Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 43 • numéro 10/11 • octobre/novembre 2023

Numéro spécial : Le trouble de stress post-traumatique chez les groupes professionnels à haut risque

Rédactrice invitée : Dianne Groll

479 Avant-propos

Recherche qualitative originale

481 Application du cadre Theoretical Domains Framework pour cerner les préférences des policiers, des pompiers et des ambulanciers en matière d'accès aux soins de santé mentale dans une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel pour les premiers répondants : une étude qualitative

503 « Nous sommes uniques » : facteurs de stress organisationnels, soutien par les pairs et attitudes à l'égard des soins de santé mentale chez les pompiers d'aéroport

Recherche quantitative originale

515 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

528 Fonction cardiaque et trouble de stress post-traumatique : revue de la littérature et étude de cas

Annonce

539 In Memoriam – Hommage au Dr Ivan Barry Pless, O.C., B.A., M.D., D. Sc. (avec distinction), FRCP(C), FRCPCH (avec distinction), MACSS

540 Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques

542 Autres publications de l'ASPC

Glossaire

S1 Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0 *(à venir bientôt)*

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, DOAJ, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

Canada

Équipe de rédaction

Robert Geneau, Ph. D.
Rédacteur scientifique en chef

Margaret de Groh, Ph. D.
Rédactrice scientifique en chef déléguée

Tracie O. Afifi, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Minh T. Do, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Justin J. Lang, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Scott Leatherdale, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Gavin McCormack, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Heather Orpana, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Kelly Skinner, Ph. D.
Rédactrice scientifique adjointe

Alexander Tsertsvadze, M.D., Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Paul Villeneuve, Ph. D.
Rédacteur scientifique adjoint

Neel Rancourt, B.A.
Gestionnaire de la rédaction

Sylvain Desmarais, B.A., B. Ed.
Responsable de la production

Nicolas Fleet, B. Sc. Soc.
Adjoint à la production

Susanne Moehlenbeck
Rédactrice adjointe

Joanna Odrowaz, B. Sc.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Anna Olivier, Ph. D.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Dawn Slawecki, B.A.
Réviseure et correctrice d'épreuves

Comité de rédaction

Caroline Bergeron, Dr. P. H.
Agence de la santé publique du Canada

Lisa Bourque Bearskin, Ph. D.
Thompson Rivers University

Martin Chartier, D.M.D.
Agence de la santé publique du Canada

Erica Di Ruggiero, Ph. D.
University of Toronto

Leonard Jack, Jr, Ph. D.
Centers for Disease Control and Prevention

Howard Morrison, Ph. D.
Agence de la santé publique du Canada

Jean-Claude Moubarac, Ph. D.
Université de Montréal

Candace Nykiforuk, Ph. D.
University of Alberta

Jennifer O'Loughlin, Ph. D.
Université de Montréal

Scott Patten, M.D., Ph. D., FRCPC
University of Calgary

Mark Tremblay, Ph. D.
Institut de recherche du Centre hospitalier
pour enfants de l'est de l'Ontario

Joslyn Trowbridge, M.P.P.
University of Toronto

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2023

ISSN 2368-7398
Pub. 220502
HPCDP.journal-revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/information-intention-auteurs.html

https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.01f

Avant-propos

Stephanie Priest, maîtrise en gestion, Directrice générale par intérim, Centre de la santé mentale et du bien-être

Diffuser cet article sur Twitter

Ce numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* réunit une courte collection d'articles portant sur divers aspects du traitement et de la compréhension des symptômes et des effets sur la santé du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Le TSPT désigne un problème de santé mentale complexe qui affecte profondément non seulement les individus affectés, mais aussi les familles, les collectivités et les populations. Bien que les personnes ayant vécu un ou plusieurs événements traumatisants n'évoluent pas toutes vers un TSPT, il est établi que certaines populations et certains groupes professionnels présentent un risque accru en raison des événements traumatisants auxquels ils sont exposés dans leur milieu de travail ou dans leur environnement. La pandémie de COVID-19 a montré, une fois de plus, que les populations ne sont pas toutes touchées de manière équivalente[1]. Durant la pandémie, on a ciblé comme population à risque certains groupes, notamment les travailleurs de la santé, les premiers intervenants et les travailleurs de la sécurité publique, un grand nombre d'entre eux ayant été susceptibles de subir des traumatismes et des blessures morales. Selon les données collectées durant la deuxième année de la pandémie, le taux probable de TSPT chez les adultes canadiens était de 7 %[2], avec une prévalence encore plus élevée chez les travailleurs de première ligne[3].

L'amélioration de notre compréhension des interventions efficaces et des meilleures manières de les mettre en œuvre pour améliorer la vie des personnes vivant avec un TSPT demeure une priorité pour le gouvernement du Canada. Ainsi, le Cadre fédéral relatif au trouble de stress post-traumatique (« le cadre ») a été lancé le 22 janvier 2020 pour appuyer et faire avancer la collaboration, la recherche et les meilleures pratiques. Il représente l'aboutissement de la mobilisation de plus de 200 intervenants et partenaires lors de la Conférence nationale sur le TSPT, en avril 2019, et d'une collaboration à long terme englobant plus de 15 ministères du gouvernement fédéral. Ce cadre énonce une vision commune selon laquelle « les personnes vivant avec le TSPT, leurs proches et les personnes à risque de développer le TSPT sont reconnus et soutenus tout au long de leur cheminement vers la guérison, la résilience et la prospérité »[4,p.17].

La recherche et l'établissement de données probantes, ainsi que des mécanismes robustes permettant de conjuguer la recherche avec l'action, jouent un rôle déterminant dans la réalisation de cette vision. Dans la foulée de la publication du cadre, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies (INSMT) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a organisé en 2020 l'Atelier de consensus sur les lacunes dans les connaissances sur le stress post-traumatique (SPT). Cet atelier, qui a été élaboré et orienté par des personnes ayant vécu ou vivant ce type d'expérience, visait à explorer le rôle de la recherche et à améliorer les résultats chez les personnes atteintes de stress post-traumatique[5]. Le cadre et l'atelier ont préparé le terrain pour une collaboration à long terme destinée à mettre en pratique les connaissances, et ce, avant le début de la pandémie de COVID-19. Depuis, la situation engendrée par la COVID-19 a fait ressortir les effets disproportionnés de la pandémie sur certaines populations et certains groupes, ainsi que la nécessité de mieux comprendre leurs expériences pour mieux cibler les efforts de lutte contre les traumatismes et le TSPT.

Trois des articles de recherche présentés dans ce numéro spécial portent sur l'importance de tirer parti de nos connaissances collectives sur divers groupes exposés au stress post-traumatique, à la détresse morale et à la stigmatisation. Parmi ces groupes on compte les premiers intervenants (Testa et al.[6]), les pompiers d'aéroport (Barry et al.[7]) et les inhalothérapeutes (D'Alessandro-Lowe et al.[8]). Les analyses qualitatives de deux de ces études ont permis d'en savoir davantage sur les obstacles et les facteurs favorables aux comportements de recherche d'aide. De plus, l'importance de comprendre les liens entre la santé physique et la santé mentale est explorée dans la revue de littérature et l'étude de cas présentées par Singh et ses collaborateurs sur la fonction cardiaque et le TSPT[9].

Nous sommes conscients que la terminologie évolue et qu'elle sera déterminante pour l'amélioration des résultats chez les personnes vivant avec le TSPT, c'est pourquoi ce numéro spécial comporte en annexe la version 3.0 du « Glossaire des termes : une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques » (« le glossaire »)[10]. La première version publiée du glossaire, préparée par l'Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP), a été rendue accessible au public dans le rapport du cadre[11]. Cette nouvelle version vise à contribuer à la fondation d'une terminologie commune utilisable par l'ensemble des secteurs et vise également à améliorer la compréhension commune des principaux termes concernant les traumatismes.

Les cadres, les stratégies et les plans d'action ne suffisent pas en eux-mêmes pour changer un système. Une mise en œuvre souple et des activités constantes d'évaluation et de recherche sont nécessaires pour adapter les politiques, les programmes et les pratiques en fonction des besoins d'une variété de populations et de groupes. Ces articles et la version 3.0 du glossaire réunis ici vont contribuer à enrichir le corpus de données probantes et de connaissances utilisables par les intervenants pour saisir les différents effets du TSPT en

Rattachement de l'auteure :

Centre de la santé mentale et du bien-être, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Stephanie Priest, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ont.) K1A 0K9; courriel : stephanie.priest@phac-aspc.gc.ca

fonction des groupes touchés au Canada et pour mieux y répondre.

Avis

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

Références

1. Agence de la santé publique du Canada. Partie 2 : La COVID-19 n'a pas la même incidence sur tous les Canadiens. Dans : Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 (Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de santé publique au Canada 2020). Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020. p. 19-39. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/du-risque-resilience-approche-equite-covid-19.html

2. Statistique Canada. Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, août à décembre 2021 [Le Quotidien, Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; [publication le 20 mai 2022; consultation le 23 août 2023]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.htm

3. Agence de la santé publique du Canada. Cycle 2 : Symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) durant la pandémie de COVID-19 : de février à mai 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2022 [consultation le 22 août 2023]. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/cycle-2-symptomes-trouble-stress-post-traumatique-pandemie-covid-19.html

4. Agence de la santé publique du Canada. Cadre fédéral relatif au trouble stress [*sic*] post-traumatique (TSPT): reconnaissance, collaboration et soutien. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2020. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/federal-framework-post-traumatic-stress-disorder/pub1-fra.pdf

5. Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Atelier de consensus sur les lacunes dans les connaissances relatives au stress post traumatique : ce que nous avons entendu. Perspectives sur les connaissances actuelles et les orientations futures de la recherche. Ottawa (Ont.) : IRSC; 2020 [dernière modification le 14 septembre 2021; consultation le 23 août 2023]. En ligne à : https://cihr-irsc.gc.ca/f/52654.html

6. Testa V, Bennett A, Jutai J, et al. Application du cadre Theoretical Domains Framework pour cerner les préférences des policiers, des pompiers et des ambulanciers en matière d'accès aux soins de santé mentale dans une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel pour les premiers répondants : une étude qualitative. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023;43(10/11):481-502. https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.02f

7. Barry B, Ricciardelli R, Cramm H. « Nous sommes uniques » : facteurs de stress organisationnels, soutien par les pairs et attitudes à l'égard des soins de santé mentale chez les pompiers d'aéroport. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023;43(10/11): 503-514. https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.03f

8. D'Alessandro-Lowe AM, Ritchie K, Brown A, et al. 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. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023;43(10/11):515-527. https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.04f

9. Singh J, Carleton RN, Neary JP. Fonction cardiaque et trouble de stress post-traumatique : revue de la littérature et étude de cas. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023;43(10/11): 528-538. https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.05f

10. Heber A, Testa V, Groll D, et al. Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2023; 43(10/11). https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.09f

11. Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP). Glossaire des termes : une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques (version 2.0). Regina (Sask.) : ICRTSP; 2019. En ligne à : https://ourspace.uregina.ca/server/api/core/bitstreams/91be4163-1964-4e07-a766-ee2058465b0b/content

https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.02f

Recherche qualitative originale

Application du cadre Theoretical Domains Framework pour cerner les préférences des policiers, des pompiers et des ambulanciers en matière d'accès aux soins de santé mentale dans une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel pour les premiers répondants : une étude qualitative

Valerie Testa, M. Sc (1,2); Alexandria Bennett, M. Sc (2); Jeffrey Jutai, Ph. D. (1,3); Zachary Cantor, B.A. (2,4); Peter Burke, M.D. (5); James McMahon, M.D. (5); R. Nicholas Carleton, Ph. D. (6,7); Ian Colman, Ph. D. (8); Deniz Fikretoglu, Ph. D. (9); Alexandra Heber, M.D. (5,10); Shannon Leduc, M. Sc (2,4,8); Marnin J. Heisel, Ph. D. (11,12,13); Kednapa Thavorn, Ph. D. (2,8,14); Daniel J. Corsi, Ph. D. (2,8,15,16); Simon Hatcher, M.D. (2,5,8)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les premiers répondants comme les autres membres du personnel de sécurité publique (travailleurs correctionnels, pompiers, ambulanciers paramédicaux, policiers, agents des communications en sécurité publique, etc.) sont souvent exposés à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique. Ces expositions sont susceptibles de contribuer à des problèmes de santé mentale et à un besoin accru en soins de santé mentale. Pourtant, aucune étude qualitative structurée et fondée théoriquement sur les obstacles aux comportements de recherche d'aide et sur les facteurs facilitant ces comportements n'a encore été entreprise auprès de cette population. Cette étude repose sur le cadre Theoretical Domains Framework (TDF) pour cerner et mieux comprendre les principaux obstacles et facteurs facilitants relatifs à la recherche d'aide et à l'accès aux soins de santé mentale dans le cadre d'une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel pour premiers répondants.

Méthodologie. Nous avons mené des entretiens semi-structurés en personne avec 24 premiers répondants (11 pompiers, 5 ambulanciers paramédicaux et 8 policiers), recrutés à l'aide d'un échantillonnage raisonné et par boule de neige. Les entretiens ont été analysés à l'aide d'une analyse de contenu déductive. Le cadre TDF a guidé la conception de l'étude, le contenu des entretiens, la collecte et l'analyse des données.

Résultats. Les obstacles les plus signalés ont été des préoccupations concernant la confidentialité, le manque de confiance, le manque de connaissances des cliniciens sur

Suite du résumé à la page suivante

Points saillants

- À notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative structurée et fondée théoriquement utilisant un cadre de la science de la mise en œuvre pour analyser systématiquement les obstacles et les facteurs facilitants rencontrés par les premiers répondants ainsi que d'autres membres du personnel de la sécurité publique lorsqu'ils tentent d'accéder à un service de santé mentale.
- Les préoccupations concernant les connaissances des cliniciens sur le milieu professionnel constituent un obstacle important.
- Le fait de répondre à des appels concernant des personnes présentant des troubles de santé mentale semble avoir une incidence sur l'attitude des premiers répondants et accroître la stigmatisation à l'égard des troubles psychologiques.
- Nos résultats sont susceptibles de contribuer à la mise au point d'un modèle général de soins applicable à d'autres premiers répondants et fournisseurs de services de la sécurité publique à l'échelle du Canada.

Rattachement des auteurs :

1. École interdisciplinaire des sciences de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
2. Programme d'épidémiologie clinique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Institut de recherche LIFE, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
4. Service paramédic d'Ottawa, ville d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
5. Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
6. Département de psychologie, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada
7. Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, Regina (Saskatchewan), Canada
8. École d'épidémiologie et de santé publique, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
9. Section de la santé et du rendement opérationnels, Recherche et développement pour la défense Canada, Toronto (Ontario), Canada
10. Anciens Combattants Canada, Ottawa (Ontario), Canada
11. Département de psychiatrie, École Schulich de médecine et de dentisterie, Université Western, London (Ontario), Canada
12. Département d'épidémiologie et de biostatistique, École Schulich de médecine et de dentisterie, Université Western, London (Ontario), Canada
13. Institut de recherche en santé Lawson, London (Ontario), Canada
14. ICES uOttawa, Ottawa (Ontario), Canada
15. Institut de recherches du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario), Canada
16. Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN) Ontario, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Valerie Testa, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : (613) 859-6927; courriel : valerie.testa@phac-aspc.gc.ca

la culture professionnelle, le manque de transparence quant à l'accès aux services et la stigmatisation au sein des organismes de premiers répondants. Les principaux thèmes influençant la recherche d'aide ont pu être classés au sein de 6 des 14 domaines du cadre TDF : le contexte environnemental et les ressources; les connaissances; les influences sociales; le rôle social/professionnel et l'identité; les émotions et enfin les croyances à l'égard des conséquences.

Conclusion. Nous avons pu cerner les principales mesures utilisables pour adapter les interventions afin d'encourager la participation à une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel pour les premiers répondants : la transparence en matière de confidentialité, la présence de politiques visant à accroître les connaissances sur la culture professionnelle par l'ensemble du personnel de la clinique, des descriptions claires des modalités d'accès aux soins, la participation systématique des familles et la lutte contre la stigmatisation.

Mots-clés : *cadre Theoretical Domains Framework, changement de comportement, science de la mise en œuvre, personnel de la sécurité publique, premiers répondants, santé mentale, analyse de contenu*

Introduction

Les premiers répondants comme d'autres membres du personnel de la sécurité publique (travailleurs correctionnels, pompiers, ambulanciers paramédicaux, policiers, agents des communications en sécurité publique, etc.)[1-3] sont fréquemment exposés à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, et ce, à des taux bien supérieurs à ceux de la population générale[4-8]. Cela les expose à un risque accru de troubles de santé mentale, que ce soit des troubles d'anxiété et de l'humeur, l'abus de substances ou le trouble de stress post-traumatique (TSPT)[4,9-12]. Bien que les estimations de prévalence des problèmes de santé mentale, des idées suicidaires (de 12,5 % à 14,1 %) et des comportements suicidaires (de 4,1 % à 5,1 %) varient d'un membre du personnel de sécurité publique à un autre, elles dépassent considérablement le taux de prévalence de 10,1 % correspondant à un diagnostic quelconque de trouble de santé mentale au sein de la population générale[4,11,13-17]. Au sein d'un large échantillon canadien de membres du personnel de sécurité publique, 23,2 % ont obtenu un résultat positif au dépistage de TSPT[11]. Près de la moitié ont également obtenu un résultat positif au dépistage de symptômes d'un ou de plusieurs troubles de santé mentale[11].

De nombreuses personnes susceptibles de bénéficier de soins de santé mentale ne s'en prévalent pas ou n'y ont pas accès[18,19]. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé a montré que l'absence de perception des besoins en soins et les obstacles comportementaux, principalement liés à la stigmatisation, sont les raisons les plus courantes pour ne pas obtenir d'aide[20]. Un examen systématique des obstacles aux soins et de la stigmatisation liée à la santé mentale chez les premiers répondants (soit un sous-ensemble de la catégorie élargie des membres du personnel de sécurité publique composée de pompiers, d'ambulanciers paramédicaux, de sauveteurs et de policiers[1]) a révélé que les préoccupations concernant la confidentialité et d'éventuelles répercussions négatives sur leur carrière étaient les obstacles liés à la stigmatisation les plus souvent signalés[21]. Parmi les autres obstacles, citons des problèmes d'horaire et une méconnaissance des points d'accès aux soins.

Une étude menée auprès de premiers répondants canadiens et d'autres membres du personnel de sécurité publique a permis une analyse par thème des réponses optionnelles et ouvertes dans le cadre d'un sondage en ligne plus exhaustif sur les troubles de santé mentale[22]. L'un des thèmes majeurs était que les membres du personnel de sécurité publique ayant demandé des soins étaient perçus comme « abusant du système », ce qui constituait un obstacle au traitement. Une étude sur la perception des agents de police canadiens à l'égard de la santé mentale a été menée au moyen d'entretiens semi-structurés avec 116 participants et a inclus un sondage d'auto-évaluation portant sur la stigmatisation, la masculinité et la culture organisationnelle dans les services de police[23]. Cette étude a révélé que la plupart des répondants ont déclaré que la stigmatisation existait dans leur milieu de travail et que le fait de faire état d'une maladie mentale était associé à un « risque élevé ».

Une étude qualitative menée auprès de 32 pompiers et ambulanciers paramédicaux de l'Arkansas a évalué les perceptions des problèmes de santé mentale et le recours aux services de santé mentale[24]. Les participants ont été sélectionnés au moyen d'un échantillonnage de proximité et n'avaient pas eu accès à des services de santé mentale. Cette étude a révélé que les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale étaient le sentiment, chez les personnes interrogées, de ne pas pouvoir montrer de faiblesse, des préoccupations concernant la confidentialité, des expériences négatives avec des thérapeutes, un manque d'accès et le besoin de protéger leur famille des traumatismes liés à leur profession par crainte de leur imposer un fardeau. Les facteurs qui facilitaient l'accès aux soins étaient le sentiment de ne pas être seul, des expériences positives avec des thérapeutes, les recommandations d'autres personnes et enfin le fait que la famille, les amis ou les administrateurs avaient remarqué une augmentation de la gravité des problèmes.

Dans une autre étude qualitative menée auprès de 48 policiers américains, dont la moitié avaient eu accès à des services de santé mentale, on a cherché à savoir comment et pourquoi ils avaient sollicité de l'aide[25]. L'étude portait principalement sur les stratégies organisationnelles visant à encourager les soins de santé mentale. Les principales conclusions ont mentionné la prévention des effets négatifs, l'élimination de la stigmatisation au travail et l'élaboration de traitements considérés comme pertinents et fiables.

Bien que les études citées ci-dessus aient permis de commencer à cerner les obstacles et les facteurs facilitants chez les premiers répondants, peu d'études en général ont porté sur les préférences en matière de recherche d'aide et d'accès aux soins de santé mentale. Ces études sont également quelque peu limitées dans la mesure où elles n'ont pas été systématiques et n'ont pas utilisé de cadres théoriques intégrés. À notre connaissance, aucune étude n'a utilisé un cadre de la science de la mise en œuvre pour faciliter la création et le déploiement de services de santé mentale dans le domaine de la santé au travail ou de services de santé

mentale destinés aux premiers répondants. Ces études n'ont pas non plus utilisé d'approche théorique et systématique pour éliminer les obstacles aux soins. Nous avons donc mené notre étude afin de définir la meilleure façon de fournir des soins de santé mentale acceptables et accessibles aux premiers répondants. Plus précisément, nous voulions repérer quels facteurs encourageraient les premiers répondants à avoir accès à des soins de santé mentale. Pour répondre à cette question, nous avons utilisé le cadre Theoretical Domains Framework, TDF)[26] pour l'ensemble de notre recherche afin de vérifier, si une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel de premiers répondants était accessible, quels facteurs seraient susceptibles d'encourager ou de décourager les premiers répondants d'utiliser cette ressource. Cette étude s'inscrit dans un programme de recherche plus vaste destiné à offrir des services efficaces en santé mentale aux premiers répondants. L'information sur la conception, le perfectionnement et la validation du cadre TDF ont été présentés ailleurs[27,28].

Le cadre TDF est issu de la synthèse de 33 théories du comportement et du changement de comportement[26-28], qui traite systématiquement des obstacles fondamentaux aux changements de comportement et des facteurs essentiels qui facilitent ces changements[26,29]. Ce cadre puissant a été choisi parce qu'il est apte à cibler un comportement particulier (ici accéder à des soins de santé mentale) tout en tenant compte du cadre dans lequel l'intervention potentielle (ici une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel) sera mise en œuvre[26,30]. Il peut également générer des cibles théoriques pour les interventions et augmenter la probabilité que les résultats d'une étude soient reproductibles et transférables.

Cette étude repose sur les possibilités d'application des 14 domaines du cadre TDF, qui fournit une structure claire et complète des influences sur le comportement – ces dernières reposant sur les techniques de changement de comportement et sur les théories comportementales – afin de préparer l'implantation de la clinique[26,27]. L'objectif de l'étude était de cerner les principaux obstacles et les principaux facteurs facilitants ayant une incidence sur la recherche d'aide par les premiers répondants et sur leur accès aux soins de santé mentale, afin de soutenir le développement, la mise en œuvre et la viabilité à long terme de la clinique de blessures de stress opérationnel destinée aux premiers répondants.

Méthodologie

Approbation éthique et consentement à participer

L'approbation éthique a été accordée par le Comité d'éthique de la recherche du Réseau des sciences de la santé d'Ottawa à l'Hôpital d'Ottawa (numéro de référence : 20180903-01H). Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu par écrit.

Conception

Cette étude qualitative s'est appuyée sur des entretiens individuels semi-structurés, fondés sur le cadre TDF, avec un échantillonnage de premiers répondants des trois services d'intervention d'urgence de la Ville d'Ottawa (Service des incendies d'Ottawa, Service paramédic d'Ottawa et Service de police d'Ottawa) située en Ontario (Canada).

Participants

Les participants ont été recrutés à Ottawa, une ville d'environ un million d'habitants[31] et comptant environ 3 581 premiers répondants municipaux (1 537 pompiers volontaires rémunérés et professionnels, 564 ambulanciers paramédicaux et 1 480 policiers assermentés) au moment de l'étude. Tous les pompiers, ambulanciers paramédicaux et policiers des trois services d'intervention d'urgence de la Ville d'Ottawa étaient admissibles à l'étude. Ceux qui ne travaillaient pas à l'un des services au moment de l'enquête (retraités, personnes en invalidité de longue durée ou jeunes de moins de 18 ans) n'étaient pas admissibles.

Le recrutement des participants et la diffusion de l'information relative à l'étude ont été facilités par la présence du réseau de la communauté des premiers répondants d'Ottawa (en particulier les groupes de soutien par les pairs au sein des trois services d'intervention d'urgence et le First Responder Mental Health Network Collaboration). Pour cette étude, l'équipe de recherche a d'abord communiqué avec les cinq premiers répondants qu'elle connaissait. Ensuite, la technique par boule de neige a été utilisée pour recruter d'autres participants éventuels. Les participants ont été sélectionnés au jugé de façon à obtenir un large éventail d'expériences associées à la recherche d'aide et à l'accès aux soins de santé mentale.

On a demandé aux participants sélectionnés au moyen de l'échantillonnage au jugé de suggérer le nom de premiers répondants de première ligne ayant déjà demandé un traitement pour un trouble de santé mentale ou faisant partie du même groupe de soutien par les pairs. On les a également invités à suggérer le nom de répondants ayant souffert de trouble de santé mentale mais n'ayant pas suivi de traitement. On a également sollicité les points de vue de premiers répondants en désaccord avec la mise en œuvre de la clinique ou ayant des opinions divergentes à l'égard de la clinique. L'objectif était d'élargir l'éventail des expériences et des perceptions potentielles au sein de l'échantillon. Les services participants offraient une compensation pour le temps consacré aux entretiens. Nous avons ajouté des participants relevant de chaque service jusqu'à saturation des données, puis nous avons réalisé trois entretiens supplémentaires auprès de personnes recommandées[32,33].

Guide d'entretien

Le comportement ciblé était d'envisager de se présenter à une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel. Les membres de l'équipe de recherche possèdent une vaste expérience clinique (SH, RNC) et de recherche (VT, RNC, IC, DF, AH, SL, MJH, SH) auprès des populations de premiers répondants. Certains des auteurs avaient déjà travaillé avec des premiers répondants, des militaires et des vétérans (VT, RNC, IC, DF, AH, SL, MJH, ZC, SH), deux des auteurs sont ambulanciers paramédicaux (SL est commandant et ambulancier paramédical en soins avancés et ZC est ambulancier paramédical en soins primaires) et l'un est un vétéran (AH). Le volet de cette étude portant sur les ambulanciers paramédicaux fait partie du mémoire de maîtrise de la première auteure, VT, dont JJ était le principal superviseur. L'équipe a collaboré à la conception d'un guide d'entretien semi-structuré[34] fondé sur les 14 domaines du cadre TDF[26,27]. Ce guide d'entretien a été conçu pour évaluer les points de vue des premiers répondants de première ligne, et les questions visaient à susciter la réflexion, à identifier les principales croyances relatives au comportement pour chaque domaine du cadre TDF ainsi qu'à préciser

la manière dont chaque domaine avait une influence sur les comportements. Des questions exploratoires ont ensuite été utilisées pour approfondir les données.

Procédure

Les entretiens semi-structurés en personne, menés individuellement de juin à octobre 2019, ont duré entre 36 et 156 minutes (M = 96,59, écart-type = 33). Les entretiens (menés par VT et AB) ont eu lieu aux moments et aux endroits les plus pratiques pour les participants tout en permettant le maintien de la confidentialité. Les enregistrements audio de tous les entretiens ont été transcrits par une entreprise de transcription professionnelle externe et ont été anonymisés*. Toutes les transcriptions ont ensuite été évaluées par l'enquêteur correspondant (VT, AB) pour vérifier la fidélité des transcriptions. Nous avons utilisé, comme guide pour le rapport de cette recherche qualitative, la liste de contrôle Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)[35].

Analyses

Tous les entretiens ont été analysés à l'aide du logiciel NVivo 12 Pro[36] et conduits en respectant les recommandations d'analyse de contenu[37,38]. Aucun autre domaine du cadre TDF n'a été identifié après analyse des transcriptions et le codage indépendant de chaque transcription d'entretien. Nous avons conçu une ligne directrice de codage en incluant les définitions de chaque domaine et les concepts du cadre TDF ainsi que des exemples d'application. Les codeurs (VT, AB, ZC, PB, JM) ont utilisé une approche directionnelle pour l'analyse du contenu[39] et chaque transcription d'entretien a été codée par deux codeurs fonctionnant de manière indépendante. Chaque énoncé (unité de langue parlée) a été codé dans le ou les domaine(s) pertinent(s) du cadre TDF en fonction de la compréhension par le codeur du cadre et des domaines pertinents[40] dans NVivo. Les différences de codage ont été résolues au moyen de discussions. Le codage a été supervisé par SH, qui a agi à titre de réviseur tiers et d'arbitre en cas d'absence de consensus. Les codeurs ont associé les réponses à des croyances précises figurant dans les transcriptions afin de générer les énoncés de croyances. Ces énoncés ont visé à saisir l'essentiel des pensées exprimées par les participants[40-42] et celles-ci ont ensuite été utilisées pour fournir un aperçu du domaine pertinent relevant du cadre TDF ayant une influence sur le comportement.

Les transcriptions ont été analysées séparément pour les policiers, les pompiers et les ambulanciers paramédicaux. L'analyse des données a révélé que la saturation des données a été atteinte avec les 24 entretiens. On a jugé que la saturation thématique a été atteinte lorsqu'aucun nouvel obstacle ou facteur facilitant n'a été produit relativement à la recherche d'aide et à l'accès aux soins de santé mentale, marquant l'absence de nouveaux thèmes, résultats ou problèmes[43].

