

À bout de souffle : un système d'austérité entraîne la détérioration de la santé mentale et du bien-être du personnel hospitalier de l'Ontario

James T. Brophy^{1,2} , Margaret M. Keith¹ , Michael Hurley³ et
Craig Slatin⁴

Extrait

Le bien-être des travailleuses et travailleurs de la santé et de la population de l'Ontario (Canada) est à menacé alors que le système de santé de la province est fragilisé par une restructuration néolibérale et une population vieillissante. La détérioration des conditions de travail qui a précédé la pandémie de la COVID-19 s'est aggravée davantage alors que les défis supplémentaires se sont répercutés sur la main-d'œuvre, physiquement et mentalement. Les membres du personnel hospitalier, des femmes pour la plupart et bon nombre étant racisés, épuisés par la pandémie, sont confrontés à des défis sans précédents. Ils souffrent de stress, d'anxiété et d'épuisement professionnel en raison des pénuries de personnel et des charges de travail accrues qui en résultent, des longues heures de travail et de la violence. Des entrevues téléphoniques exhaustives ont été menées auprès de 26 travailleuses et travailleurs de la santé dans des professions les moins bien payées dans divers hôpitaux des quatre coins de la province. L'analyse thématique révèle un besoin pressant pour des politiques et des lois qui assureraient un financement accru, une capacité d'hospitalisation et des temps d'attente réduits tout en offrant aux travailleuses et travailleurs de la santé des salaires justes et équitables, une augmentation des effectifs, des soutiens en santé mentale, un plus grand respect et une meilleure reconnaissance, ainsi que des protections musclées contre la violence et d'autres risques au travail.

Mots clés

Personnel de la santé, santé mentale, néolibéralisme et conditions de travail.

Introduction

Vous pensez que les choses ne peuvent pas être pires – elles se sont pourtant aggravées. Je vivais de plus en plus de crises de panique avant d'aller travailler, en larmes avant de sortir de l'auto. J'adorais aller travailler quand j'ai commencé. Maintenant j'angoisse à l'idée d'y aller. – *Une infirmière au département de traumatologie*

¹Sociologie et criminologie, Université de Windsor, Windsor (Canada)

²Sociologie, Université d'Athabasca, Athabasca (Canada)

³Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario du Syndicat canadien de la fonction publique, Toronto (Canada)

⁴Public Health, University of Massachusetts Lowell, Lowell (États-Unis)

Auteur-ressource :

James T. Brophy, sociologie et criminologie, Université de Windsor, Windsor (Canada); sociologie, Université d'Athabasca, Athabasca (Canada) Courriel : jimbrophy@yahoo.com

Le système de santé canadien est sous pression en raison des mesures de réduction des coûts causées par l'austérité ainsi que des demandes additionnelles causées par la pandémie de la COVID-19¹. Au Canada, des pressions additionnelles ont découlé des défis de plus en plus complexes de la médecine, bon nombre liés à la population vieillissante et à la multimorbidité connexe, ainsi qu'à la croissance démographique^{2,3}. Cette étude traite du travail en milieu hospitalier dans la province canadienne de l'Ontario où, alors que la prestation de soins de santé et les conditions d'accès se sont détériorées au cours des dernières décennies, le personnel de la santé et la population ont de plus en plus été confrontés au risque de préjudices⁴. Contrairement à d'autres provinces et territoires, le personnel de la santé de l'Ontario fortement syndiqué n'a pas le droit de faire la grève comme stratégie pour améliorer ses conditions⁵. Depuis le début de la pandémie en 2020, le personnel et les professionnel(le)s du secteur hospitalier ont été confrontés à des problèmes sans précédent quant à la charge de travail. Un des fondements de la surcharge de travail est le manque de personnel^{6,7} qui entraîne des charges de travail plus grandes, des soins inadéquats, ainsi qu'une pression accrue et des risques pour la santé et la sécurité. En conséquence, ces personnes subissent des effets physiques et mentaux négatifs, dont le stress et l'anxiété⁸⁻¹². L'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation négatives ont également augmenté¹³, et les soins aux patient(e)s sont compromis¹⁴.

Ces fardeaux qui représentent le stress et le surmenage existaient déjà avant la pandémie de la COVID-19 et ont été exacerbés par cette dernière¹⁴⁻¹⁶. Selon des chercheurs canadiens qui favorisent un changement structurel du système : « La COVID-19 a exposé le côté sombre d'une approche fragmentée, régionalisée, coûteuse et inefficace aux services de santé qui explique en partie l'épuisement de la main-d'œuvre du secteur de la santé »¹⁷. Dans un sondage de 2023, 78 % des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) de l'Ontario ont rapporté avoir atteint un point critique à leur travail au cours de cette même année : « Au plus fort de la pandémie de la COVID-19, 71 % des infirmières et infirmiers ont rapporté se sentir ainsi et, malgré cela, deux ans plus tard, ce nombre continue d'augmenter »¹⁸. Une étude au sujet de la santé mentale du personnel de la santé canadien au cours de la pandémie a noté des différences entre les classes sociales en vertu desquelles la tranche du personnel de la santé le moins bien payé a subi le plus de conséquences¹⁹.

La détresse morale et le préjudice moral, des expressions utilisées pour la première fois afin de décrire les effets traumatiques sur le personnel militaire, ont été de plus en plus utilisées pour le personnel de la santé au cours de la pandémie²⁰. La détresse morale peut survenir « lorsque vous savez ce que vous devez faire d'un point de vue éthique mais que vous ne pouvez pas le faire »²¹. Le préjudice moral fait référence au « dommage causé à la conscience ou à la boussole morale d'une personne lorsqu'elle commet des actes qui transgressent ses propres croyances morales, valeurs ou codes de conduite éthiques, en est témoin ou ne parvient pas à les empêcher »²². Les expressions font référence au préjudice causé au personnel de la santé qui souffre moralement, ainsi que psychologiquement et physiquement²³.

Le personnel de la santé est de plus en plus interpellé par des considérations éthiques. Selon des chercheurs danois :

Les soins infirmiers sont enracinés dans une approche holistique avec une obligation éthique de maintenir et de respecter la dignité et l'intégrité des individus. ... Travailler en respectant les délais et avec une lourde charge de travail entraîne l'épuisement professionnel et l'insensibilité éthique parmi le personnel infirmier et peut limiter les options du personnel infirmier sur la base de raisons éthiques et morales dans la situation des soins individuels²⁴.

L'étude qualitative rapportée ici a été menée en collaboration avec le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario du Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP). Le CSHO est le conseil de négociation central de bon nombre de travailleuses et travailleurs de la santé représentés par le SCFP, le plus important syndicat du secteur public au Canada. Le CSHO compte environ 40 000 travailleuses et travailleurs des secteurs hospitalier, des soins de longue durée (SLD) et ambulancier, et d'autres travailleuses et travailleurs alliés dans les services et les établissements de santé partout dans la province. Le CSHO est de plus en plus préoccupé par le bien-être physique et mental des travailleuses et travailleurs de la santé victimes de stress et d'épuisement après quatre ans de soins de santé en temps de pandémie, dans ce qui était déjà un système en sous-effectif et sous-financé. Cette étude fait suite à une recherche collaborative effectuée en 2017 et 2019^{25,26} au sujet de la violence verbale, physique et sexuelle à l'égard des travailleuses et travailleurs de la santé et en 2020 au cours des premiers mois de la pandémie au sujet des expériences des travailleuses et travailleurs de la santé. La dernière a conclu que le personnel de la santé souffrait de plus en plus de surmenage, d'épuisement professionnel, de peur, d'anxiété et de frustration^{8,12,27}.

Le but de cette recherche était d'avoir un aperçu des perceptions, des préoccupations et des expériences du personnel hospitalier le moins bien payé dans le système de santé sous-financé et intrinsèquement hiérarchique de l'Ontario. C'est une cohorte de travailleuses et travailleurs de la santé au sujet de laquelle des recherches sont rarement effectuées puisque la plupart des recherches se concentrent sur les médecins, les chirurgiens et les infirmières et infirmiers autorisés (IA). Elle avait pour but de mieux comprendre les facteurs structurels et psychosociaux sur lesquels reposent le stress, l'épuisement professionnel et la mauvaise santé mentale des travailleuses et travailleurs de la santé et de donner une voix à la communauté des travailleuses et travailleurs de la santé, en identifiant les problèmes de leurs propres points de vue et en fonction de leur expérience personnelle. Elle a cherché à recueillir leurs idées et leurs recommandations pour des améliorations. Le CSHO, en collaboration avec d'autres syndicats des soins de santé et défenseurs communautaires alliés, utilisera les résultats pour effectuer plus de recherche, établir une politique des soins de santé et élaborer des décisions réglementaires.

Contexte

Déconcentration des pouvoirs des systèmes de santé de l'Ontario (Canada)

De manière générale, le Canada est considéré comme ayant un universels, transférables entre les provinces et accessibles (par exemple : n'exiger aucun ticket modérateur). Cependant, le système auparavant prestigieux est maintenant en chute libre : en

1976, le Canada comptait environ 7 lits d'hôpital par 1 000 habitant(e)s³¹; en 2024, le nombre était passé à 2,6³². En 2004, le Canada occupait le quatrième rang sur onze pays à revenu élevé en termes de rendement dans les soins de santé³³ mais s'est classé dixième en 2021; le Canada s'est classé légèrement au-dessus des États-Unis lorsque comparé aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), mais les deux sont en bas de la liste³⁴.

L'utilisation des fonds publics pour payer pour les soins de santé dans des établissements privés/à but lucratif est la justification du gouvernement de l'Ontario « pour augmenter la capacité et réduire les temps d'attente. Cependant, il est peu probable que le développement du secteur à but lucratif réussisse à faire l'un ou l'autre : la capacité dépend de la disponibilité d'un personnel qualifié, qui demeure inchangé avec l'ajout de profits »³⁵. La privatisation s'est accrue alors que la pandémie a révélé les faiblesses du système public³⁶. Par exemple, les hôpitaux publics dépendent davantage des agences de soins infirmiers privées pour offrir du personnel infirmier contractuel nécessaire plutôt que d'embaucher du personnel permanent suffisant³⁷.

La diminution du personnel hospitalier en Ontario est pire que dans la plupart des autres provinces. Doug Allan, chercheur en soins de santé, a conclu que les hôpitaux dans d'autres provinces canadiennes disposent, en moyenne, « ... de 18 % de plus de membres du personnel par habitant(e) que les hôpitaux de l'Ontario »³⁸. Il y a une grave pénurie de personnel infirmier et de préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) dans les hôpitaux et les établissements de SLD. On prévoit que les pénuries augmenteront de façon importante au cours des cinq prochaines années³⁹. Le système provincial est instable alors que les hôpitaux et les établissements de SLD atteignent leur pleine capacité et la dépassent. Il y a de fréquentes fermetures de services d'urgence/salles d'urgence et de longs temps d'attente pour obtenir des soins³⁷.

Un salaire réel à la baisse contribue aux difficultés à conserver le personnel et au sentiment qu'a le personnel de la santé d'être exploité⁴⁰. Les augmentations de salaire n'ont pas suivi le rythme de l'inflation et sont inférieures par rapport à la plupart des autres industries; le salaire moyen pour les emplois dans les secteurs de la santé et de l'aide sociale comparé au salaire moyen de toutes les industries est passé de 102,4 % en 2017 à 93,9 % en 2023⁴¹. La Coalition ontarienne de la santé a rapporté ceci : « L'Ontario se classe au dernier rang du pays ou presque pour ce qui est des principales mesures de financement des soins de santé » et, en termes de dépenses hospitalières, il est « au dernier rang ». Elle affirme également ceci : « ... le gouvernement a à plusieurs reprises sous-utilisé son budget de santé prévu pendant des années, choisissant d'imposer réductions de salaires en dollars réels alors que la pénurie de personnel s'aggravait et refusant d'augmenter les niveaux de service alors même que les services de santé tombaient dans une crise sans précédent »⁴². Le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (BRF) « estime qu'il y aura un manque à gagner net de 21,3 milliards de dollars pour la période de six ans comprise entre 2022-2023 et 2027-2028 »³⁹.

