the case for peer support: report to the peer support project committee of the Mental Health Commission of Canada* (2^e éd), 2016, extrait de <http://www.mentalhealthcommission.ca>
10. Edrees H.H. et A.W. Wu, Does one size fit all? Assessing the need for organizational second victim support programs, *Journal of Patient Safety*, 2017;June. DOI : 10.1097/PTS.0000000000000321
11. Burlison J.D., S.D. Scott, E.K. Browne, S.G. Thompson et J.M. Hoffman, The second victim experience and support too: validation of an organizational resource for assessing second victim effects and the quality of support resources, *Journal of Patient Safety*, 2017;13(2):93-102. DOI : 10.1097/PTS.0000000000000129.

Créer un espace sûr

Section 5 : Trousse à outils
pour le soutien des
travailleurs de la santé



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada



Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien pour la sécurité des patients

Acknowledgements

Section 5 : Trousse à outils pour le soutien des travailleurs de la santé

Groupe de travail

Amy Pack
Gabrielle Lucente
Renee Misfeldt
Gina Peck
Veronique Joncas
Lara di Tomasso
Maureen Abbott
Karina Urdaneta
Markirit Armutlu
Gary Deroo
Christine Devine
Adrienne Gaudet, MD.
Sandra Koppert
Marsha McCall
Kelly McNaughton
Laura Mullaly
Lynn Robertson
Brenda Roos
Megan Taylor

Affiliations actuelles

L'Institut canadien pour la sécurité des patients
Commission de la santé mentale du Canada
L'Institut canadien pour la sécurité des patients
Chatham-Kent Health Alliance
Michael Garron Hospital (Toronto East Health Network)
Programme d'aide aux médecins du Québec
Commission de la santé mentale du Canada
British Columbia Emergency Health Services
SickKids - The Hospital for Sick Children
Commission de la santé mentale du Canada
Alberta Health Services
Santé Canada
Institut canadien pour la sécurité des patients

Remerciements

L'Institut canadien pour la sécurité des patients à remercier la Commission de la santé mentale du Canada de son appui et de sa contribution à la Trousse à outils. Merci aux patients, aux prestataires de soins, aux dirigeants opérationnels, aux organismes de réglementation et aux bailleurs de fonds pour votre passion et votre engagement à améliorer la sécurité des soins aux patients et à promouvoir un environnement de travail positif et sécuritaire sur le plan psychologique pour les prestataires. Nous vous invitons à partager vos réalisations et vos défis tout au long de ce projet.

Avis de non-responsabilité

Cette publication est fournie à titre d'information seulement. Tous les exemples présentés ne visent qu'à illustrer le propos. Cette publication ne peut remplacer un avis juridique. Elle ne constitue pas une interprétation officielle de la loi et ne lie pas l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP).

© 2020 Institut canadien pour la sécurité des patients et la Commission de la santé mentale du Canada

Tous droits réservés. La redistribution de ce document, en totalité ou en partie, est permise pour des fins éducatives non commerciales, pourvu que le contenu ne soit pas modifié et que la contribution de l'Institut canadien pour la sécurité des patients soit reconnue de manière appropriée, et qu'il soit clair que l'Institut canadien pour la sécurité des patients ne cautionne pas la redistribution. L'obtention de la permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients est nécessaire pour tout autre usage, y compris l'utilisation commerciale des illustrations.

Cette publication est téléchargeable gratuitement depuis l'adresse : www.securitedespateurs.ca.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients tient à reconnaître Santé Canada pour son soutien financier. Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada.

ISSN 2562-0207

Section 5 : Créer un espace sûr – Trousse à outils pour le soutien des travailleurs de la santé

Objectif de la trousse à outils

La trousse à outils a été créée en partenariat avec la Commission de la santé mentale du Canada et aide les dirigeants et les décideurs en soins de santé à élaborer, à mettre en œuvre ou à améliorer les programmes de soutien aux travailleurs de la santé. La trousse comprend des outils, des ressources et des modèles d'organisations du monde entier qui ont mis en œuvre avec succès leurs propres programmes de soutien aux travailleurs de la santé.

Conception de la trousse à outils

L'analyse environnementale de 2018 portait sur les programmes de soutien entre pairs pour des prestataires de soins. Dans le cadre de cette analyse, les chercheurs ont effectué une étude de portée à l'aide du cadre Arskey et O'Malley¹ afin de caractériser l'éventail et le contexte des stratégies utilisées pour le soutien psychologique des professionnels de la santé.

En 2020, l'Institut canadien de la sécurité des patients et la Commission de la santé mentale du Canada ont élargi la portée de l'analyse environnementale afin d'inclure des modèles de sécurité psychologique pour les fournisseurs de soins de santé qui comprenaient des dispositifs de soutien psychologique et d'autosoin traitant la détresse morale. La trousse à outils a été mise à jour pour tenir compte de la portée élargie de l'analyse de 2020. Deux stratégies ont été utilisées pour la mise à jour de la trousse à outils :

1. On a contacté les concepteurs et les experts sur le terrain des programmes de soutien aux travailleurs de la santé en vue d'obtenir des ressources supplémentaires.
2. Une recherche systématique de littérature grise a été menée.

Résumé de la trousse à outils

Après avoir effectué ces recherches, des outils, des ressources et des modèles provenant de 24 organisations ont été inclus dans l'analyse de 2018 et 37 organisations/programmes ont été ajoutés après l'analyse de 2020.

Les types d'outils, de ressources et de modèles qui sont disponibles dans la trousse à outils comprennent des renseignements spécifiques aux programmes de soutien aux travailleurs de la santé, comme des descriptions de programmes, des documents de conception de programmes, des contenus promotionnels et de recrutement, des documents de politique, des outils d'évaluation, des ressources de formation et des témoignages. Aussi, des outils, des ressources et des modèles liés au bien-être psychologique des travailleurs de la santé, y compris l'autosoin psychologique et la détresse morale, ont également été inclus et comprenaient des éléments d'ordre général (fiches d'information, feuilles de travail, présentations PowerPoint) sur le bien-être psychologique des travailleurs de la santé ainsi que des webinaires. Ces types de ressources sont reflétés dans la colonne « Catégorie » des tableaux qui suivent. Le contexte de ces

ressources, l'organisation d'origine, le titre de la ressource, la brève description et l'accès à la ressource sont également fournis dans les tableaux de la trousse à outils qui suivent.

La trousse à outils comprend trois tableaux :

Le tableau 1.1 comprend des ressources provenant des programmes de soutien entre pairs identifiés dans les analyses environnementales de 2018 et 2020, des outils sur l'élaboration et l'amélioration des programmes de soutien entre pairs et des ressources générales en matière de bien-être psychologique provenant d'experts et d'organisations (y compris les ressources du COVID-19).

Le tableau 1.2 comprend des ressources concernant l'autosoin psychologique chez les travailleurs de la santé, comme des fiches d'information sur l'autosoin psychologique, des feuilles de travail pour l'élaboration d'un plan d'autosoin psychologique et des webinaires.

Le tableau 1.3 comprend des ressources concernant la détresse morale dans le secteur des soins de santé, comme des liens vers des projets sur la détresse morale en cours de développement, des fiches d'information, des trousseaux d'outils, des cadres décisionnels éthiques et des présentations PowerPoint.