Les domaines susceptibles d'expliquer la fréquentation d'une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel ont été déterminés à partir de la fréquence des croyances particulières relevées dans les transcriptions, de la présence de croyances contradictoires révélant une variation de comportement chez les premiers répondants et enfin de signes de fortes croyances ayant une incidence sur le comportement[26,40,42,44].

Résultats

Participants

Les participants étaient 24 premiers répondants des trois services d'urgence, dont 70 % d'hommes, les autres participants s'étant identifiés comme femme ou comme personne non binaire (tableau 1).

La proportion de femmes ayant participé à l'étude concorde avec celle observée chez les premiers intervenants de première ligne des trois services de la ville d'Ottawa. La proportion élevée d'hommes par rapport aux femmes dans ces secteurs diffère selon le type de profession et le niveau d'ancienneté. Par exemple, au moment de l'étude, environ 30 % des ambulanciers paramédicaux de première ligne étaient des femmes. Des trois services d'intervention d'urgence, le service d'ambulancier paramédical était celui qui comptait la plus forte proportion de femmes.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques des premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Caractéristiques sociodémographiques	N	(%)
Genre		
Féminin	6	(25,0)
Masculin	17	(70,8)
Personne non binaire	1	(4,2)
Groupe professionnel		
Pompier	11	(45,8)
Ambulancier paramédical	5	(20,8)
Policier	8	(33,3)
Âge moyen, en années (écart-type)		
Pompier	42,5 (10,9)	
Ambulancier paramédical	40,4 (9,8)	
Policier	49,5 (7,1)	
Total	44,4 (9,9)	
Sous-groupe de base		
A demandé un traitement pour un trouble de santé mentale	12	(50,0)
Membre du réseau de soutien par les pairs	9	(37,5)
Membre de première ligne (n'appartenant pas au réseau de soutien par les pairs ou n'ayant pas demandé de traitement)	3	(12,5)

* Les données transcrites présentées sous forme de citations illustratives (dans les résultats et dans le tableau 2) ont été légèrement modifiées pour supprimer certains détails comme le lieu ou les précisions du traumatisme, car ceux-ci étaient spécifiques à chaque personne et auraient peut-être permis de les identifier.

Au total, 3 619 énoncés recueillis dans le cadre des 24 entretiens ont été codés dans les 14 domaines. Les principaux thèmes issus des entretiens relèvent de 6 des 14 domaines théoriques du TDF : le contexte environnemental et les ressources; les connaissances; les influences sociales; le rôle social/professionnel et l'identité; les émotions et enfin les croyances à l'égard des conséquences (tableau 2).

Contexte environnemental et ressources

Si tous les premiers répondants ont marqué leur intérêt et leur soutien envers une clinique de blessures de stress opérationnel, plusieurs obstacles importants à la recherche d'aide et à l'accès aux soins de santé mentale ont été cernés. Tous les premiers répondants ont insisté sur la nécessité pour la clinique de protéger la confidentialité, en particulier vis-à-vis des collègues et de la hiérarchie. L'une des suggestions pour y parvenir est de prendre des dispositions pour que les premiers répondants se rendent seuls à la clinique et parlent directement à leur clinicien, sans interaction avec d'autres membres du personnel. Les participants membres de la police ont particulièrement insisté sur la crainte d'être vus lors de l'accès aux soins de santé mentale. L'emplacement de la clinique a également été jugé important pour favoriser la confidentialité. Les participants ont déclaré que la clinique ne devrait pas être située dans un hôpital (ou à proximité d'un hôpital) doté d'un service des urgences où les premiers répondants sont connus : « J'utilise le mot "secret" … Je ne sais pas comment ça s'organiserait et si on alimenterait le stéréotype […] ça n'a pas d'importance à ce stade-ci. Il faut garder ça très, très privé au moment de l'ouverture. » (Pompier 3)

Tous les participants ont indiqué que la présence d'uniforme pourrait être une source de tension pour les premiers répondants. Les opinions divergeaient toutefois sur le fait que la clinique soit obligatoirement un lieu sans uniforme. Les pompiers et les ambulanciers paramédicaux ont affirmé que la clinique devrait être un lieu sans uniforme, citant comme avantages le fait que l'on éviterait de provoquer des réactions, que l'on ferait une distinction entre le temps de travail et le temps personnel, que l'on éliminerait des éléments pouvant identifier les personnes (ce qui permettrait de préserver leur confidentialité) et que l'on réduirait l'effet du grade. Certains ambulanciers paramédicaux ont indiqué qu'un environnement sans uniforme pourrait créer un obstacle pour ceux qui doivent se présenter à un rendez-vous pendant leur quart de travail, parce qu'ils auraient à changer plusieurs fois de vêtements. Les policiers ont également indiqué qu'un environnement sans uniforme pourrait constituer un obstacle lorsqu'ils se présentent à un rendez-vous pendant qu'ils sont en service, parce qu'ils ont l'obligation professionnelle de continuer à exercer leurs fonctions de policier.

Les participants se sont également dit frustrés par le manque de continuité des services à leur disposition. Ils ont mentionné que les ressources internes et externes actuellement disponibles, en particulier leurs programmes d'aide aux employés (PAE) respectifs et la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, sont difficiles à utiliser, ne sont pas disponibles en cas de besoin et sont insuffisantes, car les cliniciens de ces programmes ne sont pas bien formés pour répondre aux besoins particuliers des premiers répondants. Une approche universelle du PAE conçue pour tous les employés d'une municipalité a été maintes fois décrite comme insuffisamment adaptée du point de vue de la culture professionnelle : « Les gens du PAE n'ont pas la moindre idée de la situation […] quand on les appelle pour leur parler de nos problèmes, ils n'ont pas envie de les entendre, parce que la dernière chose qu'on veut entendre, c'est une histoire à propos d'un bébé de 8 mois trouvé sans vie dans une baignoire » (Ambulancier paramédical 2). Les policiers ont mentionné qu'étant donné qu'ils ont une couverture illimitée pour services psychologiques, ils ont accès à des soins mieux adaptés et peuvent choisir leur clinicien.

Connaissances

Tous les participants ont indiqué que les cliniciens spécialisés dans le traitement des premiers répondants devraient bien connaître le milieu de travail et les fonctions des premiers répondants (ce qu'on appelle compétence culturelle). Pour renforcer cette compétence culturelle, à savoir le processus par lequel les personnes et les systèmes réagissent de façon respectueuse et efficace, la suggestion qui a été faite est d'acquérir les connaissances propres à ce type de travail, par exemple en accompagnant les professionnels de chaque service pendant leur travail, en passant du temps sur leur lieu de travail pour observer les facteurs de stress quotidiens et en apprenant la terminologie.

Plusieurs participants ont mentionné l'apprentissage de la terminologie des premiers répondants comme étant important pour une communication efficace. « [Les cliniciens] devraient être conscients de la culture […] Ce n'est pas parce que nous sommes tous des premiers répondants que nous sommes tous pareils […] Ils doivent être conscients a) de la culture; b) […] du langage que nous utilisons […] et du type de stress que subissent les premiers répondants dans leurs domaines respectifs » (Pompier 9).

Selon certains pompiers et policiers, il serait intéressant d'avoir des cliniciens qui soient d'anciens premiers répondants : « Ce serait bien que des policiers soient conseillers, psychologues ou travailleurs sociaux […] pour qu'ils puissent comprendre […] lorsqu'on parle de notre réalité de policier, personne ne sait vraiment ce que c'est » (Policier 1). Selon les policiers, si les cliniciens avaient une expérience préalable en tant que policier, il y aurait une meilleure intercompréhension. Plusieurs participants ont également indiqué que le personnel non clinique qui interagit avec les premiers répondants, dont le personnel qui répond au téléphone, doit être compétent sur le plan culturel. Les participants ont également évoqué des expériences directes de collègues qui estimaient avoir causé un préjudice psychologique aux cliniciens en décrivant leurs expériences, ce qui renforce l'importance des connaissances du milieu professionnel, afin de s'assurer que les cliniciens qui travaillent avec les premiers répondants connaissent bien la culture et les vocations respectives de chaque secteur :

> Je me suis rendu compte qu'il [le clinicien] n'était pas le gars à qui je devais parler parce que je l'ai vu pâlir lors d'un de mes appels, et je lui avais pourtant dit que ce n'était pas un si gros appel. Alors je me suis rendu compte que je devais parler à des gens qui savent ce qu'ils font. (Ambulancier paramédical 2)

TABLEAU 2
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
Contexte environnemental et ressources	**Une clinique de premiers répondants doit protéger la confidentialité des clients.**	« On pourrait leur dire dans quelle pièce se rendre, alors ils pourraient simplement aller directement dans la pièce plutôt que d'attendre dans un hall d'entrée […] parce que je pense que certains d'entre eux sont peut-être déjà gênés d'y aller. » (POM5)	7	[Qu'est-ce qui pourrait faciliter l'accès aux soins de santé mentale?] « Savoir que la confidentialité est assurée, que nos collègues n'en sauront rien s'ils n'ont pas besoin de le savoir. » (AP5)	3	« Si elle se trouve parmi beaucoup d'autres installations […] ça augmente l'anonymat, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles les officiers ou les membres peuvent vouloir s'y rendre. Ainsi, on ne sait pas forcément que telle ou telle personne se rend dans une maison ou un bâtiment isolé et que c'est la clinique des BSO […] Si elle [la clinique] est isolée, la confidentialité diminue très vite […] Si vous l'intégrez dans […] un site ou un établissement de la ville d'Ottawa où il y a beaucoup d'autres choses qui se passent, l'anonymat augmente. » (POL2)	7
	La clinique de premiers répondants doit être un lieu sans uniforme.	« On veut être aussi anonyme que possible […] Si on entre en uniforme, on s'identifie directement […] ça devrait être aussi anonyme que possible. Je pense que si on demandait à tout le monde de se présenter en tenue civile normale, ça garderait un peu l'anonymat […] Surtout, si on est dans le couloir ou dans la salle d'attente […] et qu'on voit qu'il y a un ambulancier paramédical. Si on est en uniforme, on va se reconnaître… » (POM6)	9	[sans uniforme?] « Je pense que ce serait probablement le mieux, parce que, selon l'aménagement du lieu, il y a de fortes chances de croiser quelqu'un qu'on connaît, et un uniforme n'est peut-être pas ce qu'il a besoin de voir ce jour-là. Ça n'est peut-être pas bien […] Il est peut-être content de vous voir, surtout si vous travaillez encore et que vous cherchez de l'aide pour de l'anxiété, c'est une chose, mais si vous croisez le chemin de quelqu'un qui ne veut plus jamais revoir un uniforme, ce n'est peut-être pas une bonne idée. Donc, je pense davantage à la protection des autres. » (AP5)	5	« On a eu des agents qui se sont fait retirer leur arme. Donc, s'ils viennent vous voir pour obtenir de l'aide, je ne pense pas qu'ils devraient porter un uniforme. S'ils sont en service, je comprends […] ils viennent ici pendant une heure, très bien. Qu'ils gardent leur uniforme, mais pas leur arme. S'ils ne sont pas en service, pas besoin de l'uniforme. Il ne faut pas être en uniforme de toute façon, sauf lorsqu'on se rend au travail. Et encore une fois, l'arme à feu ne devrait être portée que lorsqu'on travaille. » (POL4)	4
		—		« S'il n'y a pas d'uniforme, il n'y a pas d'identification […] il y a des gens qui ne peuvent même pas mettre le pied dans notre quartier général […] le fait de ne pas avoir d'uniforme pourrait être une bonne idée […] l'inconvénient c'est que si quelqu'un venait pendant son quart de travail […] comment ça fonctionnerait-il pour cette personne? […] l'un ou l'autre, mais il ne faudrait pas provoquer une réaction chez quelqu'un parce qu'une autre personne arrive en uniforme. » (AP4)		« Si un premier répondant a une mauvaise journée ou a eu une intervention difficile […] pourquoi ne pas lui permettre de se présenter [en uniforme]? […] Il est important que les collègues et les membres qui se présentent dans cette clinique comprennent que, oui, il peut y avoir des gens en uniforme. Certaines personnes réagissent mal lorsqu'elles voient un uniforme en raison de traumatismes moraux qu'elles ont subis au travail […] Ça peut être un facteur déclencheur, comme vous le savez. Je pense donc que les personnes qui se présenteront à la clinique doivent être prévenues [qu'il pourrait y avoir des personnes en uniforme]. » (POL2)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
		—		« Je pense qu'il ne devrait pas y avoir d'uniforme. Dès qu'on porte un uniforme, les grades sont visibles et ça peut changer la perception des gens […] tout le monde est sur un pied d'égalité. » (AP2)		« Si on commence à dire qu'on ne peut pas porter son arme pendant qu'on travaille en uniforme, il y aura un problème parce que si on n'est pas à l'aise à l'idée qu'une personne soit armée à cet endroit, il faut le mentionner à l'organisation concernée et dire que le port d'armes n'est pas accepté. Ça n'enfreint pas la confidentialité, mais c'est délicat et ça peut nuire au programme […] la plupart des personnes qui utiliseront les services viendront probablement de terminer de travailler… » (POL6)	
	Les services actuels de santé mentale offerts aux premiers répondants sont inadéquats, et les prestataires de services ne sont pas bien outillés ou formés pour répondre aux besoins particuliers.	« La Ville a le PAE [programme d'aide aux employés] […] pour les SMU [services médicaux d'urgence] et les services d'incendie en fonction d'un budget qu'elle reçoit […] nous avons reçu d'assez bonnes rétroactions de la part des membres, qui ont demandé des conseils en matière de mariage, de toxicomanie, de conseils financiers […] Mais dès qu'on aborde des sujets un peu plus lourds, comme la santé mentale […] ce n'est pas du tout à la hauteur. » (POM10)	5	« Lorsque j'ai appelé le PAE […] je crois que j'ai dû attendre 3 ou 4 semaines avant de pouvoir obtenir un rendez-vous […] et lorsque j'ai vu la conseillère […] elle était traumatisée par ce que je lui racontais, alors bon, ça ne s'est pas passé comme prévu. Donc, je n'y suis jamais retourné. Je me sentais si mal d'avoir fait ça. Je pensais que c'était un endroit où je pouvais aller… » (AP4)	5	« J'ai entendu tellement d'histoires d'horreur de la part d'agents qui font appel au PAE et à leurs conseillers […] Nous avons fait beaucoup de chemin […] J'ai entendu des histoires de conseillers qui étaient […] en larmes parce que les policiers leur disaient que c'est ce à quoi ils sont confrontés : les conseillers avaient l'air de ne pas savoir quoi faire avec eux. » (POL2)	4
		« J'ai personnellement déjà utilisé le PAE pour obtenir de l'aide, et je n'y suis jamais retourné après la première visite […] ils ont été totalement inutiles pour moi […] pendant ma séance, essentiellement, ils ont dit : "Oui, je ne sais rien à ce sujet. Vous devriez aller voir un bon professionnel." » (POM9)		« D'après mon expérience, et je vais être franc, le PAE est une blague. On se fait offrir trois séances. Ce n'est pas comme une fracture. On ne peut pas réparer ça tout de suite. Ça prend du temps. Ça prend une relation. Réparer quelque chose en trois séances, c'est ridicule. » (AP3)		[Le service de police d'Ottawa bénéficie d'une couverture illimitée pour les services en psychologie.] « Ce qui est excellent au service de police d'Ottawa, c'est qu'on a une couverture illimitée pour les services en psychologie. On peut même choisir qui on veut […] Et il faut pouvoir choisir la personne qui nous convient le mieux. » (POL6)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
	Les thérapeutes d'une clinique de premiers répondants devraient être au courant des conditions de travail de ces derniers et avoir des connaissances sur le sujet.	« Je n'ai pas besoin de quelqu'un qui écoute avec enthousiasme […] il faut que les bonnes personnes soient au bon endroit et qu'elles sachent ce que nous sommes, qui nous sommes, quels sont nos besoins particuliers […] ce n'est pas quelque chose qu'une personne va nécessairement comprendre lors d'une séance d'une demi-journée au centre de formation… » (POM10)	10	« […] parce que vous ne voulez pas les traumatiser […] je suis allé voir une conseillère et je lui ai parlé d'un appel […] je suis sorti de là avec l'impression que je l'avais traumatisée et qu'elle était bouleversée […] Elle n'avait aucune idée de la façon de m'aider […] il ne faut pas que la personne qui cherche de l'aide ait l'impression de faire du mal à la personne qui essaie de l'aider. » (AP4)	5	« Quand ils nous accompagnent au travail […] Je suis [thérapeute] et je suis ici pour apprendre. Je ne suis pas ici pour vous analyser […] Ils entendent notre jargon […] et ils donnent l'impression de croire que c'est peut-être simplement une histoire, puis quand on lance 10 jurons, ce n'est pas pour essayer de les impressionner ou des les intimider, c'est peut-être une façon de gérer la situation parce qu'on utilise l'humour. Parfois, les jurons sont inappropriés, mais lorsque c'est fait dans le contexte du milieu policier, ça ne vise pas à blesser, mais plutôt à nous aider à gérer la situation […] surtout sur le coup […] s'ils pouvaient au moins un peu comprendre ça et peut-être avoir un peu de patience, ça aiderait […] si on veut former quelqu'un sur ce point en particulier, cette personne devra probablement être exposée à tout ça […] accompagner les policiers au travail, puis passer beaucoup de temps avec les ambulanciers paramédicaux et […] avec les pompiers… » (POL7)	8
		—		« Un aspect important est la compréhension du travail, donc la connaissance d'une fonction particulière et du stress qui va avec. J'ai travaillé avec des professionnels de la santé mentale de tous les horizons, et il devient très vite évident qu'ils ne comprennent pas tout à fait les pressions, les besoins et la vie quotidienne d'un ambulancier paramédical. C'est très difficile à comprendre, et ça peut aller du travail par quarts aux soins de fin de vie… » (AP3)		« La crédibilité est un élément essentiel. Je préférerais consulter un professionnel qui a beaucoup d'expérience avec les premiers répondants […] ces personnes devraient se rendre à notre CPP [Centre de perfectionnement professionnel] et voir certains scénarios de recours à la force […] ça les rapprocherait de nous, de notre famille, alors je les encourage à nous accompagner au travail. » (POL6)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
	Une clinique de premiers répondants devrait être discrète et ne pas être située dans un hôpital doté d'un service d'urgence.	« […] CMDN [Centre médical de la Défense nationale], je pense que ce serait bien, parce que je pense que c'est un endroit neutre […] Le stationnement est ouvert, facile, immense, et c'est un terrain neutre […], ce n'est plus une clinique. Ce n'est plus un hôpital. C'est un bâtiment administratif […] ce serait un bon endroit. » (POM9)	6	« Si c'est à l'hôpital général ou à l'hôpital municipal, on y voit trop de collègues se promener […] Je ne compte plus les fois où je passe devant des gens que je connais aux urgences ou les fois où mes collègues [me voient] entrer. Quand on voit quelqu'un en vêtements civils à l'hôpital [la conversation ressemble à ceci] : "Hé, comment ça va? Qu'est-ce que tu fais là?" "Euh, je vais à la clinique de BSO." "Oh." Et puis, bonjour la stigmatisation, n'est-ce pas? » (AP2)	5	« J'aimerais un bâtiment en briques et en mortier, quelque part au centre de la ville, qui ne soit pas identifiable, qui ne soit pas rattaché à un hôpital, mais qui soit affilié à un hôpital […] Mes collègues n'entreront jamais dans un hôpital spécialisé en santé mentale pour y recevoir des soins […] S'il s'agit d'un bâtiment générique situé dans un endroit central, avec un grand stationnement […] ils peuvent entrer et voir un visage amical, éventuellement un coordinateur de soutien par les pairs ou des personnes qu'ils apprennent à connaître; ils se sentent les bienvenus et c'est là qu'ils se font traiter […] ce n'est pas un endroit stérile, ce n'est pas comme dans un hôpital et il n'y a pas de groupes de gens qui se promènent en sarrau […] Ça, ça ne passerait pas auprès de mes collègues, parce qu'ils ne se voient pas comme des fous, n'est-ce pas? Ou parce qu'ils ont peur d'être étiquetés comme "fous"… » (POL8)	7
		—		« […] un endroit sûr […] [où] nous ne rencontrerons pas de patients que nous avons embarqués sur la route. » (AP4)		« Il faut aller dans un endroit où on se sentira en sécurité et où on n'aura pas le sentiment de risquer d'être exposé. Une chose qui me préoccupe beaucoup dans ce genre de situation, et qui préoccupe aussi d'autres personnes, c'est de savoir qui je risque de croiser si je vais à votre clinique. Qui va le savoir? » (POL6)	
Connaissances	**Il est important que les cliniciens connaissent la culture et l'environnement de travail des premiers répondants.**	« Nous avons, et je pense que les SMU [services médicaux d'urgence] et la police ont l'équivalent […] ce que nous appelons "Fire Ops 101" […] [ça] a été créé [pour] les médias, les politiciens, etc. C'est la base […] on les fait venir et on leur montre ce que c'est vraiment. On les habille avec l'équipement de protection […] on les emmène dans le bâtiment d'entraînement et ils doivent éteindre un feu de voiture factice; ça leur permet de ressentir la chaleur… » (POM10)	9	« […] s'ils apprenaient le jargon, ce serait génial, aussi, s'ils pouvaient nous accompagner au travail pour voir ce que nous faisons au quotidien : les difficultés posées par les appels, par le travail par quarts, par le fait de ne pas toujours avoir le temps de manger, par les événements qui se bousculent constamment, par l'incapacité de terminer ses tâches administratives […] s'ils avaient cette expérience directe, ils se diraient "Oh, oui, je sais de quoi ils parlent maintenant." » (AP4)	2	« La grande approche, c'est l'exposition […] Il n'est pas nécessaire que ce soit sur la route. Ça pourrait être […] vous allez venir et on va vous présenter la journée de recours à la force […] alors ils vont pouvoir faire les scénarios, en particulier les scénarios de prise de décision du genre tirer ou ne pas tirer? […] La prise de décisions sous la contrainte […] et là ils diront "D'accord, je comprends. J'avais vraiment peur" parce qu'ils n'y ont jamais été exposés et "J'ai tiré sur ce gars parce que j'avais peur." En fait, il buvait juste une bouteille de vin dans un coin et vous lui avez tiré dessus. » (POL7)	8

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
		« Ensuite, ces cliniciens en discutent, et ils partagent leurs expériences. "Wow. OK, c'est logique." Ils commencent à parler leur langage. "J'ai vu ci et j'ai vu ça. Cette équipe avec laquelle j'ai passé la journée m'a dit ci, et ce policier avec qui j'ai passé la journée m'a dit ça, et ces deux ambulanciers avec qui j'ai passé la journée m'ont dit ça." Maintenant, tous ces cliniciens vont avoir une bien meilleure compréhension… » (POM8)		« L'une des choses qui m'attirent à l'idée de ce programme […] c'est qu'il y a des gens qui […] traitent vraiment beaucoup de premiers répondants et les types de problèmes qu'on a, donc ils deviennent plus compétents. Ça veut dire qu'on n'a pas besoin de toujours tout expliquer en long et en large […] Je peux parler de cet aspect particulier de mon travail, et ils sauront tout de suite de quoi je parle. Je sais que ça prend du temps, mais c'est vraiment bien. C'est énorme. » (AP3)		—	
	Les premiers répondants réagissent bien à l'événement traumatique initial, mais pas aux conséquences à long terme.	—	—	« Il suffit de les désactiver [les émotions], et on a un travail à faire […] Malheureusement, quand j'ai réalisé qu'il était trop tard […] il m'a fallu beaucoup de temps pour arriver au point où je pouvais éprouver un sentiment ou une émotion, l'analyser, comprendre ce que je voulais faire. » (AP2)	2	« On ignore souvent l'effet boule de neige d'un événement traumatique. On est excellents pour réagir pendant l'incident initial et pour gérer les personnes présentes, mais si on va plus loin que les premiers répondants… Qui soutient les enfants et le mari de cette femme qui a perdu ses jambes? Qui soutient la conjointe et les enfants du premier répondant qui a dû s'occuper de cette femme qui a perdu ses jambes? » (POL6)	1
		—		« Je n'étais pas au courant que j'étais malade jusqu'à ce que je m'écroule. Et ce n'est que lorsque j'ai atteint ce que j'appellerais le fond que j'ai demandé de l'aide et que j'ai commencé à le remarquer. C'est incroyable de voir comment, du moins dans ma situation, j'ai pu me mentir ou juste faire du sur-place. Ce n'est qu'avec le recul que je le vois, alors je sais qu'on peut être en mauvaise santé sans le savoir. » (AP3)		—	

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
	Les premiers répondants sont souvent capables de remarquer des signes avant-coureurs chez leurs collègues lorsque ces derniers ont des problèmes de santé mentale.	« Quand les autres vous regardent, ils voient ces changements, mais ils ne savent pas ce que c'est parce qu'ils n'ont pas été formés pour ça […] Ça se présente comme quelqu'un qui s'isole socialement, qui s'enferme dans le sous-sol […] qui éprouve de la colère. Ça peut se présenter comme une irritation. Ça peut se présenter comme une dépendance, et il est possible que la personne ne se rende même pas compte de ce qui se passe. J'ai entendu ça de la part de tant de personnes qui ont vécu une telle situation […] Je n'avais pas réalisé que j'étais irrité ou irritable […] ou en colère, ou que je jugeais beaucoup les autres. » (POM9)	8	« La fréquentation est un gros indicateur. L'humeur, donc l'irritabilité; l'isolement est quelque chose de très important. Alors, on arrête de sortir et de faire ce qu'on aime. La peur; les gens expriment la peur. Ils ont presque peur d'aller travailler. Peur de faire une erreur; ils expriment de grandes craintes […] Ça affecte la vie à la maison, les relations à la maison, alors mon collègue me prend à part et commence à me parler de la façon dont la vie à la maison a été affectée, que c'est un grand signe; mauvaise mémoire, apathie. » (AP3)	5	« Je suis tout à fait consciente des symptômes de la maladie mentale […] de la façon dont elle se présente au quotidien, et de la colère, du fait de se retirer de sa famille et de ses amis en dehors de la police et de s'accrocher plutôt à la famille policière […] se retirer de la vie à l'extérieur du travail, boire […] les abus concernent souvent l'alcool et l'argent […] ne pas dormir suffisamment ou ne pas passer suffisamment de temps avec sa famille […] ce sont des symptômes très courants de stress ou […] d'adaptation ou de l'incapacité de s'adapter […] le repli sur soi, la colère […] J'ai reçu une formation pour la reconnaître et je peux le faire très facilement […] Il peut s'agir d'une personne qui s'emporte au sujet de quelque chose de ridicule qui ne devrait pas provoquer une telle réaction […] Avec le recul, je vois que j'étais comme ça, il y a des années, lorsque j'étais stressée, et je ne voyais pas les choses de cette façon… » (POL3)	7
	Le travail de soutien par les pairs permet d'acquérir une connaissance de base de la santé mentale, qui peut être enrichie par l'expérience.	« La majeure partie de ma formation a été dispensée par les pairs, et j'ai eu une certaine [formation] en santé mentale – un programme mis en œuvre par le service d'incendie, En route vers la préparation mentale… » (POM3)	4	« Je ne suis pas un professionnel de la santé mentale, mais j'ai suivi une formation supplémentaire et j'occupe cette fonction depuis cinq ans […] alors j'ai eu beaucoup d'expérience pratique. » (AP5)	2	« J'ai suivi la formation de Premiers soins en santé mentale. Je suis instructeur pour le programme En route vers la préparation mentale, qui traite de toutes sortes de problèmes de santé mentale […] j'ai assisté aux cours des vétérans canadiens et des vétérans en santé mentale […] j'ai fait beaucoup de présentations […] je ne pose pas de diagnostic […] Mais j'ai l'impression de mieux comprendre la gravité du problème auquel nous sommes confrontés […] J'ai l'impression d'en avoir une meilleure compréhension […] lorsque j'ai commencé cet emploi il y a deux ans, je dirais que mes connaissances étaient limitées, et je me demandais vraiment pourquoi on m'avait embauché, parce que je ne suis pas psychologue. J'ai suivi quelques cours de psychologie à l'université […] Je n'avais pas l'impression d'être assez confiant [dans ce domaine] […] c'est un début, n'est-ce pas? C'est comme essayer d'éteindre un feu avec un arrosoir. Enfin, c'est l'impression que j'ai, parfois… » (POL8)	1