En utilisant les documents obtenus par l'entremise de demandes d'accès à l'information, le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) a conclu que le gouvernement a l'intention de privatiser davantage le système de santé de l'Ontario. En 2023, il a rapporté qu'il y avait : « ... des plans

pour augmenter de façon importante les chirurgies et les procédures de diagnostique financées par l'État et offertes dans des établissements à but lucratif »³⁵. Le CCPA émet un avertissement : « L'offre de services chirurgicaux et de diagnostique à but lucratif se fait au détriment des hôpitaux publics et mine les efforts visant à réduire les temps d'attente pour les chirurgies à long terme. »

Les conditions de travail de plus en plus difficiles, ainsi que la privatisation accrue et les problèmes de plus en plus grands de conservation du personnel hospitalier ont mené à un tollé constant de la part de la population pour des améliorations^{43,44} et de la part des travailleuses et travailleurs pour davantage de personnel, des services en santé mentale, une diminution de la charge de travail, une reconnaissance des conséquences multifactorielles sur leur santé et leur bien-être, ainsi que des salaires plus équitables⁴⁵.

Conséquences sur le personnel de la santé

La mauvaise santé mentale des travailleuses et travailleurs de la santé est un phénomène mondial⁴⁶. Elle est vraisemblablement liée, du moins en partie, au déclin du système de santé et de ses conditions de travail. Grady et al. ont effectué, en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada, une recherche au sujet des travailleuses et travailleurs de la santé et ils ont déterminé que 37 % des répondant(e)s ressentaient un épuisement professionnel. Ils ont constaté des demandes accrues et une diminution du soutien, et que « la pandémie de la COVID-19 a aggravé les conditions de travail, ce qui a eu un impact négatif sur la santé mentale et a exacerbé le sentiment de détresse morale »⁴⁷.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario rapporte ceci : « les infirmières et infirmiers souffrent de dépression, d'anxiété et de stress comme jamais auparavant ». Cela a entraîné des problèmes importants en matière de conservation du personnel. Le rapport affirme que le personnel infirmier : « quitte pour aller travailler pour des agences de soins infirmiers pour un salaire plus juste et un plus grand contrôle sur leur vie »; l'attrition est particulièrement prononcée parmi le personnel infirmier plus jeune au début de leur carrière qui risque davantage de quitter leur emploi⁴⁸. Le BRF de l'Ontario rapporte que, dans le secteur de la santé, « le taux de vacance a presque doublé depuis 2019 » et prévient que « les taux de vacance élevés peuvent provoquer une pénurie de personnel et avoir une incidence sur les services publics. »⁴⁹

En 2022, le CSHO-SCFP a collaboré avec deux autres syndicats de l'Ontario représentant un segment des travailleuses et travailleurs de la santé, soit le Service Employees International Union (SEIU) et Unifor. Un sondage a été effectué auprès de leurs membres en Ontario et a conclu que les mauvaises conditions de travail affectent la conservation du personnel dans les hôpitaux. Presque le tiers des IAA songent à quitter la profession, ce qui contribue aux temps d'attente plus longs pour les patient(e)s. Qui plus est, la violence continue d'être généralisée⁵⁰.

En octobre 2023, le CSHO-SCFP a commandé à une firme de sondage canadienne un sondage auprès des travailleuses et travailleurs de la santé au sujet de leurs conditions de travail⁵¹. La firme a sondé plus de 750 personnes, dont des IAA, des PSSP, du personnel de l'entretien ménager, du personnel de bureau, du personnel des services alimentaires, du personnel à l'entretien et aux réparations, ainsi que d'autres membres du personnel du secteur hospitalier. La majorité des répondant(e)s ont exprimé une insatisfaction et fait part des conséquences négatives sur leur santé mentale. Au sujet des patient(e)s, dans l'ensemble, 69 % sont en désaccord ou plutôt en désaccord qu'il y a suffisamment de membres du personnel pour offrir des soins de grande qualité

aux patient(e)s. Les infirmières et infirmiers étaient particulièrement affectés par leur travail : 60,7 % ont rapporté avoir de la difficulté à dormir; 36 % souffrir de dépression; 64,9 % souffrir d'anxiété; 75,4 % subir un stress élevé; et 55,9 % redouter de rentrer au travail. Lorsqu'on leur a posé des questions au sujet des conditions qui pourraient contribuer aux conséquences négatives sur leur santé mentale, 43,6 % des infirmières et infirmiers ont affirmé que la violence avait augmenté ou quelque peu augmenté depuis le début de la pandémie.

Restructuration néolibérale du système de santé

Nous examinons la déconcentration des pouvoirs dans le système de santé du Canada sous l'angle de la restructuration économique et politique néolibérale mondiale qui persiste au moins depuis le début des années 1980. Des chercheurs en matière de santé publique et de politique de la santé ont exprimé des aspects généraux définissant le néolibéralisme. Ils incluent la privatisation quant aux droits de propriété et aux activités sociales/gouvernementales⁵²⁻⁵⁵; les marchés libres⁵³⁻⁵⁸; le libre-échange^{53,56,57}; et la déréglementation/l'ingérence minimale du gouvernement⁵³⁻⁵⁹.

En expliquant les conséquences néolibérales sur les soins de santé au Canada, les chercheurs se sont concentrés sur l'imposition de mesures d'austérité (diminution des impôts des plus fortunés, réduction du soutien pour les services publics et réglemmentation des finances, augmentation de la richesse de ceux qui sont déjà les plus riches)^{36,52,57-60}; un changement continu de l'État providence pour l'allègement de l'État et le retrait des droits aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé alors qu'ils deviennent des privilèges pour les plus riches^{36,53,55,57-61}; et le retrait des règles de protection pour la santé et sécurité des travailleuses et travailleurs, l'environnement, la main-d'œuvre et les patient(e)s^{54,55,58}.

Le résumé ci-dessus de la restructuration du système de santé de l'Ontario et du Canada correspond à la littérature concernant la réforme structurelle néolibérale des soins de santé canadiens des années 1990 et 2000 qui a entraîné la rationalisation de l'offre de soins et le transfert de services à des établissements privés tout en réduisant la main-d'œuvre dans les établissements publics^{36,52}. Cela a entraîné un tollé général au sujet des listes d'attente pour certains services en milieu hospitalier et d'autres services médicaux^{36,52}. Des hôpitaux ont fermé leurs portes ou ont vu leurs services être réduits, et le nombre de lits a été réduit⁵⁹. La main-d'œuvre des soins de santé a été réduite⁶². Les hôpitaux ont commencé à donner certains services en sous-traitance à des entreprises et les ententes de partenariat public-privé (PPP) sont devenues la norme pour construire de nouveaux hôpitaux. C'est le contexte du travail en milieu hospitalier fait par les personnes qui ont participé à notre étude.

Méthodes

Une étude qualitative^{63,64} a été effectuée au cours des mois du printemps et de l'été 2023. Le comité d'éthique en recherche de l'Université de Windsor (Research Ethics Board at the University of Windsor) a approuvé le protocole de

l'étude (numéro d'approbation 42781) le 27 avril 2023. Une analyse de la littérature a été faite afin d'ancrer la recherche et de cadrer les questions et l'analyse. Par l'entremise d'entrevues individuelles confidentielles et anonymes menées dans le cadre de conférences téléphoniques, nous avons exploré les questions suivantes : Quelles sont les conséquences de la charge de travail, du temps supplémentaire et du stress sur le bien-être d'un groupe précis de travailleuses et travailleurs du secteur hospitalier de l'Ontario dans le système de santé actuel et en quoi ces conditions de travail affectent-elles leur santé et leur qualité de vie professionnelle et personnelle? Comment ces personnes perçoivent-elles l'état actuel du système de santé et le niveau de soins aux patient(e)s qu'elles offrent? Quelles recommandations ces personnes ont-elles à faire pour limiter les risques pour leur propre bien-être et celui de leurs collègues, et quelle qualité de soins peuvent-elles offrir?

Les personnes qui ont été interviewées ont été choisies avec l'aide du bureau provincial du CSHO. Elles ont été choisies parmi diverses professions de travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier représentés par le CSHO. Certaines de ces personnes ont été spécifiquement invitées parce qu'elles avaient soulevé des préoccupations, mais une invitation ouverte a été faite à tous les travailleurs et travailleuses en milieu hospitalier du CSHO qui souhaitaient être interviewés. Les personnes interviewées ont donné un consentement éclairé verbal avant que les entrevues n'aient lieu. Les chercheurs n'avaient pas les noms des personnes interviewées et n'avaient aucune autre façon de les identifier. Vingt-six travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier des quatre coins de l'Ontario ont été interviewés : quinze IAA (à qui on fait référence comme étant le personnel infirmier dans ce document), trois préposé(e)s au nettoyage, cinq membres du personnel de bureau, un aide-physiothérapeute, un manutentionnaire et un PSSP. Dix-huit personnes interviewées se sont identifiées comme étant des femmes et huit comme étant des hommes; deux en tant que LBGTQ+. Trois se sont identifiées comme étant noires ou personnes de couleur, deux en tant qu'Autochtones, deux en tant qu'Asiatiques, et les autres en tant que personnes blanches; trois étaient des personnes immigrantes. Leur expérience de travail variait de 3 à 32 ans et leurs âges variaient de la vingtaine à la soixantaine. Les collectivités et les établissements dans lesquels elles travaillent variaient de petits à importants, la plupart étant importants et urbains. Les personnes occupaient des emplois dans divers départements. Parce qu'il y a un historique de représailles de la part des employeurs contre le personnel de la santé en Ontario ayant pris la parole publiquement, aucune façon de les identifier n'a pas été incluse avec les citations individuelles afin de protéger davantage l'identité des participant(e)s. Cette distribution reflète le ratio de groupes professionnels qui traitent avec des patient(e)s au sein du CSHO dont les membres ont fait part de leurs préoccupations quant à leur santé mentale. Les intervieweurs ont utilisé un ton conversationnel et ont posé des questions ouvertes⁶⁵. Chaque entrevue a duré entre 45 et 60 minutes environ et elles ont toutes été enregistrées et transcrites (voir les questions d'entrevues dans la documentation supplémentaire).

Analyse des données

L'analyse thématique a été utilisée afin d'explorer les réponses fournies par les personnes interviewées aux questions d'entrevue semi-structurées, offrant un aperçu des expériences individuelles

et de l'environnement contextuel⁶⁶. Les entrevues enregistrées ont représenté environ 250 pages de transcriptions. Chacun des deux chercheurs universitaires qui avaient effectué les entrevues a lu l'ensemble des transcriptions, se familiarisant avec les données, et ils ont élaboré une première série de codes. Après avoir retiré tous les identifiants, ils ont partagé le système de codage initial et un échantillonnage des transcriptions codées avec l'auteur représentant le CSHO. Quelques améliorations mineures ont ensuite été faites aux codes et ils ont été partagés avec le quatrième auteur pour obtenir des commentaires. Après avoir tenté d'obtenir un consensus au sujet du système de codage, les deux chercheurs qui avaient effectué les entrevues ont relu soigneusement les transcriptions et les déclarations codées en utilisant des fonctionnalités spécifiques de Microsoft Word, comme la surbrillance de texte pour le codage en couleurs et l'insertion de commentaires pour rédiger des notes et pour le tri. Ils ont ajouté d'autres codes au fur et à mesure qu'ils étaient identifiés. Une approche déductive a ensuite été utilisée pour organiser les données sous des grands thèmes initiaux et une approche inductive a facilité leur amélioration en sous-thèmes. Un examen final plus détaillé a été effectué^{67,68} (voir les thèmes et les sous-thèmes dans la documentation supplémentaire).

Des extraits ont été choisis afin d'illustrer les thèmes. Les propres paroles (données) des personnes interviewées sont utilisées afin d'exprimer leurs expériences et leurs sentiments personnels⁶⁹. Certains passages ont été légèrement modifiés pour des raisons de clarté et de concision, ou pour protéger l'identité des personnes interviewées, en faisant attention à ne pas modifier l'intention des personnes interviewées.

Les intervieweurs ont utilisé un ton conversationnel et ont posé des questions ouvertes⁶⁵. Chaque entrevue a duré entre 45 et 60 minutes environ et elles ont toutes été enregistrées et transcrites (voir les questions d'entrevues dans la documentation supplémentaire).