Programmes et contenus

Tableau 5.1 : Ressources – Soutien entre pairs

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Alberta Health Services	Second Victim Consultation - Summary Report	Description du programme	Rapport circonstanciel sur le processus de consultation d'AHS auprès du personnel au sujet de la seconde victime	PDF (en anglais seulement)
	Peer Trauma Response Team Logic Model	Description du programme	Modèle d'intervention d'AHS pour élargir l'équipe d'intervention en cas de traumatisme par les pairs	PDF (en anglais seulement)
	Peer Trauma Response Team Network Committee - Terms of Reference	Outil d'élaboration de programmes	Mandat du Comité du réseau des équipes d'intervention post- traumatique de pairs aidants	PDF (en anglais seulement)
	Peer Trauma Response Team - Applicant Package	Recrutement	Dossier de candidature du pair aidant d'AHS, comprenant des renseignements généraux et des modèles de demande	PDF (en anglais seulement)
ARISE	ARISE: A randomized controlled trial of a multi-component intervention for nurses in critical care and trauma	Présentation PowerPoint	Présentation sur le contexte, l'élaboration, la description et l'évaluation du programme ARISE.	PDF (en anglais seulement)
Attention-Based Training from the Royal College of Surgeons in	Manuels ABT pour les semaines 1-8.	Contenus de programme	Contenus de programme pour le programme de formation axé sur l'attention de RCSI. Ce programme modifié est basé sur un programme semblable réussi pour traiter le stress et l'anxiété liés à COVID-19. Les manuels de programme	Semaine 1: PDF Semaine 2: PDF Semaine 3: PDF Semaine 4: PDF

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Ireland (RCSI)			comprennent de brèves descriptions de chaque session avec des liens vers des vidéos YouTube qui couvrent chaque session.	Semaine 5: PDF Semaine 6: PDF Semaine 7: PDF Semaine 8: PDF (en anglais seulement)
Battle Buddies	Carte de poche Battle Buddies	Contenus de programme	Chaque Battle Buddy reçoit une « carte de poche battle buddy » qui explique les fondements et les processus du système. Des affiches comprenant des informations similaires sont également affichées dans les zones de travail.	PDF (en anglais seulement)
BC Emergency Health Services	BC EHS CIS Program Logic Model	Description du programme	Modèle d'intervention pour le Programme de gestion du stress lié aux incidents critiques des SUS de C.-B.	PDF (en anglais seulement)
	FAQ - Psychological Supports for Employees	Description du programme	Document de la Foire aux questions sur le soutien psychologique offert aux employés par les SUS de C.-B	PDF (en anglais seulement)
	Slide deck - Tackling occupational stress injuries - The BC EHS Experience	Description du programme	Diaporama donnant des notions de base sur les traumatismes liés au stress professionnel et un aperçu du programme d'intervention des SUS de C.-B	PDF (en anglais seulement)
	Critical Incident Stress Program Policy	Document de politique	Document de politique des SUS de C.-B. relatif à leur Programme de gestion du stress lié aux incidents critiques	PDF (en anglais seulement)
	Critical Incident Stress Program - Volunteer Peer Team Orientation Manual	Recrutement	Guide d'orientation pour les nouveaux membres de l'équipe des pairs	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
BC First Responders	BC First Responders Mental Health Website	Outil d'élaboration de programmes	Page d'accueil de la bibliothèque de ressources de BC First Responders' Mental Health, qui comprend plusieurs outils, documents et modèles visant à favoriser la santé mentale des premiers intervenants	Page Web (en anglais seulement)
	Overview of Peer Support Programs	Outil d'élaboration de programmes	Aperçu d'un programme de soutien entre pairs, de ses composantes et de la formation recommandée	PDF (en anglais seulement)
	Developing a peer support policy	Document de politique	Document d'information sur la création d'une politique de soutien entre pairs et modèle de politique à cet effet	PDF (en anglais seulement)
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique	Supporting the Psychosocial Well-being of Health Care Providers During the Novel Coronavirus (COVID-19) Pandemic	Contexte	Ce document présente des lignes directrices pour la planification psychosociale destinées aux fournisseurs de soins de santé qui fournissent des soins et des services pendant la pandémie COVID-19.	PDF
Brigham and Women's Hospital - Centre for professionalis m and peer support	Peer Support	Description du programme	Page d'accueil du programme de soutien entre pairs du Brigham and Women's Hospital	Page Web (en anglais seulement)
	Peer Support FAQ	Description du programme	Aperçu du programme de soutien entre pairs du Brigham and Women's Hospital, y compris la Foire aux questions	PDF (en anglais seulement)
	Coping and Recovery after a Medical Error	Matériel promotionnel	Résumé d'une page sur les réactions et les stratégies d'adaptation des cliniciens à la suite d'une erreur médicale	PDF (en anglais seulement)
	Coping and Recovery after an Adverse Event	Matériel promotionnel	Résumé d'une page sur les réactions et les stratégies d'adaptation des cliniciens à la suite d'un événement indésirable	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Burlison et al.	Second Victim Experience and Support Tool (SVEST)	Outil d'évaluation	Article qui présente et évalue l'outil d'évaluation « SVEST » - une enquête auprès du personnel sur l'expérience et le soutien disponibles pour la seconde victime. L'article comprend un lien de téléchargement vers l'outil SVEST	PDF (en anglais seulement)
Programme d'intervention contre l'épuisement professionnel - Amal Mental Health Complex	Détail des éléments du programme	Description du programme	Programme et calendrier, ainsi que des documents à distribuer qui passent en revue l'épuisement professionnel, l'imagerie visuelle, la relaxation musculaire progressive, et la formation pour les compétences sociales.	PDF (en anglais seulement)
Association médicale canadienne	Connexion bien-être	Page Web	Connexion bien-être est un programme virtuel de soutien entre pairs qui permet aux médecins et aux apprenants en médecine de discuter d'expériences partagées, d'obtenir du soutien, de demander des conseils et de s'entraider. La page Web fournit des renseignements généraux sur le programme, des liens vers les différentes plateformes du programme (p. ex., soutien virtuel entre pairs, un « espace de gratitude » et des ressources de contenu et de formation).	Page Web
		Contexte	Le document passe en revue le contexte, les objectifs, le processus de mise en œuvre et les résultats attendus du programme de soutien virtuel.	PDF (en anglais seulement)
Association canadienne pour la santé mentale	Here4Healthcare	Page Web	Fournit des ressources pour la santé mentale et le bien-être des travailleurs de la santé et pour atteindre l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.	Page Web
Institut canadien pour la sécurité des	Vidéo pour fournisseurs de soins - Patient et	Témoignage	Patients et soignants se réunissent à la suite d'un incident de sécurité des patients	Vidéo (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
patients	fournisseur			
	Vidéo pour fournisseurs de soins – soutien entre pairs	Témoignage	La D ^{re} Julia Trahey en appelle à des réseaux de soutien entre pairs pour aider les prestataires de soins suite aux incidents de sécurité des patients	Vidéo (en anglais seulement)
	Vidéo pour fournisseurs de soins – récit de médecin	Témoignage	Le D ^r Francois deWet transforme « le pire cauchemar du médecin » en incitatif à l'amélioration	Vidéo (en anglais seulement)
	L'impact de la divulgation : seconde victime d'un préjudice	Témoignage	L'infirmière Nadine Glenn nous raconte les répercussions d'un incident lié à la sécurité des patients sur sa vie et sa carrière	Vidéo (en anglais seulement)
Chatham-Kent Health Alliance	Critical Incident Stress Management	Document de politique	Document de politique sur la prestation de services de gestion du stress dû à un incident critique pour soutenir le rétablissement des travailleurs de la santé qui éprouvent une détresse normale après avoir été exposés à un événement anormal	PDF (en anglais seulement)
	Critical Incident Stress Management: Peer Support Guide	Document de politique	Document de politique sur la prestation de services de gestion du stress dû à un incident critique à l'intention du personnel, des médecins, des bénévoles et des étudiants	PDF (en anglais seulement)
	Critical Incident Stress Management: Peer Support Group	Description du programme	Brochure décrivant le Programme de gestion du stress provoqué par un incident critique	PDF (en anglais seulement)
Université du Kentucky -	CPR Camp Schedule	Matériel de programme	Calendrier détaillé des activités du programme.	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
hCATS (Health Colleges Advancing Team Skills) to CPR (Cultivating Practices of Resilience) Camp	Habits of Resilient People Handout	Matériel de programme	Un document qui couvre les habitudes qui améliorent la résilience.	PDF (en anglais seulement)
	hCATS Cultivating Practices in Resilience Project Plan	Matériel de programme	Document d'activité du projet de groupe.	PDF (en anglais seulement)
	Slice of Life: Pre- and Post- Opening Burnout Activity	Matériel de programme	Un document remis aux clients avant et après avoir participé au programme. L'activité d'épuisement professionnel préprogramme permet aux participants d'indiquer ce qu'ils font pendant leur semaine. L'activité d'épuisement professionnel post-programme permet aux participants de planifier leur semaine d'une manière qui leur permettra d'être résilients et de se faire mieux.	Pre programme: PDF Post programme: PDF (en anglais seulement)
	Wrap up and work-life balance	Matériel de programme	Ordre du jour détaillé pour la discussion de groupe de clôture et une activité de planification de l'équilibre travail-vie personnelle.	PDF (en anglais seulement)
Emergency Medicine Cases	Failing up after Medical Error	Témoignage	Court balado sur l'expérience d'un médecin à la suite d'une erreur médicale	Balado (en anglais seulement)
forYOU - University of Missouri Health Care	forYOU elevator speech	Description du programme	Présentation éclair du programme forYOU (pourVOUS)	PDF (en anglais seulement)
	forYOU Team Homepage	Description du programme	Page d'accueil du programme forYOU du Centre hospitalier de l'Université du Missouri. Donne un aperçu du phénomène des secondes victimes et des ressources du programme	Page Web (en anglais seulement)
	The Scott Three-Tiered Interventional Model of Second Victim Support	Description du programme	Résumé d'une page sur les trois niveaux de soutien disponibles dans le programme forYOU	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
	Building a Second Victim Support Program Checklist	Outil d'élaboration de programmes	Liste de vérification concise forYOU (pourVOUS) sur les principales mesures à prendre pour élaborer et mettre en œuvre votre propre programme de soutien entre pairs à l'intention des secondes victimes	PDF (en anglais seulement)
	Designing a Second Victim Support Program: Assessment Worksheet/Planner	Outil d'élaboration de programmes	Modèle de planification forYOU pour aider les organismes à élaborer et mettre en œuvre leur propre programme de soutien entre pairs à l'intention des secondes victimes	PDF (en anglais seulement)
	forYOU Interaction tracking	Outil d'évaluation	Modèle de suivi des interactions entre le pair aidant et le participant au programme	PDF (en anglais seulement)
	Leadership - forYOU team activation policy	Document de politique	Document de politique forYOU	PDF (en anglais seulement)
	forYOU Brochure for Employees	Matériel promotionnel	Dépliant promotionnel qui décrit le programme forYOU et les signes et symptômes du phénomène de la seconde victime. Inclut un sondage pour les utilisateurs du programme afin de fournir une rétroaction sur le soutien qu'ils ont reçu	PDF (en anglais seulement)
	forYOU Brochure for Family Members	Matériel promotionnel	Dépliant promotionnel à l'intention des membres de la famille, décrivant le soutien qu'offre le programme forYOU	PDF (en anglais seulement)
	Second Victim Trajectory	Matériel promotionnel	Résumé d'une page sur les six étapes du rétablissement après un événement indésirable et les mesures de soutien connexes	PDF (en anglais seulement)
	forYOU team membership application form	Recrutement	Formulaire de demande d'adhésion à l'équipe de soutien entre pairs forYOU	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Santé Canada - Gestion du stress professionnel et à la suite d'un incident critique (GSPIC)	Conseils pour s'adapter destinés aux personnes directement impliquées dans un événement traumatisant	Matériel promotionnel	Conseils d'adaptation pour une personne ayant vécu un événement traumatisant	PDF
	Conseils pour s'adapter face à un travail d'une intensité élevée et soutenue	Matériel promotionnel	Conseils d'adaptation pour les personnes exposées à un traumatisme continu dans le cadre de leur travail	PDF
	Conseils pour les parents, les ami(e)s et les collègues de personnes impliquées dans un événement traumatisant	Matériel promotionnel	Conseils pour les membres de la famille sur la façon de soutenir un proche ayant vécu un traumatisme au travail	PDF
	Conseils pour les superviseurs et les gestionnaires d'employé(e)s impliqué(e)s dans un événement traumatisant	Matériel promotionnel	Conseils à l'intention des gestionnaires pour aider un employé ayant vécu un événement traumatisant	PDF
	Conseils pour s'adapter à la suite d'un événement traumatisant	Matériel promotionnel	Énumère les signes et les symptômes à la suite d'un événement traumatisant	PDF