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
Influences sociales	**La stigmatisation empêche les gens de parler librement de leurs émotions.**	« Nous n'avons pas atteint le fond des choses en ce qui concerne la stigmatisation […] nous avons gratté un peu la gale, mais il faut approfondir les choses, et nous ne serons pas vraiment exempts de stigmatisation jusqu'à ce que tout le monde puisse demander de l'aide lorsque c'est nécessaire. » (POM10)	9	« Je pense que ça s'améliore certainement, mais il y a une peur généralisée. Je ne sais pas si cette peur est fondée ou non, mais il y a une peur généralisée d'être perçu comme faible, incompétent ou dangereux pour les patients. C'est un facteur très important. » (AP3)	5	« Beaucoup de gens hésitent à utiliser les mots "santé mentale" […] parce que le problème, c'est que lorsqu'on s'occupe de la santé mentale en tant qu'agent de police, on a affaire aux 3 à 5 % des membres de la population qui n'ont eu aucun soutien dans la vie, qui sont habituellement toxicomanes, qui deviennent criminels et qui ont de graves problèmes de santé mentale non traités […] on les voit chez les sans-abri, dans des refuges […] [quand] on reçoit un appel, ces gens sont habituellement au bout du rouleau, ils brandissent une arme et ils essaient de nous faire du mal, alors c'est l'impression de la santé mentale qu'ont les agents, que ces personnes sont folles […] il y a "nous" et il y a "eux" ». (POL8)	8
		« C'était [le stigmate] presque aussi traumatisant que l'appel auquel nous avons répondu, parce qu'il fallait essentiellement se mettre à nu devant des inconnus. » (POM4)		—		« Il existe une culture très forte dans la police qui consiste à ne jamais montrer de faiblesse, à rester stoïque et à toujours garder le contrôle. » (POL3)	
		« Nous nous occupons de nos propres problèmes […] en particulier le genre vieille école : "Ce n'est pas quelque chose dont on parle." "Tu as un problème? Tu le mets dans une bouteille, tu la fermes, et ça se réglera." […] "Tu règles ça tout seul." […] "Ça ne fait que cinq ans que je travaille, et je remarque que c'est en train de changer […] c'est en train de changer parce que ça doit changer…" » (POM6)		—		« Je m'absente. J'ai besoin d'un congé de maladie. J'ai besoin de temps […], mais j'ai peur de demander congé. Pourquoi? […] Parce que mon superviseur a déjà fait des commentaires au sujet de telle ou telle personne qui était absente pour des "problèmes" ou pour un problème opérationnel […] en raison d'une intervention difficile. Ils comprennent qu'il s'agit peut-être d'une blessure de stress opérationnel pour laquelle il faut un certain soutien. Maintenant, c'est aussi une question de stigmatisation de la part des gestionnaires… » (POL2)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
	Les problèmes de santé mentale sont source d'isolement.	« Ils ne savent pas à qui en parler, et ils se sentent isolés. Ils se sentent seuls, et c'est là que le retrait social entre en jeu […] On se rend compte qu'on ne peut pas vraiment en parler parce qu'on sait que les autres ne pourront pas s'identifier à la situation ou la comprendre. » (POM9)	5	« L'une des choses les plus libératrices que j'ai vécues au cours de mon parcours, c'était lorsque des professionnels ont dit "Non, c'est normal", "d'autres personnes sont passées par là" ou "vous n'êtes pas seul". On n'est pas seul, et ça aide vraiment à ne pas se sentir isolé, à ne pas se sentir seul dans notre combat. » (AP3)	2	« Quand les gens souffrent, ils se sentent très isolés, ils se sentent très seuls, ils n'ont aucune idée de la façon d'améliorer leur situation. J'ai vu des cas où les gens s'isolent au sous-sol en fumant des cigarettes, et ils ne vivent plus vraiment […] leur mariage implose souvent, leurs enfants les détestent. Ils ne viendront jamais travailler. » (POL8)	4
		—		—		« Pour la police, l'un des plus grands écueils, c'est d'être perçu comme étant faible. Donc, on garde tout ça en dedans et on se sent isolé parce qu'on pense être seul avec ces sentiments. » (POL5)	
	Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont perçues comme faibles.	« Certains [chefs de section] sont très proactifs et sérieux au sujet de la santé mentale […], mais d'autres chefs de section sont vieille école, "débrouille-toi avec tes problèmes". Il y a des capitaines que je connais très bien et qui sont du genre à dire : "T'es quoi, une mauviette?" Cette mentalité existe encore, c'est sûr. » (POM9)	6	« Je pense encore qu'il y a un important contingent d'ambulanciers paramédicaux qui n'y croient peut-être pas […] et les petites plaisanteries et autres platitudes qu'on entend nous font comprendre que, si on souffre de stress mental, on est faible et on ne peut pas faire son travail. » (AP3)	4	« [Les problèmes de santé mentale] sont très présents, mais on les perçoit comme un signe de faiblesse. Si je me fie aux personnes avec lesquelles j'ai travaillé et qui avaient un problème de santé mentale, très souvent, lorsque le problème est révélé, il est déjà à un stade avancé. » (POL5)	4
		« Chaque fois que je reviens d'un appel et qu'il y a des gens dans la pièce, si quelqu'un est absent, ils vont dire à la blague : "Oh, ce gars-là souffre un peu, il devrait être plus fort". Il y a toujours des commentaires de ce genre, et ça me donne envie de ne rien dire parce qu'ils pourraient se moquer de moi. » (POM1)		« C'est très difficile de changer la mentalité, de lever la main et de dire : "Hé, regarde. Je dois m'arrêter ici un moment". Les ambulanciers voient ça comme un signe de faiblesse. Ils ridiculiseront la personne et s'en moqueront. » (AP2)		« Je ne voudrais jamais montrer une forme de faiblesse ou de vulnérabilité au travail […] s'il y avait un appel au sujet d'une personne folle, d'une situation effrayante ou d'une situation qui me mettait mal à l'aise […] je ne voulais pas montrer de signe de faiblesse par rapport à ce genre d'appel […] Au début de ma carrière, je refoulais ça, je ne parlais pas de mes vulnérabilités, de mes émotions; je ne parlais jamais de ça au travail. » (POL3)	

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
	Les femmes des secteurs des premiers répondants sont confrontées à des obstacles sociaux que les hommes ne rencontrent pas.	—	1	« En tant que femme […] c'est plus difficile de pleurer ou de demander de l'aide, parce qu'au bout du compte, on va croire qu'on est faibles ou en syndrôme pré-menstruel. On m'a déjà dit […] "Es-tu dans ta semaine?" […] Je viens juste de voir quelqu'un mourir. J'ai l'impression que ça n'a rien à voir […] J'ai l'impression qu'en tant que femmes, il faut avoir l'air d'être un peu plus fortes, parce que sinon, ils ne nous manqueront pas. » (AP1)	1	« Je ressentais toujours de la pression parce que c'était mon rôle, c'était mon travail, c'était ce pour quoi on me payait, et c'était la bonne chose à faire, mais je ne voulais pas montrer de signe de faiblesse ou de vulnérabilité parce que j'étais une femme agente dans un rôle de "gros bras", vous savez, un rôle traditionnellement masculin. » (POL3)	2
Rôle social/ professionnel et identité	**Les premiers répondants estiment qu'ils ont le devoir de travailler, peu importe la façon dont ils se sentent.**	« C'est un peu le cas […] En même temps, dans d'autres genres d'emploi, il y a des gens qui passent une mauvaise journée, qui luttent contre la dépression […] et qui ne vont pas travailler parce que ça va mal ce jour-là. Nous, nous n'avons pas ce luxe. » (POM10)	1	« S'en remettre ou faire semblant, c'est notre réalité […] Mon travail sur la route, c'est d'oublier tout ça pour faire mon travail au mieux de mes capacités et de ne pas laisser ces facteurs de stress extérieurs et toutes ces choses m'atteindre […] pour les policiers et les pompiers, c'est exactement la même chose […] lorsqu'il s'agit de faire leur travail, ils le font au mieux de leurs capacités; ils vont s'en remettre ou ils vont faire semblant […] On s'occupe des conséquences plus tard. » (AP2)	3	—	
	La stigmatisation associée au fait d'être vu par des pairs empêche les premiers répondants de se faire soigner dans une clinique de santé mentale pour premiers répondants.	« Cette personne m'a dit : "Oh, je ne veux pas aller dans une clinique parce que je ne veux pas que quelqu'un sache que j'ai des difficultés." » (POM7)	7	« Éliminez tout ce qui pourrait provoquer de l'incertitude. Est-ce que je vais rencontrer quelqu'un que je connais? C'est un gros problème […] En gros, si on peut leur donner suffisamment d'information au départ pour ne pas les angoisser […] par exemple les rendez-vous sont espacés de 15 minutes donc vous ne croiserez personne. » (AP5)	3	« Ça y est, j'ai décidé. Je vais demander de l'aide. L'une des pires choses que je peux imaginer, c'est que quelqu'un me voie. Si on organisait les rendez-vous de façon à ce que les gens ne se croisent jamais, s'il y avait une porte d'entrée et une porte de sortie […] J'entre à l'avant. On m'amène immédiatement à l'endroit où je vais rencontrer le professionnel de la santé mentale. J'ai ma séance, puis on m'amène à la porte arrière. » (POL5)	7

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
		—		« Souvent, lorsque les gens se présentent à ce type de clinique ou demandent ce type d'aide, l'anonymat est très important pour eux […] selon mon expérience, c'est un moment de très grande vulnérabilité […] s'ils voient quelqu'un qu'ils connaissent ou avec qui ils ont une relation professionnelle ou même sociale, ça peut vraiment les effrayer ou les faire fuir. » (AP3)		« La principale crainte pour un policier est de penser qu'il pourrait avoir un problème de santé mentale, qu'il est faible psychologiquement ou qu'il n'est pas capable de faire son travail […] de donner un signe qu'il a recours à de tels services […] que le public et ses collègues voient qu'il a recours à de tels services. » (POL1)	
Émotions	**Répercussions émotionnelles et physiques du stress et des traumatismes (manifestations physiques comme le manque de sommeil ou la baisse d'énergie)**	« Ça peut se présenter comme de la colère. Ça peut se présenter comme une irritation. Ça peut se présenter comme une dépendance, et il est possible que la personne ne se rende même pas compte de ce qui se passe. J'ai entendu ça de la part de tant de personnes qui ont vécu une telle situation, comme moi… » (POM9)	8	« Jusqu'à ce que je commence mon traitement […] chaque fois que j'entendais un appel de pendaison, j'en avais mal au cœur. » (AP1)	2	« Ça affecte le sommeil. Ça affecte la vigilance, l'irritabilité, la compassion, l'empathie […] la fatigue et l'éthique, le sommeil, donc ça augmente la fatigue, la capacité d'interagir même socialement, l'isolement extrême […] la somnolence, la capacité d'être fonctionnel et alerte au travail, les problèmes de dépendance, de libido, d'intimité […] même le désir de s'ouvrir aux gens parce qu'on est tellement fatigué. » (POL2)	7
Croyances à l'égard des conséquences	**La participation du conjoint ou de la famille au bon moment lors du traitement en santé mentale a des effets bénéfiques.**	« Lorsqu'une famille peut être mise à contribution, je pense que c'est très important […] c'est le partenaire ou le conjoint qui peut garder la personne dans le droit chemin pendant le traitement et tout au long du protocole de traitement. Il y a là une responsabilisation. » (POM10)	10	« [S'améliorer], c'est difficile à faire si on n'a pas le soutien de sa famille […] il faut peut-être un élément éducatif […] c'est ce à quoi sert la TCC [thérapie cognitive du comportement] […] ou comment vous aider pendant cette période. » (AP3)	5	« C'est un tout. Je sais que ce qui affecte la personne affectera sa famille, et ça fait boule de neige. » (POL8)	6

Suite à la page suivante

TABLEAU 2 (suite)
Résumé des domaines pertinents du cadre TDF et exemples de citations de premiers répondants participant à l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

Domaines	Énoncés de croyance	Pompier		Ambulancier paramédical		Policier	
		Exemples de citations	Fréquence (sur 11)	Exemples de citations	Fréquence (sur 5)	Exemples de citations	Fréquence (sur 8)
		« Je ne sais pas si je serais ici si ce n'était pas de ma famille […] c'est ce qui m'a permis de continuer […] Je connais tellement de gars qui ont perdu leur femme, leur mariage à cause de ça et de tout le reste, et c'est pour eux que c'est le plus difficile, parce qu'ils sont seuls […] On peut emmener un parent, son conjoint, son meilleur ami […] passer la journée à parler de santé mentale […] les gens qui feront partie de votre vie vont apprendre beaucoup […] ce sont eux qui vont influencer le changement en vous. » (POM2)		« Je pense qu'il y a deux façons de faire, l'une étant de les emmener à des séances précises, et l'autre, de les emmener à des séances d'information; c'est vraiment utile […] lorsque je suis allé me faire soigner, ils ont offert un cours de 2 jours à ma conjointe, où ils ont expliqué le TSPT [trouble de stress post-traumatique]. Ils ont décortiqué le problème et expliqué ce qu'il fallait surveiller, les comportements typiques, ce genre de choses, et elle s'est sentie plus à l'aise, mieux outillée. Et ma capacité à lui en parler s'est grandement améliorée. » (AP3)			

Abréviations : AP, ambulancier paramédical; BSO, blessure de stress opérationnel; POL, policier; POM, pompier.

Remarques : Les ensembles de données qualitatives générés ou analysés au cours de cette étude ne sont pas mis à disposition du public. L'approbation éthique de l'étude interdit le partage des données. Toutes les citations du tableau sont traduites de l'anglais.

> Ils regardent des photos et une vidéo, et ils n'arrivent même pas à le supporter. Comment peuvent-ils offrir un traitement aux personnes qui ont vécu de telles situations et faire preuve envers eux de compassion et de compréhension? (Policier 6)

Les policiers, les pompiers et les ambulanciers ont fait la démonstration de compétences en matière de santé mentale en étant capables de reconnaître les signes avant-coureurs de problèmes de santé mentale chez leurs collègues. Toutefois, certains d'entre eux ont également déclaré ne pas savoir quelles étapes suivre ensuite pour offrir une aide efficace. L'amélioration des connaissances sur la façon d'aider a été considérée comme une occasion d'améliorer la santé mentale. Les ambulanciers paramédicaux ont indiqué que les membres de leur profession savent comment dissimuler les symptômes de santé mentale (comme la toxicomanie), ce qui complique le soutien par les pairs :

> L'un des plus grands défis que j'ai eu à relever, c'est la comorbidité sur le plan de la santé mentale, notamment les problèmes de dépendance, parce que je trouve que nos collègues cachent mieux les problèmes de dépendance que l'anxiété, la dépression ou d'autres choses […] c'est ce qui m'a le plus surpris […] Avant, je ne comprenais pas qu'il y avait aussi un problème de dépendance, et ça m'a surpris. (Ambulancier paramédical 5)

Selon les participants, le travail d'ambulancier paramédical consiste à répondre régulièrement à des appels liés à la santé mentale. Ainsi, il se crée une culture selon laquelle on ne veut pas que quelqu'un soit au courant de problèmes de santé mentale et on dissimule les symptômes pour ne pas être perçu comme semblable à ces patients.

Les policiers et les ambulanciers ont indiqué que les premiers répondants sont compétents dans les premières interventions en cas d'événements traumatisants, mais qu'ils manquent souvent de connaissances et de compétences pour gérer les conséquences à long terme sur la santé mentale. L'absence de ces compétences a été citée comme un obstacle à la recherche d'aide, tandis que le développement de ces compétences a été considéré comme une occasion d'améliorer la santé mentale.

Les participants ont mentionné que le manque de clarté concernant les droits aux congés de maladie et que la discrimination associée à l'emploi étaient des obstacles à la recherche d'aide. Ils ont aussi manifesté de l'incertitude quant au processus de prise de congé. Les ambulanciers paramédicaux ont fait part de leur confusion quant au nombre de jours de congé de maladie offerts, et ils craignaient d'être réprimandés s'ils prenaient plus de quatre jours de congé en six mois. Un ambulancier paramédical a indiqué que, selon ce qu'il comprenait de la politique sur les congés de maladie, lorsqu'un ambulancier prend plus de quatre jours de congé de maladie en six mois, il doit y avoir une réunion entre l'ambulancier paramédical, son superviseur, le commandant et un représentant syndical. Les ambulanciers paramédicaux ont également mentionné leurs préoccupations au sujet de la discrimination associée à l'emploi (limites sur le plan de l'avancement professionnel) s'ils prennent plus de 14 jours de congé de maladie au cours d'une année.

Les pairs aidants des trois services ont convenu que les membres de l'équipe de soutien par les pairs devraient participer à une formation sur la santé mentale, le bien-être et l'autonomie en matière de santé mentale, ce qui leur donnerait des connaissances de base sur la santé mentale, que l'expérience pourrait ensuite renforcer. Toutefois, les participants ont fait état de niveaux d'accès variables aux possibilités de formation internes et externes (programmes de formation en santé mentale, conférences et séances d'information sur le TSPT, etc.). Tous les participants ont décrit le soutien par les pairs comme une ressource bénéfique, mais ils n'ont pas tous déclaré se sentir à l'aise de demander du soutien par les pairs pour des problèmes de santé mentale.

Influences sociales

Tous les participants ont fait état de cas d'autostigmatisation et d'évitement des étiquettes, souvent illustrés par leur description de la peur d'être perçus comme assez faibles pour avoir besoin de soins de santé mentale ou pour chercher à obtenir ce type de soins. La stigmatisation chez les pompiers a été expliquée comme une réticence à parler librement de leur santé mentale. Les ambulanciers paramédicaux ont quant à eux déclaré que la stigmatisation publique est profondément ancrée dans leur milieu de travail. Par exemple, ils ont signalé des cas où des collègues se moquent de ceux qui ont des problèmes de santé mentale et de ceux qui parlent de suicide ou tentent de se suicider :

> S'il s'agit d'une tentative de suicide ou d'idées suicidaires […] c'est encore un énorme stigmate au sein de notre organisation, surtout parce que nous traitons avec des patients qui ont des idées suicidaires à peu près à chaque quart de travail […] je déteste le dire, mais nous critiquons nos patients lorsqu'ils ne réussissent pas. Ça a l'air horrible, mais on se dit : "Tu sais, c'est la quatrième fois que je viens te chercher. Tu n'as pas encore compris comment prendre assez de pilules?" […] puis on parle aux diverses équipes, et on plaisante : "Vraiment, même avec Google, tu n'as pas réussi à trouver comment faire ça correctement?" […] alors imaginez, si vous êtes un ambulancier paramédical dans cette pièce qui a des pensées suicidaires, vous n'allez vraiment pas vous ouvrir à qui que ce soit à ce sujet, parce qu'on se moque des gens qui n'arrivent pas à se suicider. (Ambulancier paramédical 5)

L'humour noir est couramment utilisé comme mécanisme d'adaptation pour gérer le stress, mais il risque de renforcer la stigmatisation. Par ailleurs, les participants ont fait état de jugements négatifs envers les membres du service d'ambulanciers paramédicaux qui demandent des soins de santé mentale, dont ceux qui prennent des médicaments utilisés en psychiatrie pour traiter l'anxiété ou la dépression. De même, dans le milieu policier, l'exposition aux personnes atteintes de maladie mentale renforce la stigmatisation en ce sens que les policiers ne veulent pas être identifiés aux personnes avec lesquelles ils interagissent lorsqu'ils répondent à un appel : « Il y a une stigmatisation sociale tellement négative, et exponentielle dans le cas de la police, parce que c'est avec ça que nous travaillons […] "Ne t'approche pas trop, tu vas devenir cinglé". C'est vu négativement. » (Policier 5). Dans les trois secteurs, il semble que le fait de répondre à des appels impliquant des personnes présentant des troubles de

la santé mentale, et en particulier à des appels récurrents pour les mêmes personnes, ait une influence considérable sur l'attitude des premiers répondants et la stigmatisation à l'égard des difficultés psychologiques.

Les policiers disent avoir peur, et également avoir fait l'expérience, de commentaires défavorables de la part de la direction. Ils ont aussi fait état de préoccupations selon lesquelles leurs possibilités en matière d'avancement professionnel seraient limitées en cas d'antécédents de problèmes de santé mentale ou de tentatives d'obtention de soins de santé mentale : « Ils vont voir une candidature qui est plutôt bonne […] "Mais n'est-ce pas le gars qui a craqué?" […] ils ne font qu'entendre "trouble de la santé mentale" et se disent que cette personne est cinglée. C'est vraiment très simple. Les policiers sont très au courant, mais à l'interne, la réaction est encore : "Oh, mon Dieu, on pourrait devoir composer avec ça." […] On ne leur fera pas confiance parce qu'ils ont des problèmes de santé mentale » (Policier 1).

Il y a également des obstacles juridiques à ce qu'un policier parle d'un événement traumatisant dont il a été témoin. Un participant a mentionné l'impossibilité de parler d'un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique comme un obstacle à l'obtention de soins si un membre fait l'objet d'une enquête de l'Unité des enquêtes spéciales. Ce participant a déclaré qu'en vertu de la Loi sur les services policiers, les policiers ne peuvent pas communiquer avec des personnes qui ne sont pas impliquées dans l'événement tant que l'entretien avec l'Unité des enquêtes spéciales n'a pas eu lieu. Selon ce participant, les personnes qui contreviennent à la Loi peuvent être accusées.

Selon les pompiers, les ambulanciers et les policiers, ceux qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale ont tendance à s'isoler parce qu'ils ne savent pas comment parler aux autres de leurs problèmes de santé mentale ou de leurs symptômes. Cela se traduit par un sentiment d'isolement, de la solitude et un repli social. Les participants craignent que leurs problèmes de santé mentale ne soient perçus comme une faiblesse par leurs collègues et la direction, ce qui constitue un obstacle aux soins. Les policiers affirment ne pas vouloir montrer de signe de faiblesse ou de vulnérabilité au travail. Les ambulanciers paramédicaux sont préoccupés par l'idée de paraître faibles s'ils font état d'un problème de santé mentale après un incident et que le même incident n'a pas affecté leur partenaire :

> Une stigmatisation est aussi possible si mon partenaire et moi répondons à un appel traumatisant et que l'un de nous se porte tout à fait bien après l'intervention, mais pas l'autre […] si je m'absente du travail parce que ça m'a vraiment perturbé, mais que mon partenaire ne le fait pas, est-ce que les gens vont penser que je suis faible? […] Les gens pensent-ils que quelque chose ne va pas chez moi? […] si l'un des partenaires va bien, mais pas l'autre, il y a aussi cette stigmatisation […] qui vient des pairs, de la direction, de tous les échelons. (Ambulancier paramédical 4)

Le genre est également mentionné comme un obstacle à la recherche de services de santé mentale par les participantes de tous les secteurs : les femmes ont fait mention d'obstacles sociaux sexospécifiques et ont estimé qu'elles devaient paraître « fortes », sous peine d'être mises à l'écart ou qu'on en profite.

Rôle social/professionnel et identité

Les pompiers et les ambulanciers ont fait part de leurs points de vue sur leur obligation de servir sans tenir compte de leur état de bien-être. Les participants ont déclaré que l'obligation de service était la priorité et que les conséquences étaient secondaires.

Les participants ont insisté sur le fait qu'il fallait tenir compte des liens étroits entre identité personnelle et identité professionnelle au moment de mettre en œuvre des services de santé mentale à l'intention des premiers répondants. « Ce sont nous qui réglons les choses […] pour les policiers, c'est une vocation, et c'est une carrière. Ce n'est pas seulement un travail, ça fait partie de notre personnalité et de qui nous sommes. » (Policier 6). Les participants ont également fait part de leur crainte d'être stigmatisés si on les voyait obtenir des soins de santé mentale, et ils ont exprimé de la vulnérabilité au moment de parler du recours à ce type de soins.

Émotions

Les membres de tous les services ont fait état des répercussions émotionnelles (colère, irritabilité, etc.), comportementales (consommation accrue de substances, diminution des interactions sociales, etc.) et physiques (mauvais sommeil, troubles fonctionnels diurnes, baisse d'énergie, nausées, etc.) du stress cumulatif découlant d'une exposition répétée à des traumatismes :

> Ça a nui à ma capacité de bien traiter les patients. Ça a nui à ma capacité d'être professionnel. Ça a nui à ma capacité de me présenter au travail de façon constante. Ça a beaucoup affecté tous les aspects de ma vie. Le travail d'ambulancier paramédical est très physique […] Si on a des difficultés liées à la santé mentale […] ça affecte le sommeil, ça affecte la force, ça affecte la capacité de faire de l'exercice et de prendre soin de soi-même… (Ambulancier paramédical 3)

Croyances à l'égard des conséquences

Les membres de tous les services ont indiqué que la participation du conjoint ou de la famille au bon moment lors du traitement en santé mentale est susceptible d'avoir des effets bénéfiques. Les participants ont souligné l'importance de faire comprendre à leur conjoint et à leur famille les exigences d'une vocation de premier répondant et de les sensibiliser aux signes et aux symptômes des problèmes de santé mentale ainsi qu'aux solutions possibles.

Analyse

Chez les premiers répondants, les obstacles les plus fréquemment cités en matière d'accès aux soins de santé mentale sont les craintes concernant la confidentialité, le manque de confiance, le manque de connaissances du milieu professionnel (compétence culturelle) au sein des services, le manque de clarté sur les services offerts et sur les modalités d'accès ainsi que la stigmatisation au sein des organisations de premiers répondants.

La crainte d'une stigmatisation causée par des révélations a été antérieurement citée comme l'obstacle le plus fréquent à la recherche de soins[45]. L'accent mis sur la stigmatisation concorde avec la littérature sur les obstacles aux soins, la stigmatisation associée à la santé mentale et les

répercussions qui en découlent sur la recherche d'aide et l'accès à des soins[12,18,21,22,45]. D'après les entretiens que nous avons menés, la stigmatisation englobe les pensées, les sentiments et les comportements des individus au sujet de la santé mentale ainsi que les politiques et les mesures prises en milieu de travail. Les résultats de l'étude fournissent également des renseignements importants susceptibles d'être particulièrement utiles pour soutenir les efforts concertés visant à lancer des interventions et des services adaptés pour cette population afin de mieux protéger et maintenir la santé mentale et le bien-être à court et à long terme.

L'avantage d'utiliser une approche systématique basée sur le cadre TDF est que celle-ci aborde un comportement particulier dans un contexte particulier (dans ce cas, la participation à une clinique de traitement des blessures de stress opérationnel). À la lumière des résultats de notre étude, nous proposons neuf recommandations pour favoriser la fréquentation d'une clinique de ce type (tableau 3).

La stigmatisation entourant la santé mentale doit être abordée dans les organismes de premiers répondants. Si la façon dont le faire correctement reste à préciser, il est peu probable que le simple fait de parler aux premiers répondants des signes et symptômes de maladie mentale soit suffisant. D'après notre étude, du contenu éducatif incluant également de l'information sur les conséquences à long terme de la maladie mentale serait utile. Nos résultats constituent une ressource utile pour les organismes de premiers répondants s'ils veulent encadrer la création et la prestation de services internes et externes. Les données sur les préférences en matière de traitement et les différentes options thérapeutiques pourraient être utilisées pour remédier à l'insuffisance ou à l'inefficacité des traitements et de l'accès aux soins. Les domaines de recherche à venir pourraient inclure une formation supplémentaire en santé mentale afin d'améliorer les connaissances, de réduire le cynisme parmi les premiers répondants et de lutter contre la stigmatisation non consciente ou persistante au sein des organismes de premiers répondants. En outre, des recherches à plus grande échelle pourraient porter sur la façon dont les premiers répondants souhaitent obtenir des soins de santé mentale.

Points forts et limites

Nos résultats soulignent la nature omniprésente et troublante de plusieurs obstacles, particulièrement en ce qui concerne

TABLEAU 3
Recommandations pour inciter les premiers répondants à recevoir des soins de santé mentale dans le cadre de l'étude sur les facteurs favorisant la recherche d'aide et l'accès aux soins de santé mentale, Ottawa, Canada, 2019

1.	**Confidentialité**	Faire preuve de transparence au sujet de la confidentialité et des limites de la confidentialité lorsqu'on rencontre des premiers répondants ainsi que d'autres membres du personnel de sécurité publique, que ce soit en personne ou virtuellement.
2.	**Mise en place de politiques et diffusion de l'information essentielle**	Établir des politiques écrites et fournir de l'information (comme publier des FAQ en ligne) sur la confidentialité, incluant les dispositions de sécurité pour les plateformes en ligne, l'endroit où les notes sont conservées et leur sécurité, des précisions sur les personnes qui ont accès à ces notes et sur les situations dans lesquelles la confidentialité peut être rompue (par ex. s'il existe un risque qu'une personne se fasse du mal ou fasse du mal à autrui).
3.	**Adoption d'approches personnalisées pour la conception des espaces physiques et la disposition des zones de service**	Étant donné que les participants étaient très préoccupés par le fait d'être assis dans une salle d'attente avec d'autres clients, les services de santé mentale destinés aux premiers répondants et aux autres membres du personnel de sécurité publique devraient offrir une approche adaptée en prévoyant des rencontres en face à face, des discussions sur l'aménagement de la clinique (aménagement physique et salle d'attente) et sur le port ou non de l'uniforme. Autres suggestions possibles pour la conception des espaces physiques ou la disposition des aires de service dans le but d'assurer une protection maximale de la vie privée et de la confidentialité : vérifier s'il est possible pour les clients assis à l'extérieur du bureau du thérapeute d'entendre par les bouches d'aération ou à travers les portes les conversations qui ont lieu pendant les séances; adopter l'approche dite des « deux portes », à savoir une porte servant d'entrée dans un bureau et une autre porte servant de sortie.
4.	**Environnement clinique**	Le personnel administratif de la clinique devrait se consacrer au maintien d'un environnement respectant la confidentialité et offrant des services adaptés à la culture professionnelle.
5.	**Formation sectorielle pour développer les connaissances sur la culture professionnelle**	Les cliniciens et le personnel administratif devraient recevoir une formation didactique et expérientielle sur la culture professionnelle et les lieux de travail des premiers répondants et des autres membres du personnel de sécurité publique afin de se familiariser à ces derniers, de se montrer réceptifs et d'acquérir l'ensemble des compétences nécessaires pour travailler avec cette population[46]. Les méthodes les plus efficaces pour donner suite à ces recommandations demeurent floues. Certaines suggestions concernent l'accompagnement des premiers répondants lors des appels, mais cela peut prendre du temps et nécessiter l'adhésion du service ou du lieu de travail. Les politiques de la clinique doivent également inclure les possibilités de formation et de supervision supplémentaires pour soutenir le perfectionnement continu des connaissances du milieu professionnel.
6.	**Communication relative à l'accès aux services**	Des politiques particulières devraient être établies avec les différents organismes de premiers répondants et d'autres membres du personnel de sécurité publique. Tous devraient savoir comment avoir accès aux cliniques dédiées et comment obtenir des renseignements précis sur ce que la clinique offre ou non, grâce à un site Web spécifique.
7.	**Politiques relatives aux congés de maladie, aux droits et aux démarches auprès des compagnies d'assurance**	Les organismes de premiers répondants et d'autres membres du personnel de sécurité publique ainsi que les compagnies d'assurance des employés devraient fournir une information claire et accessible à propos des politiques en matière de congés de maladie, de droits et de la façon de traiter avec les compagnies d'assurance pour les demandes de remboursement liées à la santé mentale. Cette information devrait détailler les conséquences d'une démarche (conséquences sur le salaire, la pension de retraite, etc.).
8.	**Inclusion des familles**	La participation des familles aux évaluations courantes devrait être systématique.
9.	**Mesures de soutien relatives aux périodes de transition**	Les cliniques dédiées aux premiers répondants et aux autres membres du personnel de sécurité publique devraient également concevoir des interventions pour tenir compte des changements de fonctions et des transitions d'identité au moment de la retraite et d'autres périodes transitoires.

la nature généralisée et profondément enracinée de la stigmatisation dans les différents contextes organisationnels. Ces résultats constituent une ressource précieuse pour les recherches à venir et les organismes afin d'encadrer la création et la prestation de services internes et externes.

