

Comité permanent de la santé de la Chambre des communes

Le Réseau canadien des personnels de santé sur le personnel de santé au Canada

5 avril 2022

Le Réseau canadien des personnels de santé (RCPS) est vivement intéressé par les délibérations actuelles du comité HUMA sur les pénuries de main-d'œuvre, les conditions de travail et l'économie des soins, notamment en ce qui a trait à leur incidence sur le personnel de santé et de soins personnels au Canada. Nous sommes un réseau pancanadien d'échange de connaissances composé de chercheurs, de décideurs et d'autres utilisateurs de connaissances, qui se consacre depuis plus d'une décennie à fournir les meilleures données probantes aux décideurs et aux responsables de l'élaboration des politiques relatives au personnel de santé.

L'importance du personnel de santé pour l'économie des soins

L'économie des soins, qui comprend la prestation de santé et soins personnels, est une composante fondamentale, mais sous-évaluée de la société canadienne¹. Au Canada, les travailleurs de la santé et des soins personnels représentent plus de 10 p. 100 de tous les emplois et plus des deux tiers de toutes les dépenses de santé, qui se sont élevées à 175 milliards de dollars en 2019, soit près de 8 p. 100 du PIB total du Canada². Conscients de ces faits, tous les ordres de gouvernement jouent un rôle important en matière d'élaboration de politiques judicieuses, de planification stratégique du personnel de santé et de gérance du système de santé. Des systèmes de santé et soins personnels dotés d'un personnel adéquat et fonctionnant bien permettent d'avoir des travailleurs en bonne santé, une productivité élevée et une économie forte qui va au-delà de la simple économie des soins.

Le personnel de santé et de soins personnels est fortement sexospécifique

Comme pour le personnel de soins en général¹, les femmes prédominent au sein du personnel de santé et de soins personnels. Les femmes représentent 82 p. 100 des travailleurs de la santé au Canada³, contre 47 p. 100 pour l'ensemble de la population active. Ce taux dépasse le taux mondial de 75 p. 100⁴. De 1997 à 2016, l'emploi dans le secteur de la santé a augmenté d'environ 69 p. 100, soit presque deux fois plus que la population active canadienne. La proportion de femmes travaillant dans ce secteur a augmenté plus rapidement que celle des hommes (72 p. 100 contre 55 p. 100)⁵.

Selon des données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en janvier 2022, la proportion de femmes et d'hommes dans les professions de la santé et des soins personnels n'est pas répartie de manière égale : les proportions sont beaucoup plus élevées chez les sages-femmes et les assistants dentaires (99 p. 100 chacun), les hygiénistes dentaires, les diététiciens et les conseillers génétiques (97 p. 100 chacun) et les infirmières réglementées (92 p. 100), mais beaucoup plus faibles chez

les dentistes (52 p. 100), les médecins (56 p. 100), les chiropraticiens (63 p. 100) et les ambulanciers (64 p. 100)⁶.

Ces professions sont également racisées

Les travailleurs de la santé et des soins personnels noirs et immigrés sont plus susceptibles de se trouver en première ligne de la pandémie, dans des emplois qui comportent un risque élevé d'exposition à l'infection et une chance infime de bénéficier de protections essentielles telles que des équipements de protection individuelle (EPI), des congés maladie payés ou des prestations de santé⁷. Il est flagrant que nous ne connaissons pas l'identité autochtone ou raciale des travailleurs de la santé, et ce, malgré le fait que nous soyons tenus d'augmenter le nombre de travailleurs de la santé autochtones⁸ en vertu de la législation fédérale sur l'équité en matière d'emploi et dans le cadre des *appels à l'action* de la Commission de vérité et réconciliation. Nous savons de manière anecdotique qu'il y a eu un nombre disproportionné de décès dus à la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé noirs et racialisés, concentrés dans le niveau le plus bas du personnel de santé, en particulier dans les soins de longue durée⁹. Nous savons également que les immigrants apportent une contribution importante au secteur de la santé et des soins au Canada, mais la sous-utilisation des compétences des immigrants est une question d'éthique et d'économie pour le Canada et pour les pays d'origine des immigrants¹⁰.