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
	Brochure PGSPIC	Matériel promotionnel	Dépliant sur le contexte, le but et les mesures du programme des PGSPIC (disponible en anglais seulement)	PDF (en anglais seulement)
IHI - Institute for Healthcare Improvement	Leadership Response to a Sentinel Event: Respectful, Effective Crisis Management	Contexte	Site Web de ressources de l'IHI pour soutenir les personnes et les organismes après un événement indésirable	Page Web (en anglais seulement)
	Why Is Psychological Safety So Important in Health Care?	Contexte	Courte vidéo sur l'importance de la santé et de la sécurité psychologiques dans les soins de santé	Vidéo (en anglais seulement)
	Online Training - Responding to Adverse Events	Ressources en formation	Formation en ligne sur la gestion d'un événement indésirable. L'un des modules porte spécifiquement sur la seconde victime. Remarque - La formation est gratuite, mais vous devez créer un compte pour y accéder	Page Web (en anglais seulement)
	Conversation and Action Guide to Support Staff Well-Being and Joy in Work During and After the COVID-19 Pandemic	Outil d'élaboration de programmes	Un guide qui fournit des mesures à prendre pour que les dirigeants puissent engager des conversations avec leurs collègues. L'objectif est d'améliorer la communication et la résolution de problèmes afin d'assurer le bien-être du personnel, trouver des solutions créatives et promouvoir la joie et le succès à long terme. Un compte de l'IHI est nécessaire pour se connecter et accéder au guide à l'aide du lien fourni.	Webpage (en anglais seulement)
	"Psychological PPE": Promote Health Care Workforce Mental Health and Well-	Outil d'élaboration de programmes	Un guide qui fournit des recommandations fondées sur des données probantes pour les travailleurs et les dirigeants du secteur de la santé afin de soutenir la santé mentale dans le milieu des soins de santé. Un schéma à afficher est également fourni à titre de référence pour le personnel. Un	Webpage (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
	Being		compte de l'IHI est nécessaire pour se connecter et accéder au guide et au schéma.	
	PS 101: Introduction to Patient Safety from the IHI Open School	Description du programme	<p>Un cours gratuit qui comprend trois leçons sur les événements indésirables et la sécurité des patients, le rôle des travailleurs de la santé dans une culture de la sécurité et la construction de systèmes plus sûrs.</p> <p>Pour y accéder, naviguez sur le site Web et connectez-vous avec le nom d'utilisateur et le mot de passe de l'IHI. Cliquez sur « Parcourir le catalogue », cherchez « PS 101 » et cliquez sur « S'inscrire » (vous pourrez le faire gratuitement). De retour à votre centre d'apprentissage, « PS 101 » apparaîtra. Cliquez sur « Démarrer » pour débiter le cours.</p>	Webpage (en anglais seulement)
	IHI Virtual Learning Hour: Workforce Safety in the Age of COVID-19	Webinaire	Un webinaire gratuit et libre d'accès présenté par l'IHI, qui fournit des informations aux dirigeants sur les principes clés de la sécurité des travailleurs de la santé pendant la COVID-19, sur la façon de mettre en œuvre des programmes de soutien et d'appliquer les leçons tirées de la COVID-19 pour accroître la sécurité des travailleurs.	Video (en anglais seulement)
	Industry Voices—3 actions to support healthcare workers' well-being during COVID-19	Contexte	Un article passant en revue les thèmes recensés par l'IHI dans des publications et des entretiens clés afin de fournir des informations et de soutenir les organismes de soins de santé pendant la pandémie.	Webpage (en anglais seulement)
International Critical Incident Stress Foundation Inc.	ICISF Academy of Crisis Intervention	Ressources en formation	L'ICISF offre une série de cours en ligne et en personne sur l'intervention en situation de crise	Page Web (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Living Works	Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)	Ressources en formation	La Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (FATIS) est une séance interactive de deux jours sur la façon d'intervenir et d'aider à prévenir le risque immédiat de suicide	Page Web (en anglais seulement)
	SafeTALK	Ressources en formation	safeTALK est une formation d'une demi-journée sur la vigilance à l'égard du suicide, qui aide les participants à reconnaître les personnes qui ont des pensées suicidaires et à savoir comment intervenir	Page Web (en anglais seulement)
Medically Induced Trauma Support Services (MITSS)	MITSS Homepage	Description du programme	Page d'accueil du Programme des MITSS (Medically Induced Trauma Support Services). Le programme déménage actuellement au Betsy Lehman Center – pour informations suivre le lien. Le programme déménage actuellement au Betsy Lehman Center – pour en savoir plus, suivre le lien.	Page Web (en anglais seulement)
	Clinician Support Tool Kit for Healthcare	Outil d'élaboration de programmes	Trousse à outils contenant des ressources et des modèles rassemblés par l'équipe des MITSS pour aider d'autres organismes à élaborer leurs propres programmes de soutien. Une nouvelle trousse à outils sera disponible en 2020, la trousse à outils originale est disponible en suivant le lien.	PDF (en anglais seulement)
	Disclosure and Apology: What's Missing? Advancing Programs that Support Clinicians	Outil d'élaboration de programmes	Rapport d'un forum d'une journée complète intitulé « Disclosure and Apology - What's Missing? » (Divulgence et excuses – Que manque-t-il?), qui portait sur les pratiques exemplaires dans l'élaboration de programmes de soutien pour les professionnels de la santé	PDF (en anglais seulement)
	MITSS Organizational Assessment Tool for Clinician Support	Outil d'élaboration de programmes	Autoévaluation organisationnelle des principales mesures nécessaires à l'élaboration d'un programme de soutien entre pairs	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
	MITSS Staff Support Assessment Tool	Outil d'évaluation	Sondage auprès des employés sur le soutien organisationnel qui leur est offert à la suite d'un événement indésirable grave chez un patient	PDF (en anglais seulement)
Commission de la santé mentale du Canada	Promouvoir la santé et la sécurité psychologiques dans les établissements de santé	Contexte	Page d'accueil soulignant le travail de la CSMC en santé et sécurité psychologiques dans le secteur de la santé	Page Web
	Les Lignes directrices relatives au soutien entre pairs - Pratique et formation	Contexte	Lignes directrices nationales sur la pratique et la formation des pairs aidants	PDF
	Mise en œuvre de la Norme nationale dans le secteur des soins de santé canadien - Une analyse transversale	Contexte	Ce rapport présente les résultats de 19 organismes de santé qui ont mis en œuvre la Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail sur une période de trois ans - leurs facilitateurs et les obstacles à la création d'un milieu de travail sain sur le plan psychologique	PDF
	Document d'informations: Santé mentale en milieu de travail	Contexte	Document d'information sur la question et l'importance de la santé et de la sécurité psychologiques dans le secteur des soins de santé	PDF
	Prenez part au mouvement : Promouvoir la santé et la sécurité psychologiques	Contexte	Courte vidéo sur l'importance de la santé et de la sécurité psychologiques dans le secteur des soins de santé	Vidéo