Notre étude comporte plusieurs limites, que nous énumérons ici pour orienter les recherches à venir. Les entretiens semi-structurés ont permis d'obtenir des réponses approfondies et complètes de la part des participants, mais ces résultats reflètent le point de vue des membres au sein des trois services d'intervention d'urgence d'Ottawa (Canada) et ne sont pas généralisables à l'ensemble des populations de premiers répondants. La reproduction de l'étude dans d'autres villes pourra guider la prestation de services de santé mentale et pourra permettre de cerner les obstacles aux soins spécifiques à chaque organisme. De plus, compte tenu de la taille réduite de l'échantillon et des méthodes de recrutement des services de premiers répondants tissés serrés, la protection de la vie privée et de la confidentialité est demeurée primordiale, ce qui fait que nous n'avons pas recueilli certaines caractéristiques sociodémographiques (comme la race ou l'origine ethnique). Une étude plus vaste permettrait l'évaluation de dimensions sociodémographiques agissant sur le cumul de conséquences liées à d'autres déterminants de la santé sur les obstacles à l'accès aux soins dans cette population.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative structurée et fondée théoriquement utilisant un cadre majeur issu de la science de la mise en œuvre pour analyser de manière systématique les obstacles et les facteurs facilitants que rencontrent les premiers répondants comme d'autres membres du personnel de la sécurité publique lorsqu'ils tentent d'accéder à des services de santé mentale, en particulier ceux adaptés à leurs besoins. Nos résultats nous conduisent à proposer plusieurs recommandations pour encourager l'accès aux soins de santé mentale et ils permettent d'expliquer également pourquoi, malgré un taux élevé de troubles de santé mentale au sein de cette population, certains premiers répondants n'ont pas accès à des soins. La mise en place de procédures qui protègent la confidentialité des premiers répondants et assurent la compétence culturelle du personnel de la clinique (c'est-à-dire leur connaissance du milieu professionnel des premiers répondants) est un objectif à envisager. D'autres interventions possibles consistent à informer les organismes sur ce qui est disponible, la manière de s'y retrouver parmi les soins de santé mentale et les modalités d'accès, ainsi que les conséquences d'un accès à ces soins. Enfin, il est nécessaire de mettre à l'essai les interventions suggérées afin de cibler les comportements individuels au sein des systèmes complexes, par exemple comment la modification des politiques organisationnelles risque de renforcer la stigmatisation et agir comme obstacle à la recherche de soins de santé mentale.

Remerciements

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la conduite de cette étude, ainsi qu'à l'analyse des résultats, tout au long de la durée de vie du projet. Outre les personnes citées dans cet article, les auteurs souhaitent remercier tous les participants qui ont fait part de leurs points de vue et de leurs expériences, ainsi qu'aux personnes et aux organismes suivants : le First Responder Mental Health Network Collaboration et tous les membres du comité pour leur soutien à cette étude et le recrutement des participants; le chef adjoint (à la retraite) Sean Tracey; Jenna Smith; le chef adjoint Dave Matschke; Gabrielle Galley; Livia Chyurlia; Sarah MacLean et Nicole Edgar.

Financement

Outre l'appui non financier de la Ville d'Ottawa, cette étude a reçu un financement de la part du Programme canadien pour la sûreté et la sécurité (PCSS). Le PCSS est un programme financé par le gouvernement fédéral et dirigé par Recherche et développement pour la Défense Canada, en partenariat avec Sécurité publique Canada.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts à signaler en ce qui concerne la recherche, la paternité et la publication de cet article.

Contributions des auteurs et avis

VT (cochercheure principale), SH (cochercheur principal), JJ, RNC, IC, AH, SL, DF, MJH, KT, DC : conception, méthodologie. VT, AB (assistance à la recherche) : collecte de données. AB, VT, PB, ZC (assistance à la recherche), JM : analyse formelle. VT : rédaction de la première version du manuscrit. Tous les auteurs : 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. Canadian Institute for Public Safety Research and Treatment (CIPSRT). Glossary of terms: a shared understanding of the common terms used to describe psychological trauma (version 2.1). Regina (SK) : CIPSRT; 2019. En ligne à : http://hdl.handle.net/10294/9055

2. Agence de la santé publique du Canada. Le cadre fédéral relatif au trouble de stress post-traumatique : reconnaissance, collaboration et soutien. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020. En ligne à : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/federal-framework-post-traumatic-stress-disorder/pub1-fra.pdf

3. Oliphant R, Rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale. Santé mentale et sécurités des collectivités : appuyer nos agents de sécurité publique à l'aide d'une stratégie nationale sur les blessures de stress opérationnel. Ottawa (Ont.) : Chambre des communes, gouvernement du Canada; 2016. En ligne à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2016/parl/xc76-1/XC76-1-1-421-5-fra.pdf

4. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, et al. Suicidal ideation, plans, and attempts among public safety personnel in Canada. Can Psychol. 2018;59(3):220-231. https://doi.org/10.1037/cap0000136

5. Hartley TA, Burchfiel CM, Fekedulegn D, Andrew ME, Violanti JM. Health disparities in police officers: comparisons to the US general population. Int J Emergency Ment Health. 2011;13(4): 211-220. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/37846

6. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. J Trauma Stress. 2013;26(5): 537-547. https://doi.org/10.1002/jts.21848

7. Komarovskaya I, Maguen S, McCaslin SE, et al. The impact of killing and injuring others on mental health symptoms among police officers. J Psychiatr Res. 2011;45(10):1332-1336. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.05.004

8. Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, et al. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014; 49:447-457. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0762-3

9. Benedek DM, Fullerton C, Ursano RJ. First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. Annu Rev Public Health. 2007;28:55-68. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037

10. Kraemer B, Schumacher S, Winkel B, Imboden C. The "building block" effect of prior trauma for psychological outcome in victims of a natural disaster. Eur Psychiatry. 2016;33(S1): S214-S215. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.520

11. Carleton RN, Afifi TO, Turner S, et al. Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. Can J Psychiatry. 2018;63(1):54-64. https://doi.org/10.1177/0706743717723825

12. Auth NM, Booker MJ, Wild J, Riley R. Mental health and help seeking among trauma-exposed emergency service staff: a qualitative evidence synthesis. BMJ Open. 2022;12(2):e047814. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047814

13. Di Nota PM, Anderson GS, Ricciardelli R, Carleton RN, Groll D. Mental disorders, suicidal ideation, plans and attempts among Canadian police. Occup Med. 2020;70(3):183-190. https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa026

14. Milner A, Witt K, Maheen H, LaMontagne AD. Suicide among emergency and protective service workers: a retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. Work. 2017; 57(2):281-287. https://doi.org/10.3233/WOR-172554

15. Stanley IH, Hom MA, Joiner TE. A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. Clin Psychol Rev. 2016;44:25-44. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002

16. Statistique Canada. Tableau 1 – Taux de certains troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances, au cours de la vie et des 12 derniers mois, Canada, population à domicile âgée de 15 ans et plus, 2012 [Internet]. [Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale.] Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2012 [consultation le 23 déc. 2020]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/tbl/tbl1-fra.htm

17. Statistique Canada. Les taux de suicide : un aperçu [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2017 [consultation le 23 déc. 2020]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm

18. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychol Sci Public Interest. 2014;15(2):37-70. https://doi.org/10.1177/1529100614531398

19. Jayasinghe N, Spielman L, Cancellare D, Difede J, Klausner EJ, Giosan C. Predictors of treatment utilization in World Trade Center attack disaster workers: role of race/ethnicity and symptom severity. Int J Emerg Ment Health. 2005;7(2):91-99.

20. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. Psychol Med. 2014;44(6):1303-1317. https://doi.org/10.1017/S0033291713001943

21. Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2017; 94:218-229. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001

22. Ricciardelli R, Carleton RN, Mooney T, Cramm H. "Playing the system": structural factors potentiating mental health stigma, challenging awareness, and creating barriers to care for Canadian public safety personnel. Health. 2020;24(3):259-278. https://doi.org/10.1177/1363459318800167

23. Bikos LJ. "It's all window dressing:" Canadian police officers' perceptions of mental health stigma in their workplace. Polic Int J. 2021;44(1):63-76. https://doi.org/10.1108/PIJPSM-07-2020-0126

24. Jones S, Agud K, McSweeney J. Barriers and facilitators to seeking mental health care among first responders: "removing the darkness". J Am Psychiatr Nurs Assoc. 2020;26(1): 43-54. https://doi.org/10.1177/1078390319871997

25. Hofer MS, Savell SM. "There was no plan in place to get us help": strategies for improving mental health service utilization among law enforcement. J Police Crim Psychol. 2021;36:543-557. https://doi.org/10.1007/s11896-021-09451-0

26. Atkins L, Francis J, Islam R, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implement Sci. 2017;12:77. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9

27. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the Theoretical Domains Framework for use in behaviour change and implementation research. Implement Sci. 2012;7:37. https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37

28. Michie S, Johnston M, Abraham C, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. BMJ Qual Saf. 2005;14(1):26-33. https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155

29. Debono D, Taylor N, Lipworth W, et al. Applying the Theoretical Domains Framework to identify barriers and targeted interventions to enhance nurses' use of electronic medication management systems in two Australian hospitals. Implement Sci. 2017;12(1):42. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0572-1

30. French SD, Green SE, O'Connor DA, et al. Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. Implement Sci. 2012;7:38. https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-38

31. McGillivray B. Ottawa [Internet]. Chicago (IL) : Encyclopedia Britannica; 2023 [modification le 9 mai 2023; consultation le 26 juin 2023]. En ligne à : https://www.britannica.com/place/Ottawa

32. Francis JJ, Johnston M, Robertson C, et al. What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. Psychol Health. 2010;25(10):1229-1245. https://doi.org/10.1080/08870440903194015

33. Patton MQ. Qualitative research. Dans : Everitt BS, Howell DC (dir.). Encyclopedia of statistics in behavioral science [livre électronique]. Hoboken (NJ) : John Wiley & Sons; 2005. https://doi.org/10.1002/0470013192.bsa514

34. Testa V. Implementation of a First Responder Operational Stress Injury clinic using the TDF-II and CFIR frameworks: a paramedic perspective [mémoire de maîtrise en ligne]. Ottawa (Ont.) : Université d'Ottawa; 2021. En ligne à : https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/41918/1/Testa_Valerie_2021_Thesis.pdf

35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

36. NVivo qualitative data analysis software, version 12 Pro. Melbourne (AU) : QSR International Pty Ltd; 2012.

37. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008;62(1):107-115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

38. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci. 2013;15(3):398-405. https://doi.org/10.1111/nhs.12048

39. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-12788. https://doi.org/10.1177/1049732305276687

40. Sullivan KJ, Wayne C, Patey AM, Nasr A. Barriers and facilitators to the implementation of evidence-based practice by pediatric surgeons. J Pediatr Surg. 2017;52(10):1666-16673. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.02.001

41. Francis JJ, Stockton C, Eccles MP, et al. Evidence-based selection of theories for designing behaviour change interventions: using methods based on theoretical construct domains to understand clinicians' blood transfusion behaviour. Bri J Health Psychol. 2009;14(4):625-646. https://doi.org/10.1348/135910708X397025

42. Patey AM, Islam R, Francis JJ, Bryson GL, Grimshaw JM, Canada PRIME Plus Team. Anesthesiologists' and surgeons' perceptions about routine pre-operative testing in low-risk patients: application of the Theoretical Domains Framework (TDF) to identify factors that influence physicians' decisions to order pre-operative tests. Implement Sci. 2012;7:52. https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-52

43. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59-82. https://doi.org/10.1177/1525822X05279903

44. Brussières AE, Patey AM, Francis JJ, et al. Identifying factors likely to influence compliance with diagnostic imaging guideline recommendations for spine disorders among chiropractors in North America: a focus group study using the Theoretical Domains Framework. Implement Sci. 2012;7:82. https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-82

45. Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45(1):11-27. https://doi.org/10.1017/S0033291714000129

46. Heber A, Testa V, Groll D, et al. Glossaire des termes : Une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques, version 3.0. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques. 2023;43(10/11). https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.09f

https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.03f

Recherche qualitative originale

« Nous sommes uniques » : facteurs de stress organisationnels, soutien par les pairs et attitudes à l'égard des soins de santé mentale chez les pompiers d'aéroport

Bridget Barry, B.A. (1); Rosemary Ricciardelli, Ph. D. (2); Heidi Cramm, Ph. D. (3)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Les pompiers d'aéroport ont la responsabilité de fournir des services d'intervention d'urgence en cas d'incidents aéronautiques sur une piste d'atterrissage ou à proximité d'un aéroport, que ce soit en cas d'écrasement d'avion, d'incident faisant un grand nombre de victimes, d'atterrissage d'urgence ou de nombreux autres problèmes survenant sur les terrains de l'aéroport. Bien qu'il existe des données sur les facteurs de stress professionnels des pompiers et du personnel de la sécurité publique en général, il y a un manque de connaissances concernant les expériences des pompiers d'aéroport, en particulier en ce qui concerne leurs facteurs de stress organisationnels, le soutien par leurs pairs et leur attitude à l'égard des soins de santé mentale.

Méthodologie. En 2019, nous avons dirigé deux groupes de discussion regroupant dix pompiers professionnels travaillant dans un aéroport du Canada atlantique. Les discussions ont été enregistrées et les enregistrements transcrits puis codés par analyse thématique à l'aide d'une méthode narrative, itérative et inductive.

Résultats. Les pompiers d'aéroport sont confrontés à des défis spécifiques et les facteurs de stress opérationnels sont occultés par les facteurs de stress organisationnels. De plus, le soutien par les pairs est un aspect intégral de la gestion des facteurs de stress organisationnels et des incidents critiques. On a constaté que les pompiers avaient une attitude positive à l'égard des soins de santé mentale en général, mais plusieurs obstacles subsistent, en particulier la stigmatisation, la crainte d'être mis en congé et la crainte d'une violation de la confidentialité.

Conclusion. Des options de traitement spécialisées sont nécessaires pour le personnel de la sécurité publique et les pompiers d'aéroport qui interviennent en cas d'incidents graves en dehors de leurs fonctions habituelles.

Mots-clés : *pompiers, personnel de la sécurité publique, stress professionnel, stress organisationnel, soutien par les pairs, soins de santé mentale, stigmatisation*

Points saillants

- Les pompiers d'aéroport sont appelés à fournir des services d'intervention d'urgence pour tous les incidents qui se produisent à proximité d'un aéroport, ce qui les expose à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, qui peuvent être exacerbés par des facteurs de stress organisationnels.
- Les pompiers de l'aéroport répondent à un large éventail d'appels, allant de l'assistance aux passagers âgés à l'abattage d'animaux sauvages sur la piste.
- Pour étudier les expériences des pompiers d'aéroport en lien avec le stress organisationnel, les systèmes de soutien par les pairs et le comportement en matière de demande de soins thérapeutiques, nous avons mené des groupes de discussion.
- Les pompiers d'aéroport sont confrontés à des défis spécifiques, et les facteurs de stress opérationnels (comme les événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique) sont occultés par les facteurs de stress organisationnels (comme les conflits avec la direction).
- Il existe des obstacles au traitement formel pour ces pompiers, qui, d'après nos résultats, ont une préférence pour le soutien par les pairs.

Introduction

Les pompiers d'aéroport ont la responsabilité d'intervenir en cas d'incidents aéronautiques, que ce soit les écrasements d'avion, les événements faisant un grand nombre de victimes, les atterrissages d'urgence ou de nombreux autres problèmes survenant sur les terrains de l'aéroport : ils interviennent d'urgence dans tous les cas d'incidents se produisant sur une piste ou à proximité d'un aéroport. Outre la lutte contre les incendies, ces interventions portent sur le contrôle de la

Rattachement des auteures :

1. Département de psychologie, Université Memorial de Terre-Neuve, Saint-Jean-de-Terre-Neuve (Terre-Neuve-et-Labrador), Canada
2. École des études maritimes, Fisheries and Marine Institute, Université Memorial de Terre-Neuve, Saint-Jean-de-Terre-Neuve (Terre-Neuve-et-Labrador), Canada
3. École de réadaptation, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada

Correspondance : Bridget Barry, Département de psychologie, Université Memorial de Terre-Neuve, 230, avenue Elizabeth, St. John's (T.-N.-L.) A1C 5S7; tél. : 709-330-2804; courriel : brcbarry@mun.ca

faune, la lutte contre les feux de végétation dans les espaces adjacents à la piste, l'appui aux activités médicales d'urgence requises lors d'un atterrissage d'urgence et la gestion des défaillances dans le confinement des matières dangereuses.

En tant que membres du personnel de la sécurité publique, les pompiers d'aéroport sont susceptibles d'être exposés à un nombre significativement plus élevé d'événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique (explosions, accidents de transport graves, catastrophes naturelles, etc.) que la population générale[1]. Bien que ces événements puissent assurément contribuer aux problèmes de santé mentale chez les membres du personnel de la sécurité publique, Ricciardelli et ses collaborateurs suggèrent que les facteurs de stress organisationnels (relations interpersonnelles au travail, charge de travail, manque de ressources matérielles, etc.) constituent une importante source de stress supplémentaire pour de nombreux membres du personnel de la sécurité publique et peuvent exacerber le stress découlant des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique ou d'autres facteurs de stress opérationnels[2,3].

Le soutien social parmi les pompiers s'est révélé bénéfique pour leur santé mentale et leur bien-être[4,5], dans la mesure où la camaraderie qui existe souvent chez les pompiers est un facteur de protection contre le stress professionnel[6,7]. L'absence de cette camaraderie, observée par exemple chez les pompiers indépendants et contractuels, peut entraîner ce que Stanley et ses collaborateurs appellent une appartenance entravée (« *thwarted belongingness* »), soit un sentiment d'absence d'appartenance, d'absence de soutien réciproque[8]. Ces auteurs ont constaté que les pompiers contractuels présentaient un risque accru de suicide, qui s'explique statistiquement par le sentiment d'appartenance entravée[8]. Pour combler le manque de connaissances sur le travail de pompier d'aéroport, nous avons étudié qualitativement les expériences de pompiers d'aéroport dans un aéroport international du Canada atlantique, à l'aide de groupes de discussion. Nous nous sommes intéressés aux expériences des pompiers en ce qui a trait autant au stress professionnel qu'à la façon dont les pompiers d'aéroport interagissent – comment ils perçoivent la camaraderie et le soutien social –, en menant des discussions de groupe, qui constituent la meilleure méthode pour faire ressortir ces expériences.

Selon Jeannette et Scoboria, plus les pompiers sont exposés à des événements graves, plus ils désirent recevoir des interventions formelles[9]. Étant donné que les pompiers d'aéroport sont susceptibles de vivre des événements et des expériences extrêmes, nous avons également souhaité connaître leur attitude à l'égard des soins de santé mentale, du soutien formel et des obstacles à la demande de soins thérapeutiques.

Revue de la littérature

Les membres du personnel de la sécurité publique participant à des opérations de sauvetage lors de catastrophes majeures présentent un taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) plus élevé que la population générale et comparable à celui des vétérans américains de la guerre du Vietnam et de la guerre en Irak[10]. Plus précisément, on a constaté que les secouristes exposés à un écrasement d'avion ayant fait un grand nombre de victimes présentaient un risque accru de dépression, de TSPT et d'état de stress aigu par rapport aux membres du personnel de la sécurité publique non exposés, 40,5 % des travailleurs exposés répondant aux critères d'au moins un diagnostic[11]. Les secouristes intervenant lors d'événements ayant fait un grand nombre de victimes et d'autres événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique majeurs sont donc confrontés à des facteurs de stress professionnels spécifiques ayant de multiples répercussions sur leur bien-être personnel.

Le stress professionnel, soit le stress subi dans le cadre d'un emploi, est soit opérationnel et inévitable, soit organisationnel et évitable[3]. On considère que les facteurs de stress organisationnels, comme les tensions avec les collègues et la direction, le travail par quarts et des ressources restreintes, contribuent à la détresse psychologique chez les membres du personnel de la sécurité publique, souvent plus que les facteurs de stress opérationnels[2,7,12]. La cause en serait que les facteurs de stress opérationnels sont perçus comme une composante difficile mais gratifiante du travail, tandis que les facteurs de stress organisationnels résultent de règles et de règlements bureaucratiques qui créent du ressentiment chez les membres du personnel de la sécurité publique[12-14]. Le stress opérationnel est également considéré comme inhérent à l'accomplissement des responsabilités professionnelles – « ça fait partie du travail » –, alors que le stress organisationnel apparaît comme une conséquence collatérale de l'emploi, qu'on devrait pouvoir éliminer[3].

La littérature dont on dispose ne traite toutefois pas des pompiers devant intervenir en cas d'incidents faisant un grand nombre de victimes, d'accidents d'avion et d'autres incidents majeurs, ce que font les pompiers employés par les aéroports. Il est donc nécessaire de découvrir quels facteurs de stress organisationnels dérangent le plus les pompiers travaillant dans un aéroport et comment ces facteurs de stress sont ressentis comparativement au stress associé à un événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique.

Le soutien informel par le réseau social et par les pairs s'est révélé être le mécanisme d'adaptation privilégié par les pompiers[9,15]. Un taux élevé de soutien des pompiers par leurs pairs demeure associé à un taux réduit de stress professionnel[16]. Comme c'est le cas pour d'autres membres du personnel de la sécurité publique, il existe une camaraderie associée à la culture des pompiers, que Tuckey et Hayward définissent comme [traduction] « un sentiment d'appartenance, d'identité partagée, une confiance réciproque et les solides liens positifs qui existent au sein de groupes de travail cohésifs »[17,p.6], une cohésion de groupe qui aide à atténuer les exigences émotionnelles liées au travail[6,17].

Nous prenons appui sur cette notion de camaraderie pour proposer le concept du « phénomène de la table de cuisine » : la table de cuisine d'une caserne de pompiers sert de point central où les pompiers se rassemblent après un appel et peuvent trouver du soutien social inexprimé mais implicite, réciproque, qui permet de procéder à une récapitulation informelle après les incidents critiques pour atténuer les effets du stress professionnel. La table de cuisine devient, au sens propre et au sens figuré, un endroit pour guérir, agissant comme un facteur de protection spécifique aux pompiers au sein du personnel de la sécurité publique. En général, les pompiers ne souffrent pas de sentiment d'exclusion en raison du soutien social substantiel qu'ils reçoivent les uns des autres[5,8]. Le soutien informel offert par les pairs autour de la table de cuisine permet de combattre le stress professionnel et

même facilite la demande formelle de soins thérapeutiques[7,18]. Toutefois, l'ampleur du soutien par les pairs chez les pompiers d'aéroport de même que le rôle de ce soutien dans l'atténuation du stress organisationnel demeurent inconnus.

Une autre option pour composer avec le stress professionnel est l'obenteion de soutien formel, en particulier par les programmes d'aide aux employés et les séances de verbalisation suivant un incident critique. Gulliver et ses collaborateurs ont constaté que 81 % des pompiers ayant répondu à leur enquête avaient reçu des services de santé mentale de leur employeur, mais que 68 % des répondants ne recommanderaient pas ces services à leurs collègues[15]. Soixante-sept pour cent (67 %) des pompiers ont déclaré qu'ils rechercheraient un soutien extérieur auprès d'amis et de membres de la famille, tandis que 60 % ont indiqué qu'ils rechercheraient des services professionnels privés[15]. Ces résultats sont cohérents avec des études montrant que le soutien social est le mécanisme d'adaptation privilégié par les pompiers après un incident critique[19]. Par ailleurs, il a été prouvé que plus un incident critique est grave pour les pompiers, plus le désir de bénéficier d'interventions formelles, telles que les séances de verbalisation suivant un incident critique, est grande[9]. Dans la mesure où les pompiers de l'aéroport risquent de vivre de graves événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique, il demeure donc essentiel d'étudier quelles sources de soutien formel ils ont à leur disposition et quelle est leur attitude à l'égard de ce soutien.

La profession de pompier relève du secourisme, ce qui risque d'empêcher les pompiers de demander de l'aide pour améliorer leur santé mentale et leur bien-être[18]. En effet, des chercheurs ont relevé le refus de donner l'impression d'être faible comme l'un des principaux obstacles à la demande de soins thérapeutiques parmi un échantillon de pompiers et d'ambulanciers paramédicaux[18]. Un autre obstacle majeur au traitement est la stigmatisation[20]. Les pompiers mentionnent que la stigmatisation, en particulier celle liée à la santé mentale, constitue un obstacle aux soins de santé mentale, davantage que d'autres obstacles structurels comme le coût ou la nécessité de prendre un congé[21]. En outre, le manque de confidentialité et le fait que les cliniciens ne connaissent pas la culture du travail sont des obstacles importants à la demande d'interventions thérapeutiques par les pompiers[15].

L'étude du comportement des membres du personnel de la sécurité publique en matière de demande de soins thérapeutiques est nécessaire, car plusieurs études indiquent que cette population néglige sans doute ses besoins en matière de santé mentale. Par exemple, à la suite de l'attentat d'Oklahoma City, 181 pompiers ont été interviewés au sujet de leurs mécanismes d'adaptation[19]. Bien que 72 % des répondants aient déclaré s'être sentis bouleversés par la vue de corps d'enfants, seulement 16 % ont reçu un traitement de santé mentale autre que les séances de verbalisation suivant un incident critique[19]. Cela laisse supposer que les pompiers exposés à des incidents graves, comme des événements faisant un grand nombre de victimes, ne reçoivent sans doute pas l'aide dont ils ont besoin au-delà des séances de récapitulation obligatoires. Il manque, dans la recherche dont on dispose, une approche qualitative pour explorer les expériences spécifiques que vivent les pompiers d'aéroport, les facteurs de stress organisationnels connexes qu'ils éprouvent, le soutien par les pairs qu'ils reçoivent ainsi que leur attitude à l'égard des soins de santé mentale.

Présentation de notre étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons mené des groupes de discussion afin d'élargir les connaissances sur les expériences personnelles et intimes des pompiers d'aéroport professionnels ainsi que les facteurs de stress organisationnels qu'ils subissent, leur perception du soutien par les pairs et leur attitude à l'égard des soins de santé mentale. Notre démarche analytique était narrative, et nous avons cherché à préciser la manière dont la conversation de groupe (au sein des groupes de discussion) favorise les témoignages qui reflètent à la fois l'expérience personnelle et les contextes d'interrelations sociales (comme le soutien informel par les pairs) auxquels appartiennent – ou n'appartiennent pas – les pompiers d'aéroport dans le cadre de leur travail.

Méthodologie

Approbation éthique

Le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université Memorial de Terre-Neuve a approuvé notre étude (nº 2018.056).

Procédures

Afin d'étudier la réalité vécue par les pompiers d'aéroport relativement aux facteurs de stress organisationnels et au soutien informel par les pairs à cet égard – deux facteurs qui influencent collectivement la culture des pompiers –, nous avons dirigé deux groupes de discussion en 2019. Notre échantillon comprenait 10 pompiers professionnels, dont 9 se sont identifiés comme étant de sexe masculin et 1 de sexe féminin. Il n'existait aucune relation préexistante entre les participants et les chercheurs. Afin de recruter des participants, nous avons informé le directeur régional d'un aéroport international d'une province du Canada atlantique de l'existence de notre étude.

Le directeur régional du service d'incendie aéroportuaire a ensuite informé par courriel les membres de son personnel du moment et du lieu du groupe de discussion, et certains ont choisi d'y participer. Cette participation était entièrement volontaire. Au début de chaque groupe de discussion, nous avons recueilli des formulaires de consentement signés, ainsi que des renseignements sur les caractéristiques des participants et sur leur nombre d'années de service, leur poste et leur expérience professionnelle (tableau 1). Les discussions ont duré entre une et deux heures, avec un ou deux des auteurs pour animer la discussion. Ces groupes de discussion ont eu lieu sur place, pendant les heures de travail. L'employeur n'était pas présent et n'a pas été informé de l'identité des membres du personnel qui ont participé.

Nous avons effectué un enregistrement audio des discussions de groupe, qui a ensuite été transcrit mot à mot puis, pour faciliter la compréhension et protéger la confidentialité, nous avons corrigé la grammaire des citations et supprimé les mots-chevilles, sans modifier le langage utilisé. Nous avons toutefois supprimé les « façons de parler » ou les détails susceptibles d'identifier l'orateur afin de protéger la confidentialité des participants. Les discussions ont eu lieu en anglais et les citations ont été traduites dans le cadre du processus de publication de cet article. Nous n'avons pas accordé aux participants la possibilité de réviser les transcriptions, conformément à la pratique habituelle pour les groupes de discussion de tailles diverses.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques des pompiers d'aéroport du Canada atlantique participant à l'étude, 2019

Caractéristiques de référence	Pompiers d'aéroport	
	n	%
Sexe		
Féminin	1	10
Masculin	9	90
État matrimonial		
Célibataire	1	10
Marié(e)	7	70
Divorcé(e)	1	10
Union de fait	1	10
Enfants[a]	9	90
Niveau de scolarité le plus élevé		
Études secondaires/ fréquentation d'un établissement postsecondaire	2	20
Études professionnelles	4	40
Diplôme d'études collégiales	3	30
Diplôme universitaire ou d'études supérieures	1	10
Nombre d'années au sein de l'organisation		
1 à 10	2	20
11 à 20	4	40
21 à 30	3	30
31 à 40	0	0
41 ou plus	1	10
Groupe d'âge (ans)		
25 à 34	1	10
35 à 44	1	10
45 à 54	5	50
55 à 64	3	30
Origine ethnique		
Blanc	10	100

[a] Correspond au nombre et à la proportion de participants ayant des enfants.