Résultats

Les travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier que nous avons interviewés ont exprimé de l'insatisfaction, du stress, du désespoir, du chagrin, de la méfiance, de la colère et de la frustration. Plusieurs ont affirmé être traités pour anxiété; une personne était en congé pour problème de santé mentale et une avait récemment démissionné. Une infirmière aux soins palliatifs, dont le travail est, de par sa nature, très exigeant émotionnellement, a parlé du fait que l'augmentation de sa charge de travail a rendu son travail déjà difficile insoutenable :

Il est maintenant presque normal de travailler en sous-effectif chaque jour. Ce n'était pas comme ça quand j'ai commencé à travailler en soins infirmiers. Lorsqu'on t'informe du nombre de patient(e)s dont tu vas t'occuper au cours de la journée, le stress est palpable... On doit s'occuper de ces cas complexes. On a de plus en plus de responsabilités... Mes collègues pleurent. Ils sont épuisés. On prend des congés de maladie. On ne peut pas offrir tous ces soins parce que cela nécessite des soins personnels complets, de laver les patient(e)s, de les habiller. Ils sont incontinents, ils ont des cathéters. Tu dois en plus parler aux familles des patient(e)s... ça en est à un point où je prendrai ma retraite dès que possible.

Le sentiment général était qu'ils ont de moins en moins de

soutien, qu'ils sont surmenés, méprisés et exploités. La plupart avaient perdu confiance au système de santé et aux personnes qui le gèrent. Plusieurs n'avaient plus d'espoir de voir un changement positif.

Les résultats sont organisés sous les principaux titres thématiques qui sont : le système de santé en crise, la détérioration des conditions de travail, le bien-être du personnel et l'avenir. Chaque thème comporte de nombreux sous-thèmes tel qu'indiqué par des intertitres.

Le système de santé en crise

Les personnes interviewées s'accordaient pour dire que le système de santé de l'Ontario est en crise, créant des problèmes pour les travailleuses et travailleurs et les patient(e)s. Une travailleuse de bureau a affirmé ceci :

En voyant le système, comme il l'est présentement, j'ai peur de tomber malade moi-même. Est-ce que je veux vraiment venir à mon propre établissement? L'extérieur a l'air bien, mais à l'intérieur... tout tombe en ruines.

Changement avec le temps.

Bien que bien des choses aient été écrites au sujet de la constante érosion du système de santé public en Ontario, c'est en grande partie du point de vue des patient(e)s et de leurs familles. Les travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier ont constaté personnellement les changements qui ont eu lieu au cours des dernières années et les conséquences que ces changements ont sur leurs patient(e)s, leur capacité à faire leur travail de manière efficace et leur propre bien-être physique et mental. Une infirmière de salle d'opération a décrit les conséquences de ces changements sur leur travail :

Au cours des quatre ou cinq dernières années, les choses se sont aggravées progressivement. La charge de travail est de plus en plus grande. Ils éliminent de plus en plus de personnel et vous imposent cette charge de travail. Nous faisons le travail de quatre personnes différentes... C'est tellement dangereux, tellement irréaliste. C'est une honte absolue pour notre profession.

Une travailleuse de bureau nous a parlé du long déclin des services de santé et des conditions de travail. Voici ce qu'elle a dit : « Nous faisons part de ces préoccupations depuis plus de quinze ans. Ce n'est rien de nouveau pour nous. Nous ne venons pas juste de commencer à décrier que nous sommes en sous-effectif, surmenés, épuisés, que nous manquons d'argent et que nous subissons de la violence physique et verbale. »

Temps d'attente.

Les personnes interviewées ont affirmé que les temps d'attente à l'urgence sont inouïs en raison des solutions de rechange insuffisantes au système, comme des médecins de famille, des centres de soins urgents et des cliniques ouvertes après les heures normales. La lourdeur accrue des cas exerce des pressions supplémentaires sur les ressources limitées. Une infirmière dans une clinique externe a offert une explication : « Les soins de santé en soi sont devenus plus difficiles parce que les patient(e)s qui se présentent ont plus de problèmes de santé, rendant leurs soins plus difficiles. Les gens sont plus malades.

Ils souffrent de plus de problèmes de santé mentale. » Son opinion a été partagée par un infirmier en oncologie qui a affirmé ceci : « ... au centre anticancéreux, les patient(e)s arrivent plus malades, retardent le moment de se rendre à l'urgence ou n'ont pas de médecin de famille... nous ne disposons pas de suffisamment d'espace pour les patient(e)s; plus de diagnostics sont maintenant posés. »

Ils ont expliqué que les conditions qui causent les longs temps d'attente augmentent l'inconfort des patient(e)s et les risques potentiels et imposent des demandes extrêmes au personnel. Une infirmière dans une clinique externe a affirmé ceci : « Nous travaillons toujours en sous-effectif. Nous avons une liste d'attente de plus de deux ans. Nous avons à peine le temps de prendre des pauses ou d'aller aux toilettes... Je ne crois pas que les patient(e)s reçoivent les soins dont ils ont besoin. »

Des services de soins à domicile insuffisants sont un facteur des temps d'attente à l'urgence. En ce qui a trait aux patient(e)s des soins à domicile, une infirmière médico-chirurgicale a expliqué ceci : « Il n'y a pas suffisamment de personnel infirmier dans le système de soins à domicile, alors les gens se présentent à l'urgence. Ils ne passent pas leurs journées à la maison; ils passent du temps dans des lits à l'hôpital avec un membre du personnel infirmier qui doit s'occuper de sept patient(e)s. Il y a plus de plaies de lit et on prescrit davantage de médicaments. »

Une infirmière a décrit les conséquences du sous-financement et de la mauvaise planification sur la disponibilité des lits pour les patient(e)s qui doivent être hospitalisés :

Chaque jour que je rentrais au travail, il y avait entre vingt et quarante personnes non admises dans des lits... Des personnes étaient couchées sur des civières à l'urgence... Ils ont construit une nouvelle bâtisse, mais le nombre de lits dont nous disposons maintenant est inférieur à ce que nous avions. Nous n'avons pas de personnel. Ils n'ont même pas le budget pour ça.

Les listes d'attente s'allongent également pour les opérations chirurgicales non urgentes et d'autres soins en milieu hospitalier. Une personne membre du personnel de bureau a affirmé qu'elle comprend la frustration de la population : « Le bilan de l'Ontario en ce qui a trait aux listes d'attente pour les salles d'opération est terrible. Les listes d'attente sont de plusieurs mois. Si... mon père attendait depuis six mois sur une liste pour une chirurgie, je ne sais pas ce que je ferais. Si c'était mon enfant, honnêtement, je serais fâchée aussi. »

Attendre de recevoir des soins dans des établissements sous-financés a des conséquences sur les soins aux patient(e)s et, potentiellement, les résultats. Une infirmière en salle d'opération consternée par l'état des patient(e)s entrant en salle d'opération après avoir attendu pendant des jours pour une disponibilité nous a dit ceci :

On voit des personnes... dans leur lit depuis un jour ou deux, parfois trois ou quatre, parce que les salles d'opération sont tellement engorgées. Et lorsque ces personnes arrivent à nous, elles sont tellement souillées, elles empestent de leurs propres excréments. Leurs lits n'ont pas été changés ou les personnes n'ont pas été tournées et placées adéquatement. Elles souffrent de plaies de pression, ce dont aucun(e) patient(e) ne devrait jamais souffrir à l'hôpital.

Les personnes interviewées ont rapporté une pénurie de plus en plus grande de fournitures et de médicaments, enlevant du temps qui devrait être consacré aux patient(e)s pour trouver les choses nécessaires. Une infirmière au bloc médical nous a dit ceci : « Ça me frustre lorsque je dois passer les premières quarante-cinq minutes de mon quart de travail à chercher les lancettes que nous utilisons pour tester la glycémie des gens – une pièce d'équipement essentielle. Je n'avais même pas encore vu mes patient(e)s. » Un infirmier en oncologie a affirmé ceci : « La moitié du temps nos outils ne sont pas là. On manque de fournitures (et) de médicaments. »

Privatisation.

Les personnes interviewées ont fait part de leur inconfort face à la façon dont la privatisation des soins de santé exerce des pressions sur les soins aux patient(e)s et aggrave les conditions de travail ainsi que la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs de la santé; elles ont également fait part de leurs expériences à cet égard. La transition vers des soins de santé à but lucratif change sa nature même⁵⁸. Le résultat financier devient un objectif principal. Une personne membre du personnel de bureau a exprimé sa consternation au sujet de la privatisation envahissante de nombreux aspects des soins de santé :

Je crois que les soins de santé ont perdu contact avec la réalité. Nous sommes de moins en moins axés sur les patient(e)s... L'objectif principal d'une entreprise est de faire de l'argent et le fait qu'elle peut faire de l'argent à même les soins de santé publics est un réel problème. Ça ne concerne plus les soins de santé, ça concerne la façon dont nous pouvons continuer de gagner de l'argent tout en prétendant avoir les gens à cœur. Et je crois que c'est moralement indéfendable.

Une infirmière qui a travaillé avec fierté pendant plus de dix ans dans le réseau hospitalier public du Canada s'inquiète que les pénuries de personnel actuelles seront davantage exacerbées alors que les agences et les établissements de soins privés à but lucratif prolifèrent :

Nous avons déjà un système de soins de santé. Pourquoi ne pas tout simplement investir tout cet argent que vous voulez investir dans le réseau privé et l'injecter dans le réseau public? ... D'où proviendra le personnel? Nous pouvons à peine conserver notre personnel dans les hôpitaux... pourvoir nos hôpitaux du réseau public et puis du réseau privé en personnel... ça ne fait aucun sens.

Les personnes interviewées ont discuté des salaires plus élevés et des heures flexibles offerts par les agences de soins infirmiers privées lorsqu'elles recrutent des infirmières et infirmiers du réseau public où les choses sont de plus en plus difficiles et où il y a un manque de personnel. Une infirmière en salle d'opération a affirmé ceci : « La privatisation ne fera qu'une seule chose. Elle aspirera tous les bons infirmiers et infirmières des soins de santé publics... Ces derniers seront très bien payés, obtiendront les meilleures heures, les meilleurs médecins... Et cela vous laissera avec un réseau public qui est encore pire que maintenant. » Une infirmière en obstétrique a décrit l'utilisation accrue d'agences privées pour combler le manque : « Il y a tellement d'infirmières et d'infirmiers d'agences privées qui travaillent. Ça nous coupe le souffle lorsqu'ils les paient plus de 100 \$ l'heure alors qu'ils

ne veulent pas payer les heures supplémentaires de notre personnel. Leur réponse est 'On n'a pas de budget'. »

Conditions de travail

Une infirmière ayant beaucoup d'ancienneté en réadaptation post-chirurgie a décrit une journée typique : « Tu arrives et il manque deux membres du personnel... Donc mon anxiété augmente parce que je ne pourrai pas prendre de pause. Personne ne s'en soucie... tu travailles avec un effectif réduit et c'est tellement stressant. »

Les membres du personnel de l'entretien s'inquiètent de ne pas pouvoir faire leur travail adéquatement. Voici ce que nous avons entendu : « Dans le temps, c'était plus gérable et nous pouvions faire un travail plus rigoureux. Maintenant nous tentons de passer à travers toutes les chambres avec moins de personnel. C'est le défi que nous avons en tant que services environnementaux, nous avons plus de travail que de personnel. »

Une personne membre du personnel de bureau a expliqué ceci : « J'arrive à suivre mais au détriment de ma propre santé mentale... J'arrive à maîtriser la situation si je me dépasse vraiment et si je fais fi de tout le reste. Mais ça ne devrait pas être ainsi que les choses sont faites parce qu'alors ça ressemble davantage à une chaîne de montage qu'à des soins de santé. » Une infirmière qui travaille au bloc médical a décrit sa charge de travail comme suit : « Il se peut que tu aies quatre patient(e)s, il se peut que tu en aies sept. Il se peut que tu aies un patient qui tombe en choc et que six autres te crient après pour quelque raison que ce soit. Et les membres de leurs familles! »

Ils sont nombreux à avoir des horaires irréguliers et à se faire demander de faire des heures supplémentaires. Une personne préposée au nettoyage a affirmé ceci : « Nos téléphones n'arrêtent pas de sonner et on nous demande si on peut rentrer pour couvrir un quart de travail. Il se peut que tu sois en train de quitter le travail et que tu reçoives un appel avant même de te rendre au stationnement pour te demander 'Peux-tu rester?' Tu peux le faire de temps à autre, mais c'est littéralement chaque jour. »

Le personnel de la santé est également préoccupé par le risque d'erreurs médicales lorsque la charge de travail est ingérable. Voici ce qu'une infirmière travaillant dans un service de *dialyse a expliqué* :

Je crois que la pénurie de personnel contribue aux erreurs médicales. Cela se produit tout le temps, pas seulement en raison du manque de personnel, mais parce que même si vous disposez du personnel, vous ne disposez pas de continuité. Vous n'avez pas de membres du personnel réguliers qui connaissent le système, connaissent les patient(e)s, connaissent les tenants et les aboutissants... les choses ne sont tout simplement pas faites ou elles sont oubliées... un suivi au sujet d'une analyse sanguine qui était essentielle est oublié.