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
	dans les services de santé			
	Le soutien entre pairs : une nécessité	Contexte	Rapport complet évaluant le niveau de soutien entre pairs au Canada	PDF
	Webinaire: Prendre soin des fournisseurs de soins : La santé et la sécurité psychologiques dans les établissements de santé du Canada	Contexte	Webinaire sur l'importance de la santé et de la sécurité psychologiques dans le secteur des soins de santé	Vidéo
	Webinaire: Soutien proactif par les pairs : Protéger et promouvoir le bien-être des premiers intervenants	Description du programme	Webinaire sur le programme de soutien entre pairs des Services paramédicaux de la région de York	Vidéo
	Philippe Larivière, ambulancier éducateur Histoires de rétablissement - premiers intervenants	Témoignage	Philippe (ambulancier éducateur au Manitoba) partage le parcours de son rétablissement face à une maladie mentale provoquée par un appel particulièrement difficile	Vidéo (en anglais seulement)
	Premiers soins en santé mentale	Ressources en formation	Les premiers soins en santé mentale sont un cours de formation conçu pour donner aux membres du public les compétences nécessaires pour aider les personnes qui sont	Page Web

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
			en train de développer un problème de santé mentale ou qui font l'expérience d'une crise de santé mentale	
	L'esprit au travail premier intervenant	Ressources en formation	L'esprit au travail premier intervenant (EATPI), anciennement En route vers la préparation mentale, est un programme éducatif qui vise à promouvoir la santé mentale des premiers intervenants et à réduire la stigmatisation	Page Web
	L'esprit au travail du secteur de la santé	Ressources de formation	L'esprit au travail du secteur de la santé est un programme qui vise à promouvoir la santé mentale en milieu de travail et à réduire la stigmatisation de la maladie mentale chez les travailleurs de la santé. Deux cours sont disponibles : Prendre soin de soi (pour les employés) et prendre soin de son équipe (pour les gestionnaires).	Page Web
	Formation en ligne gratuite (réponse en cas de crises) pour les travailleurs essentiels pendant COVID-19 : Prendre soin de soi, prendre soin de son équipe, prendre soin des autres	Ressources de formation	La CSMC a mis au point trois programmes de formation en réponse aux crises à l'adresse des travailleurs essentiels. Tout au long de COVID-19, les travailleurs essentiels peuvent éprouver de la dépression et de l'anxiété accrues. Ces programmes sont spécialement conçus pour aider ces individus en leur donnant accès à des outils et des connaissances pour mieux comprendre leur propre santé mentale et la santé mentale des autres.	PDF
	Webinaire : L'incorporation de la santé mentale aux programmes de gestion des urgences et de continuité des	Webinaire	Le webinaire traite de la nécessité d'intégrer la santé mentale lors de la planification de la gestion des urgences et de la continuité des opérations en cas de pandémie. Le webinaire traite de l'impact des situations d'urgence et catastrophes sur la santé mentale, des besoins des travailleurs en santé mentale en cas d'urgence et de catastrophe et de la façon d'intégrer la santé mentale dans les plans de gestion des	Webinaire Diapositives