Étant donné que l'objectif général de l'étude portait sur les obstacles à la demande de soins de santé mentale et que nous nous intéressions particulièrement à l'exposition à des événements potentiellement traumatisants sur le plan psychologique et aux facteurs de stress organisationnels, nous avons gardé en tête que certains sujets abordés étaient de nature sensible et potentiellement personnelle. Nous avons analysé les données transcrites à l'aide d'une méthode narrative, itérative et inductive. Nous avons souligné manuellement les thèmes au fur et à mesure qu'ils étaient abordés (c'est-à-dire que nous n'avons pas utilisé QSR NVivo, nous avons plutôt utilisé Microsoft Excel et la fonction de surlignement).

Nous avons d'abord attribué un code aux facteurs de stress opérationnels, aux facteurs de stress organisationnels, au soutien par les pairs et aux attitudes à l'égard de la demande de soins de santé mentale en général, puis nous avons appliqué une stratégie de codage ciblé pour déceler une structure dans les réponses[22]. Ce processus nous a permis de saisir des récits complets, chacun codé de manière indépendante, dans leur contexte. Nous avons observé l'interrelation entre les facteurs de stress organisationnels et le soutien informel par les pairs ainsi que la façon dont l'absence de cette interrelation est susceptible de conduire à des difficultés et à l'élimination d'un facteur de soutien potentiel dans l'environnement de travail des pompiers. Les auteures ont travaillé ensemble pour isoler les thèmes et synthétiser les données, discuter des thèmes nécessitant d'établir un consensus et s'entendre sur les processus de codage et les catégorisations. Nous avons choisi cette méthode d'analyse parce que les thèmes ont émergé spontanément et n'avaient pas été préétablis, et nous avons choisi de laisser les données conduire l'analyse[22,23].

Résultats

La méthode narrative, itérative et inductive d'analyse des données a révélé quatre grands thèmes relatifs aux expériences des pompiers d'aéroport : les facteurs de stress organisationnels, l'utilisation de sources de soutien formel comme le programme d'aide aux employés, le soutien entre pairs pompiers et l'attitude des pompiers à l'égard des soins de santé mentale.

Facteurs de stress organisationnels spécifiques aux pompiers d'aéroport professionnels

Si les expériences des pompiers professionnels travaillant à l'aéroport sont similaires à celles d'autres services d'incendie rémunérés, plusieurs facteurs de stress spécifiques sont présents en raison des « activités multidimensionnelles » (P9), c'est-à-dire qu'il y a beaucoup d'employés d'aéroport, exerçant de nombreux métiers, comme les électriciens et les techniciens d'entretien, et évoluant tous dans le même environnement de travail. Ces gens de métier sont des collègues de travail de l'équipe du service d'incendie aéroportuaire, mais les participants ont mentionné qu'ils constituaient souvent une source de stress. Les participants ont fait état d'une opinion formulée par de nombreuses personnes ne travaillant pas au service d'incendie et qui les dérange : les pompiers seraient payés pour dormir.

> On entend des choses comme « des lits dans la caserne de pompiers. [Les pompiers] ont un endroit pour se reposer pendant leur quart de travail de vingt-quatre heures. Nous aimerions avoir des lits dans notre département. » […] « Eh bien, vous avez des maudits lits dans la caserne! Vous avez dormi la nuit dernière! » (P9)

Les paroles du participant 9 font écho à celles d'autres pompiers d'aéroport. Ces commentaires révèlent une ignorance du fait que les pompiers ont peu d'occasions de se reposer à l'aéroport pendant les quarts de travail. Alors que les autres gens de métier rentrent chez eux à la fin de leur journée de travail, les pompiers d'aéroport restent pour répondre aux urgences à toute heure du jour et de la nuit pendant leur quart de 24 heures et s'étendent sur les lits superposés lorsqu'ils ont une pause, sans pour autant dormir. Un pompier a exprimé son désarroi :

> D'autres services peuvent nous regarder et dire : « Oh, ils sont juste assis, ou ils font ça », mais ce n'est pas vrai. Je veux dire, on travaille, on fait de la formation, on a des tâches quotidiennes à faire comme tout le monde. Mais ce n'est que la perception erronée de la caserne, et les autres services […] ne comprennent pas entièrement les répercussions de notre travail et les choses qu'on a réellement à faire, ni qu'on pourrait avoir à faire. Car, vous savez, simplement parce qu'on n'est pas en train de courir avec des boyaux et de combattre des incendies chaque jour, ils pensent, ils ont l'impression qu'on ne fait rien. Et la plupart du temps, nous sommes à plat. Je veux dire, le capitaine le sait, et moi-même, on est ici la nuit, en général vers 23 h 30, à juste essayer de tenir les registres à jour et de noter les choses qu'on a faites ce jour-là. Des papillons adhésifs, j'ai des papillons adhésifs partout, pour simplement essayer de

> combler les trous entre les appels. Pendant mon dernier quart, c'était un quart de 36 heures : 5 appels en 36 heures, ce qui est énorme. Disons, par rapport à la plupart des quarts, où on a plutôt un ou deux appels ici ou là. Mais là, 5 dans une période de 36 heures! Je n'ai pas besoin de vous dire que quand j'ai quitté le travail ce matin-là, j'étais assez fatigué, j'étais, je dirais, vraiment exténué. (P3)

Dans ce témoignage, le pompier exprime sa frustration à l'égard des autres travailleurs de l'aéroport et dit se sentir dévalorisé, malgré les nombreuses tâches qui incombent aux pompiers à chaque quart de travail.

Le facteur de stress le plus souvent mentionné pour l'équipe du service d'incendie aéroportuaire est l'éventail complet et diversifié des activités et des responsabilités qui s'inscrivent dans la charge de travail habituelle, ainsi que l'imprévisibilité du travail et le risque de demandes d'intervention d'urgence. Les pompiers d'aéroport ont décrit comment, au cours d'une journée ordinaire, ils doivent s'occuper de différentes tâches, comme aider pour les bagages perdus, les menaces de violence, les passagers indisciplinés, les atterrissages d'urgence, les appels médicaux et même l'élimination d'animaux sauvages sur les pistes. Le participant 7 a donné un aperçu de ce que représente le fait d'avoir autant de responsabilités et de se sentir tiraillé entre les tâches :

> Nous sommes responsables de maintenir les pistes propres, sans présence d'animaux sauvages. Alors nous sommes dans le camion médical et on nous dit de rester à l'écart d'une piste sur laquelle nous roulons et tout à coup, nous sommes distraits parce que le capitaine nous appelle sur une autre radio et dit « vous avez un appel médical au terminal ». Comment, tout à coup, sommes-nous censés rester à l'écart de la piste? Si nous dépassons cette ligne, le gars dans la tour, il nous donne une volée de bois vert. Et avec raison. Il y a deux cents personnes qui arrivent à bord d'un avion et nous avons dépassé la ligne d'attente à l'écart! Alors, quelque chose d'aussi simple que ça peut constituer un énorme facteur de stress. (P7)

Comme en fait foi l'extrait qui précède, la charge de travail intense est un facteur de stress organisationnel pour les pompiers d'aéroport. Ils sont également dans la situation sans équivalent d'être, comme le dit le participant 5, des « pompiers armés », car ils doivent pouvoir passer le contrôle de sécurité avec des fusils pour aller sur la piste et éliminer toute menace posée par des animaux sauvages.

> Donc, si on sort pour s'occuper d'un animal sauvage, il faut passer […] par la vérification des véhicules, parce que c'est ce que dit Transports Canada, et il vient me vérifier et j'ai un fusil à pompe de calibre 12 et deux boîtes de munitions juste là! Et je lui dis, genre, « Ben, pourquoi me vérifies-tu? Car il y a une arme juste là. » […] Et je roule près de tous ces avions, certains d'entre eux sont des vols internationaux en direction de l'Irlande, et je suis à dix pieds de distance avec un douze. Vous savez, on se gratte simplement la tête et on se dit : « on est unique », vous comprenez? (P2)

Le participant 2 souligne la tâche qui distingue les pompiers d'aéroport de la plupart des autres membres du personnel de la sécurité publique : la possibilité d'avoir à tuer un animal pour veiller à maintenir la sûreté et la sécurité à l'aéroport. À l'évidence, les pompiers d'aéroport ont des tâches diverses qui vont bien au-delà de la lutte contre les incendies, des responsabilités comme celle de s'occuper des animaux sauvages.

Malgré leur charge de travail apparemment infinie, les pompiers ont sans cesse mentionné qu'ils se sentent dévalorisés par les employés de l'aéroport avec qui ils travaillent, un participant donnant un exemple choquant de ce qu'un autre employé de l'aéroport pense des pompiers :

> Je dois avouer que, dans le système de l'aéroport, je n'ai jamais ressenti autant de dénigrement à titre de travailleur des services d'urgence que de la part de mes collègues ici à l'aéroport. […] J'étais à un concert il y a deux semaines, je passais un excellent moment avec ma femme et ma famille. Et un jeune est venu me dire […] : « Le service d'incendie ne fout absolument rien à l'aéroport! » […] Il faut enfiler ses bottes et aller au travail le matin et respecter ses collègues. Et c'est ce que je fais, car c'est la bonne façon d'agir. Mais je l'ai toujours à l'esprit, comme je l'ai dit, ça me dérange beaucoup. (P9)

Un autre pompier, le participant 7, était du même avis, déclarant qu'il avait l'impression qu'il avait une cible dans le dos même si « on travaille tous pour la même organisation ». Les participants ont déclaré se sentir profondément bouleversés par ces commentaires, soulignant le tribut émotionnel que la dévalorisation, l'humiliation et le dénigrement fréquents peuvent avoir sur un employé.

Malheureusement, un facteur de stress organisationnel souvent mentionné par les équipes de pompiers d'aéroport est la « dotation minimale » : il n'y a souvent pas assez de personnel pendant un quart de travail donné pour s'acquitter des responsabilités professionnelles de façon sécuritaire et efficace. Les participants ont déclaré qu'ils vivent de la frustration envers la direction lorsqu'ils essaient de faire part de leurs préoccupations au sujet de cette dotation minimale. Le participant 7 a bien décrit la situation, disant qu'il se sent plus détendu lorsqu'une équipe complète est présente et qu'il est rassurant de savoir que la responsabilité est partagée et qu'« un coéquipier nous accompagne » quand vient le temps de répondre à des incidents graves et à des appels médicaux.

Ce même participant a poursuivi en mentionnant son stress en cas d'absence d'équipe complète et la pression d'être le seul à répondre à un incident, une situation qu'il décrit comme difficile et pénible, qui génère un sentiment d'isolement. Les participants apprécient l'aide que peut apporter un autre collègue pour partager des idées et résoudre des problèmes : « John et moi répondons à un appel médical, nous pouvons échanger des idées et nous pouvons nous épauler l'un l'autre, vous comprenez? » (P7) L'absence de personnel disponible est ressentie comme nuisible, non seulement à l'efficacité opérationnelle, mais aussi au soutien à la santé mentale des pompiers. Des changements structurels et systématiques doivent être apportés à la dotation en personnel : comme l'a mentionné le participant 9, le taux de « roulement est de 25 % » à l'aéroport.

Les pompiers d'aéroport ont la responsabilité d'accomplir une série de tâches simultanément (intervenir en cas d'atterrissage d'urgence, d'appels médicaux et de problèmes mécaniques, aider les passagers âgés, éliminer les animaux sauvages sur la piste, vérifier les conditions météorologiques, réaliser des tests, etc.). Les participants ont évoqué les attentes présentes chez les autres employés de l'aéroport et les personnes qui attribuent les tâches, ces derniers ayant l'impression que les pompiers ont beaucoup de temps libre. Les pompiers se voient ainsi attribuer une pléthore de tâches supplémentaires, et disent qu'il y en a suffisamment pour occuper un nouveau poste à temps plein. Non seulement les pompiers d'aéroport sont censés répondre à un nombre imprévisible et inconnu d'appels, mais il leur incombe d'accomplir une multitude d'autres tâches en plus de ce risque d'avoir à intervenir en cas d'incident majeur. Un pompier a expliqué que non seulement lui et ses collègues se sentent dévalorisés, mais que cette charge de travail les empêche d'accomplir une tâche essentielle dans leur travail : la formation en vue d'incidents, ces derniers ayant de lourdes répercussions sur eux, en particulier s'il y a un grand nombre de victimes.

> Donc, vous savez, ça nous éloigne de ce que nous devrions faire, c'est-à-dire de faire plus de formation, de la formation plus intense, de la formation pour tous les genres d'incidents […] et le problème est que nous ne pouvons pas nous asseoir et faire cette formation, et nous ne pouvons pas nous remettre à niveau sur ci, ça et d'autres choses. Pourquoi? Parce que quelqu'un est toujours sorti de la caserne pour faire les autres tâches. (P10)

Le participant 6 a fait état d'une appréhension accrue que de tels incidents surviennent, car il y a actuellement une augmentation exponentielle de la quantité de carburant et du nombre de passagers :

> Lorsqu'on répond à un incident, on est probablement les seuls à être confrontés à un grand nombre de victimes. Et c'est une grande différence avec la lutte contre les incendies de bâtiments, dans le sens où, vous savez, nous, quand on se rend sur les lieux d'un incident, on peut s'attendre à un grand nombre de victimes. […] Lorsqu'on doit intervenir ici, on est dans une certaine mesure laissé à nous-mêmes, donc au fond, il y a une décision qu'on prend, quand on parle de stress et tout ça, la décision que chacun de nous prend sur les lieux de cet incident, va certainement être… déterminer une issue définitive, donc c'est stressant. […] Nous avons parlé de la façon dont les choses ont changé, en ce qui concerne l'aspect médical de tout ça et… Je me souviens, il y a trente ans, un aéronef […] transportait à peu près 97 personnes, une quantité X de carburant. Aujourd'hui, nous avons des avions – et nos camions et notre méthode d'intervention n'ont pas changé – avec trois fois plus de passagers, trois fois plus de carburant. Pourtant, on utilise le même équipement, on a le même nombre d'employés qu'il y a trente ans. (P6)

Dans cet extrait, le participant 6 exprime bien le sentiment de redouter le pire lors d'une réponse à un incident, ce qui est exacerbé par le fait qu'il faut parfois le faire seul. En raison de l'évolution des activités aéroportuaires et de l'imprévisibilité de chaque appel, les pompiers vivent dans la crainte permanente de ce qu'ils pourraient devoir affronter et de comment ils pourront se débrouiller avec des ressources limitées. Dans le même ordre d'idée, les participants ont discuté de la menace spécifique que posent les « maladies transmissibles » (P4), puisqu'ils sont souvent « le premier point de contact » (P3) avec des passagers de partout dans le monde. De toute évidence, la nature imprévisible de la lourde charge de travail est un facteur de stress important pour les pompiers d'aéroport, facteur aggravé par les ressources limitées.

En outre, les pompiers semblent regretter l'absence de possibilités de formation : par exemple, le participant 6 a mentionné que les conférences et les ateliers étaient « chose du passé pour [eux] », que l'équipement n'avait pas été mis à niveau depuis les années 1980 et que la technologie était absente. Le thème abordé dans les groupes de discussion de l'aéroport laisse entendre que, pour chaque facteur de stress opérationnel, comme la réponse aux appels médicaux d'urgence, il existe plusieurs facteurs de stress organisationnels, notamment le manque de ressources humaines et matérielles, les conflits avec les collègues et la direction de l'aéroport et le sentiment d'être dévalorisé en tant qu'employé, que les participants ne subiraient peut-être pas dans un service d'incendie professionnel typique desservant une municipalité.

Sources de soutien formel

Dans le cadre des groupes de discussion, les pompiers d'aéroport ont été interrogés sur leur expérience d'utilisation du soutien formel offert par leur employeur. Dans l'ensemble, la réponse s'est révélée neutre ou négative. Plusieurs participants ont laissé entendre que le programme d'aide aux employés, qui couvre seulement une partie du coût des soins de santé mentale, offre aux pompiers d'aéroport une aide insuffisante et ne tient pas compte des traumatismes.

> Le problème avec le programme cependant, certaines personnes l'ont utilisé et ont dit que ce n'était pas suffisant. Elles ont fait les cinq ou six séances […] et elles en avaient besoin de plus et elles ont dû les payer de leur poche. Ça posait un certain problème. (P1)

Le participant 1 fait référence aux fonds limités alloués par l'employeur dans le cadre du programme d'aide aux employés pour le soutien psychologique, qui consiste habituellement en environ six séances de thérapie. Étant donné que de manière générale les clients ayant un degré de stress élevé ont besoin d'un plus grand nombre de séances pour présenter une amélioration significative sur le plan clinique que ceux dont le degré de stress est faible, les pompiers ont fort probablement besoin de plus de six séances pour présenter une amélioration significative[24,25]. Les participants estiment également que le programme d'aide aux employés est trop structuré et ne permet pas aux pompiers de demander spontanément de l'aide :

> Vous savez, le programme d'aide aux employés et tout ça, c'est une ressource qu'on peut utiliser, mais quand on est classé en fonction d'un rendez-vous auquel on doit se présenter à un certain moment puis on y va et … après une heure pile … c'est comme, ces affaires-là ne prennent pas juste une heure! Vous comprenez ce que je veux dire? Puis allez-vous-en jusqu'à la semaine prochaine! (P7)

Ce participant attire l'attention sur le fait que les séances sont limitées autant sur le plan de la durée de chaque séance que du nombre total de séances, ce qui a une incidence négative sur le rétablissement. Dans les deux groupes de discussion, l'attitude générale à l'égard du programme d'aide aux employés était que certains pompiers en ont tiré des bienfaits, mais d'autres non. Les participants ont néanmoins l'impression que le service s'est amélioré et que c'est mieux que rien, mais ils soutiennent que ce programme est insuffisant pour répondre à leurs besoins complexes. Si l'on se fie à leurs expériences, les pompiers d'aéroport ont besoin d'une approche de soutien thérapeutique mieux adaptée à leur réalité, c'est-à-dire une approche qui leur permet de demander des soins lorsqu'ils pensent en avoir besoin, des soins prodigués d'une manière simple et accessible, et par un prestataire qu'ils perçoivent comme fiable.

Sources de soutien informel ou par les pairs

Pour composer avec les commentaires négatifs formulés par les employés d'autres services de l'aéroport, les pompiers se tournent vers leurs pairs pour obtenir du soutien informel.

> Ils savent que nous sommes un groupe très uni. Et c'est une chose que les gens d'autres services ont mentionnée, ils disent « Mon Dieu, chaque fois que je viens ici, vous vous entendez tous tellement bien. » Mais si vous venez certains jours, ce n'est pas comme ça, parce que nous avons des moments où nous avons des prises de bec et, genre, on fait juste s'obstiner. Mais au service d'incendie, il est entendu qu'on doit avoir l'assurance de savoir que si l'alarme sonne, Jeff et moi pourrions être en train de nous chamailler, être en désaccord sur quelque chose – ce qui arrive parfois. Mais si cette alarme sonne, quand nous y allons, je sais que je peux compter sur lui et qu'il peut compter sur moi. Et il faut que ce soit comme ça, n'est-ce pas? (P3)

Ce pompier révèle qu'il existe une sorte de solidarité entre collègues, l'idée que, peu importent les facteurs de stress subis au travail, qu'ils soient de nature organisationnelle ou que ce soit des incidents inhérents au travail, les pompiers peuvent se fiers les uns aux autres. Les participants des deux groupes de discussion ont parlé d'une immense confiance en leur système de soutien, que nous considérons comme un aspect fondamental du phénomène de la table de cuisine : la proximité qui se manifeste autour de la table de cuisine lorsqu'ils discutent tous ensemble de leur travail et de leur vie personnelle, ainsi que des difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Une autre dimension du soutien informel ou par les pairs est le retour sur l'intervention offert par la direction (en général des séances de verbalisation suivant un incident critique), en général après un incident grave. Ces séances sont associées à une diminution du degré de stress chez les pompiers au cours des semaines cruciales qui suivent un incident potentiellement traumatisant sur le plan psychologique[6]. Nos participants ont exprimé des points de vue positifs sur ces séances de verbalisation :

> Chacun a une réaction différente à ce genre de choses, mais je pense que les premières heures juste après l'incident ou l'événement sont des moments cruciaux. Donc, si quelqu'un est formé pour gérer les émotions au cours de cette période, c'est la clé. Je trouve donc, personnellement, qu'elles fonctionnent vraiment bien. (P4)

Le participant 4 souligne ici les bienfaits associés à la présence de soutien immédiatement après un incident critique, en particulier de la part d'une personne qui ne fait pas partie de la direction – un pair – et qui connaît bien les traumatismes psychologiques et les émotions qui y sont associées. Le soutien est fourni par des pairs-conseillers expérimentés et d'autres pompiers, ce qui, comme un autre pompier l'explique, est un moyen utile de faire le pont entre un incident et une séance de traitement clinique formelle :

> Dans l'intervalle entre l'incident et le moment où le programme d'aide aux employés prend le relais, car il faut téléphoner au programme et, si c'est un samedi matin, il faut laisser un message et ils rappelleront dans un délai de X heures, il y a un trou. Nous demandons donc à ces personnes d'organiser une réunion après certains événements traumatisants. Nous essayons donc de combler immédiatement ce trou si nous avons besoin d'une séance de soutien psychologique après un appel et cela fonctionne vraiment bien aussi. Il y a des pairs-conseillers dans la région, des pompiers formés en entraide par les pairs que nous pouvons également solliciter, en plus de toutes ces séances. (P4)

Pour ce pompier, les séances de verbalisation sont censées être une intervention temporaire et immédiate après un incident, lorsque le soutien psychologique n'est pas encore accessible ou n'est pas jugé vraiment nécessaire. Cependant, tous les pompiers d'aéroport n'ont pas eu l'occasion de découvrir les bienfaits potentiels de ces séances. Par exemple, le participant 1 a déclaré n'en avoir jamais bénéficié. Pour ceux qui ont déjà participé à une séance de verbalisation suivant un incident critique, l'avis général était qu'ils avaient besoin de quelque chose de « plus que la séance de retour sur le quart de travail » (P1). Ainsi :

> Quelqu'un vient d'abord ici pour parler, faire une séance de verbalisation, quelque chose au début. Puis, par la suite, selon la façon dont la personne se sent, elle aurait peut-être besoin d'un autre, de quelqu'un d'autre à qui parler. (P3)

Globalement, les témoignages des participants révèlent que les séances de verbalisation suivant un incident critique sont généralement appréciées, car elles visent le bien-être immédiat des pompiers. Toutefois, comme le mentionne la littérature, leurs bienfaits potentiels sont limités et elles devraient être complétées par un traitement prodigué sur une base régulière par un professionnel de la santé mentale[9].

Attitudes à l'égard du traitement et souhaits des pompiers d'aéroport

Comme d'autres études de recherche récentes sur la stigmatisation en matière de santé mentale chez les pompiers l'ont fait, nous avons constaté que les attitudes à l'égard des problèmes de santé mentale se sont adoucies et sont devenues plus ouvertes au fil des ans[16]. Cela est illustré par les témoignages de plusieurs pompiers, dont le participant 7, qui a déclaré que « les gens commencent à être plus ouverts au sujet de [la maladie mentale] et ne sont plus gênés à ce sujet ». Cependant, il existe encore un certain degré de stigmatisation pour les pompiers qui demandent de l'aide psychologique, en

lien avec la perception qu'ont certains collègues de ceux qui demandent effectivement des soins.

> J'ai évidemment vu au fil des ans, voyez-vous, nous sommes sept ou huit aujourd'hui, et quelqu'un dit : « J'ai besoin d'aide », et c'est évident que quelqu'un d'autre dans ces anciens groupes a dit […] « Endure ». On entend souvent des choses comme, « Arrête de faire la mauviette […] » (P6)

Ce que le participant 6 décrit ici est la sempiternelle histoire de la personne qui est ignorée et ridiculisée lorsqu'elle parle d'un problème de santé mentale au travail. De telles attitudes renforcent à l'interne le stéréotype selon lequel les pompiers doivent être forts, stoïques et capables de composer avec n'importe quel événement potentiellement traumatisant sur le plan psychologique. Lorsque nous avons demandé aux pompiers quel serait le meilleur endroit pour une clinique de soins de santé mentale, beaucoup ont répondu « hors site », indiquant clairement un besoin de séparer le traitement du travail, ce qui confirme la présence de stigmatisation. Un participant a expliqué la raison pour laquelle la clinique devrait être hors site :

> Je pense que si vous allez au bureau quelque part et que le psy est présent aujourd'hui et que quelqu'un y va pour une heure ou deux, et la semaine d'après, il est là encore pendant une heure, les gens […] vous comprenez? (P2)

Le participant 2 fait allusion ici à la stigmatisation par les collègues qui jugent les pompiers qui ont recours à des services de santé mentale au sein du service d'incendie. Dans les groupes de discussion, les participants ont parlé de leur réticence à se procurer l'information sur les ressources offerte dans les aires communes, par exemple un dépliant du programme d'aide aux employés affiché dans la caserne, par crainte que des collègues les voient recueillir cette information. Ce sentiment de honte et le besoin de confidentialité confirment l'impression de stigmatisation des problèmes de santé mentale chez les pompiers, malgré leur solide réseau de soutien informel par les pairs. Soulignons toutefois que cette stigmatisation perçue est peut-être injustifiée, car de nombreux répondants ont eu de bons mots pour les professionnels de la santé mentale avec lesquels ils ont parlé, certains répondants exprimant une attitude positive à l'égard du traitement : « En cas d'incident majeur ici, je pense que nous serions très contents d'y aller et de pouvoir rencontrer quelqu'un. » (P6)

À l'inverse, le participant 9 a indiqué qu'il avait « honte » d'avoir reçu du soutien psychologique il y a plusieurs années. La stigmatisation perçue induisant la stigmatisation internalisée, il est possible que certains pompiers cultivent une attitude négative personnelle envers le traitement en raison de ce qu'ils supposent que les autres autour d'eux penseront[26,27].

Lorsque nous avons demandé aux pompiers comment la stigmatisation du recours aux services pouvait être éliminée, un pompier a répondu : « On n'éliminera jamais la stigmatisation. » (P2) Preuve de la diversité des réponses, un autre répondant a répondu :

> Juste d'en parler. Vous savez, autour de la table au dîner. […] Genre, c'est correct de se sentir triste parfois, c'est correct de se sentir anxieux et angoissé, et ce n'est pas – je répète toujours à mes collègues, vous savez, c'est correct […] si quelqu'un se sent suffisamment à l'aise pour dire, « c'est comme ça que je me sens ». Ou « c'est vrai que je me sens un peu angoissé », ou bien « je me sens vraiment déprimé certains jours que je ne veux pas vraiment venir au travail ou que je n'ai pas l'impression de pouvoir être fonctionnel au travail ». C'est correct. S'ils sentent qu'ils ont besoin de parler. » (P3)

Le système de soutien autour de la table de cuisine peut réduire la stigmatisation en permettant de normaliser les discussions sur la santé mentale et de commencer à lever les obstacles au traitement, comme la crainte fréquemment évoquée d'être mis en congé pour s'être confié à des professionnels de la santé mentale. Plusieurs participants ont fait état de leur hésitation à demander du soutien formel et à parler de leurs problèmes de santé mentale avec des professionnels, car ils craignent d'être mis en congé d'invalidité ou de maladie, de perdre leur pension, d'être congédiés ou d'être exclus des possibilités de promotion. À titre d'exemple, le participant 2 a déclaré :

> En fait, il y a la crainte que ça puisse ouvrir une boîte de Pandore, si quelqu'un est correct sur le plan physique mais que par ce processus ils découvrent qu'il n'est pas correct, qu'est-ce que ça veut dire? Il doit partir, se trouver un autre emploi? Il est mis en congé d'invalidité ou de maladie? Donc, ce que je dis, c'est de faire attention à ce que vous souhaitez accomplir avec ça.

Lorsqu'on lui a demandé si selon lui un dépistage ou un examen psychologique serait utile pour la détection rapide de problèmes de santé mentale, le participant 2 a continué à manifester son hésitation à participer à un dépistage. Les soins de santé mentale, qui devraient être une source de soutien devant leurs facteurs de stress, semblent plutôt perpétuer le stress organisationnel lié à la sécurité d'emploi. Il y a aussi la crainte que la demande de soins thérapeutiques puisse nuire à la stabilité financière :

> Si le vrai diagnostic est donné et que quelqu'un est à l'étape où, disons, il a peut-être besoin de faire des changements dans sa vie – il y a plusieurs années, pour le personnel en uniforme, il y avait des options de retraite anticipée. C'est peut-être toujours le cas dans les forces armées. Mais aujourd'hui, dans le monde, tout s'éloigne des retraites à prestations déterminées, la sécurité de la famille est mise en péril, donc la réticence à consulter un médecin est toujours là. Genre, est-ce que j'y vais et je raconte tout? Ouf, et prendre la chance de perdre mes revenus pour ma famille? (P9)

Les paroles du participant 9 ont suscité une discussion approfondie sur la façon dont les professionnels de la santé mentale devraient traiter les membres du personnel de la sécurité publique. Préconiser de mettre davantage l'accent sur la façon dont les clients peuvent gérer leur stress et vivre une vie saine tout en continuant de faire leur travail. Ici, le participant 6 a mentionné :

> Un psychiatre m'a alors dit que je ne devrais plus jamais être confronté à un tel traumatisme. Alors, qu'allaient-ils

> faire avec moi? Me forcer à prendre ma retraite? […] Il n'y a pas de différence maintenant, nous avons un incident là maintenant faisant un grand nombre de victimes, je sais que ça affectera différemment les différentes personnes ici présentes. Alors, que fait-on avec ces personnes? Doit-on, est-ce qu'ils reviennent au travail comme pompiers, comme ambulanciers paramédicaux?

