

Recherche quantitative originale

Détresse morale et conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives chez les thérapeutes respiratoires canadiens ayant envisagé de quitter leur poste clinique pendant la pandémie de COVID-19

Andrea M. D'Alessandro-Lowe, M. Sc. (1); Kimberly Ritchie, IA, Ph. D. (1,2); Andrea Brown, Ph. D. (1); Bethany Easterbrook, M. Sc. (1); Yuanxin Xue, M. Sc. (1,3); Mina Pichtikova, B. Sc (1,3); Max Altman, B. Sc. A (1); Isaac Beech, B. Sc. (1,2); Heather Millman, M.A. (1); Fatima Foster, TRA (4); Kelly Hassall, TRA (4); Yarden Levy, M.A. (1); David L. Streiner, Ph. D., psychologie clinique (1,3); Fardous Hosseiny, M. Sc. (5,6); Sara Rodrigues, Ph. D. (5,6); Alexandra Heber, M.D. (1,7); Charlene O'Connor, M.A., M. Sc. (8); Hugo Schielke, Ph. D. (8); Ann Malain, Ph. D., psychologie clinique (8); Randi E. McCabe, Ph. D., psychologie clinique (1,4); Ruth A. Lanius, M.D., Ph. D. (2,9,10); Margaret C. McKinnon, Ph. D, C psychologie clinique (1,2,4)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les thérapeutes respiratoires ont été confrontés à des situations moralement difficiles tout au long de la pandémie de COVID-19, en particulier le fait d'avoir peu de ressources pour effectuer leur travail ou encore la participation à des appels vidéo avec les familles de patients mourants. La détresse morale (c'est-à-dire la détresse psychologique résultant de l'interdiction de suivre un plan d'action reconnu et approprié d'un point de vue éthique) est associée à une foule de conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives (dépression, anxiété, symptômes du trouble de stress post-traumatique [TSPT], déficience fonctionnelle, etc.) et au fait d'envisager de quitter son poste. L'objectif de cette étude était de comprendre l'effet de la détresse morale et de ses conséquences psychologiques et fonctionnelles sur le fait que des thérapeutes respiratoires canadiens aient envisagé de quitter leur poste clinique pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Des thérapeutes respiratoires canadiens (N = 213) ont répondu à un sondage en ligne entre février et juin 2021. Des caractéristiques individuelles de base (âge, sexe/genre, etc.) ont été recueillies, ainsi que des mesures psychométriques validées de la détresse morale, de la dépression, de l'anxiété, du stress, du TSPT, de la dissociation, de la déficience fonctionnelle, de la résilience et des expériences négatives vécues durant l'enfance.

Résultats. Un thérapeute respiratoire sur quatre a déclaré envisager de quitter son poste en raison d'une détresse morale. Ceux qui envisageaient de le faire ont fait état de niveaux élevés de détresse morale et de conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives comparativement aux thérapeutes respiratoires qui n'envisageaient pas de

Suite du résumé à la page suivante

Points saillants

- Environ 25 % des thérapeutes respiratoires ayant participé à notre étude envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale au printemps 2021.
- Comparativement aux thérapeutes respiratoires qui n'envisageaient pas de quitter leur poste, ceux qui envisageaient de le faire affichaient des niveaux élevés de détresse morale, de déficience fonctionnelle et de conséquences psychologiques négatives.
- Le fait d'avoir envisagé auparavant de quitter un poste en raison d'une détresse morale, le fait d'avoir effectivement quitté un poste antérieur pour cette raison, la détresse morale liée au système et les symptômes de TSPT augmentaient considérablement la probabilité qu'une personne envisage de quitter son poste. Toutefois, la contribution de la détresse morale liée au système et celle des symptômes de TSPT étaient faibles.
- Des enjeux organisationnels plus vastes pourraient aussi inciter les thérapeutes respiratoires canadiens à envisager de quitter leur poste, et cette influence devrait faire l'objet de recherches.

Rattachement des auteurs :

1. Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
2. Homewood Research Institute, Guelph (Ontario), Canada
3. Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
4. St. Joseph's Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario), Canada
5. Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, Ottawa (Ontario), Canada
6. Institut de recherche en santé mentale du Royal, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
7. Anciens Combattants Canada, Ottawa (Ontario), Canada
8. Centre de santé Homewood, Guelph (Ontario), Canada
9. Université Western Ontario, London (Ontario), Canada
10. Institut de recherche en santé Lawson, London (Ontario), Canada

Correspondance : Margaret C. McKinnon, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster, 100 West 5th St., Hamilton (Ontario) L8N 3K7; tél. : 905-522-1155, poste 36645; courriel : mckinno@mcmaster.ca

quitter leur poste. Plus de la moitié (54,5 %) de ceux qui envisageaient de quitter leur poste ont obtenu un score supérieur au seuil indiquant un diagnostic potentiel de TSPT. Le fait d'avoir déjà envisagé de quitter un poste auparavant en raison d'une détresse morale et le fait d'avoir effectivement quitté un poste antérieur augmentaient significativement la probabilité d'envisager de quitter son poste, tout comme la détresse morale liée au système et les symptômes de TSPT, mais la contribution de ces derniers facteurs était faible.

Conclusion. Les thérapeutes respiratoires canadiens qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale ont signalé des niveaux élevés de détresse et de conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives. Il semble néanmoins peu probable que ces facteurs individuels soient les principaux facteurs pour lesquels ils envisageaient de quitter leur poste, car les effets en étaient faibles. D'autres recherches sont nécessaires pour cerner les facteurs organisationnels plus vastes susceptibles d'inciter les thérapeutes respiratoires canadiens à vouloir quitter leur poste.

Mots-clés : *thérapeutes respiratoires, COVID-19, roulement, santé mentale, TSPT, soins de santé, détresse morale*

Introduction

Les thérapeutes respiratoires, aussi appelés inhalothérapeutes, sont des professionnels de la santé spécialisés en santé cardiopulmonaire (cœur et poumons)¹. Comme ils s'occupent de patients de tous âges dans divers milieux (soins à domicile, cliniques communautaires, cliniques externes, services d'urgence, salles d'opération et unités de soins intensifs)¹, les thérapeutes respiratoires ont joué un rôle de première ligne essentiel pendant la pandémie de COVID-19^{2,3}. Ils ont œuvré au chevet des patients atteints de COVID-19, contribuant à la réadaptation respiratoire et à la physiothérapie (p. ex. positionner les patients en détresse respiratoire en décubitus ventral), répondant aux besoins physiques et émotionnels de ces patients et les guidant dans leur rétablissement lorsqu'un congé de l'hôpital semblait possible².

Comme d'autres professionnels de la santé, les thérapeutes respiratoires ont dû accomplir leur travail avec des ressources limitées, surtout au début de la pandémie, tout en étant confrontés à des événements moralement difficiles, comme la participation à des appels vidéo entre les patients mourants et leur famille^{2,4,5}. La détresse morale est définie comme la détresse psychologique qui peut se produire lorsqu'un professionnel de la santé se voit empêché d'agir conformément à la ligne de conduite éthique qu'il sait être appropriée pour une situation donnée^{6,7}. Elle est associée à une gamme de conséquences négatives (en particulier épuisement professionnel, dépression, anxiété, symptômes de TSPT, déficience fonctionnelle) et au fait d'envisager de quitter son poste

ou sa profession^{4,5,8,9}. Bien que l'on commence à mieux cerner les effets psychologiques et fonctionnels qu'a eus la pandémie sur les thérapeutes respiratoires^{3,10,11}, et malgré les préoccupations croissantes que suscitent les taux d'attrition des professionnels de la santé à l'échelle mondiale^{12,15}, on sait peu de choses sur la façon dont la détresse morale et ses conséquences ont pu inciter les thérapeutes respiratoires canadiens à envisager de quitter leur poste pendant la pandémie. L'objectif de cette étude était donc d'analyser l'effet de types spécifiques de détresse morale et de leurs conséquences psychologiques et fonctionnelles sur le fait que les thérapeutes respiratoires envisageaient de quitter leur poste clinique en raison d'une détresse morale pendant la pandémie de COVID-19.

Détresse morale et roulement de personnel pendant la pandémie de COVID-19

La détresse morale peut avoir diverses causes fondamentales, liées au patient (comme la réalisation de traitements futiles à la demande de la famille), à l'unité ou à l'équipe (mauvaise communication, intimidation, etc.) et au système (manque de personnel, manque de ressources adéquates, etc.)⁶. Alors qu'au niveau individuel la détresse morale est associée à la dépression, à l'anxiété, à la diminution de la spontanéité affective, au détachement émotionnel, à un sentiment de culpabilité, au chagrin et au désespoir, au niveau organisationnel, elle est liée à des pénuries de personnel, à une culture organisationnelle défavorable et au fait que des professionnels de la santé quittent leur poste ou leur profession¹⁶⁻¹⁸ (voir Burston et Tuckett¹⁷ pour une revue

complète des conséquences de la détresse morale). De plus, ses effets peuvent augmenter au fil du temps, lorsqu'une détresse morale non résolue dans le passé (dite « résiduelle ») s'ajoute à celle vécue, exposant ainsi les personnes et les organisations à des répercussions négatives croissantes⁷.