Ces faits ont une incidence sur les conditions de travail dans le secteur de la santé et des soins personnels

La nature hautement sexospécifique et racisée du travail dans le domaine de la santé a également des répercussions sur l'invisibilité de l'intimidation, du harcèlement sexuel et de la violence endémiques vécus dans le milieu de travail de la santé¹¹. Ce sujet a suscité l'intérêt des membres de la Chambre des communes dans leur rapport de 2019 intitulé *Violence subie par les travailleurs de la santé au Canada*, où ils remarquent que les travailleurs de la santé sont quatre fois plus susceptibles d'être victimes de violence au travail que toute autre profession, mais que cette violence n'est pas signalée en raison d'une culture d'acceptation¹². La violence et le harcèlement, en plus de limiter la capacité des travailleurs de la santé à effectuer leur travail, peuvent également réduire au silence leur voix dans les comités de leadership. Le rapport pré-pandémique de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, intitulé *Enough is Enough*, nous mettait en garde contre l'augmentation de la violence dans le secteur de la santé, causée par le manque de personnel, une sécurité insuffisante et l'augmentation du nombre de patients¹³. Les femmes qui exercent la profession de médecin, traditionnellement dominée par les hommes, sont également plus susceptibles de subir des incivilités, de l'intimidation et du harcèlement¹⁴.

Il n'est pas étonnant que le secteur de la santé et des soins aux personnes soit classé parmi les professions les plus stressantes^{15, 16, 17}, favorisant l'épuisement professionnel^{18, 19}, l'anxiété^{20, 21}, la dépression^{22, 23} et le trouble de stress post-traumatique^{24, 25, 26}. Ces résultats sont liés, en partie, à l'organisation du travail dans les établissements de soins de santé : horaires de travail irréguliers et inflexibles, travail par quarts et heures supplémentaires obligatoires²⁷. Ces difficultés sont également aggravées par la nature émotionnellement exigeante de ce travail : s'occuper de patients et de familles dans des moments extrêmement difficiles et stressants entraîne une usure de compassion et une détresse morale²⁸. Compte

tenu de ces facteurs croisés, les travailleurs de la santé sont une fois et demie plus susceptibles de s'absenter du travail pour cause de maladie ou d'invalidité que les travailleurs des autres secteurs de l'économie canadienne²⁹. Ces données statistiques sont antérieures à la pandémie.

La COVID-19 a eu une grande incidence sur les travailleurs de la santé et des soins personnels

Ces tendances inquiétantes n'ont fait que s'exacerber depuis le début de la pandémie de COVID-19, il y a plus de deux ans de cela. Les travailleurs de la santé de première ligne ont été confrontés à des exigences professionnelles accrues³⁰, à des environnements de travail complexes en évolution rapide et à des conditions de travail plus risquées, tout en étant aux prises avec des pénuries chroniques de personnel antérieures à la COVID-19³¹. Les données montrent que la pandémie a imposé un stress supplémentaire aux travailleurs du secteur de la santé, entraînant des niveaux élevés de détresse psychologique³², qui vont de l'anxiété et de la dépression au stress post-traumatique³³. Les travailleurs de la santé qui travaillent dans le cadre d'endémies et de pandémies sont plus à risque de souffrir de traumatisme indirect, de culpabilité du survivant, de détresse morale et d'usure de compassion, qui sont tous en corrélation directe avec l'épuisement professionnel^{34, 35}. D'autres données indiquent que les risques de contamination, l'équipement de protection individuelle approprié et la sécurité des travailleurs sont des préoccupations et des facteurs de stress courants pour les travailleurs du secteur de la santé et des soins personnels pendant la pandémie actuelle^{36, 37}.

Une enquête menée par Statistique Canada auprès de 18 000 travailleurs de la santé a révélé que 70 p. 100 d'entre eux ont signalé une détérioration de leur santé mentale au cours de la pandémie, liée à leurs conditions de travail stressantes³⁸. Ceux qui ont prodigué des soins directs aux cas suspects ou confirmés de COVID-19 ont connu une situation encore pire. Les travailleurs de la santé ont dû subir des journées prolongées, des charges de travail ingérables, l'annulation de congés annuels et une détresse morale.

Le partenariat *Healthy Professional Worker* (HPW), qui comprend plus de 4 000 enquêtes et 400 entretiens réalisés de décembre 2020 à avril 2021, a conclu que les niveaux de santé mentale, de détresse, de présentéisme et d'épuisement professionnel parmi les travailleurs de la santé étaient tous significativement plus élevés pendant qu'avant la pandémie. De même, les niveaux d'épuisement professionnel chez les médecins de l'Ontario « ont augmenté pour atteindre 72,9 p. 100 en 2021, contre 66 p. 100 en 2020 » [TRADUCTION]³⁹.