Bien que de nombreux répondants aient fait état d'expériences positives avec certains professionnels de la santé mentale, des préoccupations légitimes ont tout de même été exprimées au sujet du traitement. Plus précisément, la confidentialité est nécessaire et exigée par les participants, compte tenu de leurs préoccupations en matière de confiance ou, plus précisément, de rupture du lien de confiance.

Lorsqu'on leur a demandé ce qu'ils voulaient voir en tant que clients ayant recours personnellement à des services de santé mentale, les participants ont vivement espéré être vus par des professionnels qui accordent de l'importance à la confidentialité et à la continuité des soins. Plusieurs répondants ont indiqué que le modèle à six séances, correspondant grosso modo au programme d'aide aux employés, ne suffit pas.

> On doit avoir confiance qu'il n'y a rien qui ne puisse être dit. Si c'est la raison pour laquelle on se sent comme ça, ou pourquoi on se sent comme ça, mais ce n'est pas la même personne à qui on peut parler demain ou la semaine prochaine lorsqu'on appelle, que cette personne est partie. Qu'est-ce qu'on doit faire à ce moment-là? On doit revenir en arrière et recommencer du début […] on a réussi à franchir quelques étapes et oh, il est parti en vacances pendant deux semaines. Il doit donc y avoir quelque chose […] une structure permanente où on peut établir une relation avec un conseiller, un psychologue ou une personne du genre, ou peu importe de quel genre d'équipe il s'agit, et ils vous connaissent. On n'est pas seulement un nom sur une feuille. (P10)

Le participant 10 exprime clairement que les soins continus avec le même fournisseur sont un avantage inestimable et contribuent à favoriser un sentiment de stabilité, de confiance et de soutien. Le même pompier explique également qu'il faut du temps pour s'ouvrir complètement à un fournisseur de traitement, ce qui n'est pas possible lorsque le nombre de séances est limité. Fondamentalement, les relations commencent juste à s'épanouir lorsque le nombre de séances est atteint et il reste beaucoup de questions à résoudre en matière de soutien en santé mentale. Les réponses des participants laissent entendre qu'un professionnel de la santé mentale à plein temps, qui se consacre au traitement des pompiers, serait le bienvenu et devrait être présent régulièrement. Un autre pompier a mentionné qu'« être proactif et être réactif sont deux choses différentes » (P7) et que le soutien psychologique est nécessaire à la fois de manière continuelle et en cas d'urgence, comme lors des incidents faisant un grand nombre de victimes. En ce qui concerne ce dernier scénario, le participant 10 a mentionné qu'une sorte d'équipe mobile d'assistance en cas de crise pourrait être bénéfique :

> Bon, parlons des incidents faisant un grand nombre de victimes, où nous sommes ici pendant une semaine ou dix jours. Eh bien, il faut que les autorités aéroportuaires mettent en place des réserves pour les contractuels qui viennent ici et s'occupent de nous quand on quitte le lieu de l'incident après dix heures de travail, avant de passer la porte […] peu importe combien de personnes, il pourrait y avoir six, sept pompiers ici une journée donnée faisant des heures supplémentaires, et l'équipe régulière […] après avoir vécu cette situation pendant dix, douze heures, peut rentrer à la maison voir sa famille. Ils devraient être ici avant qu'on quitte les lieux […] pendant cette période de deux semaines après l'incident jusqu'à ce que ce soit fini et qu'ils nous demandent : « Comment vous en sortez-vous après tout ça? »

Dans ce témoignage, le participant 10 souhaite une équipe d'intervention mobile sur place pour s'occuper des pompiers après un incident ayant fait un grand nombre de victimes. Ce participant croit qu'un soutien structuré et clinique immédiat, au-delà des séances de verbalisation suivant un incident critique générales, est nécessaire avant que les pompiers d'aéroport retournent à la maison et dans leur famille. Cette pratique pourrait aider à réduire le risque d'épuisement professionnel et d'isolement potentiel par rapport à la famille.

Dans les deux groupes, le désir de traitement le plus souvent mentionné a sans doute été l'accessibilité à des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les pompiers ont parlé de la façon dont ils veulent pouvoir communiquer avec un fournisseur de soins, sur une base volontaire, chaque fois qu'ils sentent le besoin de parler.

> Je sais qu'il y a toutes ces lignes d'écoute en cas de crise et de prévention du suicide et des trucs comme ça. Vous savez, juste regarder la situation dans cette perspective, vous savez, l'accès 24 heures sur 24. Que quelqu'un pourrait se lever à deux heures du matin et ne pas être capable de dormir ou quelque chose le dérange, juste de pouvoir prendre le téléphone et appeler la ligne d'écoute juste pour que quelqu'un l'aide à passer à travers ce moment, vous comprenez? En fait, jusqu'à ce qu'on puisse le diriger vers une façon d'obtenir de l'aide. (P3)

Donner à cette population un accès au soutien en santé mentale en fonction des besoins permettrait non seulement de répondre aux préoccupations immédiates des pompiers, comme l'incapacité de dormir dans le cas du participant 3, mais également de donner aux pompiers plus d'autonomie dans leur manière de faire appel à des soins thérapeutiques. En ce qui a trait à l'accessibilité, on a interrogé les pompiers au sujet de l'accès en ligne à une thérapie et à d'autres ressources en santé mentale. Les réponses des participants étaient partagées, certains pompiers exprimant leur intérêt à pouvoir parler à quelqu'un dans le confort de leur maison. D'autres, cependant, croient que l'option en ligne ne convient pas à tout le monde, en particulier les pompiers plus âgés, moins technophiles. En fin de compte, l'avis général était qu'il devrait y avoir un mélange de soutien en ligne et en personne :

> Dans certaines régions éloignées, ils n'ont pas les ressources comme dans une grande ville, comme on aurait probablement ici à portée de main.

> Donc, avoir quelque chose dans toute la province que les gens pourraient utiliser, sans avoir à se trouver physiquement à plus de cinq, dix ou quinze minutes de l'établissement. Mais avoir cette option-là aussi, il pourrait s'agir d'un service avec ou sans rendez-vous, d'une ligne d'écoute, d'une vidéoconférence, juste quelque chose pour nous aider à passer à travers. (P3)

Par ailleurs, la plupart des participants souhaitent avoir une clinique abordable hors site qui soit explicitement destinée au traitement de tout type de personnel de la sécurité publique. La plupart ont convenu qu'il y avait des facteurs de stress communs entre les pompiers, les policiers, les ambulanciers paramédicaux, etc. Le recours à du personnel traitant ayant une compréhension de ces facteurs de stress et de l'environnement dans lequel évoluent les premiers intervenants a également été fréquemment demandé. Les participants ont suggéré que les membres du personnel de la sécurité publique pourraient avoir leur propre espace pour discuter d'une gamme de facteurs de stress, que ce soit lié aux incidents opérationnels ou à la vie de famille, dans une clinique spécialisée. Le participant 3 a décrit cette clinique fictive comme une « zone de confort où les gens peuvent s'ouvrir et parler de leur situation et obtenir l'aide, l'orientation, dont ils ont besoin. Dès le début, au lieu qu'ils soient mis en arrêt de travail, vous comprenez? » Pour justifier davantage la nécessité d'une telle clinique, un pompier a expliqué : « Nous sommes uniques, nous sommes différents, et, oui, il devrait y avoir une certaine spécialité pour les incidents faisant un grand nombre de victimes. » (P6) Dans l'ensemble, les pompiers d'aéroport ont indiqué qu'ils avaient besoin d'un soutien spécialisé en santé mentale qui tienne compte des facteurs de stress opérationnels et organisationnels qui leur sont propres.

Analyse

Nous avons voulu étudier les expériences individuelles et collectives des pompiers d'aéroport en ce qui a trait aux facteurs de stress organisationnels, au soutien par les pairs et aux attitudes à l'égard des soins de santé mentale. Comme nous l'avons découvert, non seulement ces pompiers ont la responsabilité d'intervenir en cas d'événements imprévisibles, graves et potentiellement traumatisants sur le plan psychologique de grande ampleur (ce qui en soi est un facteur de stress qui pèse lourdement sur eux), mais leur charge de travail quotidienne comprend de plus une abondance de tâches supplémentaires telles que l'interaction avec des passagers vulnérables et indisciplinés, la coordination des débarquements d'urgence et l'élimination des animaux sauvages sur les pistes d'atterrissage, cette dernière tâche ayant un caractère particulièrement hors du commun. Il convient de noter que, même si les participants ont plaisanté sur leur rôle de « pompiers armés », l'abattage d'oiseaux et d'animaux est un aspect qu'ils ont mentionné à plusieurs reprises et qui devrait être considéré comme potentiellement traumatisant sur le plan psychologique.

De plus, nous avons constaté que les facteurs de stress organisationnels se manifestent différemment chez les pompiers d'aéroport et chez les pompiers municipaux. En effet, les participants ont signalé des conflits exacerbés avec les employés travaillant dans d'autres zones de l'aéroport, l'un des points de discorde étant la perception que les pompiers sont payés pour dormir pendant leur quart de travail, ce que ces derniers ont ardemment nié. Les commentaires négatifs persistants formulés par les employés de l'aéroport ont un effet important sur les pompiers et pourraient même être considérés comme une forme de « persécution collective » (c'est-à-dire le harcèlement d'un collègue par d'autres membres d'une organisation, entraînant la dévalorisation et le dénigrement de la victime)[28]. Les sentiments de dévalorisation et de dénigrement en tant qu'employés, ainsi que d'autres facteurs de stress organisationnels comme le manque de ressources humaines et matérielles, ont souvent été mentionnés par les participants et semblent occulter les facteurs de stress opérationnels.

Conformément aux résultats d'études antérieures, nous avons constaté que le soutien par les pairs est extrêmement bénéfique pour les pompiers qui subissent du stress organisationnel[4,16]. Plus particulièrement, les pompiers d'aéroport se soutiennent les uns les autres pour régler les conflits entre eux et avec les autres employés de l'aéroport. Les pompiers tirent grandement profit des pairs-conseillers qui animent les séances de verbalisation suivant un incident critique, en raison de leurs expériences communes et de la compréhension par ces derniers de la culture des pompiers. Toutefois, les participants ont convenu que le counseling par les pairs devrait être utilisé pour faire le pont entre les incidents critiques et le traitement clinique, mais non en remplacement du traitement clinique, parce que les deux interventions sont utiles et nécessaires.

Finalement, nous avons constaté que les pompiers d'aéroport souhaitaient avoir des soins formels de santé mentale, mais que plusieurs obstacles demeurent : la stigmatisation, la crainte d'être mis en congé et la crainte d'une violation de la confidentialité. Les pompiers d'aéroport ont exprimé leur intérêt pour une clinique spécialisée en santé mentale pour le personnel de la sécurité publique qui soit abordable, hors site, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et composée de professionnels qui comprennent les facteurs de stress associés à cette profession. Bien que les facteurs de stress organisationnels aient de plus grandes répercussions que les facteurs de stress professionnels et qu'il subsiste des obstacles au traitement, il est évident que le soutien par les pairs est un mécanisme d'adaptation sain pour les pompiers, qui facilite la demande de soins thérapeutiques en éliminant certains de ces obstacles. En particulier, le phénomène de la table de cuisine est un facteur de protection contre les facteurs de stress opérationnels et organisationnels, qui contribue également à atténuer la stigmatisation associée à la santé mentale, car les pompiers partagent leurs réflexions, leurs émotions, leurs expériences et leurs sentiments personnels dans un cadre de groupe qui est régi par la sécurité et la confiance. Toutefois, on manque encore de connaissances sur la façon dont le stress et la demande de soins en santé mentale sont interreliés – un sujet pour de futures recherches.

Points forts et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative portant sur le bien-être des pompiers d'aéroport, un sous-groupe spécifique de pompiers qui doivent intervenir pour une vaste gamme d'incidents aéronautiques, des atterrissages d'urgence aux accidents faisant un grand nombre de victimes. Notre étude a été limitée par la taille de l'échantillon, ce pourquoi nous déconseillons toute généralisation de nos conclusions, comme

c'est la norme pour toutes les études de recherche qualitative. Par ailleurs, nous n'avons pas pu faire d'analyse comparative entre les sexes étant donné le petit nombre de femmes (une seule) dans l'étude. Par conséquent, la réalisation d'une étude avec un plus grand échantillon stratifié est nécessaire. Toutes les données ayant été recueillies dans le même aéroport international du Canada atlantique, des études supplémentaires portant sur davantage d'aéroports dans un plus grand nombre de territoires contribueraient à confirmer nos résultats et à formuler des conclusions plus solides. De plus, étant donné que la stigmatisation a été relevée comme un obstacle au soutien formel des participants, il existe une limitation potentielle au recours aux groupes de discussion. Les entrevues individuelles et semi-structurées avec les pompiers d'aéroport pourraient constituer une direction de recherche future intéressante, pour déterminer si les participants se sentent plus à l'aise de discuter de soins de santé mentale sans la présence de leurs pairs.

Conclusion

Grâce à cette recherche, nous enrichissons la littérature disponible sur les facteurs de stress professionnels subis par le personnel de la sécurité publique. Notre étude qualitative comble une lacune dans la recherche sur les pompiers d'aéroport, dont les facteurs de stress organisationnels ont été jugés sans équivalent et exigent du soutien spécialisé. Bien que le soutien par les pairs demeure un mécanisme d'adaptation solide pour les pompiers d'aéroport, nos résultats révèlent que ceux-ci souhaitent obtenir également des soins formels de santé mentale, malgré la présence de plusieurs obstacles, principalement la stigmatisation. Nous proposons également que les obstacles au traitement, comme la stigmatisation, puissent être atténués par le phénomène de la table de cuisine. Les travaux futurs devraient porter sur un plus grand nombre d'aéroports canadiens pour permettre de mieux comprendre la façon dont les facteurs de stress organisationnels varient (ou non) entre les aéroports et l'interrelation entre le stress et les comportements de demande de soins thérapeutiques.

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les participants pour avoir pris le temps de discuter de leurs expériences.

Financement

Cette étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteures et avis

BB : analyse formelle, organisation des données, rédaction du manuscrit initial et conception des tableaux. RR, HC : supervision, conception, méthodologie, enquête, relectures et révisions du manuscrit, administration du projet et obtention du financement.

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

Références

1. Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, et al. Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. Can J Behav Sci. 2019; 51(1):37. https://doi.org/10.1037/cbs0000115

2. Ricciardelli R, Czarnuch S, Carleton RN, Gacek J, Shewmake J. Canadian public safety personnel and occupational stressors: how PSP interpret stressors on duty. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(13):4736. https://doi.org/10.3390/ijerph17134736

3. Ricciardelli R. "Risk it out, risk it out": occupational and organizational stresses in rural policing. Police Q. 2018;21(4):415-39. https://doi.org/10.1177/1098611118772268

4. Regehr C, Hill J, Knott T, Sault B. Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. Stress Health. 2003;19(4): 189-93. https://doi.org/10.1002/smi.974

5. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Hom MA, Stanley IH, Joiner Jr TE. A test of the interpersonal theory of suicide in a large sample of current firefighters. Psychiatry Res. 2016;240:26-33. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.041

6. Sattler DN, Boyd B, Kirsch J. Trauma-exposed firefighters: relationships among posttraumatic growth, posttraumatic stress, resource availability, coping and critical incident stress debriefing experience. Stress Health. 2014;30(5):356-65. https://doi.org/10.1002/smi.2608

7. Sawhney G, Jennings KS, Britt TW, Sliter MT. Occupational stress and mental health symptoms: examining the moderating effect of work recovery strategies in firefighters. J Occup Health Psychol. 2018;23(3):443-56. https://doi.org/10.1037/ocp0000091

8. Stanley IH, Hom MA, Gai AR, Joiner TE. Wildland firefighters and suicide risk: examining the role of social disconnectedness. Psychiatry Res. 2018; 266:269-74. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.017

9. Jeannette JM, Scoboria A. Firefighter preferences regarding post-incident intervention. Work Stress. 2008;22(4): 314-26. https://doi.org/10.1080/02678370802564231

10. Berger W, Coutinho ES, Figueira I, et al. Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(6):1001-11. https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2

11. Fullerton CS, Ursano RJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. Am J Psychiatry. 2004;161(8):1370-6. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1370

12. Reti T, de Terte I, Stephens C. Traumatic exposure, work-related stressors and gender as risk factors in the development of psychological distress for ambulance personnel. Traumatology. 2022;28(1):46-55. https://doi.org/10.1037/trm0000315

13. Granter E, Wankhade P, McCann L, Hassard J, Hyde P. Multiple dimensions of work intensity: ambulance work as edgework. Work Employ Soc. 2019;33(2):280-97. https://doi.org/10.1177/0950017018759207

14. Shane JM. Organizational stressors and police performance. J Crim Justice. 2010;38(4):807-18. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.05.008

15. Gulliver SB, Pennington ML, Torres VA, et al. Behavioral health programs in fire service: surveying access and preferences. Psychol Serv. 2019;16(2):340-45. https://doi.org/10.1037/ser0000222

16. Isaac GM, Buchanan MJ. Extinguishing stigma among firefighters: an examination of stress, social support, and help-seeking attitudes. Psychology. 2021;12(3):349-73. https://doi.org/10.4236/psych.2021.123023

17. Tuckey MR, Hayward R. Global and occupation-specific emotional resources as buffers against the emotional demands of fire-fighting. Appl Psychol. 2011;60(1):1-23. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2010.00424.x

18. Jones S, Agud K, McSweeney J. Barriers and facilitators to seeking mental health care among first responders: "removing the darkness." J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2020;26(1):43-54. https://doi.org/10.1177/1078390319871997

19. North CS, Tivis L, McMillen JC, et al. Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. J Trauma Stress. 2002;15(3):171-5. https://doi.org/10.1023/A:1015286909111

20. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1963.

21. Hom MA, Stanley IH, Ringer FB, Joiner TE. Mental health service use among firefighters with suicidal thoughts and behaviors. Psychiatr Serv. 2016;67(6):688-91. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500177

22. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. 1st ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2006.

23. Hesse-Biber SN. The practice of qualitative research: engaging students in the research process. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2016. 432 p.

24. Anderson EM, Lambert MJ. A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. J Clin Psychol. 2001;57(7):875-88. https://doi.org/10.1002/jclp.1056

25. Harnett P, O'Donovan A, Lambert MJ. The dose response relationship in psychotherapy: implications for social policy. Clin Psychol. 2010;14(2):39-44. https://doi.org/10.1080/13284207.2010.500309

26. Wang K, Link BG, Corrigan PW, Davidson L, Flanagan E. Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. Psychiatry Res. 2018;259:526-31. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.036

27. Quinn DM, Williams MK, Weisz BM. From discrimination to internalized mental illness stigma: the mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. Psychiatr Rehabil J. 2015;38(2):103-8. https://doi.org/10.1037/prj0000136

28. Duffy M, Sperry L. Workplace mobbing: individual and family health consequences. Fam J. 2007;15(4):398-404. https://doi.org/10.1177/1066480707305069

https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.04f

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 inividuelles 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 possible[2].

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 profession[16-18] (voir Burston et Tuckett[17] 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 croissantes[7].

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 collaborateurs[5] 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 7 000 professionnels de la santé australiens entre août et octobre 2020, Smallwood et ses collaborateurs[4] 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 collaborateurs[8] 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 poste[8]. 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 démissionner[21].

Falatah[22] a noté que les prédicteurs 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 prédicteurs 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 prédicteurs 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 émotionnels[17]. 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 santé[27].

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 santé[12-15], 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 (nº 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 morale[6]. 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 collaborateurs[6], 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 collaborateurs[8]. 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'enquête[6]. 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-HP[6]. 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-HP[6].

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 stress[35] (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-5[37] (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 poste[17]. 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 étude[39] (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'enfance[41]. 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'enfance[41] (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 multiple[42] 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

TABLEAU 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	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
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)		*t*	*ddl*	Valeur *p*	*d*
	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

Abréviations : 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	—

Abréviations : 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

TABLEAU 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

	B	Écart-type	Wald	Valeur *p*	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 poste[44], 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 2021[8]. Fait intéressant, Fronda et Labrauge[44] 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 profession[45]. 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 actuel[46]. 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

TABLEAU 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

	B	Écart-type	Wald	Valeur *p*	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 infirmier[47], 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-19[48].

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 collègues[6] 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 Kerig[49], 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 suicidaires[50-53]. 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 morale[54]. Une revue systématique récente n'a révélé que 16 études sur des interventions visant à contrer la détresse morale chez les professionnels de la santé[54]. 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 morale[54]. 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 étayent 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.csrt.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/fpsyt.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

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

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/fpsyt.2021.784523

https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.05f

Recherche quantitative originale

Fonction cardiaque et trouble de stress post-traumatique : revue de la littérature et étude de cas

Jyotpal Singh, Ph. D. (1); R. Nicholas Carleton, Ph. D. (2); J. Patrick Neary, Ph. D. (1)

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

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Alors qu'on sait que le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut entraîner une augmentation du tonus sympathique, ses effets sur le cycle cardiaque ont été peu étudiés.

Méthodologie. Nous avons réalisé une revue de la littérature en interrogeant les bases de données PubMed, MEDLINE et Web of Science. Les articles traitant des modifications de nature échocardiographique en lien avec le TSPT ou des symptômes connexes et traitant des associations entre les deux ont été synthétisés pour cette revue de la littérature. Nous avons également inclus les données d'une étude de cas dans laquelle les intervalles de temps et les paramètres de contractilité du cycle cardiaque ont été évalués par séismocardiographie chez un participant âgé de 33 ans qui portait un capteur cardiaque non invasif et qui a été exposé à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique. Les intervalles évalués étaient le temps de systole, le temps de contraction isovolumique (TCIV) et le temps de relaxation isovolumique (TRIV). Nous avons calculé les indices de performance systolique (TCIV/systole), diastolique (TRIV/systole) et myocardique [(TCIV + TRIV)/systole].

Résultats. La revue de la littérature a permis de recenser 55 articles, dont 14 portant sur l'évaluation de la fonction cardiaque par échocardiographie chez des patients présentant des symptômes de TSPT. La dysfonction cardiaque variait selon les études, avec la présence d'atteintes diastoliques et systoliques chez des patients ayant un TSPT. L'étude de cas montre que le stress lié au travail augmente les indices de performance cardiaque, ce qui évoque un stress ventriculaire accru et vient confirmer les résultats dont on dispose dans la littérature.

Conclusion. D'après les résultats de notre revue de la littérature, l'évaluation de la fonction cardiaque chez les patients atteints de TSPT devrait faire l'objet d'une approche contrôlée. Quant à l'étude de cas, les résultats laissent penser que les épisodes de stress aigu peuvent altérer la fonction cardiaque et que le stress prolongé lié au travail pourrait induire des changements dans la fonction cardiaque. Il est possible d'utiliser la surveillance cardiaque de façon prospective pour déceler les changements provoqués par une exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique, cette exposition pouvant conduire au développement de symptômes de TSPT.

Mots-clés : *échocardiographie, séismocardiographie, TSPT, étude de cas, systole, diastole, indices de performance myocardique, système nerveux autonome*

Points saillants

- Il y a peu de recherche sur les intervalles de temps du cycle cardiaque et le trouble de stress post-traumatique (TSPT).
- Des dysfonctions systoliques et diastoliques ont été observées en lien avec un TSPT, mais la littérature s'intéressant à la fonction cardiaque en contexte de TSPT est très hétéroclite.
- L'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique peut entraîner une augmentation de l'indice de performance myocardique, laquelle relève en partie d'une réduction du temps de systole.
- L'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique est susceptible de mener à une hausse du stress cardiaque, ce que la séismocardiographie permet de surveiller facilement et de manière non invasive.

Introduction

L'association entre la fonction cardiovasculaire d'une part et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les autres blessures liées au stress post-traumatique d'autre part reste un sujet très peu étudié. Les changements dans la fonction du système nerveux autonome attribuables au TSPT ont fait l'objet de nombreux travaux de recherche, et la plupart des méta-analyses sur le sujet traitent de la variabilité de la fréquence cardiaque[1,2]. Chez les patients ayant un TSPT, une méta-analyse a fait état d'une diminution de la moyenne quadratique des intervalles R-R successifs ainsi que des paramètres HF (hautes fréquences) et BF (basses fréquences) au repos pendant la période de référence, et d'une diminution du paramètre HF en situation de stress aigu[3]. Selon la même méta-analyse, il y a augmentation du ratio BF/HF au repos chez les personnes atteintes de TSPT, ce qui témoigne d'une réduction du tonus parasympathique[3].

Rattachement des auteurs :

1. Faculté de kinésiologie et d'études en santé, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada
2. Département de psychologie, Université de Regina, Regina (Saskatchewan), Canada

Correspondance : J. Patrick Neary, Faculté de kinésiologie et d'études en santé, Université de Regina, Regina (Saskatchewan) S4S 0A2; tél. : 306-585-4844; courriel : patrick.neary@uregina.ca

Si la variabilité de la fréquence cardiaque peut être un indicateur utile du stress émotionnel et physique[4], elle ne peut à elle seule expliquer entièrement le mécanisme à l'origine de l'altération de la fonction cardiaque, dans la mesure où elle est seulement le reflet de la régulation de l'équilibre du système nerveux autonome[5]. La compréhension de l'interaction entre le TSPT et la fonction cardiaque (plus particulièrement la fonction ventriculaire droite et gauche ainsi que les intervalles de temps du cycle cardiaque) pourrait aboutir à la découverte d'outils de diagnostic utiles. L'évaluation de la fonction cardiaque se fait habituellement par échocardiographie, une méthode couramment employée pour étudier la dysfonction cardiaque[6]. Dans une étude menée auprès de 28 femmes (14 ayant un TSPT et 14 n'en ayant pas), les auteurs ont observé des perturbations significatives de la pression télédiastolique et de la force de succion ventriculaire gauche au sein du groupe de femmes présentant un TSPT[7]. La force de succion du cœur se mesure habituellement par la vitesse de propagation en début de diastole et, lorsque celle-ci est combinée à une altération de la pression télédiastolique, c'est le signe d'une dysfonction diastolique ventriculaire gauche susceptible d'être causée par un stress émotionnel[7].

Le TSPT induit par une maladie cardiaque a fait l'objet d'études, une grande partie des travaux de recherche étant axés sur le TSPT à la suite d'un événement cardiaque aigu comme un infarctus du myocarde[8]. On recense toutefois très peu d'études cliniques qui évaluent la fonction cardiaque par échocardiographie en tant que mesure principale pour rendre compte des changements observés dans les paramètres du cycle cardiaque au sein des milieux professionnels et stressants. Les coûts, le temps et l'accès à des techniciens sont au nombre des obstacles potentiels à l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cardiaque et de l'échocardiographie dans la recherche[9]. Or d'autres méthodes sont utilisables pour analyser la fonction cardiaque et les intervalles de temps du cycle cardiaque, notamment la balistocardiographie (BCG) et la séismocardiographie (SCG)[10-14]. Les analyses faites par BCG ou par SCG permettent d'observer les paramètres du cycle cardiaque à chaque battement de cœur lors de la collecte de données, et elles sont relativement peu coûteuses[15]. La SCG a été mise en corrélation avec le volume d'éjection systolique[16] ainsi qu'avec le temps de systole total et la période de pré-éjection[17], et elle a été utilisée pour évaluer les modifications de la fonction cardiaque associées à la forme longue et à la forme aiguë de la COVID-19[15,18], aux commotions cérébrales aiguës liées au sport[19] et à la cardiomyopathie hypertrophique[20]. De plus, des données normatives sur le cycle cardiaque obtenues par SCG ont également été publiées[21].

On sait que les intervalles de temps du cycle cardiaque varient en fonction de l'âge et du sexe. Le temps de relaxation isovolumique (TRIV) augmente avec l'âge, ce qui entraîne une augmentation de l'indice de performance myocardique (IPM). L'IPM tend à augmenter, passant de 0,38 chez les 20 à 39 ans à 0,53 chez les 60 ans et plus, le TRIV passant quant à lui de 78 ms chez les 20 à 39 ans à 109 ms chez les 60 ans et plus[22]. Des différences existent également entre les hommes et les femmes en matière de temps de systole et d'IPM[22]. Le remodelage cardiaque et les caractéristiques sociodémographiques de la personne sont deux autres facteurs susceptibles d'avoir une influence sur ces intervalles de temps, selon les exigences du sport. Concrètement, selon les données normatives obtenues chez les hommes et chez les femmes, les athlètes dans la jeune vingtaine présentent des valeurs moyennes différentes (respectivement, TRIV de 82 ms et de 97 ms, et IPM de 0,41 et de 0,46)[21].

Dans cette étude, nous passons brièvement en revue la littérature sur le TSPT et la fonction cardiaque en vue de mettre en lumière l'importance de la surveillance de la performance cardiaque utilisable dans des milieux de travail stressants, comme ceux où évolue le personnel en sécurité publique (personnel des services frontaliers, travailleurs correctionnels, pompiers, ambulanciers paramédicaux, policiers, préposés aux communications de la sécurité publique, etc.)[23]. Nous présentons également, à titre de validation de principe, une étude de cas portant sur les modifications de la fonction cardiaque mesurées par SCG à la suite d'une exposition à différents facteurs de stress aigu liés au travail.