Les professionnels de la santé risquent fort de vivre de la détresse morale et d'en subir ses conséquences lors d'une période de stress extrême, comme une pandémie. Une multitude de situations peuvent les empêcher d'agir conformément à leurs valeurs^{4,5,8,9,19,20}. Ainsi, au début de la pandémie, Norman et ses collaborateurs⁵ ont constaté que chez les professionnels de la santé de première ligne de la ville de New York, la détresse morale liée à la COVID-19 découlait de préoccupations relatives à la famille, à une infection personnelle et au travail, et qu'elle était suivie de symptômes de TSPT, d'épuisement professionnel, de déficience fonctionnelle et de difficultés interpersonnelles en milieu de travail.

Dans le cadre d'une enquête sur la détresse morale auprès de plus de 7000 professionnels de la santé australiens entre août et octobre 2020, Smallwood et ses collaborateurs⁴ ont constaté que la rareté des ressources, les nouvelles politiques sur l'équipement de protection individuelle qui limitaient la capacité de prendre soin des patients, l'exclusion des membres de la famille des patients et la crainte de faire faux bond à leurs collègues en cas d'infection constituaient des circonstances moralement difficiles pour les professionnels de la santé. Petrișor et ses collaborateurs⁸ ont constaté qu'une plus forte détresse morale autodéclarée était associée à un nombre plus élevé de signalements de symptômes de dépression et d'anxiété chez le personnel infirmier des unités de soins intensifs. De plus, les sources de détresse morale liées au système (comme se sentir incapable de fournir des soins adéquats en raison de pénuries de personnel et de ressources) ont été plus largement signalées par les membres du personnel infirmier en soins intensifs qui envisageaient de quitter leur poste que par leurs collègues qui comptaient conserver leur poste⁸. Dans une étude connexe menée en juillet et août 2020 auprès d'un échantillon de 129 infirmières et infirmiers autorisés, les cas de détresse morale liée à la qualité des soins aux patients, à la sécurité des soins et aux problèmes en milieu

de travail permettaient de prévoir l'intention de démissionner²¹.

Falatah²² a noté que les prédictors du roulement du personnel infirmier avant la pandémie correspondaient à des variables sociodémographiques (âge, sexe, état matrimonial, nationalité, etc.), mais que pendant la pandémie, ces prédictors comptaient également les soins aux patients atteints de COVID-19, le travail dans les unités consacrées à la COVID-19, la peur de contracter la maladie, le stress et l'anxiété. Parmi les autres prédictors à envisager dans l'intention de quitter un poste en soins de santé, mentionnons l'adversité pendant l'enfance et la dissociation : l'adversité pendant l'enfance a été associée à des difficultés mentales et physiques à l'âge adulte^{23,24} et les personnes qui signalent une détresse morale sont susceptibles de signaler également une dissonance ou un détachement émotionnels¹⁷. De plus, si la résilience (la capacité de rebondir face au stress) peut protéger les professionnels de la santé contre la détresse morale^{25,26}, au moins une étude a révélé qu'elle est insuffisante pour contrer la détresse morale chez les professionnels de la santé²⁷.

Objectif et hypothèses de notre étude

La littérature sur la détresse morale vécue par les professionnels de la santé avant et pendant la pandémie de COVID-19 porte majoritairement sur le personnel infirmier^{8,21,28-30}. Or les thérapeutes respiratoires sont eux aussi des fournisseurs de soins directs qui sont exposés à des enjeux moraux et à des événements traumatisants, en particulier la réalisation et l'observation de soins jugés futiles ou la responsabilité du retrait de la ventilation mécanique dont dépend la vie des patients^{31,32}. Compte tenu des répercussions qu'a eues la prestation de soins pendant la pandémie sur les professionnels de la santé et des préoccupations croissantes concernant les taux d'attrition en santé¹²⁻¹⁵, il est urgent de comprendre la mesure dans laquelle la détresse morale et ses conséquences incitent les thérapeutes respiratoires à vouloir quitter leur poste. Dans ce contexte, l'objectif de notre étude était de caractériser l'effet de types spécifiques de détresse morale et de leurs conséquences psychologiques et fonctionnelles sur le fait que des thérapeutes respiratoires envisageaient de quitter leur poste clinique en raison d'une détresse morale pendant la pandémie de COVID-19. Nous avons émis l'hypothèse que les thérapeutes

respiratoires qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale signaleraient des niveaux plus élevés de détresse morale, des conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives et une plus grande exposition à des événements négatifs pendant l'enfance, mais des niveaux plus faibles de résilience comparativement aux thérapeutes respiratoires qui n'envisageaient pas de quitter leur poste en raison d'une détresse morale. Nous avons émis l'hypothèse supplémentaire que la détresse morale, des conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives et des événements négatifs pendant l'enfance seraient significativement associés à une probabilité plus élevée d'envisager de quitter un poste en raison d'une détresse morale, alors que la résilience serait significativement associée à une probabilité plus faible d'envisager de quitter un poste en raison d'une détresse morale.

Méthodologie

Approbation éthique

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une enquête plus vaste sur les expériences des professionnels de la santé canadiens pendant la pandémie de COVID-19, laquelle a été approuvée par le Hamilton Integrated Research Ethics Board (n° 12667).

Procédure

Des thérapeutes respiratoires canadiens ont été recrutés pour participer à un sondage en ligne par l'entremise des médias sociaux, de courriels de la Société canadienne des thérapeutes respiratoires (représentant plus de 4000 thérapeutes respiratoires) et de certains hôpitaux du Canada. Les participants devaient avoir contribué aux soins aux patients au Canada pendant la pandémie. Les thérapeutes respiratoires ont eu accès au sondage au moyen du logiciel d'acquisition électronique de données de recherche REDCap (Research Electronic Data Capture)^{33,34} entre février et juin 2021.

Mesures

Données sociodémographiques

Le sondage comprenait un formulaire de données sociodémographiques rassemblant des données de base (âge, sexe, genre, province ou territoire de résidence actuelle) et des renseignements professionnels

(nombre total d'années d'exercice, caractéristiques de l'emploi, etc.).

Mesure de la détresse morale chez les professionnels de la santé

L'échelle MMD-HP (Measure of Moral Distress — Healthcare Professional [mesure de la détresse morale chez les professionnels de la santé]) a été utilisée pour évaluer la détresse morale⁶. Il s'agit d'une mesure à 27 éléments fondée sur l'autodéclaration, qui tient compte à la fois de la fréquence subjective des événements et de la détresse qui y est associée. Les participants ont évalué leur degré d'accord avec les 27 énoncés sur deux échelles à cinq points évaluant 1) la fréquence d'exposition à un événement et 2) le niveau de détresse associé à l'événement, où 0 correspondait à « jamais/aucun » et 4 à « très fréquemment/très difficile ». Les scores totaux ont été calculés en additionnant le produit des résultats correspondant à la fréquence et à la détresse pour chaque élément. Des scores élevés indiquent une exposition accrue à l'événement et des niveaux élevés de détresse morale (α de Cronbach = 0,96).

La structure à quatre facteurs d'Epstein et de ses collaborateurs⁶, comprenant deux niveaux de sources de détresse morale liées à l'équipe, a été réduite à trois catégories (patient, équipe et système), par souci de parcimonie, conformément à la conception de Petrișor et ses collaborateurs⁸. Ainsi, les sous-échelles suivantes ont été prises en compte dans nos analyses : les facteurs de stress liés au patient (comme « continuer d'offrir un traitement intensif à une personne qui est très susceptible de mourir malgré ce traitement, lorsque personne ne décide d'y mettre fin »); les facteurs de stress liés à l'équipe (comme « [travailler] avec des membres de l'équipe qui ne traitent pas les membres vulnérables ou stigmatisés avec dignité et respect ») et les facteurs de stress liés au système (comme « [être] incapable de fournir des soins optimaux en raison des pressions exercées par les administrateurs pour réduire les coûts »)^{6,8}. On a interrogé les participants sur leur désir de quitter leur poste clinique en raison d'une détresse morale, tant dans le passé qu'au moment de l'enquête⁶. Les réponses possibles à la question « Avez-vous déjà quitté ou envisagé de quitter un poste clinique en raison d'une détresse morale? » étaient i) « Non, je n'ai jamais quitté ou envisagé de quitter un poste », ii) « Oui, j'ai envisagé de quitter un poste mais ne l'ai pas fait » et iii) « Oui, j'ai quitté un

poste », conformément à l'échelle MMD-HP⁶. Les réponses possibles à la question « Envisagez-vous actuellement de quitter votre poste en raison d'une détresse morale? » étaient i) « Oui » et ii) « Non », conformément à l'échelle MMD-HP⁶.