Pendant la pandémie, les travailleurs de la santé interrogés dans le cadre de nos études ont fait état de journées de travail de plus de 16 heures, de vacances annulées et de redéploiement forcé. Les travailleurs et les décideurs du secteur de la santé et des soins personnels sont épuisés professionnellement, physiquement et mentalement. L'épuisement professionnel et d'autres problèmes de santé mentale, déjà répandus avant la pandémie ont augmenté de façon spectaculaire. La pandémie a exacerbé les pénuries criantes de personnel et engendré des charges de travail excessives; c'est le résultat direct d'une planification inadéquate. Bien qu'ils prennent soin des autres, ils n'ont pas reçu le soutien et les soins dont

ils ont besoin par le biais d'une dotation adéquate et d'une politique publique favorable.

La durée de la pandémie de COVID-19 joue également un rôle important. Selon notre étude HPW, les événements traumatiques ayant des répercussions sur une personne pendant plus de six mois augmentent la longévité des répercussions⁴⁰.

Cette situation entraîne une pénurie d'effectifs sans précédent, qui nécessite la prise de mesures

De nombreux travailleurs sont déjà partis et beaucoup d'autres quitteront le système de soins de santé à la suite de la pandémie. Nous constatons déjà les répercussions de la pandémie sur la durabilité des services de soins de santé. Au quatrième trimestre de 2021, Statistique Canada a signalé que le nombre de postes vacants dans le secteur des soins de santé et des services sociaux avait augmenté de façon spectaculaire au cours de la pandémie, pour atteindre 126 000 postes vacants, soit le taux le plus élevé de tous les secteurs⁴¹. Les infirmières, qui ont fourni la plupart des soins pratiques tout au long de la pandémie, ont connu une augmentation alarmante de postes vacants d'une année sur l'autre, due en grande partie aux infirmières ayant quitté leur emploi⁴². De nombreux effectifs du secteur de la santé se trouvent dans la même situation.

Outre le mauvais traitement évident de personnes dans la population active, la pandémie de COVID-19 a été particulièrement éprouvante pour les femmes sur le terrain. En raison de valeurs patriarcales profondément enracinées, les femmes dans les économies de soins ont été les plus marginalisées. Tout au long de la pandémie, les femmes (en particulier les femmes de couleur) sur le marché du travail ont également été sous-estimées et surchargées⁷. Les coupes en santé et soins personnels touchent les travailleuses de manière disproportionnée, mais il en va de même pour les investissements.

Des problèmes structurels profondément enracinés

Bien que la pandémie de COVID-19 ait exacerbé les pénuries de main-d'œuvre au Canada, il importe de reconnaître que des problèmes structurels profondément enracinés existaient bien avant l'apparition de la pandémie. Au cours de la dernière décennie, les postes vacants et les pénuries de main-d'œuvre ont continué à prendre de l'ampleur pour deux raisons structurelles essentielles. Premièrement, des postes vacants sont apparus en raison de la disparité croissante entre la population canadienne vieillissante et les compétences requises pour l'emploi⁴³. Au fur et à mesure que le monde évolue, de nouvelles technologies et approches en matière d'emploi apparaissent fréquemment. Si ces évolutions contribuent souvent à améliorer la capacité d'une organisation à fonctionner de manière plus efficace, des problèmes se posent lorsque des personnes ne connaissent pas ces approches et n'ont pas reçu les moyens d'actualiser leurs compétences.

Un ensemble de solutions prometteuses à envisager⁴⁴

S'appuyant sur la recommandation du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes selon laquelle « le gouvernement du Canada collabore avec les provinces et les territoires pour combler les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé », nous nous faisons l'écho de cet appel pour que le gouvernement fédéral joue un rôle de chef de file en améliorant les données sur les effectifs de la santé,

en vue de prendre des décisions éclairées en matière de dotation, d'optimiser les contributions des effectifs actuels et de créer des milieux de travail sécuritaires.