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
	opérations : intervention en cas de pandémie		urgences et de la continuité des opérations à l'aide de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail.	
	Changer les mentalités Programme de santé mentale en milieu de travail	Description du programme	Ce service aide les organisations à naviguer dans la conception et l'exécution d'une stratégie efficace et durable en matière de santé mentale en milieu de travail. En impliquant les employeurs, les équipes de direction et le personnel de tous les niveaux, ce processus vise à élaborer ou à améliorer toutes les stratégies qui pourraient déjà être en vigueur.	Page Web
	Ressources générales et COVID-19 pour le secteur de la santé	Contexte	Deux pages Web contiennent une variété de ressources utiles pour la santé mentale dans le secteur des soins de santé : une page Web pour les ressources générales et une autre pour des ressources spécifiques à COVID-19. Les ressources comprennent des rapports, des affiches, des vidéos, des pages Web, des guides, des brochures, etc.	Général : Page Web COVID-19 : Page Web
Hôpital Michael Garron	Providing Care and Support for our Staff - Brochure	Matériel promotionnel	Cette brochure décrit le programme de l'équipe de soin et de soutien qui est offert au personnel du service des urgences de l'Hôpital Michael Garron.	PDF (en anglais seulement)
	Document à distribuer sur le soutien émotionnel	Matériel promotionnel	Document pour éduquer le personnel sur la façon de reconnaître les réactions courantes aux événements stressants, les stratégies pour y faire face, où obtenir du soutien et la façon d'aider les autres en tant que collègue ou membre de famille/ami.	PDF (en anglais seulement)
	Emotional Support Response Team: Guiding Principles for Leadership	Ressources de formation	Une présentation PowerPoint de formation pour les dirigeants qui fournit de l'information sur les raisons pour lesquelles le soutien de leur équipe est important, les signes/symptômes traumatiques, quand et comment activer l'équipe d'intervention en soutien émotionnel, le rôle des soins spirituels et de la SST, et les stratégies de débriefage	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
			et de résolution.	
	Projet pilote de réponse au soutien émotionnel : mise à jour pour dirigeants/gestionnaires	Ressources de formation	Une présentation destinée aux cadres sur la portée et le contexte du projet pilote de soutien émotionnel en réponse à des incidents ainsi que les paramètres du protocole et de l'évaluation du projet.	PDF (en anglais seulement)
	Second Victim Peer Support: Caring for Our Own (soutien entre pairs pour les secondes victimes)	Ressources en formation	Formation pour les travailleurs de soutien entre pairs qui fournit de l'information sur la compréhension des « secondes victimes », les signes/symptômes d'un traumatisme, les niveaux de soutien aux travailleurs à l'hôpital et le rôle des pairs partisans.	PDF (en anglais seulement)
	COVID-19 Approche de soutien aux médecins à plusieurs paliers	Description du programme	Recommandations de groupes de travail de l'ensemble de l'hôpital afin d'accroître l'accès et la continuité du soutien aux médecins pendant COVID-19.	PDF (en anglais seulement)
Mindfulness in Motion (MIM)	MIM : une intervention fondée sur la pleine conscience pour les environnements de travail à stress élevé chronique visant à augmenter la résilience et l'engagement au travail	Description du programme	Le document comprend un examen de la documentation, une vidéo informationnelle ainsi qu'un protocole de programme, un ordre du jour et une évaluation.	Page Web (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Phoenix Australia Centre for Post-Traumatic Mental Health	Élaboration de lignes directrices sur le soutien entre pairs à l'aide de la méthodologie Delphi	Outil de développement de programmes	Une étude conçue pour éclairer les pratiques de soutien entre pairs à l'échelle internationale qui sont fondées sur les meilleurs conseils d'experts et de praticiens dans le domaine.	PDF (en anglais seulement)
Programme d'aide aux Médecins du Québec	« Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés: LE CAS DU PAMQ »	Description du programme	Rapport sur l'efficacité du programme d'aide aux employés (PAE) du Québec pour venir en aide aux médecins	PDF
	Page d'accueil	Description du programme	Page d'accueil du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).	Page Web
	Rapport Annuel 2017-2019	Description du programme	Rapport annuel du PAMQ	PDF
	Lors d'une situation de crise en milieu de travail, peut-on ne pas avoir de réactions ?	Matériel promotionnel	Résumé de deux pages sur la façon de réagir à des situations difficiles au travail.	PDF
RISE: Resilience in Stressful Events - Johns Hopkins	Caring for the Caregiver - Introduction	Description du programme	Vidéo donnant un aperçu du programme Caring for the Caregiver (Prendre soin des soignants)	Vidéo (en anglais seulement)
	Caring for the Caregiver: Peer Support for Caregivers in Distress	Description du programme	Résumé d'une page du programme Caring for the Caregiver (Prendre soin des soignants)	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
	Hospital peer-to-peer support	Description du programme	Page d'accueil de Caring for the Caregiver sur la mise en œuvre du programme RISE (Resilience in Stressful Events/Résilience face aux événements stressants). Donne un aperçu de la question et de son programme	Page Web (en anglais seulement)
	The Aftermath of Medical Errors: Supporting Our Second Victim Colleagues	PowerPoint	Contexte sur les « secondes victimes », examen de la mise en œuvre d'une deuxième structure de soutien entre pairs secondes victimes à l'hôpital Johns Hopkins.	PDF
SickKids	Trauma Response and Peer Support policy	Document de politique	Énoncé de politique de SickKids sur l'intervention post-traumatique et le soutien entre pairs	PDF (en anglais seulement)
	Scope of Manager, Peer Support Program Role	Recrutement	Document expliquant la portée, les rôles et les responsabilités du gestionnaire du programme de soutien entre pairs	PDF (en anglais seulement)
TED Talks	TED Talk - Dr. Brian Goldman - Doctors make mistakes. Can we talk about that?	Témoignage	Le médecin canadien, Dr Brian Goldman, partage son expérience à la suite d'une erreur médicale	Vidéo (en anglais seulement)
The Royal College of Emergency Medicine	The Safety Toolkit – Supporting the Second Victim	Outil d'élaboration de programmes	Trousse de documents et de ressources réunis par le Royal College of Emergency Medicine pour aider la seconde victime	PDF (en anglais seulement)
	Supporting the Second Victim - Recommendations	Matériel promotionnel	Résumé d'une page des mesures recommandées aux individus et aux équipes de direction pour soutenir la deuxième victime	PDF (en anglais seulement)
Washington Patient Safety	PODCAST: The New Wave of Healthcare -	Témoignage	Balado de professionnels de la santé discutant de leurs expériences à la suite d'un événement indésirable.	Balado (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Coalition	Episode 2: How can large hospital systems offer care to its caregivers after an adverse event?			
Well-Being at Work	Well-Being at Work: Equipping young doctors with skills to thrive in medicine.	Contexte	Document d'une page sur le contexte, le format et le mode de prestation du programme ainsi que des liens vers la couverture médiatique.	PDF (en anglais seulement)
Stratégies en milieu de travail sur la santé mentale	Programmes de soutien entre pairs	Outil d'élaboration de programmes	Aperçu de la mise sur pied d'un programme de soutien entre pairs en milieu de travail.	Page Web