Échelle de dépression, d'anxiété et de stress 21

L'Échelle de dépression, d'anxiété et de stress 21 (EDAS-21)³⁵ a été utilisée pour évaluer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress. Les participants ont évalué 21 éléments sur une échelle de 0 (« ne s'applique pas du tout à moi ») à 3 (« s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps ») en se rapportant à la semaine écoulée. L'EDAS-21 fournit des scores mutuellement exclusifs pour la dépression, l'anxiété et le stress³⁵ (α de Cronbach = 0,93).

Liste de vérification du stress post-traumatique PCL-5

La liste de vérification PCL-5 (Posttraumatic Stress Checklist 5)³⁶ a été utilisée pour mesurer la présence et la gravité des symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les participants ont utilisé une échelle à cinq points allant de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement ») pour évaluer leur degré d'accord, pour le dernier mois, avec 20 énoncés évaluant les symptômes de TSPT qui figurent dans le DSM-5³⁷ (α de Cronbach = 0,94).

Inventaire de la dissociation à échelles multiples

L'inventaire de la dissociation à échelles multiples (Multiscale Dissociation Inventory [MDI])³⁸ a servi à mesurer les caractéristiques de la dissociation. Plus précisément, seules les sous-échelles MDI de désengagement et de diminution de la spontanéité affective ont été utilisées dans notre étude, compte tenu de la relation supposée de ces sous-échelles avec le fait que des thérapeutes respiratoires envisagent de quitter leur poste¹⁷. Le MDI est une mesure autodéclarée à 30 éléments qui produit six échelles de symptomatologie dissociative, soit le désengagement, la dépersonnalisation, la déréalisation, la diminution de la spontanéité affective, les troubles de la mémoire et le trouble dissociatif de l'identité. Les participants ont évalué leur degré d'accord, pour le dernier mois, avec 30 éléments sur une échelle à cinq points allant de 1 (« jamais ») à 5 (« très souvent ») [α de Cronbach = 0,95].

World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

La version à 12 éléments de l'instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 [WHODAS])³⁹ a été utilisée pour mesurer la déficience fonctionnelle. Le WHODAS porte sur les incapacités liées à la santé dans six domaines de fonctionnement : cognition, mobilité, soins personnels, relations avec autrui, activités quotidiennes et participation sociale. Les participants ont évalué leur degré d'incapacité ressentie au cours du dernier mois pour les 12 énoncés en utilisant une échelle allant de 0 (« aucune ») à 4 (« extrême ou impossible à faire »). La notation simple du WHODAS a été utilisée pour notre étude³⁹ (α de Cronbach = 0,88).

Brief Resilience Scale

L'échelle brève de résilience (Brief Resilience Scale [BRS]) a été utilisée pour évaluer la résilience (soit la capacité d'une personne à « rebondir » face à des événements stressants)⁴⁰. Les participants ont évalué leur degré d'accord avec six éléments liés à la résilience sur une échelle à 5 points allant de 1 (« fortement en désaccord ») à 5 (« fortement d'accord »), les scores élevés indiquant un degré de résilience élevé (α de Cronbach = 0,90).

Échelle des expériences négatives vécues durant l'enfance

L'échelle des expériences négatives vécues durant l'enfance (Adverse Childhood Experiences Scale [ACES]) a été utilisée pour évaluer l'exposition à l'adversité durant l'enfance⁴¹. L'ACES est une échelle d'autodéclaration à 10 éléments qui évalue l'exposition à des événements négatifs courants de la vie, soit la violence physique, sexuelle ou émotionnelle; la négligence; la violence familiale; la séparation ou le divorce des parents; la toxicomanie au sein du ménage ou encore le fait qu'un membre de la famille ait été atteint d'une maladie mentale ou ait été incarcéré. Les participants ont indiqué s'ils avaient vécu ou non ces types d'événements pendant l'enfance (oui = 1, non = 0). Des scores élevés correspondent à une plus grande exposition à l'adversité pendant l'enfance⁴¹ (α de Cronbach = 0,75).

Préparation des données

Trois cent quatre (N = 304) réponses au sondage ont été reçues entre février et

juin 2021. Après suppression des réponses incomplètes, 213 thérapeutes respiratoires ont été inclus dans l'ensemble final de données étudié dans cet article. Les données manquantes ont été traitées au moyen d'une imputation multiple⁴² avec la version 27.0 du logiciel Statistical Product and Service Solutions (SPSS)⁴³. Seuls les éléments qui contribuaient au score total d'une échelle ont été imputés : les données sociodémographiques et les réponses oui/non (par exemple à une question comme « Envisagez-vous de quitter un poste clinique en raison d'une détresse morale? ») n'ont pas été imputées.

Analyse des données

Les statistiques descriptives ont été étudiées pour caractériser l'échantillon, puis nous avons comparé les données des personnes qui envisageaient de quitter leur poste clinique en raison d'une détresse morale et les autres au moyen d'une série de tests du chi carré ou de tests exacts de Fisher. Nous avons effectué une série de tests *t* pour échantillons indépendants (avec corrections de Holm-Bonferroni et *d* de Cohen pour l'ampleur de l'effet) afin de comparer les mesures psychologiques et fonctionnelles de ceux qui envisageaient de quitter leur poste et de ceux qui n'envisageaient pas de le faire. Pour évaluer la relation entre la détresse morale et les variables théoriquement pertinentes (dépression, anxiété, stress, TSPT, dissociation, résilience, déficience fonctionnelle), nous avons établi des corrélations bivariées avec le score total MMD-HP. En dernier lieu, nous avons élaboré un modèle de régression logistique binaire pour identifier les associations entre la détresse morale, les variables théoriquement pertinentes et le fait d'envisager de quitter son poste en raison d'une détresse morale.

Résultats

Échantillon

Deux cent treize (N = 213) participants ont été inclus dans l'analyse, dont 25,8 % (n = 55) ont déclaré qu'ils envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale. Sur l'ensemble de l'échantillon, 42,3 % (n = 90) ont déclaré qu'ils avaient envisagé de quitter leur poste en raison d'une détresse morale par le passé, mais qu'ils ne l'avaient pas fait, tandis que 13,1 % (n = 28) ont déclaré avoir envisagé de quitter leur poste par le passé en raison d'une détresse morale puis l'avoir

finalement quitté. Les données sociodémographiques et professionnelles pour l'ensemble de l'échantillon, stratifiées en fonction de l'intention de quitter un poste en raison d'une détresse morale ou de ne pas le faire, sont présentées dans le tableau 1.

Comparaison entre thérapeutes respiratoires selon leur intention de quitter ou non leur poste en raison d'une détresse morale

Le fait d'envisager de quitter un poste n'a été associé à aucune variable sociodémographique (valeurs $p > 0,05$). Il existe un lien significatif entre le fait d'avoir envisagé de quitter son poste en raison d'une détresse morale dans le passé et le fait d'envisager de le faire à l'heure actuelle [$\chi^2(2) = 50,6, p < 0,001$; V de Cramer = 0,49, $p < 0,001$].

Toutes les mesures psychologiques et fonctionnelles (MMD-HP, EDAS-21, PCL-5, MDI, WHODAS, BRS) offraient des différences significatives entre les thérapeutes qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale et les autres. Ceux qui n'envisageaient pas de quitter leur poste ont obtenu un score beaucoup plus élevé sur la BRS, mais beaucoup plus faible pour les autres mesures (tableau 2). Il n'y avait aucune différence dans les scores de l'ACES entre ceux qui envisageaient de quitter leur poste ($M = 2,13$, écart-type = 2,02) et ceux qui n'envisageaient pas de le faire ($M = 1,78$, écart-type = 2,14); toutefois, la puissance était insuffisante pour analyser les différences de scores à l'ACES entre les deux groupes ($\beta = 0,18$). Fait à noter, 54,5 % des 55 participants qui ont indiqué qu'ils envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale alors que 13,3 % des 158 participants qui n'ont pas déclaré envisager de quitter leur poste en raison d'une détresse morale ont obtenu un score supérieur au seuil de la PCL-5.