Conservation.

Ces conditions de travail négatives semblent entraîner un exode du personnel, ce qui contribue davantage de pénuries et des charges de travail connexes considérables. Voici ce qu'a dit une infirmière en salle d'opération : « Il y a beaucoup d'infirmières et infirmiers qui pleurent et beaucoup

d'infirmières et infirmiers expérimentés qui démissionnent. » Une infirmière en traumatologie a affirmé ceci : « Bon nombre de mes collègues de travail prennent des médicaments; beaucoup de ces personnes sont des infirmières et infirmiers plus jeunes. »

Une infirmière aux soins palliatifs se demande ceci : « Pour quelle raison le gouvernement ne s'en aperçoit-il pas? C'est tellement évident, ça me fait pleurer. J'aime mon travail mais j'attends ma retraite avec impatience et je ne suis que dans la quarantaine... Il y a tellement d'infirmières et infirmiers qui ont pris leur retraite – des infirmières et infirmiers aguerris et expérimentés qui sont précieux. Tous partis. » Une infirmière en oncologie a affirmé que la seule chose qui fait qu'elle continue de travailler c'est la nécessité financière : « Je sais que de nombreux [infirmiers et infirmières] ont tout simplement abandonné leur carrière... Je ne serais pas ici non plus si ce n'était pas du fait que j'ai une famille à faire vivre. »

Salaires.

La plupart des personnes interviewées ont cité des augmentations de salaire inadéquates comme source de stress et de frustration. Un manutentionnaire a expliqué ce qui suit : « L'inflation atteint un record. Les taux hypothécaires augmentent. Les gens doivent faire des heures de travail ridicules pour continuer à faire leurs paiements. » Il a affirmé que cela entraîne « l'épuisement professionnel » et « contribue à leur pessimisme ». Une infirmière dans une clinique d'hôpital est d'accord : « C'est extrêmement démoralisant de garder une attitude positive. On vous donne constamment de nouvelles tâches, plus de responsabilités, un salaire moins élevé. De nombreux infirmiers et infirmières que je connais ont démissionné parce que c'est tellement difficile sur la santé mentale et le respect de soi. Tout le monde en a vraiment assez. »

Une infirmière dans une clinique externe est particulièrement en colère face à la hiérarchie au sein du système qui favorise les personnes de la haute direction : « Ce qui m'a vraiment enragée c'est que nous avons été limités à une [légère augmentation de salaire], mais un gestionnaire de notre entreprise a reçu une augmentation de 50 pour cent. Cela m'a durement affectée. » On nous a dit qu'il y a de la tension entre les deux classifications les plus courantes d'infirmières et infirmiers – soit les IA et les IAA – qui doivent souvent exercer des fonctions similaires dans des services hospitaliers en sous-effectif. La tension est largement due à un écart salarial important favorisant les IA^b. Comme l'a expliqué une infirmière :

En raison de la pénurie de personnel infirmier, les IAA assument des responsabilités qui seraient normalement assumées par les IA. J'ai dix-huit ans d'expérience en soins infirmiers et j'ai des collègues de travail qui gagnent une vingtaine de dollars de plus que moi l'heure.

Une autre infirmière nous a dit ceci : « Je me sens dévalorisée, non soutenue et de loin sous-payée pour le travail que je fais... ça commence à vraiment m'affecter. »

Genre et race

Plusieurs travailleuses et travailleurs de la santé à qui nous avons parlé ont constaté un lien entre leurs mauvaises conditions de travail et la composition sexospécifique et raciale de la main-d'œuvre. Une personne membre du personnel de bureau a dit ce

qui suit : « Je crois qu'en grande partie cela concerne le fait que la majorité des travailleuses et travailleurs de la santé sont des femmes. Nous luttons pour l'équité en emploi depuis très longtemps. » Une aide-physiothérapeute nous a dit ceci : « Je crois que c'est le genre, la race, la classe, la non-binarité, etc. ... mais le fil conducteur est que nous sommes des femmes. Et je crois que nous devons déchirer cette page du livre selon laquelle si vous êtes une femme, vous devez l'accepter. Assez c'est assez. »

Violence.

Il y a de nombreuses raisons à la violence. La frustration des patient(e)s au sujet des temps d'attente en est une. Voici ce qu'a expliqué une personne membre du personnel de bureau :

Il y a une hausse de la (violence)... on a peur... L'hôpital est devenu tellement dangereux. C'est dangereux parce que ça déborde et que les patient(e)s et les familles sont frustrés par le système et les temps d'attente. Qui en subi les conséquences? Les travailleuses et les travailleurs.

Une infirmière en oncologie est d'accord qu'il y a eu une augmentation et a affirmé qu'elle est contrariée qu'il ne semble pas y avoir de réelles conséquences pour les auteurs de cette violence :

La violence à l'hôpital a augmenté depuis la pandémie... ça prend maintenant plus de temps à une infirmière ou un infirmier pour aller au chevet d'un(e) patient(e). Puis cette personne se fâche... On peut vous cracher dessus, on peut vous donner un coup de pied, vous donner un coup de poing, vous frapper, vous agresser sexuellement, il n'y a pas de conséquences. C'est la seule profession dont je n'ai jamais entendu parler où ce genre de chose est permise.

Une infirmière en dialyse a vécu des expériences similaires et partage la frustration que la violence continue d'être considérée comme faisant partie du travail :

On m'a donné un coup de pied à la poitrine. J'ai subi des blessures par piqûre d'aiguille. Ma direction m'a dit « C'est pas important. Retourne travailler ». Mais si un policier était blessé par piqûre d'aiguille après avoir ramassé une aiguille dans un parc, je crois qu'il recevrait une plus grande attention qu'une infirmière ou un infirmier piqué dans le cadre de son travail... Lorsque j'ai subi cette blessure, nous étions en sous-effectif. J'ai eu un patient très agité qui souffrait de problèmes de santé mentale... tu es seule, tu te dépêches et tu tentes de faire ton travail... tentant de garder tes patient(e)s heureux et tu ne peux pas... on est fatigués, tellement fatigués.

La pénurie de personnel contribue aux risques pour les travailleuses et travailleurs qui sont confrontés à des patient(e)s potentiellement violents. Une infirmière d'un bloc médical a affirmé : « Nous n'avons pas suffisamment de personnel. C'est difficile pour nous; c'est difficile pour les patient(e)s. Au cours des deux dernières années, j'ai vu beaucoup plus d'agressions de la part de patient(e)s. On m'a frappée au moins trois fois au cours des six derniers mois. Les familles semblent beaucoup plus agressives également. »

Une personne membre du personnel de bureau, souvent le premier contact pour les patient(e)s, a affirmé ce qui suit : « C'est

chaque jour. Vous devriez entendre les messages vocaux que nous recevons. Ou les gens se présentent, se plaignant d'essayer de nous rejoindre depuis une semaine. C'est épuisant mentalement et c'est décourageant; ils sont stressés et nous sommes stressés. »

Il y a eu peu de compensation financière ou d'amélioration aux niveaux de dotation en personnel et aux autres conditions de travail. Comme l'a dit un commis d'unité : « On n'accorde pas de temps ni aucun soutien ou ressource pour aider le personnel de la santé à se remettre des trois dernières années... c'est comme si le gouvernement et nos entreprises nous traitent comme des numéros, superflus et jetables. » Une autre personne membre du personnel de bureau a dit : « On est des héros jusqu'à ce qu'on vous coûte de l'argent. On a donc un dicton à l'hôpital, 'Nous sommes vraiment passés de héros à zéro très rapidement'... Et ils se demandent pourquoi le moral est bas. » Une autre a dit ceci : « On était des héros jusqu'à ce qu'on devienne une charge supplémentaire sur le budget... on fait de notre mieux, mais ça ne suffit pas; on ne peut pas continuer sur cette voie sans personnel supplémentaire. » Une infirmière d'un bloc médical a dit ceci :

J'en ai eu assez d'entendre que nous étions les héros, et vous ne pouvez pas nous rémunérer adéquatement. Les patient(e)s ont le droit de nous blesser. J'ai dû porter le même masque N95 pendant 16 heures... Maintenant nous savons ce qu'est la COVID et ce à quoi nous devons faire face. Mais maintenant il y a tous ces autres facteurs de stress et tout le monde est épuisé; ils appellent pour se déclarer malades.

Une PSSP a eu une expérience similaire. Après être tombée malade, probablement après avoir été exposée à un(e) patient(e) au travail, on lui a refusé une indemnisation des accidents du travail malgré ses problèmes de santé persistants :

J'ai été en congé pendant dix-huit mois... Je continue d'être affectée, faible taux d'oxygène, perte de mémoire... lorsque ça a commencé, ils nous donnaient seulement deux masques par quart de travail. On devait signer pour les obtenir comme si nous étions des criminels... ils nous disaient que nous étions sûrement tombés malades après être allés à la station d'essence ou à l'épicerie.

Une infirmière en traumatologie a expliqué que les conditions de travail actuelles et le manque de soutiens font en sorte qu'il est difficile de se remettre : « On souffre encore du traumatisme de la COVID chaque jour. On continue d'essayer de récupérer. On continue de subir les horreurs qu'on a vécues et il n'y a personne pour aider. Tu te sens seule tout simplement. » Voici ce que nous a dit une infirmière aux soins palliatifs : « Je souffre de dépression et d'anxiété. Je n'en ai jamais souffert avant la COVID – les tâches accrues, les postes vacants... le travail supplémentaire m'ont vraiment affectée. Je rentrais à la maison et j'avais besoin de plusieurs jours pour récupérer de mon quart de travail. Je pleurais. Cela a affecté ma relation avec mon mari. »

Une personne membre du personnel de bureau considère la façon dont le personnel de la santé a été traité pendant la pandémie comme faisant partie d'un problème de société plus grand : « La COVID a mis en lumière bon nombre des inégalités que nous avons au sein de notre société et elle les a fait paraître tellement injustes, particulièrement dans les services publics. Il est difficile de sentir que l'on fait partie d'une société aimante et productive lorsqu'on voit toutes ces choses horribles se

produire. »

Bien-être du personnel

Stress.

Des conditions de travail de plus en plus stressantes ont été soulignées par de nombreuses personnes interviewées. Une infirmière d'un service de dialyse a affirmé ce qui suit : « Les infirmières et infirmiers ont des crises de larmes et sont incapables de finir leur journée parce qu'ils se sentent tout tellement dépassés. »

Pour certains, la fuite semble la seule solution. Une infirmière d'un service de traumatologie nous a dit ceci : « Je pense carrément à chaque jour à la façon de m'en sortir. Je ne veux plus être ici... Je connais des infirmières et infirmiers qui se sont suicidés. Le stress est si grave que bon nombre de nos infirmières et infirmiers à l'unité des soins intensifs souffrent de TSPT. Et il n'y avait personne pour les aider. »

D'autres dépendent de la médication. Voici ce qu'a dit une infirmière aux soins palliatifs : « Je dois prendre des antidépresseurs en raison de la nouvelle normalité au travail et de toutes les responsabilités et du stress additionnels. Je n'y arrive pas. » Une infirmière travaillant à un étage médico-chirurgical nous a dit : « Certains de mes collègues de travail sont médicamenteusement. J'ai dû prendre un congé pour stress. Quelques-uns de mes amis infirmiers et infirmières sont en congé pour stress. On est nombreux à avoir songé à démissionner. Tu peux travailler au Costco et gagner presque le même salaire. »

Épuisement.