Tableau 5.2 : Ressources en matière d'autosoin psychologique

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
American Holistic Nurses Association	Autosoin holistique pour les infirmières	Contexte	Une page Web de l'AHNA qui offre l'autoévaluation, l'information de base et des outils pour l'autosoin.	Page Web
American Psychiatric Nurses Association	Gestion du stress et de l'autosoin pendant COVID-19 : Information pour les infirmières	Contexte	Une page Web de l'APNA qui fournit des conseils pour gérer le stress, les signes et les symptômes de stress excessif, et pour faire face à la détresse morale.	Page Web

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Australasian College of Paramedicine	Autosoin pour les travailleurs de la santé en cas de catastrophe	Contexte	Un document qui examine l'importance de l'autosoin pour les travailleurs de la santé et fournit une feuille de travail pour l'élaboration d'un plan d'autosoin.	PDF
Black Dog Institute	Planification de l'autosoin pour les travailleurs de la santé : ressources en santé mentale et bien-être COVID-19	Contexte	Un document qui explique ce qu'est l'autosoin et fournit des feuilles de travail pour créer un plan d'autosoin et des modèles de planification personnelle. Conçu pour les fournisseurs de soins de santé pendant COVID-19.	PDF (en anglais seulement)
Ministère de la Défense nationale du Canada	Soutenir le bien-être du personnel de soins de santé pendant la pandémie COVID-19	Contexte	Fiche d'information fournie par le MDN qui examine les sources de stress pour les travailleurs de la santé pendant la pandémie et les stratégies d'adaptation positives et techniques d'autosoin pour atténuer le stress.	PDF
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	Fiche sur l'autosoin	Contexte	Fournit de l'information sur l'autosoin, des questions d'orientation et des stratégies d'autosoin.	PDF
Health Outreach Partners	Self-Care: Taking Care of Ourselves So We Can Take Care of Others	Contexte	Information sur ce qu'est l'autosoin et les stratégies individuelles et organisationnelles pour développer des techniques d'autosoin au niveau individuel et organisationnel.	PDF
Homewood Health	Conception d'un plan d'autosoin	Contexte	Une trousse à outils qui fournit de l'information sur la pertinence de l'autosoin pour les travailleurs de la santé, les techniques d'autosoin et la façon d'élaborer un plan d'autosoin.	PDF

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Marshfield Clinic	Self-Care: quoi et pourquoi	Contexte	Information sur la définition de l'autosoin, la base de données probantes pour les plans d'autosoin et la base de pratiques de référence pour l'autosoin.	Page Web
	Planification de l'autosoin	Contexte	Un plan en trois étapes pour concevoir un plan d'autosoin.	Page Web
McLean Hospital	Webinaire d'autosoin pour cliniciens	Webinaire (disponible en anglais et en espagnol)	Un webinaire du Dr Blaise Aguirre qui offre des stratégies de thérapie dialectique du comportement pour aider les professionnels de la santé mentale et les travailleurs de la santé de toutes les disciplines à faire face aux défis COVID-19. La page Web fournit un enregistrement du webinaire, une version téléchargeable des diapositives et des réponses aux questions pour ceux qui visionnent.	Page Web
Commission de la santé mentale du Canada	L'esprit au travail : Guide d'autosoin et de résilience COVID-19	Contexte	Un document qui offre un processus d'autoévaluation de la santé mentale, un contexte sur l'autosoin et la résilience, et un guide sur l'élaboration d'un plan d'autosoin et de résilience.	PDF
Ohio State University	Staying Calm and Well in the Midst of the COVID-19 Storm	Webinaire	Une série de webinaires durant 8 semaines qui a été enregistrée et qui est disponible gratuitement en ligne, qui offre des tactiques pratiques fondées sur des données probantes et des ressources pour gérer la santé mentale pendant la pandémie.	Page Web
Saskatchewan Health Authority	Concevoir un plan d'autosoin	Contexte	Information et feuille de travail pour élaborer un plan d'autosoin.	PDF (en anglais seulement)
TEDTalks	L'importance de l'autosoin - liste de présentations	Webinaire	Une liste de présentations TEDTalks portant sur le thème de l'autosoin.	Page Web

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
University of North Carolina, Department of Psychiatry	Webinaires et ressources vidéo sur la santé mentale et l'autosoin	Webinaire	Cette page Web fournit des liens vers des webinaires sur le bien-être des travailleurs de la santé, des vidéos d'exercice d'autosoin, ainsi que d'autres applications et des ressources web.	Page Web
University of Buffalo, School of Social Work	Fiche de travail sur l'autosoin d'urgence	Contexte	Fournit des instructions étape par étape pour préparer un plan d'autosoin en cas de changement rapide et inattendu de son état psychologique.	PDF (en anglais seulement)
Université de la Saskatchewan	Autosoin pour les praticiens du Nord	Contexte	Une ressource pour les praticiens situés dans les collectivités du Nord du Canada qui traite des sources de stress au travail, de l'épuisement professionnel et des façons de concevoir des stratégies d'autosoin.	Page Web

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Tableau 5.3 : Ressources liées à la détresse morale

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
American Association for Critical Care Nurses	The 4A's to Rise Above Moral Distress	Contexte	Description des 4A pour faire face à la détresse morale.	PDF
American Journal of Nursing, Continuing Education	Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience	Ressources de formation	Cet article décrit le concept et la prévalence de la détresse morale, décrit son impact et ses facteurs déclencheurs et traite des pratiques et des interventions prometteuses.	PDF
Assistant Secretary for Preparedness and Response's Technical Resources, Assistance Center, and Information Exchange (TRACIE)	Preventing and Addressing Moral Injury Affecting Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic	Contexte	Introduction à la détresse morale et examen des moyens de prévenir et de remédier à la détresse morale chez les travailleurs de la santé. Comprend également des stratégies d'autosoins et des ressources supplémentaires.	PDF
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique – Fraser Health	COVID-19 Ethical Decision-Making Framework	Contexte	Le cadre décisionnel éthique et les principes et valeurs sous-jacents fournissent un processus provisoire pour aider les organisations et les équipes de soins de santé à prendre des décisions difficiles dans le cadre d'une éclosion de COVID-19.	PDF (en anglais seulement)

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Association médicale canadienne	COVID-19 et détresse morale	Contexte	Un examen de la détresse morale en soins de santé, de l'importance d'aborder les problèmes de détresse morale, des causes et des symptômes et des stratégies pour y faire face qui sont destinées aux cliniciens, dirigeants et établissements.	PDF
Center for Health Evaluation and Outcome Services (CHÉOS)	Passer de la détresse morale à l'action morale : une intervention d'autosoins pour les professionnels de l'USI	Outil d'évaluation	Accessible par un site Web confidentiel et comprend huit étapes qui décomposent un problème de détresse morale et aident à concevoir des solutions. Vise à améliorer la résilience en augmentant les efforts pour s'occuper de soi, analyser et réfléchir sur la situation qui cause de la détresse, et prendre des mesures significatives pour y faire face. Des textes et vidéos expliquent chaque composant et les représentations visuelles comprennent des tableaux, des graphiques et des nuages de mots qui sont produits au fur et à mesure que les participants franchissent chaque étape.	Page Web
Center to Advance Palliative Care	Fast Five: Strategies for Addressing Moral Distress in Frontline Health Care Workers	Contexte	Brève vidéo de 5 minutes mettant en vedette le Dr Ira Byock, médecin hygiéniste en chef du Providence Health System Institute for Human Caring. Le Dr Byock partage trois stratégies pratiques qui peuvent favoriser le lien humain entre les patients, les familles et les équipes de soins cliniques.	Vidéo YouTube
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	Norme de pratique éthique	Contexte	Ce document décrit les valeurs éthiques et fournit des scénarios de situations éthiques où il y a un conflit de valeurs pour encourager la réflexion et la discussion. Aucune solution n'est offerte, mais des directives comportementales sont fournies pour aider les infirmières à traverser des situations éthiques et leur donner de l'information sur les attentes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario en matière de conduite éthique.	PDF