Détresse morale et variables connexes

Nous avons établi des corrélations bivariées afin d'évaluer la relation entre la détresse morale et les conséquences théoriquement associées que nous avons mentionnées plus haut. Les scores totaux de la MMD-HP ont affiché une corrélation positive significative avec toutes les sous-échelles de l'EDAS-21, la PCL-5, les sous-échelles de désengagement et de diminution de la spontanéité affective du MDI et le WHODAS, mais ont présenté une corrélation

TABEAU 1
Données individuelles stratifiées en fonction de l'intention des thérapeutes respiratoires de quitter ou non leur poste en raison d'une détresse morale, sondage sur la détresse morale pendant la pandémie de COVID-19, février à juin 2021

Variable	Envisagé de quitter son poste en raison d'une détresse morale n = 55		N'envisagé pas de quitter son poste en raison d'une détresse morale n = 158	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Sexe/genre^a				
Femme	48	87,3	134	84,8
Homme	7	12,7	23	14,6
Âge (ans)				
20 à 29	12	21,8	39	24,7
30 à 39	18	32,7	54	34,2
40 à 49	15	27,3	36	22,8
50 à 59	10	18,2	25	15,8
60 à 79	0	0,0	< 5	—
Groupe de population^b				
Caribéens	0	0,0	< 5	—
Asiatiques de l'Est	< 5	—	8	5,1
Premières Nations, Inuits, Métis	< 5	—	< 5	—
Latino-Américains	0	0,0	< 5	—
Moyen-Orientaux	< 5	—	< 5	—
Asiatiques du Sud	< 5	—	< 5	—
Asiatiques du Sud-Est	0	0,0	< 5	—
Européens	49	89,1	136	86,1
Autres (p. ex. « Canadiens », « caucasiens »)	< 5	—	7	4,4
État matrimonial				
Légalement marié, conjoint de fait ou partenariat domestique	39	70,9	107	67,7
Célibataire, jamais marié	12	21,8	38	24,1
Séparé, divorcé ou veuf	< 5	—	12	7,6
Données manquantes	0	0,0	< 5	—
Province/territoire				
Colombie-Britannique	12	21,8	24	15,2
Alberta	7	12,7	35	22,2
Saskatchewan	< 5	—	8	5,1
Manitoba	< 5	—	7	4,4
Ontario	20	36,4	56	35,4
Québec	< 5	—	< 5	—
Nouveau-Brunswick	< 5	—	0	0,0
Île-du-Prince-Édouard	0	0,0	< 5	—
Nouvelle-Écosse	5	9,1	19	12,0
Terre-Neuve-et-Labrador	< 5	—	< 5	—
Territoires du Nord-Ouest	0	0,0	< 5	—
Nunavut	0	0,0	< 5	—

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Données individuelles stratifiées en fonction de l'intention des thérapeutes respiratoires de quitter leur poste ou non, sondage sur la détresse morale pendant la pandémie de COVID-19, février à juin 2021

Variable	Envisage de quitter son poste en raison d'une détresse morale n = 55		N'envisage pas de quitter son poste en raison d'une détresse morale n = 158	
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Rôle professionnel^b				
Thérapeute membre du personnel	44	80,0	131	83,4
Thérapeute principal ou dirigeant	8	14,5	15	9,6
Gestion	< 5	—	6	3,8
Formateur	12	21,8	22	14,0
Conseiller ou recherche	0	0,0	< 5	—
Ventes	0	0,0	< 5	—
Étudiant	< 5	—	< 5	—
Politiques ou gouvernement	0	0,0	< 5	—
Autre	< 5	—	< 5	—
Nombre total d'années d'exercice				
Étudiant	< 5	—	< 5	—
0 à 5	11	20,0	43	27,2
6 à 10	10	18,2	28	17,7
11 à 15	8	14,5	28	17,7
16 à 20	10	18,2	19	12,0
21 à 25	5	9,1	19	12,0
26 à 30	7	12,7	6	3,8
Plus de 30	< 5	—	11	7,0
Données manquantes	0	0,0	< 5	—
Unité COVID-19				
Oui	41	74,5	110	69,6
Non	14	25,5	48	30,4
Environnement professionnel^b				
Hôpital	53	96,4	134	85,4
Communauté	7	10,9	26	16,6
Stages étudiants	0	0,0	< 5	—
Autre	< 5	—	7	4,5
Population de patients^b				
Soins aux adultes	55	100,0	151	96,2
Pédiatrie	29	52,7	82	52,2
Soins néonataux	26	47,3	79	50,3
Catégorie d'emploi^b				
Temps plein	38	69,1	116	74,8
Temps partiel	14	25,5	34	21,9
Employé occasionnel	5	9,1	13	8,4
Travailleur autonome	< 5	—	< 5	—
Sans emploi	< 5	—	< 5	—

Remarque : Les cellules comptant moins de 5 participants sont masquées pour protéger l'anonymat.

^a Tous les participants ont déclaré une identité cisgenre. Le sexe et le genre ont été regroupés pour éliminer la redondance.

^b Les participants pouvaient choisir plusieurs options.

négative significative avec les scores de la BRS. Les scores totaux de la MMD-HP n'étaient pas significativement corrélés avec l'ACES (tableau 3).

Intention de quitter son poste en raison d'une détresse morale

Régressions logistiques binaires simples

Des régressions logistiques binaires simples ont été effectuées afin de prédire le fait qu'une personne envisage de quitter son poste indépendamment des variables d'intérêt et afin de déterminer les variables à inclure dans le modèle prédictif final (tableau 4). Le sexe/genre, le travail au sein d'une unité COVID-19 et le nombre total d'années d'exercice n'ont pas eu d'incidence significative sur l'intention de quitter un poste. En revanche, le fait d'avoir envisagé de quitter un poste en raison d'une détresse morale dans le passé augmentait significativement la probabilité d'envisager de le faire pour cette raison, à tel point que les répondants ayant envisagé de quitter leur poste dans le passé étaient près de 30 fois plus susceptibles d'envisager de quitter leur poste que ceux qui n'avaient pas envisagé de le faire dans le passé (rapport de cotes [RC] = 29,33, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 8,64 à 99,55). Les répondants qui avaient quitté un poste antérieur en raison d'une détresse morale étaient 12 fois plus susceptibles d'envisager de le faire que ceux qui n'avaient jamais envisagé de le faire (RC = 12,27, IC à 95 % : 2,99 à 50,36).

Les trois sources de détresse morale et les variables psychologiques et fonctionnelles augmentaient de façon significative et indépendante la probabilité d'envisager de quitter son poste en raison d'une détresse morale (tableau 4). Des scores élevés sur la BRS réduisaient significativement la probabilité d'envisager de quitter un poste en raison d'une détresse morale (RC = 0,66, IC à 95 % : 0,45 à 0,98). L'ACES n'augmentait pas de façon significative la probabilité d'envisager de quitter son poste (RC = 1,08, IC à 95 % : 0,94 à 1,24).

Régression logistique binaire multiple

Un modèle de régression logistique binaire multiple a été créé pour évaluer les facteurs associés à une probabilité accrue de l'intention de quitter son poste en raison d'une détresse morale. Comme les régressions logistiques binaires simples n'ont révélé aucun lien, le sexe/genre, le travail au sein d'une unité COVID-19, le nombre

TABLEAU 2

Comparaison des variables de résultats entre les thérapeutes respiratoires envisageant de quitter leur poste en raison d'une détresse morale et ceux ne l'envisageant pas, sondage sur la détresse morale pendant la pandémie de COVID-19, février à juin 2021

	N'envisage pas de quitter son poste en raison d'une détresse morale (n = 158)		Envisage de quitter son poste en raison d'une détresse morale (n = 55)		<i>t</i>	<i>ddl</i>	Valeur <i>p</i>	<i>d</i>
	M	Écart-type	M	Écart-type				
MMD-HP — patient	37,46	20,48	54,24	24,76	-4,52	81,19	< 0,001	-0,775
MMD-HP — équipe/unité	46,38	34,03	81,82	43,97	-5,44	77,71	< 0,001	-0,962
MMD-HP — système	32,60	22,21	57,91	26,08	-6,95	211,00	< 0,001	-1,088
EDAS-21 — dépression	10,61	7,91	16,18	10,82	-3,51	75,06	< 0,001	-0,637
EDAS-21 — anxiété	7,87	6,31	11,75	8,94	-2,97	73,59	0,004	-0,547
EDAS-21 — stress	14,57	7,61	20,80	9,61	-4,35	79,13	< 0,001	-0,760
PCL-5	18,22	13,26	33,98	17,97	-5,97	75,48	< 0,001	-1,079
MDI — désengagement	10,96	3,92	12,91	4,31	-3,09	211,00	0,004	-0,484
MDI — diminution de la spontanéité affective	8,37	3,60	10,44	4,90	-2,86	75,23	0,005	-0,519
WHODAS	7,73	6,28	13,18	6,98	-5,38	211,00	< 0,001	-0,840
BRS	3,45	0,80	3,19	0,72	2,09	0,02	0,030	0,327
ACES	1,78	2,14	2,13	2,02	-1,04	211,00	0,300	-0,163

Abbréviations : ACES, échelle des événements négatifs vécus durant l'enfance; BRS, échelle brève de résilience; *d*, *d* de Cohen; EDAS-21, échelle de dépression, d'anxiété et de stress 21; *ddl*, degrés de liberté; MDI, inventaire de la dissociation à échelles multiples; MMD-HP, mesure de la détresse morale chez les professionnels de la santé; M, moyenne; PCL-5, liste de vérification du stress post-traumatique selon le DSM-5; WHODAS, instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0.

total d'années d'exercice et l'ACES ont été exclus de ce modèle.