Une infirmière en clinique externe a affirmé ceci : « Juste sur mon étage, sur environ vingt-cinq ou trente infirmières et infirmiers, on a eu au moins six épuisements professionnels au cours de la dernière année. Dont moi... J'ai souffert d'une dépression majeure, je ne sentais pas que j'étais importante pour qui que ce soit et, surtout financièrement, j'ai pensé que je valais plus morte que vivante. » Une ex-infirmière d'un étage de soins actifs a expliqué pourquoi elle a demandé un transfert aux soins externes : « J'aimais vraiment l'unité particulière où j'ai travaillé pendant de nombreuses années... mais ils ont commencé à ne pas remplacer les personnes qui ne rentraient pas parce qu'elles étaient malades, alors on travaillait toujours en sous-effectif... Et puis ils ont tout simplement éliminé une « nursing line », de façon permanente, cela a simplement ajouté au stress. »

Une infirmière relativement jeune d'un bloc médical a décrit ses conditions de travail et en quoi elles affectent son bien-être et sa capacité à offrir des soins :

Je suis complètement épuisée. Il manque de personnel à chaque quart de travail... Je suis gênée de dire que je n'ai plus la compassion que j'avais... Je suis épuisée en ce moment, mentalement, physiquement, émotionnellement. J'angoisse à l'idée d'aller travailler... Je ne suis aucunement l'infirmière que je voulais être... On reconnaît toutes et tous que c'est difficile pour les patient(e)s aussi. Ce n'est pas le genre de soins de santé qu'ils méritent. Mais en tant qu'infirmières et infirmiers, on est tous perdus; on ne sait pas quoi faire de plus.

Le surmenage et le stress peuvent entraîner un épuisement

invalidant. Une infirmière en oncologie a mentionné que même « nos patient(e)s nous disent à quel point on a l'air épuisés ». Une autre infirmière en oncologie nous a dit en quoi le stress nuit à son sommeil et peut affecter son travail. « Certains jours, je rentrais à la maison après un quart de nuit et j'étais incapable de me reposer. J'étais très stressée après mon quart de travail alors je réussissais peut-être à dormir deux heures et je devais rentrer au travail le lendemain. »

Une autre infirmière a dit qu'elle n'arriverait pas à bien dormir la nuit suivant notre entrevue parce qu'elle devait commencer une nouvelle rotation le lendemain : « Je vais paniquer toute la nuit parce que je ne suis pas certaine de ce qui m'attend. » Une infirmière aux soins palliatifs a expliqué ceci : « Je souffre d'insomnie parce que je pense aux patient(e)s et au travail, et je me sens coupable et triste. Je dois prendre des pilules pour dormir, ce que je n'ai jamais fait avant... Je rentre à la maison certains soirs et je pleure. »

Le manque de personnel, particulièrement dans des situations de soins critiques, peut avoir des conséquences traumatisantes sur les autres membres du personnel. Une travailleuse de bureau nous a raconté un événement qui l'a marquée :

J'ai de plus en plus de « flashbacks »... Les médecins sont occupés à faire un massage cardiaque à un homme, mais le préposé au nettoyage et moi sommes à l'extérieur de la chambre, soutenant l'épouse de l'homme afin qu'elle ne s'effondre pas au sol en regardant la personne qu'elle aime mourir. C'est nous qui faisons ces choses parce qu'il n'y a pas de travailleuses et travailleurs sociaux à l'hôpital chaque jour.

Détresse morale.

Tel qu'indiqué précédemment, un des principaux facteurs qui contribuent aux problèmes de santé mentale parmi le personnel de la santé est la détresse morale ou le préjudice moral. Une infirmière qui a été transférée d'un bloc médical à un service de dialyse a révélé ceci : « Je ne suis même plus fière d'être infirmière... avant j'étais excitée de connaître le sort d'une ou d'un patient... Maintenant je veux juste faire mon travail et rentrer à la maison. »

Une infirmière qui a vécu un épuisement professionnel a affirmé ceci : « Les soins infirmiers ce n'est pas juste l'aspect médical, c'est aussi les soins personnels... offrir du soutien émotionnel est aussi important que d'offrir du soutien médical. » Voici l'explication d'un aide-physiothérapeute :

Le côté personnel des soins de santé a disparu. Il y a tellement de paperasse; nous agissons de plus en plus comme des robots, n'offrant plus autant de soins d'un point de vue personnel... c'est très difficile de dire, « Je suis désolé, je dois partir » ... Ça vous reste toujours en tête, combien de temps je passe avec cette personne pour tenter de la consoler?

Il se peut que le personnel de bureau soit confronté à des dilemmes moraux qui se présentent en raison des demandes : « Je ne peux pas établir de relation avec les patient(e)s et aussi voir à ce que chacun(e) est traité en temps opportun. C'est impossible... Si je consacre plus de temps à chaque patient(e) individuel, ceux qui attendent que je leur réponde attendent plus longtemps. C'est un compromis. Qu'est-ce que je devrais faire? »

Une infirmière aux soins palliatifs est perturbée par le fait que son rôle a été tellement circonscrit par les pénuries de personnel :

Les soins infirmiers, c'est une question de corps, d'esprit et d'âme... nous

avons une lourde charge de travail et la partie la plus difficile pour nous toutes et tous c'est qu'on ne répond pas aux besoins de nos patient(e)s, et ils ne reçoivent pas les soins qu'ils devraient, particulièrement à la fin de leur vie.

Une infirmière aux soins palliatifs d'un autre établissement vit un malaise similaire quant à son incapacité à faire son travail de manière efficace :

Ils m'ont complètement détruite. Ils m'ont tellement dispersée que je n'ai pas le temps d'offrir le niveau de soins que j'aimerais offrir. Et l'anxiété et la culpabilité, et les sentiments que j'aurais dû en faire plus, mais je ne peux pas; je suis au bout du rouleau... Les soins palliatifs sont difficiles. Et puis avec les problèmes que nous avons au travail et l'inquiétude au sujet de la négligence des patient(e)s et la partie physique du travail, c'est tellement épuisant... mon travail me tue.

Vie personnelle.

Un équilibre sain entre vie professionnelle et vie personnelle peut s'avérer difficile lorsque les conditions de travail laissent le personnel anéanti, anxieux et/ou épuisé. Un travailleur de bureau nous a dit : « Je n'arrête jamais, du moment où je rentre au travail jusqu'à ce que je quitte... Et bon nombre de mes collègues de travail disent la même chose. On n'a plus de jus lorsqu'on rentre à la maison... Tu ne fais que manger, vivre et respirer ton travail à l'hôpital, et tu détestes ça. »

Une travailleuse de bureau d'un autre établissement a décrit comment elle se sent une fois son quart de travail terminé : « J'arrive à la maison et je suis habituellement trop épuisée pour faire autre chose ce jour-là... plus souvent qu'autrement, je n'ai pas la capacité d'avoir une grande conversation avec qui que ce soit. Mes amitiés en ont souffert, la relation avec ma famille en a souffert. » Une infirmière en dialyse affirme que le stress et l'épuisement au travail peuvent affecter les relations : « Nos frustrations nous suivent à la maison... Ou on rentre à la maison tellement fatigués qu'on tombe de sommeil tout le temps. Et on n'entretient plus de relation. Tu n'as plus de vie de famille. » Une infirmière d'un bloc médical a décrit en quoi son humeur et sa capacité à interagir avec les membres de sa famille sont affectés : « Mon mari m'a dit, 'Tu n'es plus aussi patiente à la maison qu'avant'. J'essaie mais ça me suit très certainement à la maison. » Une personne membre du personnel de bureau a dit ceci : « On doit maintenant faire deux fois plus de travail juste pour ne pas prendre trop de retard. Et cela pèse sur la dynamique et les relations au travail, et ça te suit à la maison à la fin de la journée. »

Certains travailleurs et travailleuses de la santé doivent faire face au défi supplémentaire de trouver des services de garde adéquats. Une préposée au nettoyage a parlé d'un nouveau collègue qui a soudainement démissionné parce qu'il devrait rester à la maison avec son enfant après que sa femme se soit trouvé un emploi plus payant que le sien. Une infirmière aux soins médico-chirurgicaux qui a des enfants a parlé de la difficulté de trouver des services de garde lorsque les enfants ne sont pas à l'école. Elle a dit ceci : « Qui va s'en occuper? Je dois aller travailler. Et l'entreprise affirme qu'elle n'en a rien à faire que j'aie des enfants à la maison. Je dois rentrer au travail. »

Avenir

Les personnes qui ont participé à l'étude ont discuté des défis

que la pénurie de plus en plus grande de travailleuses et travailleurs de la santé représente pour le personnel. Une infirmière aux soins palliatifs, épuisée par les demandes de plus en plus grandes de son travail et découragée par son incapacité à offrir des soins adéquats, nous a dit ceci : « Étant infirmière depuis dix-huit ans, je ne recommanderais à personne de suivre le programme de soins infirmiers. Et c'est malheureux parce que j'adore ce que je fais – j'ai aimé ce que j'ai fait, j'imagine. Mais c'est maintenant tellement épuisant et fatigant. »

Une autre infirmière aux soins palliatifs nous a fait part de sa crainte : « Les taux de décès vont augmenter, tout comme les taux d'infection; on ne prendra pas soins des gens adéquatement et ça deviendra incontrôlable. » Elle a dit : « En fait, c'est déjà ce qui se produit! »

Au sujet de l'avenir des soins de santé en Ontario, un infirmier travaillant en médecine générale a dit ceci :

J'ai peur pour tant de gens; j'ai peur pour moi. Financièrement, [un système à but lucratif] n'est pas réalisable pour la majorité des gens... Comment mes enfants pourront-ils se payer des soins de santé à l'avenir? On voit déjà des patient(e)s atteints de cancer décéder alors qu'ils attendaient pour recevoir un traitement ou attendaient pour se faire opérer.

Ce qui doit changer.

Malheureusement, bon nombre de travailleuses et travailleurs de la santé qui ont participé aux entrevues se sont sentis découragés jusqu'au désespoir. Une majorité ont été reconnaissants à leur syndicat pour ses efforts, et certains avaient pris part à des actions collectives, comme des rassemblements et des campagnes. Mais la plupart ont ressenti qu'il était peu probable que des changements positifs aient lieu... Comme l'a dit une personne membre du personnel de bureau : « Je n'ai rien vu qui me donne espoir. » Une infirmière en salle d'opération a expliqué que leurs options sont limitées par la loi interdisant aux travailleuses et travailleurs de la santé de faire la grève : « Le gouvernement nous a tellement fait peur en nous disant qu'on ne pouvait pas faire la grève. Nous n'avons aucun moyen de faire la grève. Nous n'avons aucun moyen de faire entendre nos voix... Le personnel de la santé n'a plus d'espoir. »

Lorsqu'on leur a demandé quels changements étaient nécessaires, les réponses ont été presque universelles : plus de *financement* pour le système public, plus de personnel, de meilleurs salaires, une charge de travail plus acceptable, un traitement plus équitable des travailleuses et travailleurs, un changement quant à l'affectation des fonds qui comprend moins de gestion et des salaires moins exorbitants pour la direction générale, de meilleures protections contre la violence, un plus grand respect de la part des dirigeants et de meilleurs soutiens en santé mentale. Cela précise ce que la restructuration néolibérale des soins de santé a pillé aux lieux de travail ontariens en milieu hospitalier. Voici ce qu'a dit une infirmière aux soins palliatifs : « On a besoin de plus de travailleuses et de travailleurs sur les lignes de front. On a besoin d'un meilleur financement. Les gens doivent être la priorité et non l'argent. Si vous n'avez pas de personnel, vous n'avez pas de soins de santé. » Une infirmière en salle d'opération a dit ceci : « Il y a beaucoup de division dans les soins de santé... Il doit y avoir plus de communication. Il doit y avoir beaucoup moins de gestion et beaucoup plus de

discussions entre les gouvernements provinciaux et fédéral, et beaucoup plus d'argent doit être injecté dans le système de santé. » Une infirmière en oncologie a affirmé ceci : « La population doit savoir que sans de meilleures conditions de travail et plus de personnel infirmier, le système ne se remettra jamais. »

Discussion

Les expériences rapportées par le personnel de la santé ayant participé à cette étude, ainsi que les sondages effectués auprès de divers travailleurs et travailleuses de la santé et organisations de défense des politiques, mettent en lumière l'augmentation du stress et de l'épuisement professionnel parmi les travailleuses et travailleurs en milieu hospitalier de l'Ontario et le problème de conservation du personnel qui l'accompagne. L'angoisse et la colère exprimées par les personnes interviewées étaient palpables. La santé mentale de la main-d'œuvre est caractérisée par l'anxiété, la tristesse, une peur de rentrer au travail et un sentiment de désespoir. La plupart des travailleuses et travailleurs de la santé qui ont été interviewés n'ont pas élaboré d'analyse sociale ou d'analyse politique générale mais ont soulevé des facteurs de stress de plus en plus présents au travail dans leurs propres établissements comme facteurs déterminants de la diminution de leur bien-être.