Méthodologie

Revue de la littérature

Nous avons interrogé les bases de données PubMed, MEDLINE et Web of Science à l'aide des mots-clés suivants : [((echocardiography) OR (ejection fraction) OR (left ventricular) OR (right ventricular)) AND ((PTSD) OR (post traumatic stress disorder))]. La période de recherche allait de la date de création de la base de données au 30 avril 2022. Compte tenu du nombre limité d'études trouvées, nous avons décidé d'inclure dans nos travaux toutes les études incluant des paramètres échocardiographiques. Cette revue est narrative par nature et vise à résumer la littérature existante. La recherche a été effectuée par un auteur (JS), et une vérification des références citées dans les articles retenus a aussi été réalisée afin d'obtenir d'autres articles correspondant aux critères de recherche.

Étude de cas

Approbation de l'éthique de la recherche

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Regina (nº 2020-073) et le participant a signé un formulaire de consentement éclairé.

Participant et matériel

Le participant, un physiothérapeute en réadaptation physique pratiquant en milieu hospitalier, a recueilli chaque jour des données sur son activité cardiaque au cours d'une période de référence. Par la suite, il a continué de recueillir chaque jour des données sur son activité cardiaque à l'aide d'un capteur cardiaque non invasif (LLA Recordis, LLA Technologies, Langley, Colombie-Britannique, Canada) afin d'enregistrer les vibrations du sternum résultant de la contraction du cœur[15]. Le capteur cardiaque était fixé à une seule électrode en gel adhésif pour électrocardiogramme (ECG) et placé directement sur la peau, à une distance d'un centimètre au-dessus du processus xiphoïde, sur le sternum. L'enregistrement des données cardiaques durait une minute et se faisait pendant que le participant était au repos, couché sur le dos. Le participant a recueilli des données une fois par jour, pendant un mois.

Analyse des données

Les données enregistrées ont été analysées hors ligne. Les détails de l'analyse de ces données ont déjà été publiés[15]. En résumé, un filtre passe-bande de Butterworth de premier ordre avec une fréquence de coupure basse de 1 Hz et une fréquence de coupure haute de 30 Hz a été appliqué au signal. Les points caractéristiques du cycle

cardiaque ont été analysés à l'aide d'un algorithme exclusif indépendant (LLA Technologies Inc.). Ces points étaient la fermeture de la valve mitrale (FVM), l'ouverture de la valve aortique (OVA), la torsion aortique (TA), la systole aortique, la période d'éjection rapide (PER), la fermeture de la valve aortique (FVA), la détorsion ventriculaire, l'ouverture de la valve mitrale (OVM), la systole atriale (SA) et la force de torsion contractile (FT). Après extraction des caractéristiques morphologiques, nous avons calculé certaines caractéristiques temporelles (exprimées en millisecondes [ms]) : la diastole (intervalle séparant la FVM et l'OVM), la systole (intervalle séparant l'OVA et la FVA), le temps de contraction isovolumique (TCIV; intervalle séparant la FVM et l'OVA), le temps de relaxation isovolumique (TRIV; intervalle séparant la FVA et l'OVM) et la fin de la PER. Chaque battement de cœur enregistré au cours de la période de collecte de données d'une minute a été analysé[15].

Après avoir calculé ces caractéristiques temporelles, nous avons procédé au calcul des indices de performance courants. Nous avons ainsi obtenu l'indice de performance systolique (IPS) en divisant le TCIV par la systole [TCIV/systole], l'indice de performance diastolique (IPD) en divisant le TRIV par la systole [TRIV/systole] et enfin l'indice de performance myocardique ou cardiaque (ou indice de Tei) en calculant la somme du TCIV et du TRIV puis en la divisant par la systole [(TCIV + TRIV)/systole][15,24,25].

Le participant a enregistré des données à trois occasions distinctes (« incidents ») au cours desquelles il a été exposé à un important facteur de stress au travail, soit un événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique : (1) incident A – le participant a manifesté de la détresse psychologique liée au travail en raison des tendances suicidaires d'un client; (2) incident B – le participant a de nouveau manifesté de la détresse psychologique liée au travail en raison d'une alerte à la bombe/menace d'incident terroriste et (3) incident C – le participant a vécu une semaine particulièrement stressante au travail (moyenne des données enregistrées au cours de la semaine). Étant donné que les données étaient recueillies chaque jour, la moyenne des deux jours précédant l'exposition à l'événement potentiellement traumatique sur le plan psychologique a été utilisée comme référence.

Justification de l'étude de cas

L'étude de cas que nous présentons ici a été réalisée conformément aux lignes directrices CARE sur les études de cas[26]. Elle fournit des exemples de stress lié au travail chez un homme exposé à trois situations extrêmement stressantes dans le cadre de son emploi et vise à démontrer les effets, sur la fonction cardiaque, d'événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique. Il convient toutefois de noter que le participant n'a pas vécu de TSPT, mais plutôt des épisodes répétés de stress aigu, qui peuvent avoir des effets durables sur le cœur. En fait, la Gendarmerie royale du Canada (GRC) a récemment mis au point un protocole d'étude destiné à observer l'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique, ceux-ci étant susceptibles de causer des blessures de stress post-traumatique[27]. L'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique peut en effet conduire à un TSPT[28,29]. Par exemple, les membres du personnel infirmier sont souvent exposés à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique, et cette exposition a été associée à des problèmes de santé mentale tels que le TSPT[29]. Le fait d'éliminer ou même de réduire l'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique pourrait donc diminuer la prévalence du TSPT chez les membres du personnel infirmier, dans une proportion pouvant atteindre 56,7 %[29]. Les effets de ces événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique sur le cycle cardiaque ne sont pas bien compris. L'étude de cas présentée ici permet de valider le principe selon lequel l'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique est susceptible de provoquer des modifications à court terme de la fonction cardiaque, ce qui explique l'altération de la fonction cardiaque chez les personnes atteintes de TSPT à la suite d'une exposition répétée à des facteurs de stress.

Résultats

Revue de la littérature

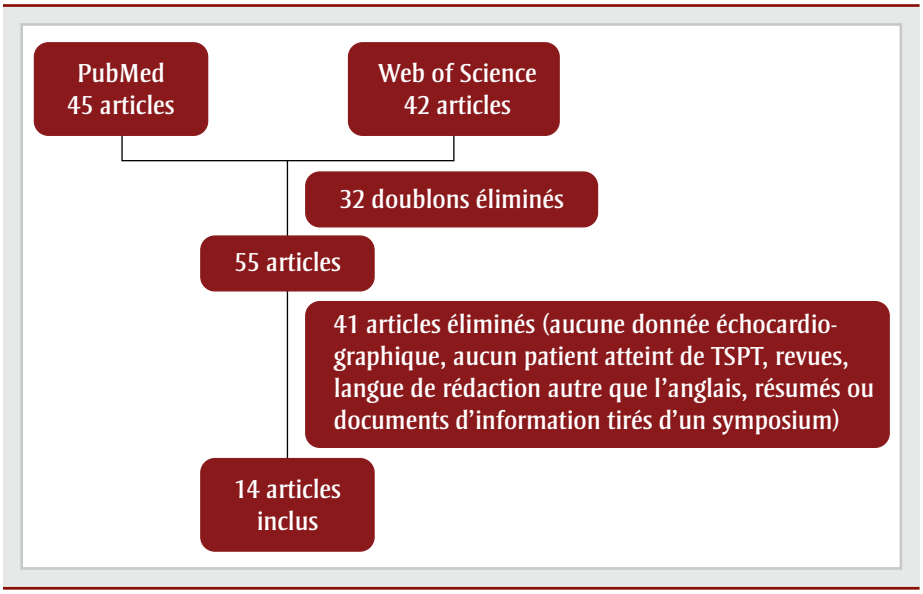
La figure 1 est un diagramme de flux des résultats de nos recherches dans les bases de données, qui nous ont permis d'obtenir 45 études dans PubMed/MEDLINE et 42 études dans Web of Science. Sur ces 87 études, 32 étaient des doublons et ont donc été éliminées, portant le total des articles à 55. Parmi ces articles, 7 consistaient en des études de cas, 1 concernait des biomarqueurs cardiaques, 1 était un document d'information issu d'un symposium, 5 étaient axés sur les changements anatomiques du cerveau, 2 avaient pour principale mesure des données d'ECG, 2 reposaient sur l'utilisation de modèles animaux et mettaient l'accent sur les voies moléculaires, 2 n'étaient pas rédigés en anglais, 5 étaient des articles de synthèse, 1 était axé sur l'état de stress aigu et 18 portaient principalement sur l'apparition de symptômes de TSPT à la suite d'une intervention cardiaque ou à l'observation de l'évolution des symptômes de TSPT à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie. Aucun des 10 articles relevés dans Web of Science (et qui ne se trouvaient pas dans PubMed) n'a été inclus dans notre revue de la littérature : quatre de ces études ne comportaient pas de données échocardiographiques, une n'avait pas été menée auprès d'une population ayant un TSPT, une était une revue, une autre était un résumé et trois portaient sur les changements anatomiques du cerveau. Comme l'illustre la figure 1, 41 des 55 articles ont été éliminés, ce qui laisse 14 études pour notre revue de la littérature.

La recherche dans la base de données PubMed a également permis de trouver une étude axée sur les modifications échocardiographiques attribuables au TSPT, et les résultats font état d'une altération de la fonction diastolique ventriculaire gauche, plus précisément, de la pression télédiastolique et de la force de succion du ventricule gauche chez les participantes ayant un TSPT[7]. Cette étude de Hieda et de ses collaborateurs[7] est la plus représentative des modifications échocardiographiques spécifiquement dues au TSPT en l'absence d'autres dysfonctions cardiaques. Il convient de noter que le groupe de participantes ayant un TSPT comptait trois femmes ménopausées alors que le groupe témoin n'en comptait qu'une, un facteur qui pourrait avoir eu une influence sur la fonction cardiaque[7].

Cardiomyopathie de Takotsubo

De nombreuses études de cas trouvées pour cette revue font état d'une cardiomyopathie de Takotsubo (dans sa forme inversée ou non) (tableau 1), une maladie dont les symptômes s'apparentent

FIGURE 1
Articles issus de la recherche dans PubMed et Web of Science



Abréviation : TSPT, trouble de stress post-traumatique.

Remarque : La période de recherche dans les bases de données PubMed et Web of Science va de la date de création de la base de données au 30 avril 2022.

à ceux de l'infarctus du myocarde et qui est déclenchée par un événement stressant, entraînant un ballonnement apical (gonflement du ventricule gauche). La plupart des patients (3 sur 4) ont développé des anomalies du ventricule gauche après avoir été impliqués dans un accident de la route[30], une agression physique[31] ou une violente dispute[32], ou encore après avoir participé à une mission en Iraq et reçu un diagnostic de TSPT[33]. Une étude prospective menée auprès de patients présentant une cardiomyopathie de Takotsubo a montré qu'il y avait retour à la normale de la fraction d'éjection du ventricule gauche au suivi à trois mois[34].

Antécédents de complications cardiaques

Les études incluant des participants touchés par plusieurs complications cardiaques peuvent également fournir indirectement des éléments sur le lien entre le TSPT et la fonction cardiaque (tableau 1). Par exemple, des patients atteints de régurgitation mitrale ont fait état de symptômes de TSPT plus marqués, mais aucune différence statistiquement significative n'a été relevée entre les patients avec TSPT (n = 44) et ceux sans TSPT (n = 144)[35]. Toutefois, la présence d'une maladie cardiaque était un facteur de confusion, car les patients ayant un TSPT avaient également tendance à déclarer davantage de symptômes somatiques. Dans une étude où les auteurs ont comparé 111 970 vétérans avec insuffisance cardiaque et fraction d'éjection réduite mais sans TSPT et 11 039 vétérans avec insuffisance cardiaque, fraction d'éjection réduite et TSPT, le TSPT a été associé à un taux de décès accru[36]. Aucune autre donnée cardiaque n'a permis d'établir une distinction entre les patients avec TSPT et ceux sans TSPT.

Dans une étude menée auprès de 128 patients porteurs d'un défibrillateur cardioverteur implantable, les auteurs ont observé un lien statistiquement significatif entre, d'une part, le fait d'être une femme et le fait d'avoir une fraction d'éjection ventriculaire gauche altérée et, d'autre part, la gravité du TSPT[37], mais malheureusement les données cardiaques et les données psychologiques ont été recueillies à 30 jours d'intervalle plutôt que le même jour. Une étude s'intéressant aux coronaropathies a révélé des différences statistiquement significatives entre la fraction d'éjection ventriculaire gauche des patients avec un TSPT actif (n = 95) et celle des patients sans TSPT actif (n = 927), ces différences pouvant s'expliquer en partie par l'altération de la fonction ventriculaire[38]. On a également montré que des patients victimes d'un infarctus aigu du myocarde à la suite d'une intervention coronaire par voie percutanée et présentant une fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 50 % étaient plus susceptibles de souffrir de TSPT[39], mais des études réalisées auprès de patients en post-infarctus du myocarde n'ont relevé aucune différence statistiquement significative entre les patients avec TSPT (n = 40) et ceux sans TSPT (n = 19)[40,41].

Enfin, l'étude des références citées dans les articles retenus a permis d'avoir accès à une autre étude, dans laquelle les auteurs se sont fondés sur les données échocardiographiques et la variabilité de la fréquence cardiaque pour évaluer la fonction cardiaque de patients présentant un TSPT et des antécédents d'infarctus du myocarde[42]. Ces résultats n'ont révélé aucune différence statistiquement significative entre les patients avec TSPT (n = 34) et ceux sans TSPT (n = 34) pour ce qui a trait au diamètre télédiastolique du ventricule gauche ou à la fraction d'éjection ventriculaire gauche[42].

Les autres études réalisées auprès de patients ayant des complications cardiaques faisaient appel à des questionnaires ou ne comportaient pas de données échocardiographiques (tableau 1).

TSPT seulement

Des chercheurs ont également eu recours à l'échocardiographie de référence pour comparer la diminution du diamètre télésystolique du ventricule gauche et l'augmentation de la fraction d'éjection chez des militaires vétérans ayant un TSPT (n = 91) et chez des militaires vétérans n'ayant pas de TSPT (n = 800)[43]. Les résultats d'une autre recherche font état d'aucune différence statistiquement significative entre les paramètres échocardiographiques de patients avec TSPT (n = 12) et ceux de témoins bien portants (n = 12)[44], mais la petite taille de l'échantillon a probablement eu une influence sur les résultats.

On dispose de données non cliniques suggérant une augmentation du tonus du système nerveux autonome sympathique (évalué selon la variabilité de la fréquence cardiaque) en situation de stress[45], mais l'information fournie par la variabilité de la fréquence cardiaque est très limitée et ne peut pas servir à décrire la morphologie fonctionnelle ni les mécanismes directs sous-jacents. Les travaux de recherche par échocardiographie menés auprès de patients atteints de TSPT donnent à penser qu'une fonction diastolique ventriculaire gauche altérée est associée au TSPT en l'absence de comorbidités cardiaques. La plupart des études qui comportent des données échocardiographiques portent sur

TABLEAU 1
Résumé des études pertinentes sur la fonction cardiaque et le TSPT incluses dans la revue de la littérature

Auteur	Taille de l'échantillon	Population	Âge (moyenne ± ET), en années	Principaux résultats	Points forts et limites
Hieda et al., 2019[7]	28	14 femmes avec TSPT et 14 sans TSPT choisies comme témoins (diagnostic établi à l'aide de l'échelle CAPS-5); aucune autre comorbidité associée à une maladie cardiaque	43,9 ± 11,6	Les femmes ayant un TSPT présentaient une valeur E/e' (pression télédiastolique) augmentée et une valeur Vp (force de succion du ventricule gauche en début de diastole) réduite, évoquant une altération de la fonction diastolique ventriculaire gauche	• Mesures échocardiographiques directes • Population composée de femmes uniquement • 3 femmes ménopausées au sein du groupe de femmes ayant un TSPT et 1 femme ménopausée au sein du groupe témoin, un facteur qui peut avoir eu une influence sur les résultats
Sawatari et al., 2016[37]	128	Patients non hospitalisés porteurs d'un défibrillateur cardioverteur implantable (dont 103 hommes)	59 ± 16	Le fait d'être une femme et d'avoir une FEVG altérée a été corrélé à la gravité du TSPT, et de manière plus marquée lorsque la FEVG était inférieure à 35 %	• La présence d'un défibrillateur cardioverteur implantable rend l'évaluation difficile et exerce une influence additionnelle sur la fonction cardiaque • Les données échocardiographiques et les données du questionnaire n'ont pas été recueillies le même jour • Les patients étaient polymédicamentés
Bayer-Topilsky et al., 2013[35]	266	186 patients (dont 134 hommes) présentant une régurgitation mitrale modérée à sévère et 80 témoins (38 patients ayant une fonction cardiaque normale et 42 patients ayant un léger prolapsus de la valve mitrale; 64 % présentant une légère régurgitation mitrale)	60 ± 13	Scores de TSPT supérieurs chez les patients atteints de régurgitation mitrale et aucune différence significative dans les mesures échocardiographiques	• Aucun lien causal ne peut être inféré étant donné qu'il s'agit d'une étude prospective • Seulement 42 des 186 sujets participant à l'étude avaient un TSPT • Le groupe de patients ayant un TSPT présentait des symptômes somatiques plus marqués en raison de complications cardiaques
Ilhan et al., 2013[44]	24	12 patients ayant un TSPT (dont 11 femmes) et 12 témoins bien portants	28,4 ± 7,5	Aucune différence significative dans la fonction ventriculaire gauche mesurée par échocardiographie transthoracique	• Échantillon de petite taille • Étude principalement axée sur les paramètres d'ECG • Caractéristiques individuelles limitées
Xue et al., 2012[43]	891	91 militaires vétérans ayant un TSPT (dont 89 hommes)	66 ± 13	Diminution du diamètre télésystolique du ventricule gauche et augmentation de la fraction d'éjection chez les participants atteints de TSPT à l'échocardiogramme de référence	• Échocardiogrammes de référence seulement (aucune donnée échocardiographique de suivi) • Étude axée sur les biomarqueurs de lésions cardiaques • Échantillons de taille inégale (entre le groupe avec TSPT et le groupe sans TSPT)
Waldenborg et al., 2011[34]	13	9 patientes présentant une cardiomyopathie de Takotsubo pour lesquelles on disposait de données cardiaques	De 69 à 74	Retour à la normale de la FEVG au suivi à trois mois	• Échantillon de petite taille • Aucune autre donnée échocardiographique • Aucune comparaison directe avec des patients atteints de TSPT
Cohen et al., 2009[38]	1 022	95 patients avec un TSPT actif (dont 72 hommes) et 927 patients sans TSPT actif	61 ± 11	Aucune différence significative dans la FEVG ou l'ischémie	• Échantillons de taille inégale • Le TSPT peut augmenter le risque de maladie cardiovasculaire • Aucune implication causale • Autres complications cardiaques

Suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Résumé des études pertinentes sur la fonction cardiaque et le TSPT incluses dans la revue de la littérature

Auteur	Taille de l'échantillon	Population	Âge (moyenne ± ET), en années	Principaux résultats	Points forts et limites
Guler et al., 2009[40]	394	69 patients ont participé à l'entrevue de diagnostic et 40 présentaient un TSPT	61 ± 10	La FEVG ne s'est pas révélée un facteur prédictif du TSPT	• Échantillons de taille inégale • Aucune implication causale • Patients en post-infarctus du myocarde • Mesure de la FEVG par ventriculographie
Lakusic et al., 2007[42]	68	34 vétérans de sexe masculin ayant des antécédents d'infarctus du myocarde et un TSPT et 34 vétérans de sexe masculin ayant des antécédents d'infarctus du myocarde mais sans TSPT	49 ± 8	Aucune différence significative dans les évaluations échocardiographiques	• Étude principalement axée sur la surveillance par ECG de la variabilité de la fréquence cardiaque • La présence d'antécédents d'infarctus du myocarde peut avoir une influence sur les résultats
Pedersen et al., 2003[41]	227	112 patients (dont 33 femmes) ayant subi un infarctus du myocarde dans les 4 à 6 semaines précédant l'étude et 115 témoins bien portants; 25 patients et 8 témoins ont été considérés comme ayant un TSPT	60 ± 9,7	Aucun lien n'a été trouvé entre la FEVG et le diagnostic de TSPT	• Mesures psychologiques autoévaluées • La présence d'antécédents d'infarctus du myocarde pourrait avoir eu une influence sur les réponses • Échantillons de taille inégale

Abréviations : CAPS-5, Clinician Administered PTSD Scale (échelle du TSPT administrée par le clinicien); E/e', rapport entre la vélocité du flux mitral entrant en début de diastole et la vélocité du tissu de l'anneau mitral en début de diastole; ET, écart-type; FEVG, fraction d'éjection ventriculaire gauche; TSPT, trouble de stress post-traumatique; Vp, vitesse de propagation.

Remarques : Seules les études comportant des mesures échocardiographiques effectuées chez des patients atteints de TSPT ont été incluses. Aucune étude de cas n'a été incluse.

des patients présentant déjà des complications cardiaques. Il faut donc réaliser des études prospectives pour évaluer les modifications de l'activité mécanique cardiaque chez des personnes atteintes de TSPT mais sans complications cardiaques préexistantes, à l'instar du protocole d'étude de la GRC[27].

Étude de cas basée sur la séismocardiographie

Participant

Le participant était un homme de 33 ans (indice de masse corporelle [IMC] = 29 kg/m^2) travaillant dans un milieu clinique de réadaptation physique et dans un bureau. Il n'avait jamais fumé, buvait de l'alcool en contexte social, était sédentaire durant une période stressante au travail.

Incident A

Au cours de l'incident A, le participant a appris que l'un des clients qu'il suivait à l'hôpital de réadaptation était suicidaire. Il a travaillé étroitement avec ce client pour l'aider à composer avec cette expérience suicidaire et s'en remettre, ce qui l'a amené à vivre lui aussi de la détresse psychologique. Un séismocardiogramme a été fait le matin suivant l'incident. La fréquence cardiaque mesurée étant semblable à la fréquence cardiaque de référence, les modifications des intervalles de temps du cycle cardiaque ne peuvent être attribuables à des variations dans la fréquence cardiaque. Parmi les modifications des intervalles de temps du cycle cardiaque, mentionnons une prolongation du TCIV, qui a atteint 57 ms (48 %), et une réduction du temps de systole, qui est passé à 218 ms (−24 %). Une réduction de l'intervalle séparant la SA et la FVM (−47 %) et de la PER (−26 %) en l'absence d'élévation de la fréquence cardiaque a également été observée, ce qui évoque un maintien inadéquat de la pression ventriculaire. La modification du temps de systole a, en retour, eu une incidence sur les indices de performance, avec des augmentations de l'IPM (60 %), de l'IPS (93 %) et de l'IPD (47 %), qui tendent toutes à indiquer une élévation du stress cardiaque[15]. La hausse de la FT (milligravité [mG]) témoigne également d'une élévation du stress cardiaque.

Incident B

Au cours de l'incident B, il y a eu une alerte à la bombe au milieu de travail du participant, ce qui lui a causé de la détresse psychologique. Le participant n'a pas pris part aux vérifications entourant l'alerte à la bombe mais, en raison de cette menace, son milieu de travail s'est révélé plus stressant que d'habitude. Il a dû prendre certaines précautions et évacuer rapidement la zone touchée. Une fois l'alerte à la bombe levée, le participant a pu retourner au travail. Les données ont été recueillies après le travail, pendant que le participant était au repos. Comme pour l'incident A, on a constaté une augmentation du TCIV, qui a atteint 49 ms (26 %), et une diminution du temps de systole, qui est passé à 220 ms (−23 %). Encore une fois, comme pour l'incident A, la vive détresse vécue par le participant indique le maintien difficile d'une pression ventriculaire adéquate, comme en font foi la réduction de l'intervalle séparant la SA et la FVM, qui est passé à 14 ms (−32 %), et la réduction de la PER, qui est passée à 53 ms (−36 %), en l'absence d'élévation de la fréquence cardiaque. Étant donné la diminution du temps de systole, il y a eu augmentation des indices de performance, avec un IPM de 0,63 (48 %), ce qui évoque un stress cardiaque élevé. L'augmentation de la FT, qui a atteint 12 mG

(68 %), témoigne aussi d'une élévation du stress cardiaque.

Incident C

Au cours de l'incident C, le participant a vécu de la détresse après avoir passé une semaine particulièrement stressante au travail due à des changements inattendus dans les exigences liées au lieu de travail, à des conditions de travail difficiles et très stressantes et à une anxiété soutenue. Au cours de cette semaine, la fréquence cardiaque du participant est demeurée semblable à sa fréquence cardiaque de référence. Étant donné que les données présentées correspondent à la moyenne des données pour la semaine, l'augmentation du TCIV, qui a atteint 46 ms (19 %), et la diminution du temps de système, qui est passé à 234 ms (−19 %), ne sont pas de la même ampleur que les changements observés pour les incidents A et B. Toutefois, comme en témoignent la diminution de la PER, qui est passée à 65 ms (−21 %), et l'augmentation de l'IPM et de la FT, qui ont atteint respectivement 0,59 (38 %) et 11 mG (53 %), les problèmes liés au maintien de la pression ventriculaire et l'élévation du stress cardiaque étaient toujours présents.

Le tableau 2 rassemble toutes les données des paramètres du cycle cardiaque pour chacune des variables.

Analyse

Résultats variables

À l'heure actuelle, les travaux de recherche dans lesquels la fonction cardiaque chez les patients atteints de TSPT est le principal résultat étudié sont peu nombreux. Selon les résultats de notre revue de la littérature, la dysfonction cardiaque est variable d'une étude à l'autre. En effet, des atteintes diastoliques[7] et systoliques[37,43] ont été observées chez des patients ayant reçu un diagnostic de TSPT, alors que les résultats d'autres recherches tendent à indiquer l'absence de lien entre les paramètres tels que la fraction d'éjection ventriculaire gauche et le TSPT[34,38,41,42,44]. Nonobstant ces résultats variables, la plupart des études n'ont pas mis en corrélation les paramètres échocardiographiques et le TSPT en tant que principal résultat de recherche.

Implications de l'étude de cas basée sur la séismocardiographie

L'étude de cas permet de valider le principe selon lequel les intervalles de temps du cycle cardiaque peuvent fluctuer en présence de facteurs de stress aigu liés au travail. L'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique et à d'autres facteurs de stress cumulatifs pouvant mener à des problèmes de santé mentale chroniques comme le TSPT[28,29], la détection précoce des dysfonctions cardiaques est susceptible de contribuer à renforcer l'adoption de comportements proactifs en matière de soins de santé. Nous avons vu qu'à long terme, des difficultés dans le maintien de la pression ventriculaire peuvent se traduire par des complications touchant la force de succion du ventricule gauche chez les femmes qui présentent un TSPT[7]. Si l'on se fonde sur les résultats de notre étude de cas, la dysfonction diastolique parfois présente chez les personnes atteintes de TSPT semble susceptible de résulter d'un stress cardiaque élevé accumulé pendant une période de crise.

Les changements observés dans le profil cardiaque du participant de notre étude de cas après l'exposition de ce dernier à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique sont attribuables à un stress aigu élevé. L'augmentation du TCIV (19 % à 48 %) et de la FT (53 % à 73 %), de même que la diminution du temps de système (−19 % à −24 %), de l'intervalle entre la SA et la FVM (−14 % à −47 %) et de la PER (−21 % à −36 %) donnent à penser que le stress aigu a causé des complications cardiaques relevant des tentatives de maintien d'une pression ventriculaire adéquate. L'augmentation du TCIV suppose des complications

TABLEAU 2
Intervalles de temps du cycle cardiaque et écart par rapport à la période de référence pour les trois incidents vécus par le participant à l'étude de cas

Indice cardiaque	Période de référence	Incident A	Incident B	Incident C
Fréquence cardiaque (bpm)	70	71 (1)	73 (4)	68 (−3)
TCIV (ms)	39	57 (48)	49 (26)	46 (19)
TRIV (ms)	83	91 (10)	91 (10)	90 (9)
Système (ms)	287	218 (−24)	220 (−23)	234 (−19)
Diastole (ms)	459	454 (−1)	471 (3)	496 (8)
OVM à E (ms)	12	8 (−3)	8 (−17)	10 (−10)
SA à FVM (ms)	20	11 (−47)	14 (−32)	18 (−14)
PER (ms)	82	61 (−26)	53 (−36)	65 (−21)
IPM	0,43	0,68 (60)	0,63 (48)	0,59 (38)
IPS	0,14	0,26 (93)	0,22 (63)	0,20 (47)
IPD	0,29	0,42 (47)	0,41 (44)	0,39 (36)
SA (mG)	6	5 (−4)	5 (−11)	5 (−18)
FT (mG)	7	12 (73)	12 (68)	11 (53)

Abréviations : bpm, battement par minute; FT, force de torsion; IPD, indice de performance diastolique; IPM, indice de performance myocardique; IPS, indice de performance systolique; mG, milligravité; ms, milliseconde; OVM à E, intervalle entre l'ouverture de la valve mitrale et l'onde E; PER, période d'éjection rapide; SA, systole atriale; SA à FVM, intervalle entre la systole atriale et la fermeture de la valve mitrale; TCIV, temps de contraction isovolumique; TRIV, temps de relaxation isovolumique.

Remarque : Toutes les données sont exprimées sous forme de valeur moyenne pour chaque incident (% d'écart par rapport à la période de référence).

systoliques et des difficultés de formation des gradients de pression ventriculaire. Selon le modèle de Wiggers[46], le stress aigu semble prolonger le temps qu'il faut pour que la pression ventriculaire atteigne et dépasse la pression aortique (permettant ainsi l'ouverture de la valve aortique) et, une fois la valve aortique ouverte, il y a augmentation de la FT, laquelle est nécessaire au maintien du volume d'éjection systolique (et du débit cardiaque) en cas de temps de systole réduit.