Les efforts devraient se concentrer sur trois éléments clés qui amélioreront l'infrastructure des données, soutiendront la création de connaissances et éclaireront les activités décisionnelles :

- Une norme minimale de données et une collecte de données améliorée sur le personnel de santé par tous les intervenants;
- Des outils d'aide à la décision plus opportuns, plus accessibles, plus interactifs et mieux adaptés aux besoins;
- Le renforcement des capacités en matière d'analyse des données relatives au personnel de santé, de conception d'outils numériques, d'analyse des politiques et de sciences de la gestion.

La concrétisation de cette vision nécessitera le leadership du gouvernement fédéral et l'allocation de ressources afin de créer un organisme de coordination qui soutiendra la collecte de données précises, normalisées et complètes. Nous proposons deux recommandations concernant l'infrastructure des données et le renforcement des capacités en tant que priorités immédiates :

1. Le gouvernement fédéral devrait créer une initiative consacrée à l'amélioration des données normalisées sur le personnel de santé, spécialement destinée à la planification stratégique et aux outils décisionnels connexes pour la planification ciblée, par le biais d'un accord de contribution spécialement consacré à ces fins avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
2. Le gouvernement fédéral devrait investir dans un fonds ciblé administré par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) en vue de créer un investissement stratégique de formation dans la recherche sur le personnel de santé, ainsi qu'une initiative phare complémentaire pour financer des projets de recherche intégrés qui recourent les instituts scientifiques existants. Ces fonds contribueraient à répondre au besoin parallèle de renforcement de la capacité des ressources humaines en matière d'analyse du personnel de santé.

À partir de ces deux éléments de base nécessaires, mais insuffisants, une organisation nationale de coordination du personnel de santé pourrait être créée par l'une des trois options suivantes :

- 3.1. Le gouvernement fédéral pourrait créer un organisme spécialisé dont le mandat consisterait à améliorer l'infrastructure de données existante et les outils d'aide à la décision pour la planification stratégique, les politiques et la gestion dans tout le Canada.
- 3.2. Par le biais d'un accord de contribution, le gouvernement fédéral pourrait soutenir la création d'un organisme autonome sans but lucratif — un partenariat pour le personnel de santé — qui serait chargé de gérer une stratégie renouvelée et de fournir de l'information sur le marché du travail dans le domaine de la santé, de la formation et de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé, y compris un soutien au recrutement et au maintien en poste.
- 3.3. Le gouvernement fédéral pourrait soutenir la création d'un secrétariat solide, transparent et accessible pour un conseil sur le personnel de santé, aux fins d'améliorer les infrastructures de données et de prise de décision, et de soutenir la création de connaissances grâce à un financement dédié visant à éclairer les politiques et la prise de décision et à favoriser la collaboration sur des sujets d'intérêt mutuel entre les intervenants.

Des modèles de ce type d'organismes de coordination existent déjà au Canada et sont en place dans



presque tous les pays de l'OCDE auxquels le Canada se compare.

En raison de l'importance du personnel de santé pour l'économie du Canada et la relance suivant la pandémie, la mise en place de l'infrastructure nécessaire exige un investissement considérable et soutenu pendant au moins 10 ans. *Le maintien du statu quo doit être considéré comme l'option la plus coûteuse.*

En conclusion, comme nous l'avons déclaré dans un appel à l'action ouvert⁴⁵ signé par plus de 60 organisations de soins de santé et 300 experts du personnel de santé, « les travailleurs de la santé du Canada ont été là pour nous pendant toute la pandémie de COVID-19. Il est temps pour nous d'être là pour eux. Nous demandons au gouvernement du Canada d'offrir un soutien aux travailleurs de la santé en faisant immédiatement des investissements substantiels pour améliorer l'infrastructure des données dont ont besoin les provinces, les territoires et les régions, ainsi que les programmes de formation, pour mieux planifier et soutenir la main-d'œuvre du secteur de la santé ».

Qu'est-ce que le RCPS?

Fondé en 2011, le [RCPS](#) cherche à devenir la source canadienne d'information sur le personnel de santé, en la rendant accessible et précieuse pour l'amélioration de la prise de décision dans le système de santé. Voici notre vision : un processus décisionnel ouvert, transparent et fondé sur des données probantes concernant le personnel de santé, au service des travailleurs, des patients et des systèmes de santé. Nous sommes organisés par secteur – soins primaires, santé mentale, soins aux personnes âgées et maternité – et par thème – planification, équité, gouvernance, mobilité, interprofessionnalisme et environnements de travail sains. Nous accordons de l'importance à la collaboration dans le cadre de partenariats, au soutien de la prise de décision sur la base des données disponibles, à la promotion de l'équité d'accès, à la diversité des participants et à l'inclusion de perspectives différentes, à la communication efficace de connaissances de grande qualité sur le personnel de santé à un large éventail d'utilisateurs et au renforcement des capacités en matière de science du personnel de santé.