Le modèle a permis de prédire de manière significative le fait d'envisager de quitter son poste [$\chi^2(13) = 96,7, p < 0,001$] avec une sensibilité de 92,4 % et une spécificité de 65,5 %, ce qui donne une

classification de 85,4 %. Le fait d'avoir envisagé de quitter un poste dans le passé, les sources de détresse morale liées au système de l'échelle MMD-HP, le score PCL-5 et le score d'anxiété de l'EDAS-21 permettent de prédire de façon significative le fait d'envisager de quitter son poste (tableau 5). Plus précisément, la probabilité

d'envisager de quitter son poste était 15,88 (IC à 95 % : 4,26 à 59,24) fois plus élevée chez les répondants qui avaient envisagé de quitter un poste en raison d'une détresse morale dans le passé que chez ceux qui n'avaient jamais envisagé de le faire pour cette raison auparavant. Cette probabilité était 7,34 (1,49 à 36,19)

TABLEAU 3

Corrélations bivariées de la détresse morale et des conséquences théoriquement associées chez les thérapeutes respiratoires, sondage sur la détresse morale pendant la pandémie de COVID-19, février à juin 2021

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 MMD-HP — total	—									
2 EDAS-21 — dépression	0,380**	—								
3 EDAS-21 — anxiété	0,477**	0,653**	—							
4 EDAS-21 — stress	0,422**	0,740**	0,653**	—						
5 PCL-5	0,551**	0,673**	0,650**	0,663**	—					
6 MDI — désengagement	0,341**	0,609**	0,547**	0,578**	0,645**	—				
7 MDI — diminution de la spontanéité affective	0,308**	0,599**	0,502**	0,451**	0,548**	0,572**	—			
8 WHODAS	0,340**	0,599**	0,515**	0,540**	0,609**	0,537**	0,521**	—		
9 BRS	-0,240**	-0,432**	-0,475**	-0,383**	-0,520**	-0,434**	-0,343**	-0,429**	—	
10 ACES	0,101	0,168*	0,082	0,129	0,166*	0,179**	0,149*	0,285**	-0,120	—

Abbréviations : ACES, échelle des événements négatifs vécus durant l'enfance; BRS, échelle brève de résilience; EDAS-21, échelle de dépression, d'anxiété et de stress 21; MDI, inventaire de la dissociation à échelles multiples; MMD-HP, mesure de la détresse morale chez les professionnels de la santé; PCL-5, liste de vérification du stress post-traumatique selon le DSM-5; WHODAS, instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0.

* Significatif à $p < 0,05$

** Significatif à $p < 0,01$

TABEAU 4
Régressions logistiques binaires simples de l'intention des thérapeutes respiratoires de quitter leur poste
en raison d'une détresse morale, sondage sur la détresse morale pendant la pandémie de COVID-19, février à juin 2021

	<i>B</i>	Écart-type	Wald	Valeur <i>p</i>	RC	IC à 95 %
Sexe/genre	0,16	0,46	0,12	0,725	1,18	0,48 à 2,92
Unité COVID-19	0,25	0,36	0,48	0,489	1,28	0,64 à 2,56
Nombre total d'années d'exercice	0,10	0,08	1,41	0,234	1,10	0,94 à 1,29
Fait d'avoir envisagé de quitter son poste dans le passé (non; réf.)			30,47	< 0,001		
Fait d'avoir envisagé de quitter son poste dans le passé (oui; 1)	3,38	0,62	29,37	< 0,001	29,33	8,64 à 99,55
Fait d'avoir envisagé de quitter son poste dans le passé (oui et départ; 2)	2,51	0,72	12,10	< 0,001	12,27	2,99 à 50,36
MMD-HP — patient	0,03	0,01	19,96	< 0,001	1,04	1,02 à 1,05
MMD-HP — équipe/unité	0,02	0,00	26,05	< 0,001	1,02	1,01 à 1,03
MMD-HP — système	0,04	0,01	31,97	< 0,001	1,04	1,03 à 1,06
PCL-5	0,06	0,01	31,49	< 0,001	1,07	1,04 à 1,09
MDI — désengagement	0,11	0,04	8,78	0,003	1,12	1,04 à 1,21
MDI — diminution de la spontanéité affective	0,12	0,04	9,81	0,002	1,13	1,05 à 1,21
EDAS-21 — dépression	0,07	0,02	13,90	< 0,001	1,07	1,03 à 1,11
EDAS-21 — anxiété	0,07	0,02	10,68	0,001	1,07	1,03 à 1,12
EDAS-21 — stress	0,09	0,02	18,96	< 0,001	1,09	1,05 à 1,14
WHODAS	0,12	0,03	21,90	< 0,001	1,12	1,07 à 1,18
BRS	-0,41	0,20	4,23	0,040	0,66	0,45 à 0,98
ACES	0,08	0,07	1,07	0,300	1,08	0,94 à 1,24

Abréviations : ACES, échelle des événements négatifs vécus durant l'enfance; *B*, bêta non normalisé; BRS, échelle brève de résilience; EDAS-21, échelle de dépression, d'anxiété et de stress 21; IC, intervalle de confiance; MDI, inventaire de la dissociation à échelles multiples; MMD-HP, mesure de la détresse morale chez les professionnels de la santé; PCL-5, liste de vérification du stress post-traumatique selon le DSM-5; RC, rapport de cotes; réf., groupe de référence; WHODAS, instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la Santé, version 2.0.

Remarque : Le nombre d'années d'exercice est une variable ordinale traitée comme une variable continue dans le modèle.

fois plus élevée chez ceux qui avaient quitté un poste antérieur en raison d'une détresse morale comparativement à ceux qui n'avaient jamais quitté un poste ni envisagé de le faire par le passé en raison d'une détresse morale. Elle était 1,04 (1,01 à 1,06) fois plus élevée pour chaque augmentation d'une unité des sources de détresse morale liées au système. Elle était également 1,05 (1,00 à 1,10) fois plus élevée pour chaque augmentation d'une unité des scores PCL-5. Enfin, la probabilité d'envisager de quitter son poste était 0,914 (0,84 à 0,99) fois moins élevée pour chaque augmentation d'une unité des scores d'anxiété de l'EDAS-21.

Analyse

L'objectif de cette étude était de caractériser l'effet de la détresse morale et de ses conséquences psychologiques et fonctionnelles sur le fait que des thérapeutes respiratoires ont envisagé de quitter leur poste clinique en raison d'une détresse morale pendant la pandémie de COVID-19. Un thérapeute respiratoire sur quatre ayant

participé à notre étude a déclaré avoir envisagé de quitter son poste clinique pour cette raison 12 à 16 mois après le début de la pandémie au Canada. Même si cette étude se concentre sur le désir de quitter en raison d'une détresse morale, les résultats rapportés ailleurs sur d'autres professionnels de la santé concordent avec les nôtres. Par exemple, sur près de 700 infirmières et infirmiers de première ligne ayant fait l'objet d'une évaluation aux Philippines début 2021, 25,8 % ont indiqué qu'ils souhaitaient quitter leur poste⁴⁴, tandis que 26,6 % des infirmières et infirmiers des unités de soins intensifs en Roumanie ont déclaré envisager de démissionner entre octobre 2020 et février 2021⁸. Fait intéressant, Fronda et Labrauge⁴⁴ ont signalé que, alors qu'environ un membre du personnel infirmier sur quatre aux Philippines a déclaré avoir envisagé de quitter son poste au début de 2021, un sur cinq a également déclaré avoir envisagé de quitter complètement sa profession.

Les recherches sur le roulement de personnel chez les professionnels de la santé

canadiens pendant la pandémie de COVID-19 sont rares, mais elles concordent avec le portrait des thérapeutes respiratoires canadiens. Parmi les 1 705 infirmières et infirmiers canadiens résidant au Québec interrogés entre juillet et novembre 2020, 29,5 % ont déclaré avoir une forte intention de quitter leur milieu de travail et 22,3 % ont déclaré avoir l'intention de quitter entièrement leur profession⁴⁵. Dans une deuxième étude menée entre mai et juin 2021, 425 infirmières et infirmiers en soins intensifs au Canada ont signalé des symptômes importants de TSPT, de dépression, d'anxiété, de stress et d'épuisement professionnel, et 22 % ont déclaré avoir l'intention de quitter leur poste actuel⁴⁶. Une surveillance continue des intentions de départ du personnel est nécessaire pour évaluer dans quelle mesure le système de santé canadien va continuer à être touché après la pandémie.