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
Moral Injury of Healthcare	Solutions relatives aux préjudices moraux pour les individus	Conception de programmes	Des solutions pour aider les individus à s'occuper d'eux-mêmes et des autres pour faire face à la détresse morale.	PDF (en anglais seulement)
	Solutions relatives aux préjudices moraux pour les dirigeants	Conception de programmes	Des solutions pour aider les dirigeants à s'occuper de leur personnel et de leur communauté pour faire face à la détresse morale.	PDF (en anglais seulement)
	Kaiser Health News: Beyond Burnout: Docs Decry 'Moral Injury' From Financial Pressures of Health Care	Contexte	Article de presse sur les blessures morales et la détresse morale, et un entretien avec les créateurs de l'organisation Moral Injury of Healthcare.	Page Web
Nova Scotia Health Ethics Network (NSHEN)	Understanding and Responding to Moral Distress in Health Care – 2019 Conference	Contexte	Une liste de ressources compilées lors de la Conférence 2019 de NSHEN sur la lutte contre la détresse morale.	PDF
Phoenix Australia Centre for Post-Traumatic Mental Health & The Royal Ottawa's Centre of Excellence – PTSD	A new guide to managing moral injury in healthcare workers during COVID-19	Contexte	Ce guide sur les blessures morales liées à COVID-19 a été conçu comme une ressource pratique pour les travailleurs et les organisations de la santé afin de les aider à mieux comprendre l'éventail des émotions morales causées par la pandémie COVID-19 et de créer des stratégies organisationnelles et individuelles pour atténuer les risques de préjudice durable.	PDF
University of Kentucky	The Moral Distress Education Project	Description du programme	Le projet est un documentaire en ligne autoguidé qui vise à éduquer, informer et déstigmatiser la détresse morale pour aider le spectateur à composer avec des expériences moralement pénibles. Le documentaire comprend des	Page Web

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Organisation	Titre	Catégorie	Description	Accès
			entrevues avec une équipe d'experts multidisciplinaires qui s'intéressent à des sujets tels que la définition de la détresse morale, les cas de fin de vie, les origines, les signes et les conséquences de la détresse morale et les solutions.	
	Ressources liées à la détresse morale	Contexte	Un ensemble de ressources sur la détresse morale qui comprend des liens vers des indicateurs de la détresse morale, des articles pour en avoir une meilleure compréhension et la traiter et des études de cas de détresse morale.	Page Web
University of Virginia School of Medicine	The Cost of Caring: Recognizing & Reducing Moral Distress	Contexte	Un examen de la détresse morale, la reconnaissance de la détresse morale et les stratégies pour la réduire.	PowerPoint

Créer un espace sûr

.....
Conclusion

Conclusion

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) tient à remercier les nombreux travailleurs de la santé, les experts en programmes de soutien entre pairs, les avocats en droit de la santé, les responsables des politiques, les patients et les chercheurs qui ont rendu ce travail possible. Ils nous ont tous aidés dans notre démarche visant à fournir des ressources aux organismes de soins de santé pour aider leurs travailleurs lorsqu'ils éprouvent de la détresse émotionnelle au travail. Nous sommes particulièrement reconnaissants envers la Commission de la santé mentale du Canada pour son aide et ses conseils inspirants, ainsi que pour les renseignements fondamentaux qu'elle nous a fournis sur la santé mentale dans le cadre de notre projet de collaboration.

Que vous soyez dirigeant d'un organisme de soins de santé qui envisage la meilleure façon d'améliorer la santé mentale de ses travailleurs, un travailleur de la santé qui est en voie de mettre en œuvre un programme de soutien entre pairs ou simplement quelqu'un qui a une idée en tête pour aider ses pairs, nous espérons que ce guide vous aura été utile. Nous vous invitons à partager avec nous l'histoire de votre programme de soutien entre pairs, afin que d'autres puissent aussi apprendre de vos expériences. Si vous avez des idées sur ce que l'ICSP pourrait faire de plus pour aider les organismes à mettre en œuvre des programmes efficaces de soutien entre pairs partout au Canada, veuillez communiquer avec nous à l'adresse [\[info@cpsi-icsp.ca\]](mailto:info@cpsi-icsp.ca).

Créer un espace sûr

**Annexe 1 : Sondage sur
l'expérience et le soutien
des secondes victimes**

Annexe 1 : Sondage sur l'expérience et le soutien des secondes victimes (SVEST)

Le terme « seconde victime » décrit le professionnel de la santé qui est impliqué dans un incident de sécurité des patients et qui est traumatisé émotionnellement par l'événement. Il est reconnu que les professionnels de la santé ressentent de la détresse émotionnelle après un incident de sécurité des patients (ISP), ce qui affecte négativement la santé du prestataire et la sécurité des patients. Il y a donc eu une impulsion au sein du mouvement de sécurité des patients et au cœur des établissements de soins de santé pour trouver des moyens de soutenir les professionnels de la santé qui sont traumatisés après un ISP.

L'Institut canadien de la sécurité des patients (ICSP), un organisme sans but lucratif qui existe pour sensibiliser et faciliter la transformation en matière de sécurité des patients, invite les prestataires de soins de santé à communiquer leurs perspectives sur l'expérience et le soutien de la seconde victime.

Le sondage suivant, mené en partenariat par l'Institut canadien de la sécurité des patients et l'Institut de technologie de l'Université de l'Ontario (UOIT), cherche à évaluer vos expériences en tant que prestataire de soins de santé à l'égard d'événements indésirables liés à la sécurité des patients et du soutien que vous avez peut-être reçu.

Cette étude s'adresse aux **travailleurs de la santé de première ligne**, et cible tout particulièrement **les cliniciens, les professionnels paramédicaux et les technologues** qui fournissent des services dans tous les contextes, y compris les hôpitaux, les soins en consultation externe et les soins de longue durée et à domicile. Aux fins de cette étude, nous ciblons les cliniciens, les professionnels paramédicaux et les technologues qui fournissent des soins directs aux patients. Les travailleurs de la santé qui ont aussi un deuxième rôle de gestion, d'enseignement ou de recherche doivent **passer au moins 20 % de leur temps de travail à prodiguer des soins directs aux patients**.

Le sondage vous prendra entre 30 et 45 minutes. En cas de questions au sujet de ce sondage, veuillez contacter à et poste Merci d'avoir pris le temps de remplir le sondage.