Sources citées

- ¹ Statistique Canada. Étude : Les femmes occupant un emploi rémunéré dans les professions de soins à autrui, 25 janvier 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220125/dq220125a-fra.htm>
- ² Source : Estimation à partir des données sur les dépenses nationales de santé, ICIS, 2019
- ³ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2021004-fra.htm>
- ⁴ http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf
- ⁵ <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&id=2820012>
- ⁶ <https://www.cihi.ca/fr/profil-des-dispensateurs-de-soins-de-sante-au-canada-2020>
- ⁷ Vers une nouvelle normalité : les femmes, le travail décent et l'économie des soins fracturée au Canada, Fondation canadienne des femmes, Centre canadien de politiques alternatives, Ontario Nonprofit Network, et Fay Faraday <https://fw3s926r0g42i6kes3bxg4i1-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2022/03/201022-CWF-ResettingNormal-Report2-FR-Final.pdf>
- ⁸ https://www.hhr-rhs.ca/images/Webinar_Series/Fact_Sheet_FR.pdf
- ⁹ <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2020/09/04/health-worker-deaths-from-covid-19-not-just-about-the-numbers.html>
- ¹⁰ Walton-Roberts, M. (à venir). « The ethics of recruiting foreign-trained health care workers in the Canadian context. » *Healthcare Management Forum*
- ¹¹ https://www.learningtoendabuse.ca/research/our-projects-resources/national_survey_on_harassment_and_violence_at_work_in_canada/Respect-at-Work-Report-FRENCH.pdf
- ¹² <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10589455/hesarp29/hesarp29-f.pdf>
- ¹³ https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU_Enough-is-Enough_June1_FINALlow.pdf
- ¹⁴ Tricco, A. C., Bourgeault, I., Moore, A., Grunfeld, E., Peer, N., & Straus, S. E. (2021). Advancing gender equity in medicine. *Cmaj*, 193(7), E244-E250. <https://www.cmaj.ca/content/193/7/E244.short>
- ¹⁵ Koinis A, Giannou V, Drantaki V, Angelaina S, Stratou E, Saridi M. The impact of healthcare workers job environment on their mental-emotional health. Coping strategies : the case of a local general hospital. *Health Psych Res* [Internet]. 13 avril 2015 [cité le 7 août 2021];3(1). Accessible à : <http://www.pagepressjournals.org/index.php/hpr/article/view/hpr.2015.1984>
- ¹⁶ Ahmad W, Taggart F, Shafique MS, Muzafar Y, Abidi S, Ghani N et autres. Diet, exercise and mental-wellbeing of healthcare professionals (doctors, dentists and nurses) in Pakistan. *PeerJ*. 17 septembre 2015; 3 : e1250.
- Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *IJERPH*. 27 décembre 2018; 16(1) :61.
- ¹⁷ Pezaro S, Clyne W, Turner A, Fulton EA, Gerada C. 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth*. juin 2016; 29(3) : e59–66.
- ¹⁸ Singh P, Aulak DS, Mangat SS, Aulak MS. Systematic review : factors contributing to burnout in dentistry. *OCCMED*. janvier 2016; 66(1) :27–31.
- Suleiman-Martos N, Albendín-García L, Gómez-Urquiza JL, Vargas-Román K, Ramirez-Baena L, Ortega-Campos E et autres. Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives : A Systematic Review and Meta-Analysis. *IJERPH*. 19 janvier 2020; 17(2) :641.
- ¹⁹ Stoll K, Gallagher J. A survey of burnout and intentions to leave the profession among Western Canadian midwives. *Women and Birth*. août 2019; 32(4) : e441–9.
- ²⁰ Paiva CE, Martins BP, Paiva BSR. Doctor, are you healthy? A cross-sectional investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors. *BMC Cancer*. décembre 2018; 18(1) :1044.
- Saksvik-Lehouillier I, Bjorvatn B, Hetland H, Sandal GM, Moen BE, Magerøy N, et autres. Personality factors predicting changes in shift work tolerance : A longitudinal study among nurses working rotating shifts. *Work & Stress*. avril 2012; 26(2) :143–60.

