

Prendre soin des soignants

Le rôle de l'aumônier au sein d'une pratique interdisciplinaire universitaire de médecine familiale

David Price MD CCFP Rev Susan Carr Michelle Howard PhD

Prendre soin des soignants. Combien de fois avons-nous lu ou entendu cette expression utilisée en rapport avec les professionnels de la santé? Cette compassion est bien avisée, mais comment se manifeste-t-elle, spécialement à la lumière de la complexité accrue des maladies des patients, de la constitution d'équipes de professionnels de la santé toujours de plus en plus grandes et des réalités financières? Une rémunération appropriée du personnel et la création d'environnements de travail sécuritaires et encourageants représentent un bon départ, mais nous ne croyons pas que ces facteurs suffisent.

Le stress et l'épuisement professionnel reliés au milieu de travail peuvent nuire à la satisfaction des professionnels de la santé, influencer leur intention de partir, entraîner une réduction des heures de travail et même affecter la qualité des soins dispensés aux patients¹⁻³. L'organisation et la culture de l'environnement de travail dans le secteur de la santé ont des effets considérables sur le bien-être des professionnels⁴. De nombreuses organisations du monde des affaires ont commencé à offrir aux employés les services d'un aumônier pour les aider à régler leurs problèmes personnels et professionnels⁵. Le rôle des aumôniers dans le soutien aux employés travaillant dans des milieux qui composent avec des situations traumatisantes, ainsi qu'à des patients hospitalisés pour cause de maladie grave et à leur famille, est bien connu⁶. On en connaît moins à ce propos dans le contexte des soins de santé communautaires.

Il y a peu de temps, nous avons embauché une aumônière à temps partiel dans notre clinique. À ce moment-là, nous n'avions aucune idée des avantages à long terme que procurerait cette démarche. Dans le présent article, nous discutons de la présence d'un aumônier sur place dans une pratique familiale universitaire en tant qu'approche novatrice du soutien du personnel et des cliniciens. Nous avons trouvé que cette approche coûtait peu cher par rapport aux bienfaits observés, contribuait à la santé mentale générale du personnel et, en définitive, bénéficiait à l'ensemble de la clinique de soins primaires, tant aux patients qu'aux professionnels.

La pratique familiale universitaire et ses défis

Une équipe de santé familiale (un modèle interprofessionnel de prestation des soins de santé adopté en Ontario en 2005) offre des soins plus perfectionnés grâce

à une pratique de groupe, à l'inscription des patients ainsi qu'à des mécanismes d'incitation et de financement différents des modèles traditionnels de rémunération à l'acte. Depuis qu'il est devenu une équipe de santé familiale, notre centre de santé, une pratique affiliée à la McMaster University à Hamilton, en Ontario, a connu de nombreux changements, y compris dans son mode de financement, les professions et le personnel additionnels qui se sont joints à la pratique (p. ex. diététistes, infirmières praticiennes, travailleurs sociaux, conseillères en allaitement maternel, pharmaciens) et sa participation à des initiatives d'amélioration de la qualité à l'échelle de la pratique.

L'environnement de la clinique entraîne des demandes multiples auprès des professionnels de la santé. La prestation de soins exemplaires aux 14 000 patients est essentielle à la réussite de la clinique à titre de milieu d'enseignement. Des pressions sont exercées pour faire un juste équilibre entre de nombreuses tâches: prendre soin d'un agencement complexe de patients, enseigner et entreprendre des activités scientifiques. Le milieu interprofessionnel universitaire entraîne aussi l'adoption de nouveaux modèles de soins, comme l'organisation de consultations collectives pour les patients diabétiques ou qui souffrent d'anxiété. Malgré la croissance de l'équipe, les changements considérables à l'environnement et les exigences accrues en matière d'innovation et d'évolution, le roulement de personnel a été remarquablement faible dans notre clinique (sur une période de 10 ans, 1 médecin a donné sa démission parce qu'il déménageait pour des raisons familiales et aucun membre du personnel administratif n'a quitté). Cette situation contraste avec celle vécue aux États-Unis, selon une étude réalisée en 2004 sur le roulement du personnel des médecins de famille et des pratiques collectives, qui se situait entre 3 et 10 % par année environ⁷. Le risque d'épuisement professionnel est aussi un problème inquiétant au Canada. Dans la population générale des médecins canadiens, 64 % ont signalé que leur charge de travail était trop lourde et 48 % ont indiqué que cette dernière avait augmenté au cours de l'année précédente⁸.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2013;59:1153-55

This article is also in English on page 1145.

Le rôle de l'aumônier

Un aumônier est une personne reconnue dans sa propre foi qui a suivi une formation dans la prestation de soins spirituels, que ce soit des soins de pastorale ou du counseling. Notre aumônière à la clinique détient aussi une certification spécialisée (CS) de l'Association canadienne de soins spirituels et a suivi une formation en milieu hospitalier pour dispenser des soins spirituels aux patients, aux familles et aux membres du personnel. Elle offre du soutien aux 50 employés à temps plein et à quelque 37 résidents et apprenants en médecine familiale, et elle donne des conseils et de l'appui aux patients.