Par conséquent, comme le montrent d'autres travaux de recherche dans lesquels un temps d'éjection diminué était un facteur prédictif de complications cardiaques, notamment de décès toutes causes confondues et d'insuffisance cardiaque[47], un stress psychologique constant peut se traduire par des périodes prolongées au cours desquelles le temps d'éjection est diminué, ce qui augmente le risque de maladie cardiaque et peut indiquer qu'une blessure de stress post-traumatique est survenue. Fait important à mentionner, les changements dans les intervalles de temps du cycle cardiaque se sont tous produits en l'absence d'augmentation de la fréquence cardiaque. On s'attend à une modification des intervalles de temps du cycle cardiaque lorsqu'il y a élévation de la fréquence cardiaque (par exemple une réduction des intervalles de temps pendant l'activité physique), ce qui fait que les résultats de l'étude de cas signifient nécessairement une altération des fonctions systolique et diastolique chez le participant.

L'IPM est capable de refléter le stress cardiaque[15]. Cet indice est directement lié au TRIV et au TCIV, et inversement lié au temps de systole [(TCIV + TRIV)/systole][24,25]. Compte tenu des changements observés dans le temps de systole et le TCIV du participant de notre étude de cas, le stress aigu qu'il a vécu a entraîné une augmentation de l'IPM. Un IPM élevé semble courant chez les personnes qui ont des antécédents d'événements cardiaques indésirables majeurs, et il s'agit d'une valeur utile pour prédire les événements cardiaques indésirables majeurs au sein de la population générale[48]. Les cytokines pro-inflammatoires sont associées aux intervalles de temps du cycle cardiaque et à l'IPM[49]. Bien que nos constatations soient limitées pour le moment à notre étude de cas, les mécanismes donnent à penser qu'un stress psychologique accru peut provoquer une augmentation de la libération de cytokines pro-inflammatoires et ainsi altérer la fonction cardiaque. Le stress psychologique a été associé à plusieurs blessures de stress post-traumatique, comme on a pu l'observer chez des journalistes exposés à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique[50]. Par ailleurs, il a été prouvé que l'exposition chronique à des facteurs de stress liés au travail chez le personnel de la sécurité publique et le personnel militaire augmente les concentrations de cytokines en circulation et nuit à l'intégrité de la barrière hémato-encéphalique[51]. Ces changements sont susceptibles de provenir de complications physiques (comme un manque de sommeil ou l'épuisement), seules ou associées à une exposition de courte durée à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique, ces dernières apparaissant reliées à un risque accru de TSPT[51]. Il faut poursuivre les recherches pour mieux comprendre les intervalles de temps du cycle cardiaque chez les patients avec TSPT.

Points forts et limites

Notre revue de la littérature était exhaustive et elle a permis de faire un survol des travaux de recherche qui s'intéressent à l'échocardiographie et au TSPT. En outre, notre étude de cas met en lumière de nouveaux éléments d'information sur l'altération des intervalles de temps du cycle cardiaque chez les personnes exposées à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique, cette altération ayant des conséquences sur les indices de performance (IPM, IPS, IPD) relevés. Ces résultats, qui laissent penser que le stress aigu lié au travail peut avoir un effet direct sur le cycle cardiaque, n'ont jamais été rapportés auparavant dans la littérature.

En contrepartie, l'approche utilisée pour notre étude de cas limite la possibilité de généralisation de l'étude. Les résultats des travaux de recherche recensés dans la littérature sont contradictoires, ce qui rend difficile la compréhension du mécanisme à l'origine de la dysfonction cardiaque chez les personnes atteintes de TSPT. De plus, les méthodologies, les populations échantillonnées et les variables de résultats étaient très variables dans la littérature. Enfin, l'un des deux articles exclus de la revue de la littérature en raison de la langue comportait une évaluation échocardiographique, et cet article aurait peut-être pu nous aider à mieux comprendre la fonction cardiaque dans le contexte du TSPT. Il est donc nécessaire de travailler à uniformiser les études en faisant appel à des populations de patients et à des méthodologies de recherche similaires aptes à permettre des comparaisons plus exactes de l'altération de la fonction cardiaque chez les personnes atteintes de TSPT.

Conclusion

La recherche sur les intervalles de temps du cycle cardiaque et la fonction cardiaque chez les personnes ayant un TSPT en est encore à ses débuts. Néanmoins, la littérature dont on dispose tend à indiquer que les évaluations de la fonction cardiaque sont aptes à fournir de nouvelles connaissances sur les blessures de stress post-traumatique. Nous avons présenté un aperçu des travaux de recherche publiés et nous avons constaté que les différences recensées dans les liens entre le TSPT et la fonction cardiaque semblent dépendre du modèle de l'étude. Les résultats de notre étude de cas illustrent bien la façon dont l'exposition à des événements potentiellement traumatiques sur le plan psychologique altérerait la fonction cardiaque. En l'absence d'intervention de réadaptation, un stress prolongé peut aussi altérer la fonction systolique et diastolique, entraînant une augmentation du risque de maladie cardiaque et aggravant vraisemblablement les blessures de stress post-traumatique.

Remerciements

Nous tenons à remercier le participant à l'étude de cas d'avoir procédé à la collecte de données et de nous avoir fourni les données recueillies.

Financement

L'étude a été financée par une subvention du programme « Accélération » de Mitacs (nº IT25895).

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

JS, JPN : conception, curation des données, analyse formelle, méthodologie. JPN : ressources, obtention de fonds. JS,

JPN et NC : rédaction de la première version du manuscrit, relectures et révisions.

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. Ge F, Yuan M, Li Y, Zhang W. Posttraumatic stress disorder and alterations in resting heart rate variability: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Investig. 2020;17(1):9-20. https://doi.org/10.30773/pi.2019.0112

2. Blase K, Vermetten E, Lehrer P, Gevirtz R. Neurophysiological approach by self-control of your stress-related autonomic nervous system with depression, stress and anxiety patients. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(7):3329. https://doi.org/10.3390/ijerph18073329

3. Schneider M, Schwerdtfeger A. Autonomic dysfunction in posttraumatic stress disorder indexed by heart rate variability: a meta-analysis. Psychol Med. 2020;50(12):1937-1948. https://doi.org/10.1017/S003329172000207X

4. Thayer JF, Ahs F, Fredrikson M, Sollers JJ 3rd, Wager TD. A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: implications for heart rate variability as a marker of stress and health. Neurosci Biobehav Rev. 2012;36(2):747-756. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.11.009

5. Shaffer F, Ginsberg JP. An overview of heart rate variability metrics and norms. Front Public Health. 2017;5:258. https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00258

6. Mogelvang R, Sogaard P, Pedersen SA, et al. Cardiac dysfunction assessed by echocardiographic tissue Doppler imaging is an independent predictor of mortality in the general population. Circulation. 2009;119(20):2679-2685. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.793471

7. Hieda M, Yoo JK, Badrov MB, et al. Reduced left ventricular diastolic function in women with posttraumatic stress disorder. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol. 2019;317(1):R108-R112. https://doi.org/10.1152/ajpregu.00002.2019

8. Vilchinsky N, Ginzburg K, Fait K, Foa EB. Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD): a systematic review. Clin Psychol Rev. 2017;55:92-106. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.009

9. Cuspidi C, Meani S, Valerio C, Fusi V, Sala C, Zanchetti A. Left ventricular hypertrophy and cardiovascular risk stratification: impact and cost-effectiveness of echocardiography in recently diagnosed essential hypertensives. J Hypertens. 2006;24(8):1671-1677. https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000239305.01496.ca

10. D'Mello Y, Skoric J, Xu S, et al. Real-time cardiac beat detection and heart rate monitoring from combined seismocardiography and gyrocardiography. Sensors (Basel). 2019;19(16):3472. https://doi.org/10.3390/s19163472

11. Inan OT, Migeotte PF, Park KS, et al. Ballistocardiography and seismocardiography: a review of recent advances. IEEE J Biomed Health Inform. 2015;19(4):1414-1427. https://doi.org/10.1109/JBHI.2014.2361732

12. Taebi A, Solar BE, Bomar AJ, Sandler RH, Mansy HA. Recent advances in seismocardiography. Vibration. 2019;2(1):64-86. https://doi.org/10.3390/vibration2010005

13. Vogt E, MacQuarrie D, Neary JP. Using ballistocardiography to measure cardiac performance: a brief review of its history and future significance. Clin Physiol Funct Imaging. 2012;32(6):415-420. https://doi.org/10.1111/j.1475-097X.2012.01150.x

14. Zanetti JM, Tavakolian K. Seismocardiography: past, present and future. Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc. 2013;2013:7004-7007. https://doi.org/10.1109/EMBC.2013.6611170

15. Singh J, Bhagaloo L, Sy E, Lavoie AJ, Dehghani P, Neary P. Novel effects of acute COVID-19 on cardiac mechanical function: two case studies. Physiol Rep. 2021;9(17):e14998. https://doi.org/10.14814/phy2.14998

16. Ashouri H, Orlandic L, Inan OT. Unobtrusive estimation of cardiac contractility and stroke volume changes using ballistocardiogram measurements on a high bandwidth force plate. Sensors (Basel). 2016;16(6):787. https://doi.org/10.3390/s16060787

17. Dehkordi P, Khosrow-Khavar F, Di Rienzo M, et al. Comparison of different methods for estimating cardiac timings: a comprehensive multimodal echocardiography investigation. Front Physiol. 2019;10:1057. https://doi.org/10.3389/fphys.2019.01057

18. Singh J, Bhagaloo L, Sy E, et al. Cardiac impairments in postacute COVID-19 with sustained symptoms: a review of the literature and proof of concept. Physiol Rep. 2022;10(16):e15430. https://doi.org/10.14814/phy2.15430

19. Singh J, Ellingson CJ, Ellingson CA, Scott P, Neary JP. Cardiac cycle timing and contractility following acute sport-related concussion. Res Sports Med. 2022:1-8. https://doi.org/10.1080/15438627.2022.2102918

20. Neary JP, MacQuarrie DS, Jamnik V, Gledhill N, Gledhill S, Busse EFG. Assessment of mechanical cardiac function in elite athletes. Open Sports Med J. 2011;5:26-37. https://doi.org/10.2174/1874387001105010026

21. Singh J, Ellingson CJ, Ellingson CA, Scott P, Neary JP. Cardiac cycle timing intervals in university varsity athletes. Eur J Sport Sci. 2023:1-6. https://doi.org/10.1080/17461391.2023.2178329

22. Biering-Sorensen T, Mogelvang R, de Knegt MC, Olsen FJ, Galatius S, Jensen JS. Cardiac time intervals by tissue Doppler imaging m-mode: normal values and association with established echocardiographic and invasive measures of systolic and diastolic function. PLoS ONE. 2016;11(4):e0153636. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153636

23. Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique (ICRTSP). Glossaire des termes : une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques (version 2.1). Regina (Saskatchewan) : ICRTSP; 2019.

24. Biering-Sorensen T, Mogelvang R, Schnohr P, Jensen JS. Cardiac time intervals measured by tissue Doppler imaging M-mode: association with hypertension, left ventricular geometry, and future ischemic cardiovascular diseases. J Am Heart Assoc. 2016; 5(1). https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002687

25. Tei C. New non-invasive index for combined systolic and diastolic ventricular function. J Cardiol. 1995; 26(2):135-136.

26. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D. The CARE Guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. Glob Adv Health Med. 2013;2(5):38-43. https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.008

27. Carleton RN, Krätzig GP, Sauer-Zavala S, et collab. Étude de la Gendarmerie royale du Canada : protocole d'enquête prospective sur les facteurs de risque et de résilience en matière de santé mentale. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2022;42(8):360-376.

28. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5-TR éd. Washington (DC): APA; 2022.

29. Stelnicki AM, Jamshidi L, Ricciardelli R, Carleton RN. Exposures to potentially psychologically traumatic events among nurses in Canada. Can J Nurs Res. 2021;53(3):277-291. https://doi.org/10.1177/0844562120961988

30. Ikram S, Saleem N, Latif RK. Acute left ventricle failure on induction of anesthesia: a case report of reverse stress cardiomyopathy—presentation, diagnosis and treatment. J Anesth. 2016;30(5):911-914. https://doi.org/10.1007/s00540-016-2222-1

31. Stollberger C, Sporn R, Skala K, Schneider B, Finsterer J. Assault-induced Takotsubo cardiomyopathy associated with persisting anterograde amnesia and myopathy. Int J Legal Med. 2010;124(5):467-470. https://doi.org/10.1007/s00414-010-0473-1

32. Hefner J, Csef H, Frantz S, Glatter N, Warrings B. Recurrent Tako-Tsubo cardiomyopathy (TTC) in a pre-menopausal woman: late sequelae of a traumatic event? BMC Cardiovasc Disord. 2015; 15:3. https://doi.org/10.1186/1471-2261-15-3

33. Bartoli CR, Nadar MM, Loyd GE, Kasdan ML. An atypical case of reverse Takotsubo cardiomyopathy during general anesthesia in a 30-year-old male with post-traumatic stress disorder. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2011;25(6):1116-1118. https://doi.org/10.1053/j.jvca.2010.09.025

34. Waldenborg M, Soholat M, Kahari A, Emilsson K, Frobert O. Multidisciplinary assessment of tako tsubo cardiomyopathy: a prospective case study. BMC Cardiovasc Disord. 2011;11:14. https://doi.org/10.1186/1471-2261-11-14

35. Bayer-Topilsky T, Trenerry MR, Suri R, et al. Psycho-emotional manifestations of valvular heart diseases: prospective assessment in mitral regurgitation. Am J Med. 2013;126(10):916-924. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.05.013

36. Fudim M, Cerbin LP, Devaraj S, Ajam T, Rao SV, Kamalesh M. Post-traumatic stress disorder and heart failure in men within the Veteran Affairs Health System. Am J Cardiol. 2018;122(2): 275-278. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.04.007

37. Sawatari H, Ohkusa T, Rahamawati A, et al. Left ventricular ejection fraction predicts severity of posttraumatic stress disorder in patients with implantable cardioverter-defibrillators. Clin Cardiol. 2016;39(5):263-268. https://doi.org/10.1002/clc.22521

38. Cohen BE, Marmar CR, Neylan TC, Schiller NB, Ali S, Whooley MA. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in patients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(11):1214-1220. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.149

39. Cao X, Wu J, Gu Y, Liu X, Deng Y, Ma C. Post-traumatic stress disorder and risk factors in patients with acute myocardial infarction after emergency percutaneous coronary intervention: a longitudinal study. Front Psychol. 2021;12:694974. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.694974

40. Guler E, Schmid J-P, Wiedemar L, Saner H, Schnyder U, von Kanel R. Clinical diagnosis of posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. Clin Cardiol. 2009;32(3):125-129. https://doi.org/10.1002/clc.20384

41. Pedersen SS, Middel B, Larsen ML. Posttraumatic stress disorder in first-time myocardial infarction patients. Heart Lung. 2003;32(5):300-307. https://doi.org/10.1016/s0147-9563(03)00097-9

42. Lakusic N, Fuckar K, Mahovic D, Cerovec D, Majsec M, Stancin N. Characteristics of heart rate variability in war veterans with post-traumatic stress disorder after myocardial infarction. Mil Med. 2007;172(11):1190-1193. https://doi.org/10.7205/milmed.172.11.1190

43. Xue Y, Taub PR, Iqbal N, et al. Cardiac biomarkers, mortality, and post-traumatic stress disorder in military veterans. Am J Cardiol. 2012; 109(8):1215-1218. https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.11.063

44. Ilhan E, Kaplan A, Guvenc TS, Biteker M, Karabulut E, Isikli S. Electrocardiographic features of patients with earthquake related posttraumatic stress disorder. World J Cardiol. 2013;5(3): 60-64. https://doi.org/10.4330/wjc.v5.i3.60

45. Kim HG, Cheon EJ, Bai DS, Lee YH, Koo BH. Stress and heart rate variability: a meta-analysis and review of the literature. Psychiatry Investig. 2018; 15(3):235-245. https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.17

46. Wiggers CJ. Modern aspects of the circulation in health and disease. Philadelphia (PA): Lea & Febiger; 1915.

47. Biering-Sørensen T, Querejeta Roca G, Hegde SM, et al. Left ventricular ejection time is an independent predictor of incident heart failure in a community-based cohort. Eur J Heart Fail. 2018;20(7):1106-1114. https://doi.org/10.1002/ejhf.928

48. Biering-Sorensen T, Mogelvang R, Jensen JS. Prognostic value of cardiac time intervals measured by tissue Doppler imaging M-mode in the general population. Heart. 2015;101(12): 954-960. https://doi.org/10.1136/heartjnl-2014-307137

49. Malavazos AE, Corsi MM, Ermetici F, et al. Proinflammatory cytokines and cardiac abnormalities in uncomplicated obesity: relationship with abdominal fat deposition. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2007;17(4):294-302. https://doi.org/10.1016/j.numecd.2006.01.001

50. Monteiro S, Marques Pinto A, Roberto MS. Job demands, coping, and impacts of occupational stress among journalists: a systematic review. Eur J Work Organ Psychol. 2016;25(5):751-772. https://doi.org/10.1080/1359432X.2015.1114470

51. Walker A, McKune A, Ferguson S, Pyne DB, Rattray B. Chronic occupational exposures can influence the rate of PTSD and depressive disorders in first responders and military personnel. Extrem Physiol Med. 2016;5:8. https://doi.org/10.1186/s13728-016-0049-x

https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.06f

In Memoriam – Hommage au Dr Ivan Barry Pless, O.C., B.A., M.D., D. Sc. (avec distinction), FRCP(C), FRCPCH (avec distinction), MACSS

L'équipe de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* (la Revue PSPMC) est attristée par la perte de l'un de ses rédacteurs scientifiques adjoints les plus anciens et dévoués, le Dr Barry Pless.

À presque 91 ans, Barry Pless est malheureusement décédé le mardi 1er août 2023 à l'hôpital Royal Victoria de Montréal, au Québec, des suites de complications d'une fracture de la hanche causée par une chute. Barry a laissé sa marque auprès de nombreuses personnes et organisations, comme en témoigne l'étendue de ses réalisations et de ses relations. Il a corédigé plus de 300 publications scientifiques académiques, supervisé plus de 30 étudiants des cycles supérieurs, participé à l'évaluation d'articles de recherche d'au moins 20 revues, en plus de siéger à de nombreux conseils d'administration nationaux, notamment ceux de SécuriJeunes Canada et de MADD Canada (Les mères contre l'alcool au volant). Sur le plan professionnel, il a cumulé les titres de pédiatre, épidémiologiste, chercheur, professeur émérite à l'Université McGill ainsi qu'ardent défenseur de la santé et de la sécurité des enfants.

En 1990, le Dr Barry Pless a joué un rôle central dans la création du Système canadien hospitalier d'information et de recherche en prévention des traumatismes (SCHIRPT). Constitué à l'origine avec dix hôpitaux participants, le SCHIRPT a pris de l'expansion depuis en intégrant 20 hôpitaux pour assurer à l'échelle nationale une surveillance sentinelle de la santé, mener des travaux de recherche et rendre compte des blessures et des cas d'intoxication. Barry est ensuite devenu le rédacteur en chef fondateur de la revue *Injury Prevention*, un poste qu'il a occupé de 1995 à 2008.

Tout au long de sa carrière, Barry a grandement contribué aux domaines de la pédiatrie ambulatoire, de l'épidémiologie clinique, des maladies chroniques infantiles et de la prévention des blessures au Canada. En fait, son travail et son engagement à l'égard de si nombreux enjeux de santé publique lui ont valu une reconnaissance distinguée en tant que membre de l'Ordre du Canada en 1993, ainsi qu'une autre promotion prestigieuse au grade d'officier de l'Ordre du Canada en 2017.

En 2013, le Dr Barry Pless s'est joint à la Revue PSPMC à titre de rédacteur scientifique adjoint, à l'époque où la revue était publiée sous le titre *Maladies chroniques et blessures au Canada*. Barry s'est fait connaître comme un expert en la matière, à la fois franc et digne de confiance, qui a toujours veillé à ce que la revue respecte des normes rédactionnelles élevées et qui a toujours encouragé l'effort sur les fronts de la recherche, de la pratique et des politiques. Il est demeuré un rédacteur dévoué pendant 10 ans, continuant à fournir des évaluations scientifiques de manuscrits jusqu'au moment de son hospitalisation en juin 2023.

La citation qui suit est tirée de l'éloge funèbre prononcée par le fils de Barry lors de ses obsèques. Cet aphorisme correspond tout à fait à la façon dont Barry considérait son rôle, notamment celui de rédacteur scientifique adjoint de notre revue :

« Celui qui lutte avec nous fortifie nos nerfs, et aiguise notre savoir; nous trouvons un aide dans notre antagoniste. »

– Sir Edmund Burke (Réflexions sur la révolution de France [1790], volume III, p. 305).

Barry Pless a été un mentor et un collègue estimé, un homme au caractère exceptionnel passionné par la connaissance et la vie. Il nous manquera énormément et restera à jamais dans nos mémoires.

https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.10/11.07f

Appel à contributions : Renforcer les données probantes pour éclairer les politiques et les pratiques : expériences naturelles sur les environnements bâtis, les comportements en matière de santé et les maladies chroniques

Diffuser cet article sur Twitter

Rédacteurs invités : Stephanie Prince Ware, Ph. D. (Agence de la santé publique du Canada), Gavin McCormack, Ph. D. (Université de Calgary)

Rédacteurs de la revue PSPMC : Robert Geneau et Margaret de Groh (Agence de la santé publique du Canada)

L'endroit où nous travaillons, apprenons, jouons, mangeons et vivons a des répercussions importantes sur la santé. L'environnement bâti est associé au développement des maladies chroniques, et les comportements liés à la santé sont souvent considérés comme les voies critiques menant à cette relation[1,2]. L'environnement bâti désigne tout élément de l'environnement physique créé ou modifié par l'humain et inclut les structures et les bâtiments, les installations de loisir, les espaces verts et les parcs, les infrastructures de transport et l'aménagement des collectivités.

Les expériences naturelles sont des interventions qui se produisent sans que le chercheur ne puisse interférer sur l'intervention ou l'exposition à cette intervention[3,4]. Elles offrent la possibilité d'évaluer les effets des interventions « naturelles », comme les modifications apportées à l'environnement bâti (p. ex. la création d'une nouvelle piste cyclable, l'amélioration des parcs, la modification des infrastructures dans les écoles ou les lieux de travail, la construction d'une nouvelle installation de loisirs ou d'une nouvelle épicerie) sur les comportements liés à la santé et les risques de maladies chroniques. Les expériences naturelles s'avèrent souvent plus pratiques pour étudier les effets des interventions environnementales sur la santé par rapport aux études expérimentales classiques (p. ex. les essais contrôlés randomisés). Comparativement aux études transversales, les expériences naturelles permettent de générer des données probantes rigoureuses pour mieux établir la causalité et de comprendre la mise en œuvre des interventions dans des situations du « monde réel ».

Ce numéro spécial se veut une réponse à l'appel à l'action lancé par l'administratrice en chef de la santé publique dans son rapport annuel de 2017 en vue d'évaluer davantage les effets des caractéristiques de l'aménagement des collectivités sur la santé au Canada[5]. Il fait écho à l'intérêt grandissant des milieux universitaires et décisionnels pour l'utilité des expériences naturelles en tant qu'outil essentiel pour faire progresser l'ensemble des données probantes et pour guider les interventions visant à améliorer la santé publique et des populations[6,7]. Plus précisément, ce numéro spécial sur les expériences naturelles a pour objectif de fournir en temps opportun des données probantes pour mieux comprendre l'efficacité des interventions touchant les environnements bâtis sur les comportements liés à la santé et la prévention des maladies chroniques dans le contexte canadien.

Les rédacteurs de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* sollicitent des articles de recherche d'actualité pertinents qui présentent de nouvelles conclusions ou qui résument ou examinent les données probantes actuelles sur des expériences naturelles touchant l'environnement bâti (ou des politiques connexes) qui influent sur les comportements en matière de santé ayant des répercussions sur la prévention des maladies chroniques au Canada.

Ces sujets pertinents peuvent comprendre ce qui suit :

- les environnements bâtis, notamment les collectivités ou les quartiers, les lieux de travail, les écoles, les infrastructures de transport, les milieux de vie, les environnements de loisirs, les parcs, les terrains de jeux, les espaces verts, les espaces publics ouverts, les environnements naturels et les résidences pour personnes âgées;
- tous les comportements liés à la santé, notamment l'activité physique, le comportement sédentaire, le sommeil, la consommation alimentaire, le tabagisme et l'utilisation de substances;
- les maladies chroniques et les résultats liés à la santé, notamment l'indice de masse corporelle, la condition physique, la tension artérielle, les lipides sanguins, la glycémie, les blessures, les chutes, la santé mentale, le stress, la dépression, l'anxiété, la maladie d'Alzheimer, la démence, l'obésité, le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires.

Les soumissions internationales seront prises en compte si elles contiennent des données ou des résultats canadiens (p. ex. dans le cadre d'études multipays ou de comparaisons mondiales) ou une analyse fondée sur des données probantes des implications pour la santé de la collectivité ou de la population au Canada.

Veuillez consulter le site Web de la revue pour de plus amples renseignements sur les types d'articles et les lignes directrices pour la soumission d'articles à l'intention des auteurs. Prière de mentionner cet appel à contributions dans votre lettre d'accompagnement.

Tous les manuscrits doivent être soumis au moyen du système en ligne ScholarOne Manuscripts de la revue. Pour toute question liée au processus de soumission ou à la portée ou la pertinence d'un article, veuillez communiquer par courriel avec l'équipe de rédaction à l'adresse HPCDP.Journal-Revue.PSPMC@phac-aspc.gc.ca.

Échéance pour les soumissions : 30 novembre 2024

Références

1. Sallis JF, Floyd MF, Rodríguez DA, Saelens BE. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. Circulation. 2012;125(5):729-737. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.969022

2. Frank LD, Iroz-Elardo N, MacLeod KE, Hong A. Pathways from built environment to health: a conceptual framework linking behavior and exposure-based impacts. J Transp Health. 2019;12:319-335. https://doi.org/10.1016/j.jth.2018.11.008

3. Leatherdale ST. Natural experiment methodology for research: a review of how different methods can support real-world research. Int J Soc Res Methodol. 2019;22(1):19-35. https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1488449

4. Craig P, Cooper C, Gunnell D, et al. Using natural experiments to evaluate population health interventions: new Medical Research Council guidance. J Epidemiol Community Health. 2012;66(12):1182-1186. https://doi.org/10.1136/jech-2011-200375

5. Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2017. En ligne à : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2017-concevoir-mode-vie-sain.html

6. Ogilvie D, Adams J, Bauman A, et al. Using natural experimental studies to guide public health action: turning the evidence-based medicine paradigm on its head. J Epidemiol Community Health. 2020;74(2):203-208. https://doi.org/10.1136/jech-2019-213085

7. Craig P, Campbell M, Bauman A, et al. Making better use of natural experimental evaluation in population health. BMJ. 2022; 379:e070872. https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070872

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues et livres. Voici quelques articles publiés en 2023.

Bartlett S, Bataineh J, **Thompson W**, et al. Correlations between weight perception and overt risk-taking among Canadian adolescents. Can J Public Health. 2023. https://doi.org/10.17269/s41997-023-00778-1

Catherine NLA, MacMillan H, Cullen A, […] **Tonmyr L**, et al. Effectiveness of nurse-home visiting in improving child and maternal outcomes prenatally to age two years: a randomised controlled trial (British Columbia Healthy Connections Project). J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines. 2023. https://doi.org/10.1111/jcpp.13846

Chen SX, Lee MJ, McVea DA, et al. Deconstructing stress leave. BCMJ. 2023;65(5):156, 159. https://bcmj.org/worksafebc/deconstructing-stress-leave

Chen SX, Lee MJ, McVea DA, et al. Risk of mortality among people with schizophrenia during the 2021 heat dome. BCMJ. 2023;65(5):158-9.

Fahim C, Prashad AJ, Silveira K, **Rodin R**, **Subnath M**, **Rolland-Harris E**, et al. Dissemination and implementation of clinical practice guidelines: a longitudinal, mixed-methods evaluation of the Canadian Task Force on Preventive Health Care's knowledge translation efforts. CMAJ Open. 2023;11(4):E684-95. https://doi.org/10.9778/cmajo.20220121

Graham E, **Gariépy G**, **Orpana H.** System dynamics models of depression at the population level: a scoping review. Health Res Policy Syst. 2023;21(1):50. https://doi.org/10.1186/s12961-023-00995-7

John S, Joseph KS, Fahey J, **Liu S**, et al. The clinical performance and population health impact of birthweight-for-gestational age indices at term gestation. Paediatr Perinat Epidemiol. 2023. https://doi.org/10.1111/ppe.12994

Kew CL, Washington TR, **Bergeron CD**, et al. Caregiver strain among non-Hispanic Black and Hispanic male caregivers with self-reported chronic health conditions. Ethnicity Health. 2023. https://doi.org/10.1080/13557858.2023.2222341

Kota K, Chomienne MH, **Geneau R**, et al. Socio-economic and cultural factors associated with the utilization of maternal healthcare services in Togo: a cross-sectional study. Reproductive Health. 2023;20(1):109. https://doi.org/10.1186/s12978-023-01644-6

Liu L, Batomen B, Pollock NJ, Contreras G, Jackson B, Pan S, Thompson W. Suicidality and protective factors among sexual and gender minority youth and adults in Canada: a cross-sectional, population-based study. BMC Public Health. 2023;23(1):1469. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16285-4

Toupin-April K, Gaboury I, Proulx L, […] **Sachs H**, et al. "I'd like more options!": interviews to explore young people and family decision-making needs for pain management in juvenile idiopathic arthritis. Pediatric Rheumatology. 2023;21(1):74. https://doi.org/10.1186/s12969-023-00849-0

Yao X, McFaull SR, Champagne AS, Thompson W. An interrupted time series analysis of trends in opioid-related emergency department visits from pre-COVID-19 pandemic to pandemic, from the Canadian Hospitals Injury Reporting and Prevention Program. BMC Public Health. 2023;23(1):1483. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16414-z