- ²¹ Chapman HR, Chipchase SY, Bretherton R. Understanding emotionally relevant situations in primary dental practice. 2. Reported effects of emotionally charged situations. *Br Dent J.* novembre 2015; 219(9) : E8–E8.
- ²² Saeedi Shahri SS, Ghashghaee A, Behzadifar M, Luigi Bragazzi N, Behzadifar M, Mousavinejad N et autres. Depression among Iranian nurses : A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Republic Iran.* 30 décembre 2017; 31(1) :860–8.
- Outhoff K. Depression in doctors : A bitter pill to swallow. *South African Family Practice.* 15 mai 2019; 61(sup1) : S11–4.
- ²³ Song K-W, Choi W-S, Jee H-J, Yuh C-S, Kim Y-K, Kim L et autres. Correlation of occupational stress with depression, anxiety, and sleep in Korean dentists : cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* décembre 2017; 17(1) :398
- ²⁴ Ben-Ezra M, Palgi Y, Walker R, Many A, Hamam-Raz Y. The impact of perinatal death on obstetrics nurses : a longitudinal and cross-sectional examination. *Journal of Perinatal Medicine [Internet].* 1^{er} janvier 2014 [cité le 7 août 2021]; 42(1). Accessible à : <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2013-0071/html>
- Cheryl Tatano Beck, Jenna LoGiudice, Robert K. Gable. Shaken Belief in the Birth Process : A Mixed-Methods Study of Secondary Traumatic Stress in Certified Nurse-Midwives ^a. *Journal of Midwifery & Women’s Health.* octobre 2015; 60(5) :637–637.
- ²⁵ Vance MC, Mash HBH, Ursano RJ, Zhao Z, Miller JT, Clarion MJD et autres. Exposure to Workplace Trauma and Posttraumatic Stress Disorder Among Intern Physicians. *JAMA Netw Open.* 8 juin 2021; 4(6) : e2112837
- ²⁶ Merlo LJ, Trejo-Lopez J, Conwell T, Rivenbark J. Patterns of substance use initiation among healthcare professionals in recovery : Substance Use Initiation. *Am J Addict.* novembre 2013; 22(6) :605–12.
- Pilgrim JL, Dorward R, Drummer OH. Drug-caused deaths in Australian medical practitioners and health-care professionals : Drug deaths in health-care professionals. *Addiction.* mars 2017; 112(3) :486–93.
- ²⁷ Ahmad W, Taggart F, Shafique MS, Muzafar Y, Abidi S, Ghani N et autres. Diet, exercise and mental-wellbeing of healthcare professionals (doctors, dentists and nurses) in Pakistan. *PeerJ.* 17 septembre 2015; 3 : e1250.
- Pezaro S, Clyne W, Turner A, Fulton EA, Gerada C. ‘Midwives Overboard!’ Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth.* juin 2016; 29(3) : e59–66.
- Deery R. The Tyranny of Time : Tensions between Relational and Clock Time in Community-Based Midwifery. *Soc Theory Health.* novembre 2008; 6(4) :342–63.
- ²⁸ Kitts J. Psychological Health and Safety in Canadian Healthcare Settings. hcq. 30 octobre 2013; 16(4) :6–9.
- ²⁹ Casselman, Nancy. Wellness metrics in action [Panel presentation]. 13 juin 2013; Toronto, Canada.
- ³⁰ Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, 323(15), 1439–1440. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Crowe, S., Howard, A., Vanderspank-Wright, B., Gillis, P., McLeod, F., Penner, C., & Haljan, G. (2021). The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic : A mixed method study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 63, 102999–. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102999>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA networkopen*, 3(3), e203976
- ³¹ Nyashanu M, Pfende F, Ekpenyong M. Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic : experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *Journal of Interprofessional Care.* 2 septembre 2020; 34(5) :655–61
- ³² Morassaei, S. et autres. A survey to explore the psychological impact of the COVID-19 pandemic on radiation therapists in Norway and Canada : A tale of two countries. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 2021, 1-11.
- ³³ Havaei F, Smith P, Oudyk J, Potter GG. The impact of the COVID-19 pandemic on mental health of nurses in British Columbia, Canada using trends analysis across three time points. *Annals of Epidemiology.* octobre 2021; 62:7–12.
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic : A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses’ Mental Health During the Covid-19 Outbreak : A Cross-Sectional Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(10), 783–787.