Nous avons d'abord instauré le rôle d'aumônier dans notre clinique à titre expérimental. L'aumônière offrait des soins spirituels à 2 cliniques de soins primaires à raison de 1 journée par semaine dans chaque clinique. Le financement du projet pilote épuisé, nous avons effectué une évaluation informelle des besoins, et les membres du personnel de 1 clinique ont convenu à l'unanimité de continuer à employer l'aumônière une demi-journée par semaine (situation qui dure depuis 2003). Les fonctions de l'aumônière sont financées pour offrir des soins à la fois aux patients (à la discrétion du clinicien) et aux membres du personnel pour des problèmes d'ordre personnel ou reliés à des patients. Il en coûte l'équivalent du salaire d'un travailleur social.

L'établissement de relations personnelles positives avec les collègues est l'une des solutions pour éviter le roulement des employés⁹. Brown et ses collègues¹⁰ ont aussi fait valoir l'importance de partager les événements difficiles de la vie avec ses collègues pour soutenir la viabilité d'une équipe de soins de santé. Dans notre clinique, la relation de l'aumônière avec de nombreux membres du personnel s'est élargie au-delà du milieu de travail et des employés l'ont accueillie dans leur vie personnelle en l'invitant à célébrer des mariages et des baptêmes et à présider des services commémoratifs et des funérailles. Révérende Susan Carr décrit son implication auprès des membres du personnel de la clinique en ces mots:

Lorsque je suis arrivée à la clinique, j'étais une étrangère qui offrait des services que personne ne comprenait vraiment. Ma première tâche était de faire connaissance avec les gens, de me faire transparente, authentique et aucunement menaçante. Les membres du personnel étaient accueillants, mais sur leur garde. J'ai pu me rendre utile auprès de quelques patients qu'on m'a référés, ce qui a semblé briser la glace avec les cliniciens. Peu à peu, le personnel m'a considérée comme une personne avec qui venir jaser. J'ai participé à des groupes didacticiels, parlé aux gens des difficultés que posent les problèmes familiaux, de la tristesse entourant la situation des patients, des frustrations de la vie en général et du travail en particulier. Les gens me parlent de questions spirituelles,

de la foi et de ses défis et de la façon dont ils pourraient en venir à croire. Parfois, nous ne parlons que des Maple Leafs de Toronto. Tout cela fait partie du counseling pour la détresse. J'ai célébré le mariage d'employés, présidé le service funéraire de leurs êtres chers et béni leurs nouveau-nés. Je célèbre un service annuel en mémoire des patients qui sont décédés durant l'année précédente. Les membres du personnel me parlent de leurs enfants et de leurs excursions de magasinage, et ce sont ces conversations qui rendent possibles celles qui sont plus difficiles. Je suis à la clinique depuis assez longtemps pour que nous ayons vécu ensemble une histoire. Je suis un rappel que la guérison de l'âme est la plus ancienne forme des soins de santé. Peut-être ne pouvons-nous pas apporter véritablement la guérison sans elle.

L'aumônière s'est révélée une précieuse source de soutien auprès d'au moins 2 employés dont les partenaires étaient aux prises avec une maladie en phase terminale. La clinique est devenue pour eux un refuge à l'extérieur de leur foyer et c'est en partie ce qui explique pourquoi ils sont revenus si rapidement après la perte de leurs êtres chers. Le récent décès après une courte maladie de l'un des médecins membres du personnel a mis davantage en évidence le rôle critique que joue l'aumônière pour le maintien de la santé de l'équipe.

Le rôle d'un aumônier chevauche en quelque sorte les fonctions d'un travailleur social; par contre, les aumôniers ont une formation additionnelle dans des domaines comme les dépendances, la violence, les différences de convictions religieuses au sein d'une même famille et les questions entourant la fin de vie. L'aumônier exerce un rôle unique dans les soins spirituels, rôle dont ne s'acquittent pas les psychologues ou les travailleurs sociaux dans une clinique ou le clergé dans une communauté. Notre aumônière de la clinique adopte une approche non confessionnelle, abordant les questions spirituelles de manière spécifique, et sa présence constante facilite la confiance et les relations. Les employés peuvent hésiter à avoir recours aux programmes d'aide à leur intention, peut-être en raison du stigmatisation rattaché à la demande de counseling¹¹. De plus, seulement une minorité de Canadiens assistent régulièrement aux cérémonies religieuses¹²; par contre, la plupart des Canadiens s'adonnent à des activités religieuses, comme prier dans l'intimité¹³.

Les aumôniers peuvent aussi voir des patients qui sont aussi des pasteurs et qui désirent avoir une perspective spirituelle de leurs soins. Même si elle ne voit pas toujours des patients sur une base hebdomadaire pour discuter, elle reçoit généralement la visite de patients quelques fois par mois.