Une multitude de facteurs de stress au travail sur la santé ont été bien documentés et discutés à l'échelle internationale depuis plus de dix ans⁷⁰⁻⁷². La violence dont est victime le personnel de la santé est un fléau^{25,26}. Bien que les syndicats et des organisations professionnelles de travailleuses et travailleurs de la santé négocient et font du lobbyisme pour des changements depuis des décennies afin d'assurer une protection, la violence à l'égard du personnel se poursuit. La violence verbale, y compris des remarques racistes et sexistes, ainsi que les agressions physiques, ajoutent énormément au stress. Même l'anticipation et la peur des abus sont stressantes. Des exigences émotionnelles et physiques élevées, un manque de contrôle et un soutien inadéquat, les fondements du stress au travail⁷³, ainsi que des déterminants sociaux comme le genre, la race et le statut d'immigration contribuent tous à une mauvaise santé mentale.

Un stress prolongé peut entraîner l'épuisement professionnel et, selon l'Office of the Surgeon General des États-Unis, découle : « ... d'un soutien inadéquat, de charges de travail et de fardeaux administratifs accrus, d'un sous-investissement chronique dans l'infrastructure de la santé publique et d'un préjudice moral découlant de l'incapacité à offrir les soins dont les patient(e)s ont besoin »⁷⁴. Certains travailleurs et travailleuses de la santé ont même envisagé le suicide ou se sont suicidés en raison du stress professionnel^{75,76}. Outre les conséquences négatives des conditions actuelles sur le bien-être des personnes interviewées, le tableau qu'elles dépeignent des lacunes et même des dangers que représente l'érosion du système de santé soulève également de graves conséquences pour la santé et les soins médicaux de la population. Ce fut remarquable de constater à quel point leurs expériences et leurs préoccupations sont reflétées étroitement dans l'ensemble de la littérature de plus en plus vaste au sujet de la santé mentale des travailleuses et travailleurs de la santé.

Bien que de nombreuses personnes interviewées blâment en

grande partie la direction de leur propre hôpital, d'autres ont compris qu'il y avait des forces en place bien au-delà de l'établissement qui les emploie. Curieusement, de nombreux travailleurs et travailleuses de la santé ont fait référence aux hôpitaux où ils travaillent comme étant des « entreprises », illustrant une corporatisation et une privatisation accrues du système et l'utilisation de protocoles de gestion corporative des services de santé publique. Certain(e)s ont décrit des situations où de plus petits hôpitaux publics locaux avaient été fermés et remplacés par de gros PPP ce qui, en réalité, a permis une réduction du nombre total de lits.

Les personnes interviewées ont également qualifié les relations de pouvoir au sein de la structure de gestion et du personnel comme étant de plus en plus démesurées, de toute évidence insensibles et davantage déconnectées des défis auxquels les membres du personnel sont confrontés au quotidien et des réalités des soins aux patient(e)s. Les structures et les pratiques de gestion actuelles interdisent une grande partie de l'autorégulation du travail dans les soins de santé.

Ces personnes ont décrit très clairement que les temps d'attente des patient(e)s avaient des conséquences négatives équivalentes sur le bien-être du personnel. Les temps d'attente augmentent le stress du personnel et le risque d'abus ou de violence de la part des patient(e)s et de leurs êtres chers qui sont mécontents. Mais, en tant que prestataires de soins, elles comprenaient également à quel point les temps d'attente sont désagréables, voire même dangereux, pour les patient(e)s. Ces réalités aggravent la détresse morale des travailleuses et travailleurs de la santé puisque leur capacité à offrir des soins appropriés aux patient(e)s est de plus en plus restreinte.

Le personnel de la santé le moins bien rémunéré se retrouve dans une position désavantagée au sein de la structure hiérarchique de leurs lieux de travail. Par exemple, les IAA doivent accomplir des tâches qui sont en grande partie les mêmes que celles des IA qui sont mieux payés, mais avec moins de pouvoir décisionnel. Qui plus est, quatre travailleuses et travailleurs de la santé sur cinq en Ontario sont des femmes³⁶, et bon nombre sont racisés⁷⁷. Les inégalités sociales liées au genre, à la race et à la classe sociale les placent dans une position désavantageuse lorsqu'il s'agit d'exercer une influence pour un changement. Katherine Lippel a expliqué ce phénomène comme étant de la « violence structurelle », un terme utilisé :

... pour identifier de lourdes charges de travail, de faibles niveaux d'autonomie décisionnelle, un statut inférieur, des routines de travail rigides et des soins relationnels insuffisants comme formes de violence. Non seulement ce sont de mauvaises conditions de travail vécues comme étant des sources de souffrance, mais elles empêchent le personnel soignant d'offrir le type de soins qu'il sait pouvoir offrir⁷⁸.

Les expériences des personnes interviewées reflètent un vaste travail de sape et une destruction du système de santé de l'Ontario autrefois prisé, anéanti par la restructuration néolibérale et de plus en plus de privatisation. Cette tendance à la privatisation soulève plusieurs questions : Comment a-t-on permis au système de santé du Canada de passer d'un système public de renommée mondiale à un borbier sous-financé et inéquitable? Et de quelle façon a-t-il échappé à la surveillance complète et aux remontrances du public? Pat et Hugh Armstrong, qui ont examiné des aspects du système de santé publique du Canada tout au long de leurs carrières universitaires, offrent l'explication suivante :

Ça s'appelle de la privatisation menée furtivement... La complexité du système fédéral du Canada qui laisse une grande partie de la responsabilité des soins de santé aux provinces et territoires a aidé à cacher ces développements... Un tel subterfuge a été nécessaire parce que les soins de santé ont longtemps été le programme social le plus populaire du Canada. Cette privatisation constante a eu de graves conséquences pour l'accès au système de santé publique et son soutien tout en intégrant les profits et les techniques de gestion à but lucratif dans les services de santé³⁶.

Le personnel de la santé, leurs syndicats et la population désirent une responsabilisation pour les politiques qui ont profondément réduit les services de santé de grande qualité, accessibles et abordables au Canada. C'est plus facile à dire qu'à faire. Une mobilisation des travailleuses et travailleurs de la santé émerge mais est encore limitée. C'est en partie dû à la loi interdisant aux travailleuses et travailleurs de la santé de l'Ontario de faire la grève. Cependant, comme nous l'avons entendu dans le cadre de quelques-unes des entrevues, il y a également un sentiment de désespoir qui cause une sorte de paralysie. Cela peut être considéré comme une forme de « désespoir appris »⁷⁹. Ce phénomène a été souligné en 1970 par le psychologue Martin Seligman. Il a émis l'hypothèse que cela pourrait entraîner la dépression et l'inertie, et il a suggéré que « les personnes exposées à répétition à des situations stressantes au-delà de leur contrôle développent une incapacité à prendre des décisions ou à adopter efficacement un comportement utile »⁸⁰.

Le mécontentement de la population et sa connaissance des problèmes dans les hôpitaux et le système de santé augmentent. La population frustrée et le personnel de la santé exploité trouvent un terrain d'entente et accentuent les demandes des deux parties, et il y a de plus en plus de campagnes publiques exigeant des améliorations au système de santé publique de l'Ontario⁸¹. Un rapport du CCPA de 2023 recommande : « ... le gouvernement provincial doit revoir ses plans pour accroître de façon importante l'offre de chirurgies et de diagnostics à but lucratif et plutôt recentrer les efforts sur l'amélioration du système public... »³⁵.

De nombreux syndicats et d'autres organisations de travailleuses et travailleurs de la santé du Canada et de l'Ontario représentant des professionnel(le)s médicaux ont depuis dénoncé haut et fort les conditions des soins de santé dans les médias, sur les médias sociaux et dans des éditoriaux, et ont parrainé des rassemblements et des campagnes afin d'exercer des pressions sur le gouvernement et d'influencer la population. Cinq syndicats représentant des travailleuses et travailleurs de la santé, soit le SCFP, le SEIU, Unifor, le Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO) et l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), ont envoyé une lettre ouverte au premier ministre et aux députés fédéraux au début de 2024 affirmant que la privatisation « ... met en péril ses membres et les gens dont ils s'occupent et veut que le gouvernement fédéral le considère dans ses négociations des transferts canadiens en matière de santé » aux provinces⁸².

Mesure nécessaire pour un système de santé juste

Lorsque l'on examine toute la preuve qui a été produite par des chercheurs partout dans le monde, ainsi que les conclusions de cette étude et les données statistiques que nous

avons examinées, nous sommes d'accord avec les personnes interviewées qu'il y a un besoin urgent pour des politiques et

des lois afin d'assurer un financement accru, du personnel supplémentaire, une meilleure capacité d'hospitalisation, une réduction des temps d'attente, des soutiens en santé mentale, des salaires équitables pour le personnel de la santé, des horaires stables, un plus grand respect et une meilleure reconnaissance, ainsi qu'une protection musclée contre les abus, la violence et d'autres risques pour la santé et la sécurité. Au sujet des salaires équitables, la valeur est intrinsèquement liée au salaire dans une société capitaliste. Alors que les salaires réels sont en baisse, de nombreux travailleurs et travailleuses de la santé, dont la majorité sont des femmes, se sentent dévalorisés.

Les conclusions de cette étude appuient les demandes faites par une coalition de syndicats des soins de santé de l'Ontario qui ont publié un plan en cinq points afin de « commencer à renverser la crise qui touche le système, pourvoir nos hôpitaux en personnel et mettre fin aux fermetures des urgences »⁸³. Ils ont demandé au gouvernement d'augmenter le personnel, d'offrir des soutiens en santé mentale, d'améliorer la sécurité du personnel et des patient(e)s, d'augmenter le nombre de postes à temps plein, d'offrir des services de garde sur place, d'augmenter les salaires et d'offrir des « incitatifs financiers » afin de favoriser de nouveaux emplois et de conserver le personnel actuel, de permettre aux membres du personnel de « ... faire des quarts de travail additionnels lorsqu'il est sécuritaire pour eux de le faire,... », d'offrir des mesures incitatives afin de recruter davantage de travailleuses et travailleurs de la santé autorisés, « d'augmenter le nombre de places dans le secteur postsecondaire pour les professions de la santé » et « ... d'abolir les frais de scolarité et d'offrir des incitatifs financiers additionnels pour étudier et pratiquer en Ontario ».

De meilleurs ratios infirmier(ère)s-patient(e)s, comme ce qui a été mis en œuvre en Colombie-Britannique⁸⁴, aideraient à réduire l'épuisement, réduisant ainsi l'attrition et améliorant la qualité et la rapidité des soins aux patient(e)s. De tels ratios existent déjà, en Californie et en Australie par exemple⁸⁵.


Le rétablissement et le développement du système de santé de l'Ontario (et du Canada) nécessiteront une transformation sociale, politique et économique au moins aussi complète que la restructuration néolibérale l'a été depuis la fin des années 1970. Pour le personnel de la santé, cela nécessitera obtenir un pouvoir beaucoup plus grand pour leur syndicat et le mouvement syndical solidairement avec le large éventail de secteurs du mouvement pour la justice sociale.

La Charte de Genève pour le bien-être de 2021 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été rédigée après des décennies d'enracinement néolibéral mondial et la dévastation économique et sociale de la crise financière mondiale de 2007-2008. La Charte traite des « Fondements du bien-être afin de mettre en place des 'sociétés du bien-être' » qui nécessiteront une action coordonnée dans cinq domaines. Deux étaient : « Élaborer des politiques publiques saines pour le bien commun » et « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle ». Elle exigeait que les mesures soient soutenues à l'échelle mondiale par l'entremise « d'investissements soutenus en faveur des agents de santé, de la promotion de la santé, des infrastructures de santé publique et de la recherche »⁸⁶. De plus, la déclaration finale d'une conférence des systèmes de santé européens de l'OMS de 2023 stipulait que pour que les systèmes de santé relèvent avec résilience

et de manière durable les défis de la population, ils doivent montrer aux travailleuses et travailleurs de la santé que : « ... leur travail, leurs carrières et leur bien-être sont valorisés »⁸⁷. Les personnes qui ont participé à notre étude l'ont affirmé clairement dans leurs déclarations

Il y a des limites à l'étude. Les personnes interviewées étaient toutes membres d'une partie des travailleuses et travailleurs de la santé dont les emplois les placent dans les paramètres d'effectif du CSHO-SCFP. Par conséquent, certains groupes professionnels de la santé, comme les IA, les médecins et les chirurgiens, ne sont pas inclus. Il se peut que les opinions, les expériences, les visions et les problèmes de santé des 26 personnes interviewées ne reflètent pas pleinement ceux des plusieurs milliers de travailleuses et travailleurs de la santé d'autres provinces et territoires ni ceux d'autres groupes professionnels.