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

1. Quel est votre rôle dans le milieu des soins de santé :

- Clinicien
- Gestionnaire
- Dirigeant principal
- Autre (veuillez préciser) _____

2. **Discipline professionnelle :**

- Diététicien
- Technologue médical /de laboratoire
- Infirmière
- Ergothérapeute
- Pharmacien
- Physiothérapeute
- Médecin

- Inhalothérapeute
 - Autre (veuillez préciser) _____
3. Veuillez indiquer le domaine de pratique pertinent à votre travail actuel :
- Soins de courte durée
 - Soins primaires
 - Soins de longue durée
 - Soins communautaires
 - Autre (veuillez préciser) _____
4. Dans quel territoire ou quelle province résidez-vous? (*menu déroulant*)
5. Veuillez indiquer vos années d'expérience dans le domaine de la santé :
- 2 ans ou moins
 - 3-5 ans
 - 6-8 ans
 - 9-12 ans
 - 12 ans et plus
6. Avez-vous déjà été impliqué dans un événement sérieux de sécurité des patients qui a touché l'un de vos patients?
- Oui
 - Non
7. Au cours des 12 derniers mois, un événement de sécurité des patients vous a-t-il causé de l'anxiété, de la dépression ou à vous demander si vous pourriez continuer à faire votre travail?
- Oui
 - Non

* Jonathan D. Burlison, Susan D. Scott, Emily K. Browne, Sierra G. Thompson, and James M. Hoffman, "The Second Victim Experience and Support Tool: Validation of an Organizational Resource for Assessing Second Victim Effects and the Quality of Support Resources", J Patient Saf, Volume 00, Number 00, Month 2014.

Réponses et caractéristiques de soutien des secondes victimes :

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les énoncés suivants concernant vos propres expériences au sein de votre établissement, pour ceux qui étaient affectés négativement par leur implication dans un événement indésirable de sécurité des patients. Ces incidents peuvent être dus ou non à une erreur. Ils peuvent également inclure ou non des circonstances ayant causé un préjudice au patient ou l'ayant atteint (c.-à-d., des événements de sécurité des patients évités de justesse).

Pointage : les réponses aux questions 1 à 9 suivent l'échelle Likert de 1 à 5, où un pointage plus élevé représente une plus grande quantité de réponses de secondes victimes, la mesure dans laquelle les ressources de soutien sont perçues comme inadéquates et l'étendue des deux résultats de travail négatifs liés aux secondes victimes (intention de quitter son poste et absentéisme). Choisir la réponse de 1 à 5 [1- Fortement en désaccord; 2-Pas d'accord; 3-Ni d'accord ni en désaccord; 4-D'accord; 5-Tout à fait d'accord]

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

8. Détresse psychologique

	1 Fortement en désaccord	2 Pas d'accord	3 Ni d'accord ni en désaccord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord	6 S.O.
J'ai éprouvé de l'embarras à cause de ces situations						
L'expérience m'a rendu craintif à l'égard d'événements futurs						
Je me sentais malheureux à cause de cette expérience						
J'ai des remords profonds concernant des expériences passées						

9. Détresse physique

	1 Fortement en désaccord	2 Pas d'accord	3 Ni d'accord ni en désaccord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord	6 S.O.
Le fardeau mental de mon expérience est épuisant						
J'ai régulièrement de la difficulté à dormir régulièrement à cause de mon expérience						
Le stress lié à ces situations me cause des maux d'estomac ou de la nausée.						
Quand je pense à l'expérience, je manque parfois d'appétit.						

Désirabilité de l'accès au soutien pour les secondes victimes :

Veillez indiquer le **niveau de désirabilité** des types de soutien suivants qui pourraient être offerts par votre établissement à ceux qui pourraient être affectés après être impliqués dans un événement indésirable de sécurité des patients. Ces incidents de sécurité des patients peuvent être causés ou non par une erreur. Ils peuvent également inclure ou ne pas inclure des circonstances ayant causé un préjudice au patient ou ayant atteint le patient (c.-à-d. des événements de sécurité des patients évités de justesse).

Créer un espace sûr

Stratégies pour assurer la sécurité psychologique des travailleurs de la santé

Pointage : les réponses à la question 10 sont évaluées suivant l'échelle Likert de 1 à 5, où les valeurs 4 et 5 représentent une plus grande désirabilité des mesures de soutien alors que 1 et 2 représentent une plus faible désirabilité.

10. Formes de soutien souhaitées

	1 Fortement en désaccord	2 Pas d'accord	3 Ni d'accord ni en désaccord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord	6 S.O.
Possibilité de quitter l'endroit et de temps d'arrêt immédiat.						
Un endroit paisible désigné qui est disponible pour récupérer et se composer après ces types d'événements.						
Pouvoir discuter des détails de ce qui s'est passé avec un pair respecté. Un programme d'aide aux employés qui peut fournir des conseils gratuits aux employés en dehors du travail.						
Une discussion avec mon gestionnaire ou mon superviseur au sujet de l'incident.						
L'occasion de planifier une consultation avec un professionnel de mon hôpital pour discuter de l'événement.						
Une façon confidentielle d'entrer en contact avec quelqu'un 24 heures par jour pour discuter de la façon dont mon expérience m'affecte.						

Les questions 11-14 sont des questions ouvertes. Veuillez répondre aux 4 questions ouvertes suivantes :

11. Avez-vous reçu au cours des 12 derniers mois ou recevez-vous actuellement un soutien dans votre établissement en tant que seconde victime?

a. Si oui, veuillez décrire le soutien reçu. [Question ouverte]

- b. Êtes-vous satisfait de la quantité et du type de soutien reçus? [Question ouverte]
- 12. Quel type de soutien aux secondes victimes aimeriez-vous recevoir? [Question ouverte]
- 13. En tenant compte de votre expérience, que feriez-vous différemment si vous deviez soutenir un pair ou un collègue qui subissait des situations que vous avez vécues? [Question ouverte]
- 14. Quels conseils avez-vous à nous donner, sachant que nous élaborons une « solution idéale » c'est-à-dire que le meilleur soutien possible est offert à un membre de l'équipe qui éprouve des difficultés psychologiques à la suite d'un incident de sécurité des patients? [Question ouverte]

Créer un espace sûr

Annexe 2 : Analyse
environnementale de 2020

Annexe 2 : Analyse environnementale de 2020

Questions de sondage

1. Connaissez-vous des services, des programmes ou des mesures de soutien visant à prévenir ou à traiter la détresse morale des travailleurs de la santé?
Non (passez à la question 2)
Oui
a. veuillez les décrire : _____
2. Connaissez-vous des services, des programmes ou des mesures de soutien axés sur l'encouragement de la résilience morale des travailleurs de la santé?
Non (passez à la question 3)
Oui
a. Veuillez les décrire : _____
3. Savez-vous si des outils et ressources (manuels, ressources de formation, documents de politique) ont été mis à la disposition des travailleurs de la santé pour soutenir l'autosoins psychologique?
Non (passez à la question 4)
Oui
a. Veuillez les décrire : _____
4. Avec quelles organisations ou quels individus devrions-nous collaborer dans le cadre de ce projet?
5. Avez-vous des recommandations à nous faire alors que nous démarrons des recherches dans ce domaine (p. ex., termes de recherche, sites Web ou publications, etc.)?
Oui
a. Veuillez les décrire : _____
6. Savez-vous si des outils et ressources (manuels, ressources de formation, documents de politique) ont été mis à la disposition des travailleurs de la santé pour soutenir l'autosoins psychologique?
Non (passez à la question 7)
Oui
a. Veuillez les décrire : _____
7. Avec quelles organisations ou quels individus devrions-nous collaborer dans le cadre de ce projet?
8. Avez-vous des recommandations à nous faire alors que nous démarrons des recherches dans ce domaine (p. ex., termes de recherche, sites Web ou publications, etc.)?



.....

Bureau d'Edmonton

Suite 1400, 10025 – 102A Avenue NW
Edmonton, AB T5J 2Z2
Sans Frais : 1.866.421.6933
Téléphone : 780.409.8090
Télécopieur : 780.409.8098

Bureau d'Ottawa

1150, rue Cyrville, bureau 410
Ottawa, ON K1J 7S9
Téléphone: 613.730.7322
Télécopieur : 613.730.7323

securitedespatients.ca