<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001987>

- Simms, A., Fear, N. T., & Greenberg, N. (2020). The impact of having inadequate safety equipment on mental health. *Occupational Medicine (Oxford)*, 70(4), 278-281. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqaa101>
- Stuijzand, S., Deforges, C., Sandoz, V. et autres. (2020). Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals : a rapid review. *BMC Public Health* 20, 1230(2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>
- Temsah, M. H., Al Huzaimi, A., Arabiaah, A., Alamro, N., Al-Sohime, F., Al-Eyadhy, A., Alhasan, K., Kari, J. A., Alhaboob, A., Alsalmi, A., AlMuhanna, W., Almaghlouth, I., Aljamaan, F., Halwani, R., Saddik, B., Barry, M., Al-Zamil, F., AlHadi, A. N., Al-Subaie, S., Jamal, A., ... Somily, A. M. (2021). Changes in healthcare workers' knowledge, attitudes, practices, and stress during the COVID-19 pandemic. *Medicine*, 100(18), e25825. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025825>
- Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic : A systematic review, *J Diabetes Metab Disord*. décembre 2020; 19(2) :1967–1978.
- Wilbiks JMP, Best LA, Law MA, Roach SP. Evaluating the mental health and well-being of Canadian healthcare workers during the COVID-19 outbreak. *Health Manage Forum*. juillet 2021; 34(4) :205–210.
- Wu, P. E., Styra, R. & Gold, W. L. (2020). Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *CMAJ*, 192 : doi : 10.1503/cmaj.200519
- Xing LQ, Xu ML, Sun J, Wang QX, Ge DD, Jiang MM et autres. (2020). Anxiety and depression in frontlinehealth care workers during the outbreak of Covid-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 20764020968119. <https://doi.org/10.1177/0020764020968119>, 10.1177/0020764020968119
- ³⁴ Brown, C., Peck, S., Humphreys, J., Schoenherr, L., Saks, N. T., Sumser, B., & Elia, G. (2020). COVID-19 Lessons : The Alignment of Palliative Medicine and Trauma-Informed Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e26–e30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.014>
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA : the Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133–. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- ³⁵ Mohammed, S. Strategies for preventing technologist burnout during the pandemic. *Radiologic Technology*. Mai-juin 2021, 92 : 521-523.
- ³⁶ Berkhout SG, Sheehan KA, Abbey SE. Individual- and Institutional-level Concerns of Health Care Workers in Canada During the COVID-19 Pandemic : A Qualitative Analysis. *JAMA Netw Open*. 27 juillet 2021; 4(7) : e2118425
- ³⁷ Eastgate, P., Neep, M., Steffens, T., Westerink, A. COVID-19 pandemic – considerations and challenges for the management of medical imaging departments in Queensland. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 67(4), 345-351
- ³⁸ Statistique Canada : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210202/dq210202a-fra.htm>, 2021
- ³⁹ Ontario Medical Association. Healing the Healers : System-Level Solutions to Physician Burnout [Internet]. 2021 p. 48. Accessible à : <https://www.oma.org/uploadedfiles/oma/media/pagetree/advocacy/health-policy-recommendations/burnout-paper.pdf>
- ⁴⁰ Anderson, M. L., Ziedonis, D. M., & Najavits, L. M. (2014). Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity among individuals with physical disabilities : Findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Traumatic Stress*, 27(2), 182–191.
- Blanco, C., Xu, Y., Brady, K., Pérez-Fuentes, G., Okuda, M., & Wang, S. (2013). Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults : Results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 630–638.
- ⁴¹ <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220322/dq220322a-fra.pdf>
- ⁴² https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints_Survey_Results_2022_January_EN_FINAL-1.pdf
- ⁴³ <https://www.cpacanada.ca/fr/nouvelles/articles-de-fond/2021-11-04-penurie-main-d-oeuvre>
- ⁴⁴ I. Bourgeault. [A path to improved health workforce planning, policy and management in Canada](#). École de politiques publiques de l'Université de Calgary, vol. 14:39, décembre 2021.
- ⁴⁵ <https://www.hhr-rhs.ca/fr/petition.html>