Conclusion

Les conclusions de cette étude sont conformes à la littérature scientifique en constante évolution soutenant l'affirmation que le bien-être des travailleuses et travailleurs de la santé est en déclin et que les politiques gouvernementales fondées sur des mesures d'austérité sont les principales causes. En plus des données du sondage que nous avons examinées et des données relatives à l'attrition des hôpitaux de l'Ontario, cette étude révèle une main-d'œuvre à la limite de sa capacité de faire face à la situation. Une crise de santé mentale en raison des conditions découlant du travail dans les hôpitaux et une crise morale quant à la qualité des soins aux patient(e)s se jouent. Cela a entraîné un exode sans précédent de membres du personnel soignant. Alors que l'on combine la croissance démographique et le vieillissement de la population futurs afin de contrer un système hospitalier sous-financé en Ontario, tout semble indiquer que les taux d'attrition augmentent. Les charges de travail de ceux et celles qui restent seront impossibles à gérer.  comme l'affirme Pat Armstrong, les conditions de travail sont les conditions de soins, alors la société devrait vraiment être alarmée par cette crise, ses conséquences pour la main-d'œuvre et la qualité des soins que reçoivent les patient(e)s dans les hôpitaux. Des mesures vigoureuses pour diminuer les charges de travail de l'ensemble de la main-d'œuvre du secteur hospitalier, y compris les ratios infirmier(ère)s-patient(e)s, sont absolument nécessaires pour soutenir le bien-être des travailleuses et travailleurs de la santé.

Reconnaisances

Les auteurs reconnaissent le courage des travailleuses et travailleurs de la santé qui ont accepté de partager leurs expériences, leurs réflexions et leurs idées pour cette étude. Nous reconnaissons que, pour certain(e)s, il peut être difficile émotionnellement de discuter du problème que représente le travail dans un environnement de soins de santé tendu et ses conséquences sur eux, personnellement et professionnellement. Nous sommes reconnaissants pour la contribution à cette étude faite par Susan Thornton, qui a recruté les personnes à interviewer et organisé avec soin les entrevues, ainsi que par Sharon Richer qui a coordonné les aspects clés de la recherche. Nous remercions Erin McArthur-Woitte pour son aide avec l'examen de la littérature. Nous souhaitons également remercier le comité d'éthique en

recherche de l'Université de Windsor (University of Windsor Research Ethics Board) pour son examen approfondi du protocole de l'étude.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent les conflits d'intérêts potentiels suivants en ce qui a trait à la recherche, à la paternité de l'œuvre et/ou à la publication de l'article : ceci est une étude collective entre le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario du Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP) et des chercheurs universitaires affiliés à l'Université de Windsor, à l'Université d'Athabasca et à la University of Massachusetts Lowell. En tant qu'étude descriptive et qualitative, les résultats reflètent l'expérience subjective des participant(e)s, qui sera inévitablement reflétée dans les résultats rapportés par les auteurs. Cependant, en examinant et en analysant les données fournies par les participant(e)s, les auteurs déclarent avoir tenté de refléter avec précision les expériences et les préoccupations vécues telles qu'elles leur ont été racontées sans fausse représentation, omission ou description des idées essentielles. Ils déclarent également que, bien qu'ils aient été rémunérés pour leur temps, ils n'ont reçu aucune mesure incitative financière pour formuler des conclusions qui ne reflètent pas les données de l'étude avec précision.

Financement

Les auteurs ont divulgué avoir reçu le soutien financier suivant pour la recherche, la paternité de l'œuvre et/ou la publication de cet article : ce travail a été financé uniquement par le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario du Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP).

Identifications de l'ORCID

James T. Brophy <https://orcid.org/0000-0002-2391-6236>

Margaret M. Keith <https://orcid.org/0009-0009-8397-3599>

Documentation supplémentaire

La documentation supplémentaire pour cet article est disponible en ligne.

Remarques

- Un aperçu détaillé du système canadien se trouve sur le site Web du Fonds du Commonwealth à <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada> (en anglais seulement).
- Depuis 2005, on exige que les IA de l'Ontario aient un diplôme universitaire de quatre ans, alors que les IAA doivent avoir un diplôme de soins infirmiers auxiliaires de deux ans⁸⁸.

Références

- Singh J, Poon DEO, Alvarez E, et al. Burnout among public health workers in Canada: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2024; 24: 48. DOI: 10.1186/s12889-023-17572-w.

2. Naik H, Murray TM, Khan M, et al. Population-Based Trends in Complexity of Hospital Inpatients. *JAMA Intern Med.* 2024; 184: 183–192. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.7410.
3. Arsenych A. Ontario needs 60K more staff and 8K more beds to address ‘hospital crisis,’ union says, 14 septembre 2023, <https://www.cp24.com/news/ontario-needs-60k-more-staff-and-8k-more-beds-to-address-hospital-crisis-union-says-1.6561423?cache=%2F7.640777> (consulté le 12 mars 2024).
4. Sikorski J. Connecting worker safety to patient safety: a new imperative for health-care leaders. *Ivey Bus J* 2009. <https://iveybusinessjournal.com/publication/connecting-worker-safety-to-patient-safety-a-new-imperative-for-health-care-leaders/>.
5. Haiven L and Haiven J. *The right to strike and the provision of emergency services in Canadian health care.* Ottawa, ON, CA: Centre canadien de politiques alternatives, 2002, <https://policyalternatives.ca/newsroom/news-releases/right-strike-and-provision-emergency-services-canadian-health-care> (consulté le 5 février 2024).
6. Suran M. Overworked and Understaffed, More Than 1 in 4 US Nurses Say They Plan to Leave the Profession. *JAMA* 2023; 330: 1512–1514. DOI: 10.1001/jama.2023.10055.
7. Duong D and Vogel L. Overworked health workers are “past the point of exhaustion”. *CMAJ* 2023; 195: E309–E310. DOI: 10.1503/cmaj.1096042.
8. Brophy JT, Keith MM, Hurley M, et al. Sacrificed: Ontario Healthcare Workers in the Time of COVID-19. *New Solut.* 2021; 30: 267–281. DOI: 10.1177/1048291120974358.
9. Statistique Canada. Le stress lié au travail est le plus souvent causé par une lourde charge de travail et la conciliation travail-vie personnelle. Enquête sur la population active n° 3701, 19 juin 2023, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230619/dq230619c-fra.htm> (consulté le 22 février 2024).
10. Ménard AD, Soucie K, Freeman LA, et al. “My problems aren’t severe enough to seek help”: Stress levels and use of mental health supports by Canadian hospital employees during the COVID-19 pandemic. *Health Policy* 2022; 126: 106–111. DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.01.002.
11. Voth J, Jaber L, MacDougall L, et al. The presence of psychological distress in healthcare workers across different care settings in Windsor, Ontario, during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Front Psychol* 2022; 13. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.960900.
12. McArthur J, Keith MM and Brophy JT. Novel virus, old story: Government failings put health care workers at risk, 19 juin 2020, <https://canadiandimension.com/articles/view/novel-virus-old-story> (consulté le 12 mars 2024).
13. Gillen P, Neill RD, Manthorpe J, et al. Decreasing Wellbeing and Increasing Use of Negative Coping Strategies: The Effect of the COVID-19 Pandemic on the UK Health and Social Care Workforce. *Epidemiologia* 2022; 3: 26–39.
14. Twigg DE, Gelder L et Myers H. The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes. *J Adv Nurs.* 2015; 71: 1564–1572. DOI: 10.1111/jan.12616.
15. Lasater KB, Aiken LH, Sloane DM, et al. Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Qual Saf.* 2021; 30: 639–647. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-011512.
16. Armstrong P et Armstrong H. Contradictions at Work: Struggles for Control in Canadian Health Care. *Socialist Register* 2010; 46: 145–167.
17. Affleck E and Wagner JE. Structural determinants of health workforce burnout. *Health Manage Forum* 2022; 35: 243–247. DOI: 10.1177/08404704221093889.
18. Registered Practical Nurses Association of Ontario. The State of Nursing in Ontario, 2023, https://www.werpn.com/wp-content/uploads/2023/12/WeRPN_Poll2023_DamageReport.pdf (consulté le 12 mars 2024).
19. Boucher VG, Haight BL, Léger C, et al. Canadian healthcare workers’ mental health and health behaviours during the COVID-19 pandemic: results from nine representative samples between April 2020 and February 2022. *Can J Public Health* 2023; 114: 823–839. DOI: 10.17269/s41997-023-00807-z.
20. Riedel PL, Kreh A, Kulcar V, et al. A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19. 20 pages. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1666>.
21. American Association of Critical-Care Nurses. Moral Distress in Nursing: What You Need to Know, <https://www.aacn.org/clinical-resources/moral-distress> (consulté le 20 février 2024).
22. Syracuse University. Moral injury. What is Moral Injury, <https://moralinjuryproject.syr.edu/about-moral-injury/> (consulté le 12 mars 2024).
23. Xue Y, Lopes J, Ritchie K, et al. Potential Circumstances Associated With Moral Injury and Moral Distress in Healthcare Workers and Public Safety Personnel Across the Globe During COVID-19: A Scoping Review. *Front Psychiatry* 2022; 13: 863232.
24. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, et al. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nurs Ethics.* 2020; 27: 258–272. DOI: 10.1177/0969733019832941.
25. Brophy J, Keith M et Hurley M. Breaking Point: Violence Against Long-Term Care Staff. *New Solut.* 2019; 29: 10–35. DOI: 10.1177/1048291118824872.
26. Brophy JT, Keith MM et Hurley M. Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *New Solut.* 2018; 27: 581–606. DOI: 10.1177/1048291117732301.
27. McArthur J. Silenced and sacrificed: COVID-19 health-care workers’ secret suffering unveiled. *The Conversation*, 2020, <https://theconversation.com/silenced-and-sacrificed-covid-19-health-care-workers-secret-suffering-unveiled-150675> (consulté le 24 février 2024).
28. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, et al. Canada’s universal health-care system: achieving its potential. *Lancet.* 2018; 391: 1718–1735.

- DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30181-8.
29. Gouvernement du Canada. Le système des soins de santé du Canada, 2019, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html> (consulté le 12 mars 2024).
 30. Allin S, Marchildon G et Peckham A. International Health Care System Profiles: Canada, 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada> (consulté le 23 décembre 2023).
 31. Banque mondiale. Lits d'hôpitaux (pour 1 000 personnes – OECD members, Canada, 2019, https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MED.BEDS.ZS?locations=OE-CA&gl=1*lhsjt6*_gcl_au*MTAxMTg4MDYwNjC4xNzIyNTMyMzY1 (consulté le 20 février 2024).
 32. OECD. Lits d'hôpitaux (indicateur), 2018, https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-equipment/indicator-group/french_c8c7d7cb-fr (consulté le 8 août 2024).
 33. Shoo K, Lee BHR et Sukhy KM. Increased Private Healthcare for Canada: Is That the Right Solution? *Healthcare Policy* 2021; 16: 30–42.
 34. Fonds du Commonwealth. Mirror, mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries, 2021, https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf (consulté le 11 avril 2023).
 35. Longhurst A. *At What Cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care*. Ottawa, ON, CA: Centre canadien de politiques alternatives, 2023, <https://policyalternatives.ca/publications/reports/at-what-cost> (consulté le 20 février 2024).
 36. Armstrong P. et Armstrong H. How Privatization Infects the Canadian Health Care System. *New Labor Forum*. 2023; 32: 42–49. DOI: 10.1177/10957960231194053.
 37. Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Audit de l'optimisation des ressources : Services d'urgence, 2023, https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr23/AR_emergencydepts_fr23.pdf (consulté le 20 février 2024).
 38. Allan D. Ontario Hospital Crisis: No Capacity, No Plan, No End. *The Bullet*, 2023, <https://socialistproject.ca/2023/12/ontario-hospital-crisis-no-capacity-no-plan-no-end/> (consulté le 3 janvier 2024).
 39. Bureau du vérificateur général de l'Ontario. Secteur de la santé de l'Ontario : Examen du plan des dépenses, 2023, <https://fao-on.org/fr/Blog/Publications/health-2023> (consulté le 4 janvier 2024).
 40. Macdonald D. Pressure Cooker: Declining real wages and rising inflation in Canada during the pandemic, 2020–22. Centre canadien de politiques alternatives, 2022, <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2022/04/Pressur%20cooker.pdf> (consulté le 5 février 2024).
 41. Statistique Canada. Tableau14-10-0064-01, Salaires des employés selon l'industrie, données annuelles, 2024, https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410006401&request_locale=fr (consulté le 12 mars 2024).
 42. Coalition ontarienne de la santé. Note d'information : Note d'information sur le financement des soins de santé : mettre l'énoncé économique de l'automne dans son contexte, 2023, <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/briefing-note-health-care-funding-briefing-note-putting-the-fall-economic-statement-in-context/> (consulté le 24 février 2024).
 43. Coalition ontarienne de la santé. Communiqué: Plus de 400 000 Ontariens votent pour mettre fin à la privatisation des hôpitaux publics de l'Ontario : La Coalition pour la santé annonce les résultats d'un immense référendum populaire, 2023, <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/release-more-than-400000-ontarians-vote-to-stop-the-privatization-of-ontarios-public-hospitals-health-coalition-announces-results-of-huge-peoples-referendum/> (consulté le 24 février 2024).
 44. Macdonell B. Thousands attended Queen's Park to protest health care privatization in Ontario. CTV News, 25 septembre 2023, <https://toronto.ctvnews.ca/thousands-attended-queens-park-to-protest-health-care-privatization-in-ontario-1.6576646> (consulté le 24 février 2024).
 45. Brown D. Ontario health-care workers 'at their wits end' over hospital staffing crisis: union. CBC News, 6 février 2024, <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-health-care-workers-staffing-shortage-1.7107013> (consulté le 24 février 2024).
 46. Søvdal LE, Naslund JA, Kousoulis AA, et al. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front Public Health*. 2021; 9. DOI: 10.3389/fpubh.2021.679397.
 47. Grady C, Chênevert D et Coderre-Ball A. Exploration de deux facteurs de sécurité psychologique pour les travailleurs de la santé – Soutien pour l'autosoins psychologique et protection contre la détresse morale en milieu de travail : Facilitateurs et obstacles. Rapport, Commission de la santé mentale du Canada, 2022, <https://commissionsantementale.ca/> (consulté le 11 janvier 2024).
 48. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Ontario's RN Understaffing Crisis: Impact and Solution. Political Action Bulletin, 2023, <https://rnao.ca/media/3163/download?inline> (consulté le 11 janvier 2024).
 49. Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario. Emploi et rémunération dans le secteur public en Ontario – Tendances historiques, projections et risques, 2022, <https://www.fao-on.org/web/default/files/publications/FA2203%20Public%20Sector%20Compensation/Ontario%20Public%20Sector%20Employment%20and%20Compensation-FR.pdf> (consulté le 1^{er} mars 2024).
 50. Syndicat canadien de la fonction publique. Les syndicats de la santé lancent des publicités télévisées destinées à

- l'Association des hôpitaux de l'Ontario. 11 avril 2022. <https://scfp.ca/les-syndicats-de-la-sante-lancent-des-publicites-televisees-destinees-lassociation-des-hopitaux-de> (consulté le 24 février 2024).
51. Syndicat canadien de la fonction publique. Sondage de Nanos pour le compte du SCFP-CSHO, 2023, <https://scfp.ca/79-des-travailleuses-et-travailleurs-hospitaliers-membres-du-scfp-ne-font-pas-confiance-au-plan-du> (consulté le 1^{er} mars 2024).
 52. Loeppky R. Canada, Health and Historical Political Economy. *Journal of Australian Political Economy* 2014; 73: 172–199.
 53. MacKinnon KR, Gómez-Ramírez O, Worthington C, et al. An institutional ethnography of political and legislative factors shaping online sexual health service implementation in Ontario, Canada. *Crit Public Health*. 2022; 32: 402–412. DOI: 10.1080/09581596.2020.1854182.
 54. McGregor S. Neoliberalism and health care. *Int J Consum Stud*. 2001; 25: 82–89. DOI: 10.1111/j.1470-6431.2001.00183.x. Ratna HN. Medical neoliberalism and the decline in U.S. healthcare quality. *Journal of Hospital Management and Health Policy* 2020; 4. 9 pages. <https://jhmp.amegroups.org/article/view/5692/html>.
 55. Ratna HN. Medical neoliberalism and the decline in U.S. healthcare quality. *Journal of Hospital Management and Health Policy* 2020; 4. 9 pages. <https://jhmp.amegroups.org/article/view/5692/html>.
 56. Labonté R, Cobbett E, Orsini M, et al. Globalization and the health of Canadians: 'Having a job is the most important thing'. *Global Health* 2015; 11: 19. DOI: 10.1186/s12992-015-0104-1.
 57. Labonté R et Stuckler D. The rise of neoliberalism: how bad economics imperils health and what to do about it. *J Epidemiol Community Health* 2016; 70: 312–318. DOI: 10.1136/jech-2015-206295.
 58. Sanders D, De Ceukelaire W, Hutton B, et al. Health Policies and Health Care in the Context of Neoliberal Globalisation. Dans : De Ceukelaire W et Hutton B (eds) *The Struggle for Health: Medicine and the politics of underdevelopment*. Oxford, RU: Oxford University Press, 2023, pp. 154–188.
 59. Camfield D. Neoliberalism and Working-Class Resistance in British Columbia: The Hospital Employees' Union Struggle, 2002-2004. *Labour/Le Travail* 2006; 57: 9–41.
 60. Baines D. Neoliberalism and the convergence of nonprofit care work in Canada. *Compet Change* 2015; 19: 194–209. DOI: 10.1177/1024529415580258.
 61. Harvey D. *A Brief History of Neoliberalism*. New York: Oxford University Press, 2005, p. 247.
 62. Church J, Gerlock A et Smith DL. Neoliberalism and Accountability Failure in the Delivery of Services Affecting the Health of the Public. *Int J Health Serv*. 2018; 48: 641–662. DOI: 10.1177/0020731418793106.
 63. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.
 64. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000; 23: 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G).
 65. Roulston K. The pedagogy of interviewing. Dans : Gubrium JF, Holstein JA, Marvasti AB, et al. (eds) *The Sage Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2012, pp. 61–75.
 66. Braun V et Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
 67. Saldana J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Thousand Oaks: Sage, 2015.
 68. Maguire M et Delahunt B. Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *AISHE-J* 2017; 9: 3351–33514. <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>.
 69. Patton M. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: Sage, 2001.
 70. Khamisa N, Peltzer K et Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10: 2214–2240. DOI: 10.3390/ijerph10062214.
 71. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, et al. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 652–666.
 72. Lizano EL. Examining the Impact of Job Burnout on the Health and Well-Being of Human Service Workers: A Systematic Review and Synthesis. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance* 2015; 39: 167–181. DOI: 10.1080/23303131.2015.1014122.
 73. Van der Doef M et Maes S. The Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work Stress* 1999; 13: 87–114. DOI: 10.1080/026783799296084.
 74. Murthy VH. Confronting Health Worker Burnout and Well-Being. *N Engl J Med*. 2022; 387: 577–579. DOI: 10.1056/NEJMp2207252.
 75. Olfson M, Cosgrove CM, Wall MM, et al. Suicide Risks of Health Care Workers in the US. *JAMA* 2023; 330: 1161–1166. DOI: 10.1001/jama.2023.15787.
 76. Stelnicki AM, Jamshidi L, Angehrn A, et al. Suicidal Behaviors Among Nurses in Canada. *Can J Nurs Res*. 2020; 52: 226–236. DOI: 10.1177/0844562120934237.
 77. Dube S. *Le personnel invisible : comment le secteur de la santé laisse tomber sa main-d'œuvre féminine et racialisée*. Fondations communautaires du Canada, 4 novembre 2020. <https://communityfoundations.ca/fr/le-personnel-invisible-comment-le-secteur-de-la-sante-laisse-tomber-sa-main-doeuvre-feminine-et-racialisee/>.
 78. Lippel K. Conceptualising Violence at Work Through a Gender Lens: Regulation and Strategies for Prevention and Redress. Dans : *University of Oxford Human Rights Hub journal*. 2018, pp. 142–166. DOI: 10.2139/ssrn.3585399.
 79. American Psychology Association. Learned helplessness

- APA Dictionary of Psychology, 2018, <https://dictionary.apa.org/learned-helplessness> (consulté le 25 février 2024).
80. Seligman MEP. Learned helplessness. *Annu Rev Med.* 1972; 23: 407–412. DOI: 10.1146/annurev.me.23.020172.002203.
81. Coalition ontarienne de la santé. Campagne : Lutte contre la privatisation des soins de santé en Ontario, 2022, <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/campaign-fightback-against-health-care-privatization-in-ontario/> (consulté le 25 février 2024).
82. Lavoie J. Ontario health care unions call on feds to consider risks of privatization. CP24 News, 2024, <https://www.cp24.com/news/ontario-health-care-unions-call-on-feds-to-consider-risks-of-privatization-1.6246370> (consulté le 23 février 2024).
83. Business Wire. Take immediate action to implement five-point plan to staff up and keep Ontario hospitals open, unions urge province. *Financial Post* 2022. 2022, <https://www.newswire.ca/news-releases/take-immediate-action-to-implement-five-point-plan-to-staff-up-and-keep-ontario-hospitals-open-unions-urge-province-863101944.html> (consulté le 1^{er} mars 2024).
84. BC Nurses Association. Minimum nurse–patient ratios, 2023, <https://www.bcnu.org/contracts-and-bargaining/minimum-nurse-patient-ratios> (consulté le 1^{er} mars 2024).
85. DeRosa K. B.C. to become first province to set patient ratios for nurses. *Vancouver Sun*, 2023, <https://vancouversun.com/news/local-news/b-c-to-become-first-province-to-set-patient-ratios-for-nurses> (consulté le 2 mars 2024).
86. Organisation mondiale de la Santé. *La Charte de Genève pour le bien-être*. Genève : OMS, 2021.
87. Organisation mondiale de la Santé. Conférence sur les systèmes de santé organisée à l’occasion du 15^e anniversaire de la Charte de Tallinn : Confiance et transformation – des systèmes de santé résilients et durables pour l’avenir : déclaration finale, Genève : OMS, 2023.
88. Nowrouzi-Kia B, Fox MT, Sidani S, et al., The Comparison of Role Conflict Among Registered Nurses and Registered Practical Nurses Working in Acute Care Hospitals in Ontario Canada. *Can J Nurs Res.* 2022; 54: 112–120. DOI: 10.1177/08445621211014421.

Biographies des auteurs

James T. Brophy est un chercheur canadien en santé au travail et en hygiène de l’environnement. Il a entre autres publié des recherches sur le cancer du sein lié à l’activité professionnelle, la violence à l’égard du personnel de la santé et les maladies liées à l’amiante, la fabrication du plastique et l’agriculture. Il est le coauteur du livre *Code White: Sounding the Alarm on Violence Against Health Care Workers* (2022) et il est membre du comité de rédaction de *New Solutions*.

Margaret M. Keith a effectué diverses études sur la santé au travail et l’hygiène de l’environnement, dont la violence faite aux membres du personnel des soins de santé et l’utilisation des méthodes novatrices pour recueillir des données comme la schématisation. Elle a

rédigé des cours universitaires, des articles, des chapitres et des livres sur l’éducation des travailleuses et travailleurs. Elle est la coauteure du livre *Code White: Sounding the Alarm on Violence Against Health Care Workers* (2022) et elle est membre du comité de rédaction de *New Solutions*.

Michael Hurley est le président du Conseil des syndicats d’hôpitaux de l’Ontario du Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP) depuis 1990. Avec Jonah Ginden, il a contribué au livre *Epidemic of Medical Errors and Hospital-Acquired Infections: Systemic and Social Causes* rédigé par William Charney (2012).

Craig Slatin, docteur ès sciences, maîtrise en santé publique, est professeur émérite au Department of Public Health, College of Health Sciences, University of Massachusetts Lowell (UML). Il a dirigé le consortium régional sur la formation en santé et sécurité des travailleuses et travailleurs de la Nouvelle-Angleterre pendant plus de 25 ans. Son travail de recherche a traité de l’évaluation de la formation en santé et sécurité, des disparités en santé professionnelle, de la santé et de la sécurité des travailleuses et travailleurs de la santé et de l’économie politique de l’environnement de travail. Il continue d’être un membre actif de son syndicat, la Massachusetts Teachers Association. Le docteur Slatin est un rédacteur émérite de *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* (Sage Publications).