Nous avons constaté que les thérapeutes respiratoires qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale

TABEAU 5
Régression logistique binaire multiple de l'intention des thérapeutes respiratoires de quitter leur poste
en raison d'une détresse morale, sondage sur la détresse morale pendant la pandémie de COVID-19, février à juin 2021

	<i>B</i>	Écart-type	Wald	Valeur <i>p</i>	RC	IC à 95 %
Fait d'avoir envisagé de quitter un poste dans le passé (non, réf..)			17,22	< 0,001		
Fait d'avoir envisagé de quitter un poste dans le passé (oui, 1)	2,77	0,67	16,95	< 0,001	15,88	4,26 à 59,24
Fait d'avoir envisagé de quitter un poste dans le passé (oui et départ, 2)	1,99	0,81	6,00	0,014	7,34	1,49 à 36,19
MMD-HP — patient	0,01	0,01	1,15	0,285	1,01	0,99 à 1,03
MMD-HP — équipe/unité	-0,01	0,01	0,49	0,484	0,99	0,98 à 1,01
MMD-HP — système	0,04	0,01	8,09	0,004	1,04	1,01 à 1,06
PCL-5	0,05	0,02	4,42	0,036	1,05	1,00 à 1,10
MDI — désengagement	-0,08	0,08	0,97	0,324	0,93	0,80 à 1,08
MDI — diminution de la spontanéité affective	0,03	0,07	0,21	0,644	1,03	0,90 à 1,18
EDAS-21 — dépression	-0,04	0,04	1,02	0,312	0,96	0,89 à 1,04
EDAS-21 — anxiété	-0,09	0,04	4,07	0,044	0,91	0,84 à 0,99
EDAS-21 — stress	0,06	0,04	1,84	0,175	1,06	0,98 à 1,15
WHODAS	0,07	0,04	3,05	0,081	1,07	0,99 à 1,16
BRS	-0,03	0,35	0,01	0,931	0,97	0,49 à 1,93

Abréviations : *B*, bêta non normalisé; BRS, échelle brève de résilience; EDAS-21, échelle de dépression, d'anxiété et de stress 21; IC, intervalle de confiance; MDI, inventaire de la dissociation à échelles multiples; MMD-HP, mesure de la détresse morale chez les professionnels de la santé; PCL-5, liste de vérification du stress post-traumatique selon le DSM-5; RC, rapport de cotes; réf., groupe de référence; WHODAS, instrument d'évaluation du handicap de l'Organisation mondiale de la santé, version 2.0.

ont signalé une détresse morale accrue pour les trois niveaux de détresse évalués (patient, équipe/unité, système) et des symptômes importants de TSPT, de dépression, d'anxiété, de stress, de dissociation (diminution de la spontanéité affective, désengagement affectif) et de déficience fonctionnelle comparativement à leurs homologues qui n'envisageaient pas de quitter leur poste en raison d'une détresse morale. Fait important, plus de la moitié des thérapeutes respiratoires qui envisageaient de quitter leur poste ont obtenu un score supérieur au seuil de la PCL-5, ce qui indique la présence potentielle d'un TSPT, alors que seulement 13,3 % des thérapeutes respiratoires qui n'envisageaient pas de quitter leur poste dépassaient le seuil de la PCL-5. De plus, les thérapeutes respiratoires qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale ont fait état de niveaux de résilience inférieurs à ceux des thérapeutes respiratoires qui n'envisageaient pas de le faire. Fait à noter, même si les scores de résilience étaient statistiquement différents entre les thérapeutes respiratoires envisageant de quitter leur poste clinique et ceux qui n'envisageaient pas de le faire, la différence réelle entre les scores moyens de la mesure de la résilience n'était que de 0,26, ce qui

représente une différence clinique potentiellement minime. Nos constatations indiquent que les thérapeutes respiratoires qui envisagent de quitter leur poste ont besoin d'un soutien adéquat en santé mentale, compte tenu de leur détresse élevée et de ces conséquences négatives.

Bien que les thérapeutes respiratoires qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale aient fait état de conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives beaucoup plus importantes que leurs homologues qui n'envisageaient pas de le faire, ces variables ont en fait très peu contribué au modèle prédictif final concernant le fait d'envisager de quitter un poste. Le fait d'avoir envisagé de quitter un poste dans le passé était le seul prédicteur statistiquement significatif qui augmentait considérablement la probabilité d'envisager de le faire à l'heure actuelle. Les thérapeutes respiratoires qui avaient envisagé de quitter un poste ou qui l'avaient effectivement fait dans le passé étaient respectivement 16 et 7 fois plus susceptibles d'envisager de quitter leur poste en raison d'une détresse morale, après ajustement pour les autres variables prédictives. Il importe de signaler, par contre, que les larges intervalles de confiance des rapports de cotes

concernant le fait d'avoir envisagé de quitter un poste dans le passé montrent que d'autres renseignements sont nécessaires pour comprendre cet effet. La détresse morale liée au système et les symptômes de TSPT augmentaient significativement la probabilité d'envisager de quitter un poste, mais leur contribution au modèle global est demeurée faible.

Nous soutenons que même si les thérapeutes respiratoires qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale étaient effectivement caractérisés par une détresse morale, des symptômes psychologiques négatifs et des déficiences fonctionnelles plus importants que leurs homologues qui n'envisageaient pas de le faire, ces facteurs individuels ne sont pas suffisants pour expliquer ce qui incite les thérapeutes respiratoires à envisager de quitter leur poste. Il est possible que des facteurs externes plus vastes, comme des problèmes liés au milieu de travail ou à l'organisation, y contribuent davantage. En effet, le soutien organisationnel perçu, un climat de travail éthique, l'engagement professionnel et la satisfaction au travail sont associés à une diminution de l'intention de départ du personnel infirmier⁴⁷, et une revue systématique publiée récemment a révélé l'importance de conditions

de travail défavorables et de soutien organisationnel, au-delà des réactions au stress psychologique, dans l'intention de départ des professionnels de la santé pendant la pandémie de COVID-19⁴⁸.

Le rôle de facteurs organisationnels plus vastes dans l'intention de quitter un poste pourrait aussi expliquer pourquoi nous avons constaté que le fait d'avoir déjà envisagé de quitter un poste ou d'avoir quitté un poste antérieur prédisait l'intention de départ actuelle des thérapeutes respiratoires. Des problèmes persistants liés à l'organisation ou au système pourraient avoir alimenté un désir continu de quitter son poste, dans le passé et à ce moment-là. Bien que nous ne puissions pas exclure que des facteurs individuels aient une influence sur l'intention de quitter un poste, d'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre le fait que des thérapeutes respiratoires et d'autres professionnels de la santé envisagent de quitter leur poste, et ce, en étudiant non seulement les facteurs individuels comme les symptômes psychologiques, le fonctionnement et la résilience, mais aussi en étudiant attentivement les facteurs organisationnels plus vastes.

Les expériences moralement difficiles vont persister au-delà de la pandémie dans le domaine des soins de santé, augmentant ainsi le risque de détresse morale et, par conséquent, les conséquences psychologiques et fonctionnelles négatives et l'intention de départ du personnel. La collecte des données pour cette étude a eu lieu de février à juin 2021, pendant la deuxième vague de la pandémie en Ontario. Epstein et ses collègues⁶ ont théorisé l'effet crescendo, selon lequel la détresse morale augmente au fil du temps, car la détresse résiduelle qui subsiste à la suite d'événements difficiles s'additionne graduellement.

De plus, dans le continuum heuristique des facteurs de stress et des conséquences d'ordre moral de Litz et Kerig⁴⁹, la détresse morale, bien que préjudiciable, est présumée susciter une réponse moins dommageable qu'une blessure morale. La blessure morale a été définie comme une réponse psychologique, sociale, émotionnelle et existentielle à des événements où une personne transgresse des valeurs morales profondément ancrées ou est témoin d'une telle transgression. La blessure morale est associée au TSPT, à la dépression, à l'anxiété et aux idées ou tentatives suicidaires⁵⁰⁻⁵³. Sans un soutien adéquat en santé

mentale accordé aux thérapeutes respiratoires et aux autres professionnels de la santé, nous risquons de compromettre la continuité de notre système de santé.