Pour corroborer nos impressions de la réussite des fonctions d'un aumônier au sein de notre clinique, nous

avons administré en 2010 un sondage anonyme aux employés et aux apprenants (environ 80 participants étaient admissibles) concernant le recours aux services d'un aumônier et nous avons reçu 50 réponses. La presque totalité des répondants (91,5 %) savaient que des services d'aumônier étaient accessibles et 31,9 % ont dit avoir rencontré l'aumônier pour des raisons personnelles au cours de l'année précédente. Parmi les 31,9 %, 80,0 % d'entre eux l'avaient rencontrée plus d'une fois. Tous les participants ont signalé que leur interaction avait été un peu (6,7 %) ou très (93,3 %) utile. Au nombre des sujets discutés avec l'aumônier figuraient des inquiétudes familiales et conjugales, le stress au travail, les choix de carrière et, en particulier, le deuil et la détresse, ainsi que la quête d'un sens aux événements de la vie.

Conclusion

Nous croyons que le recours à un aumônier qui s'occupe des besoins émotionnels et spirituels dans un milieu de travail du domaine de la santé est une bonne décision d'affaires. Une étude canadienne a fait valoir que 20 % des employés demandaient une aide professionnelle pour des problèmes émotionnels ou psychologiques¹⁴. Il se pourrait que l'accessibilité de l'aumônier et sa présence continue aient aidé les employés à se sentir à l'aise d'entamer des conversations avec elle avant qu'un problème bénin s'envenime. Le coût d'avoir un aumônier sur place pendant une demi-journée par semaine est modeste et valable si cette présence contribue à développer une culture du souci d'autrui qui maintient en poste les employés, parce qu'on estime que le roulement de personnel peut coûter à une organisation jusqu'à un an de salaire¹⁵. Même si nous ne pouvons pas conclure avec certitude dans quelle mesure ce rôle à lui seul est responsable du fort degré de rétention et de motivation, il semble probable, étant donné les ouvrages sur la prévalence et les effets du stress en milieu de travail, de l'épuisement professionnel et des problèmes émotionnels personnels, que la présence d'un aumônier sur place est bénéfique au bien-être constant des professionnels de la santé et au travail qu'ils font.



D^r Price est professeur et directeur au Département de médecine familiale de la McMaster University à Hamilton, en Ontario. **Révérende Carr** est professeure adjointe et **M^{me} Howard** est professeure adjointe, toutes 2 au Département de médecine familiale de la McMaster University.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Michelle Howard, McMaster University, McMaster Innovation Park, Suite 201A, 175 Longwood Rd S, Hamilton, ON L8P 0A1; téléphone 905 525-9140; télécopieur 905 527-4440; e-mail mhoward@mcmaster.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Leiter MP, Harvie PL. Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42(2):90-101.
2. Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002;288(12):1447-50.
3. Leiter MP, Frank E, Matheson TJ. Demands, values, and burnout. Relevance for physicians. *Can Fam Physician* 2009;55:1224-5.e1-6. Accessible à: www.cfp.ca/content/55/12/1224.full.pdf.html. Accédé le 24 septembre 2013.
4. Suchman AL. The influence of health care organizations on well-being. *West J Med* 2001;174(1):43-7.
5. Meyer J, Davis E. Workplace chaplains: filling a need traditional EAPs can't meet. *Benefits Q* 2002;18(3):22-6.
6. Puchalski CM, Lunsford B, Harris MH, Miller RT. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: a collaborative model. *Cancer J* 2006;12(5):398-416.
7. Misra-Hebert AD, Kay R, Stoller JK. A review of physician turnover: rates, causes, and consequences. *Am J Med Qual* 2004;19(2):56-66.
8. Myers M, rédacteur. *CMA guide to physician health and well-being. Facts, advice and resources for Canadian doctors*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2003.
9. Masselink LE, Lee SY, Konrad TR. Workplace relational factors and physicians' intention to withdraw from practice. *Health Care Manage Rev* 2008;33(2):178-87.
10. Brown JB, Lewis L, Ellis K, Beckhoff C, Stewart M, Freeman T et coll. Sustaining primary health care teams: what is needed? *J Interprof Care* 2010;24(4):463-5.
11. Nimon K, Philibert N, Allen J. Corporate chaplaincy programs: an exploratory study relates corporate chaplain activities to employee assistance programs. *J Manage Spiritual Relig* 2008;5(3):231-63.
12. Statistique Canada [site web]. *Overview: Canada still predominantly Roman Catholic and Protestant*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2012. Accessible à: www12.statcan.ca/english/census01/products/analytic/companion/rel/canada.cfm. Accédé le 3 février 2012.
13. Statistique Canada [site web]. *Study: who's religious?* Ottawa, ON: Statistique Canada; 2006. Accessible à: www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060502/dq060502a-eng.htm. Accédé le 3 février 2012.
14. Caverley N, Barton Cunningham J, MacGregor JN. Sick leave presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *J Manage Stud* 2007;44(2):304-19.
15. Canada Human Resources Centre [site web]. *The high cost of turnover*. Ottawa, ON: Canada Human Resources Centre; 2012. Accessible à: www.canadahrcentre.com/solutions/calculating-cost/high-cost-of-turnover/. Accédé le 30 avril 2012.