Nous ne disposons pas d'interventions fondées sur des données probantes pour atténuer la détresse morale⁵⁴. Une revue systématique récente n'a révélé que 16 études sur des interventions visant à contrer la détresse morale chez les professionnels de la santé⁵⁴. Bien que cette revue systématique ait indiqué la possibilité de recourir à des interventions éducatives, des services de consultation, des exercices d'autoréflexion, des conférences scientifiques et des discussions dirigées pour réduire la détresse morale, toutes les études étaient limitées par des contraintes méthodologiques, de sorte qu'il n'y a pas encore de consensus sur les interventions adéquates pour lutter contre la détresse morale⁵⁴. Le document intitulé *Détresse morale chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19 : Guide sur les préjudices moraux*, rédigé par le Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health et l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille (<https://blessuremorale.ca>), pourrait inspirer l'élaboration d'un modèle de soutien par étapes, allant de la prévention à l'intervention. De tels efforts seront également nécessaires au niveau des équipes et des établissements. Ils pourraient comprendre la rotation du personnel entre des rôles très stressants et peu stressants, la promotion d'une culture de soutien et la planification des tableaux de service pour les travailleurs de quart, l'animation de discussions ouvertes sur les défis moraux et éthiques, l'encouragement à prendre soin de soi et la célébration des réussites, ce qui peut s'avérer essentiel pour atténuer la détresse morale.

Les organismes et les dirigeants du secteur des soins de santé sont invités à encourager l'autodépistage des signes de maladie mentale et de détérioration de la santé mentale (voir, par exemple, le continuum *En route vers la préparation mentale*⁵⁵), ainsi qu'à fournir un soutien organisationnel et à encourager des évaluations et des traitements formels au besoin (voir D'Alessandro et al.⁵⁶ pour un résumé des considérations organisationnelles visant à mieux contrer les blessures morales liées à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé). En l'absence d'approches ciblées de ce type, une conséquence de l'exposition continue à des événements éprouvants sur le plan moral au travail

pourrait être un roulement accru parmi les thérapeutes respiratoires canadiens. Vu la faiblesse des preuves empiriques qui étayaient les interventions relatives à la détresse morale, il est urgent de mettre en place des mesures de rétention adéquates, qui tiennent compte de la détresse morale vécue par les thérapeutes respiratoires pendant la pandémie, afin que ces derniers reçoivent du soutien et puissent continuer à fournir des soins après la pandémie de COVID-19.

Points forts et limites

À notre connaissance, cette étude est la première à porter sur le fait que des thérapeutes respiratoires canadiens ont envisagé de quitter leur poste en raison d'une détresse morale pendant la pandémie de COVID-19. Cette étude comporte plusieurs points forts, en particulier l'énumération d'une gamme de conséquences et d'expériences psychologiques et fonctionnelles susceptibles du point de vue théorique d'être reliées au fait d'envisager de quitter un poste.

Plusieurs limites sont à considérer dans l'interprétation des conclusions de l'étude. Nos résultats ne sont pas forcément généralisables à l'ensemble des thérapeutes respiratoires canadiens, car notre échantillon était principalement composé de thérapeutes respiratoires de sexe féminin de l'Ontario. Les travaux futurs devraient reproduire ce modèle et l'appliquer à un échantillon représentatif de thérapeutes respiratoires canadiens. De plus, la MMD-HP n'a pas été modifiée en fonction du contexte de la pandémie : c'est le questionnaire original qui a été utilisé, demandant aux participants d'évaluer leur expérience générale par rapport à chaque élément moralement difficile. On ne peut donc en conclure que les signalements de détresse morale dans cette étude sont spécifiques au contexte de la pandémie ou représentatifs des carrières des thérapeutes respiratoires de manière générale. Par ailleurs, le fait d'avoir envisagé de quitter un poste clinique « dans le passé » aurait pu avoir lieu pendant la pandémie de COVID-19, car la collecte de données s'est déroulée environ un an après le début de la pandémie au Canada. Les chercheurs qui traiteront cette question dans l'avenir voudront sans doute interroger les participants sur leurs expériences pendant la pandémie exclusivement, pour mieux comprendre les effets de la détresse morale liée à la COVID-19 sur l'intention de quitter un poste et ses conséquences psychologiques.

De plus, la présence d'un diagnostic antérieur de maladie mentale n'a pas été vérifiée. On ignore ainsi dans quelle mesure des antécédents de maladie mentale ont contribué au fait que des thérapeutes respiratoires envisageaient de quitter leur poste au cours de la deuxième année de la pandémie de COVID-19. Les recherches à venir devraient intégrer l'impact spécifique des maladies présentes avant la pandémie pour préciser leur rôle potentiel en tant que facteur de risque de quitter un poste.

En dernier lieu, au vu de nos résultats (en particulier les larges intervalles de confiance des rapports de cotes dans le modèle final, qui témoigne d'une instabilité dans l'ajustement des modèles), nous devons être conscients que des facteurs autres que la détresse morale peuvent avoir une incidence sur le fait d'envisager de quitter un poste, notamment la satisfaction au travail, le soutien organisationnel et l'absentéisme. Les travaux futurs devraient tenir compte de l'incidence de la détresse morale sur l'intention de quitter un poste dans le contexte plus large des facteurs liés au milieu de travail.

Conclusion

Dans l'échantillon canadien de thérapeutes respiratoires que nous avons constitué 12 à 16 mois après le début de la pandémie, un répondant sur quatre envisageait de quitter son poste en raison d'une détresse morale. Ces thérapeutes respiratoires ont fait état de répercussions psychologiques et fonctionnelles beaucoup plus importantes que leurs homologues qui n'envisageaient pas de quitter leur poste. Bien que l'échantillon des thérapeutes respiratoires qui envisageaient de quitter leur poste en raison d'une détresse morale ait été caractérisé par une diminution de la santé mentale et du bien-être, nos constatations laissent penser que les facteurs individuels ne suffisent pas à expliquer cette intention. Des mesures de soutien adéquates en matière de santé mentale et d'autres recherches sur les facteurs liés au roulement de personnel sont essentielles pour assurer le bien-être des thérapeutes respiratoires et la continuité de notre système de soins de santé.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les thérapeutes respiratoires de l'ensemble du Canada pour avoir offert des services de

première ligne pendant la pandémie de COVID-19. Nous tenons particulièrement à remercier Fatima Foster et Kelley Hassall, deux thérapeutes respiratoires inspirantes qui ont grandement contribué à cette étude. De plus, nous tenons à remercier la Société canadienne des thérapeutes respiratoires pour son engagement et sa collaboration en matière de recrutement.

Financement

Cette étude a été appuyée grâce à un contrat attribué à MCM et à RL par l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille, financé par Anciens Combattants Canada, et par un don au Homewood Research Institute de la part de Homewood Health Inc. MCM reçoit un appui financier à titre de titulaire de la chaire Homewood en santé mentale et en traumatisme de l'Université McMaster. RL reçoit un appui comme titulaire de la chaire Harris-Woodman sur la psyché et le soma de l'Université Western du Canada.

Conflits d'intérêts

MM est directrice au Cambridge Memorial Hospital, au Research Institute of St. Joseph's Healthcare Hamilton et à la St. Joseph's Healthcare Hamilton Foundation. KH a reçu une subvention de chercheur novice du Hamilton Research Institute pour une étude en échographie chez les thérapeutes respiratoires. SR travaille auprès de l'Institut Atlas pour les vétérans et leur famille. HS et CO travaillent pour Homewood Health, Inc. AM est vice-présidente directrice de Homewood Health, Inc.

Contributions des auteurs et avis

AD : conception, curation des données, analyse formelle, enquête, méthodologie, administration du projet, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. KR, AB : conception, enquête, méthodologie, administration du projet, rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions. BE : analyse formelle, relectures et révisions du manuscrit. YX : curation des données, méthodologie, relectures et révisions du manuscrit. MP, MA, IB, HM, FF, KH, YL : méthodologie, relectures et révisions du manuscrit. DS : analyse formelle, relectures et révisions du manuscrit. FH, SR, CO, HS, AM, AH : conception, relectures et révisions du manuscrit. RM : conception, ressources, logiciels, supervision, relectures et révisions du manuscrit. RL :

conception, acquisition de fonds, relectures et révisions du manuscrit. MM : conception, acquisition de fonds, ressources, logiciels, supervision, relectures et révisions du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Société canadienne des thérapeutes respiratoires. Qui sont les thérapeutes respiratoires? [Internet]. Ottawa (Ontario) : SCTR; sans date [consultation en février 2021]. En ligne à : <https://www.csrtr.com/la-profession-tr/?lang=fr>
2. Maffoni M, Torlaschi V, Pierobon A, et al. Video calls during the COVID-19 pandemic: a bridge for patients, families, and respiratory therapists. *Fam Sys Health*. 2021;39(4):650-658. <https://doi.org/10.1037/fsh0000661>
3. Sawadkar MM, Nayak VR. Respiratory therapists: the unnoticed warriors during COVID-19 pandemic in India. *Can J Respir Ther*. 2020;56:57. <https://doi.org/10.29390%2Fcjrt-2020-044>
4. Smallwood N, Pascoe A, Karimi L, Willis K. Moral distress and perceived community views are associated with mental health symptoms in frontline health workers during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16):8723. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168723>
5. Norman SB, Feingold JH, Kaye-Kauderer H, et al. Moral distress in frontline healthcare workers in the initial epicenter of the COVID-19 pandemic in the United States: relationship to PTSD symptoms, burnout, and psychosocial functioning. *Depress Anxiety*. 2021;38(10):1007-1017. <https://doi.org/10.1002/da.23205>
6. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB Empir Bioeth*. 2019;10(2):113-124. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008>

7. Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs.* 2010;15(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol15No03Man01>
8. Petrișor C, Breazu C, Doroftei M, Mărieș I, Popescu C. Association of moral distress with anxiety, depression, and an intention to leave among nurses working in intensive care units during the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel).* 2021;9(10):1377. <https://doi.org/10.3390%2Fhealthcare9101377>
9. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(2):117-125. <https://doi.org/10.1111/jnu.12115>
10. D'Alessandro-Lowe AM, Ritchie K, Brown A, et al. Characterizing the mental health and functioning of Canadian respiratory therapists during the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;14(1): 2171751. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2171751>
11. Miller AG, Roberts KJ, Smith BJ, et al. Prevalence of burnout among respiratory therapists amidst the COVID-19 pandemic. *Respir Care.* 2021;66(11): 1639-1648. <https://doi.org/10.4187/respcare.09283>
12. Yáñez JA, Afshar Jahanshahi A, Alvarez-Risco A, Li J, Zhang SX. Anxiety, distress, and turnover intention of healthcare workers in Peru by their distance to the epicenter during the COVID-19 crisis. *Am J Trop Med Hyg.* 2020;103(4):1614-1620. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0800>
13. Yang Y, Wang P, Osman Kelifa M, et al. How workplace violence correlates turnover intention among Chinese health care workers in COVID-19 context: the mediating role of perceived social support and mental health. *J Nurs Manag.* 2022;30(6): 1407-1414. <https://doi.org/10.1111%2Fjonm.13325>
14. Al-Mansour K. Stress and turnover intention among healthcare workers in Saudi Arabia during the time of COVID-19: can social support play a role? *PLoS ONE.* 2021;16(10):e0258101. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258101>
15. Labrague LJ, de los Santos JAA. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *J Nurs Manag.* 2021;29(3):395-403. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>
16. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol.* 2017;22(1):51-67. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>
17. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics.* 2013;20(3):312-324. <https://doi.org/10.1177/0969733012462049>
18. Nasrabadi AN, Khoobi M, Cheraghi MA, Joolaei S, Hedayat MA. The lived experiences of clinical nurse managers regarding moral distress. *J Med Ethics His Med.* 2018;11:13.
19. Morley G, Sese D, Rajendram P, Horsburgh CC. Addressing caregiver moral distress during the COVID-19 pandemic. *Cleve Clin J Med.* 2020. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc047>
20. Xue Y, Lopes J, Ritchie K, et al. Potential circumstances associated with moral injury and moral distress in healthcare workers and public safety personnel during COVID-19: a scoping review. *Front Psychiatry.* 2022;13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.863232>
21. Sheppard KN, Runk BG, Maduro RS, et al. Nursing moral distress and intent to leave employment during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Care Qual.* 2022;37(1):28-34. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000596>
22. Falatah R. The impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic on nurses' turnover intention: an integrative review. *Nurs Rep.* 2021; 11(4):787-810. <https://doi.org/10.3390/nursrep11040075>
23. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2017;2(8): E356-E366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
24. Merrick MT, Ports KA, Ford DC, Afifi TO, Gerschoff ET, Grogan-Kaylor A. Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse Negl.* 2017; 69:10-19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
25. Rivard AM, Brown CA. Moral distress and resilience in the occupational therapy workplace. *Safety.* 2019;5(1): 10. <https://doi.org/10.3390/safety5010010>
26. Hancock J, Witter T, Comber S, et al. Understanding burnout and moral distress to build resilience: a qualitative study of an interprofessional intensive care unit team. *Can J Anesth.* 2020;67(11):1541-1548. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01789-z>
27. Wocial LD. Resilience as an incomplete strategy for coping with moral distress in critical care nurses. *Crit Care Nurse.* 2020;40(6):62-66. <https://doi.org/10.4037/ccn2020873>
28. Greinacher A, Helaß M, Nikendei C, et al. The impact of personality on intention to leave the nursing profession: a structural equation model. *J Clin Nurs.* 2022;31(11-12):1570-1579. <https://doi.org/10.1111/jocn.16010>
29. Varasteh S, Esmaeili M, Mazaheri M. Factors affecting Iranian nurses' intention to leave or stay in the profession during the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev.* 2022;69(2):139-149. <https://doi.org/10.1111/inr.12718>
30. Nie S, Sun C, Wang L, Wang X. The professional identity of nursing students and their intention to leave the nursing profession during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *J Nurs Res.* 2021;29(2):e139. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000424>
31. Schwenzer KJ, Wang L. Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Crit Care Med.* 2006; 34(12):2967-2973. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000248879.19054.73>

32. Mahan K. Death and dying: tools to help respiratory therapists handle frequent exposure to end of life care. *J Allied Health*. 2019;48(1):72-75.
33. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al. The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform*. 2019;95:103208. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103208>
34. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform*. 2009;42(2):377-381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>
35. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales. 2e éd. Sydney (AU): Psychology Foundation of Australia; 1995.
36. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). Washington (DC): National Center for PTSD; 2013.
37. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Washington (DC) : American Psychiatric Association; 2013.
38. Briere J, Weathers FW, Runtz M. Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory. *J Trauma Stress*. 2005;18(3):221-223. <https://doi.org/10.1002/jts.20024>
39. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, editors. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva (CH): World Health Organization; 2010.
40. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15(3):194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
41. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
42. van Ginkel JR, Linting M, Rippe RCA, van der Voort A. Rebutting existing misconceptions about multiple imputation as a method for handling missing data. *J Pers Assess*. 2020;102(3):297-308. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1530680>
43. IBM. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows. Armonk (NY): IBM Corp; 2020.
44. Fronda DC, Labrague LJ. Turnover intention and coronaphobia among frontline nurses during the second surge of COVID-19: the mediating role of social support and coping skills. *J Nurs Manag*. 2022;30(3):612-621. <https://doi.org/10.1111/jonm.13542>
45. Lavoie-Tremblay M, Gélinas C, Aubé T, et al. Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *J Nurs Manag*. 2022;30(1):33-43. <https://doi.org/10.1111/jonm.13462>
46. Crowe S, Howard AF, Vanderspank B. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on Canadian critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022;71:103241. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103241>
47. Hashish EAA. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. *Nurs Ethics*. 2017;24(2):151-166. <https://doi.org/10.1177/0969733015594667>
48. Poon Y-SR, Lin YP, Griffiths P, Yong KK, Seah B, Liaw SY. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Res Health*. 2022;20:70. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00764-7>
49. Litz BT, Kerig PK. Introduction to the special issue on moral injury: conceptual challenges, methodological issues, and clinical applications. *J Trauma Stress*. 2019;32(3):341-349. <https://doi.org/10.1002/jts.22405>
50. Protopopescu A, Boyd JE, O'Connor C, et al. Examining the associations among moral injury, difficulties with emotion regulation, and symptoms of PTSD, depression, anxiety, and stress among Canadian military members and veterans: a preliminary study. *J Mil Veteran Fam Health*. 2021;7(2):72-80. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2020-0036>
51. Williamson V, Stevelink SA, Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2018;212(6):339-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.55>
52. Currier JM, Holland JM, Malott J. Moral injury, meaning making, and mental health in returning veterans. *J Clin Psychol*. 2015;71(3):229-240. <https://doi.org/10.1002/jclp.22134>
53. Bryan CJ, Bryan AO, Roberge E, Leifker FR, Rozek DC. Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychol Trauma*. 2018;10(1):36-45. <https://doi.org/10.1037/tra0000290>
54. Morley G, Field R, Horsburgh CC, Burchill C. Interventions to mitigate moral distress: a systematic review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2021;121:103984. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103984>
55. Frank C, Lee JE, Fikretoglu D, Bailey S. Validation of a general mental health self-efficacy assessment tool. *Mil Psychol*. 2021;33(2):72-79. <https://doi.org/10.1080/08995605.2021.1897449>
56. D'Alessandro AM, Ritchie K, McCabe RE, et al. Healthcare workers and COVID-19-related moral injury: an interpersonally-focused approach informed by PTSD. *Front Psychiatry*. 2022;12:784523. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.784523>