

Détresse morale chez les
travailleurs de la santé
durant la pandémie de
COVID-19:

Guide sur les préjudices moraux



Centre d'excellence - TSPT
Financé par Anciens Combattants Canada



Phoenix
AUSTRALIA

CENTRE FOR
POSTTRAUMATIC
MENTAL HEALTH

Remerciements

Le présent document est le fruit d'une collaboration entre le centre de santé mentale post-traumatique Phoenix Australia et le Centre d'excellence sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les états de santé mentale connexes du Canada. Nous tenons également à remercier les travailleurs de la santé pour leur contribution.

Citation:

Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health and the Canadian Centre of Excellence – PTSD (2020) Moral Stress Amongst Healthcare Workers During COVID-19: A Guide to Moral Injury. Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health and the Canadian Centre of Excellence – PTSD, ISBN online: 978-0-646-82024-8.

Table des matières

Introduction	4
Qu'est-ce qu'un préjudice moral?	6
Continuum des stressseurs moraux et des préjudices associés	7
Les préjudices moraux en contexte de soins de santé	8
Continuum des stressseurs moraux associés à la COVID-19	10
Incidence des préjudices moraux en contexte de COVID-19	12
L'autre côté du miroir : les émotions positives liées à la COVID-19	14
Cadre de gestion des événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral au travail	16
Échelle organisationnelle	18
Échelle collective	20
Échelle individuelle	22
Résumé et points essentiels	24
Références	26

Introduction

Ce petit guide sur la détresse et les préjudices moraux se veut une ressource pratique pour les organisations et travailleurs de la santé : il les aidera à mieux comprendre la gamme d'émotions morales associées à la pandémie de COVID-19 ainsi qu'à élaborer des stratégies organisationnelles et individuelles pour réduire les risques de préjudices durables.

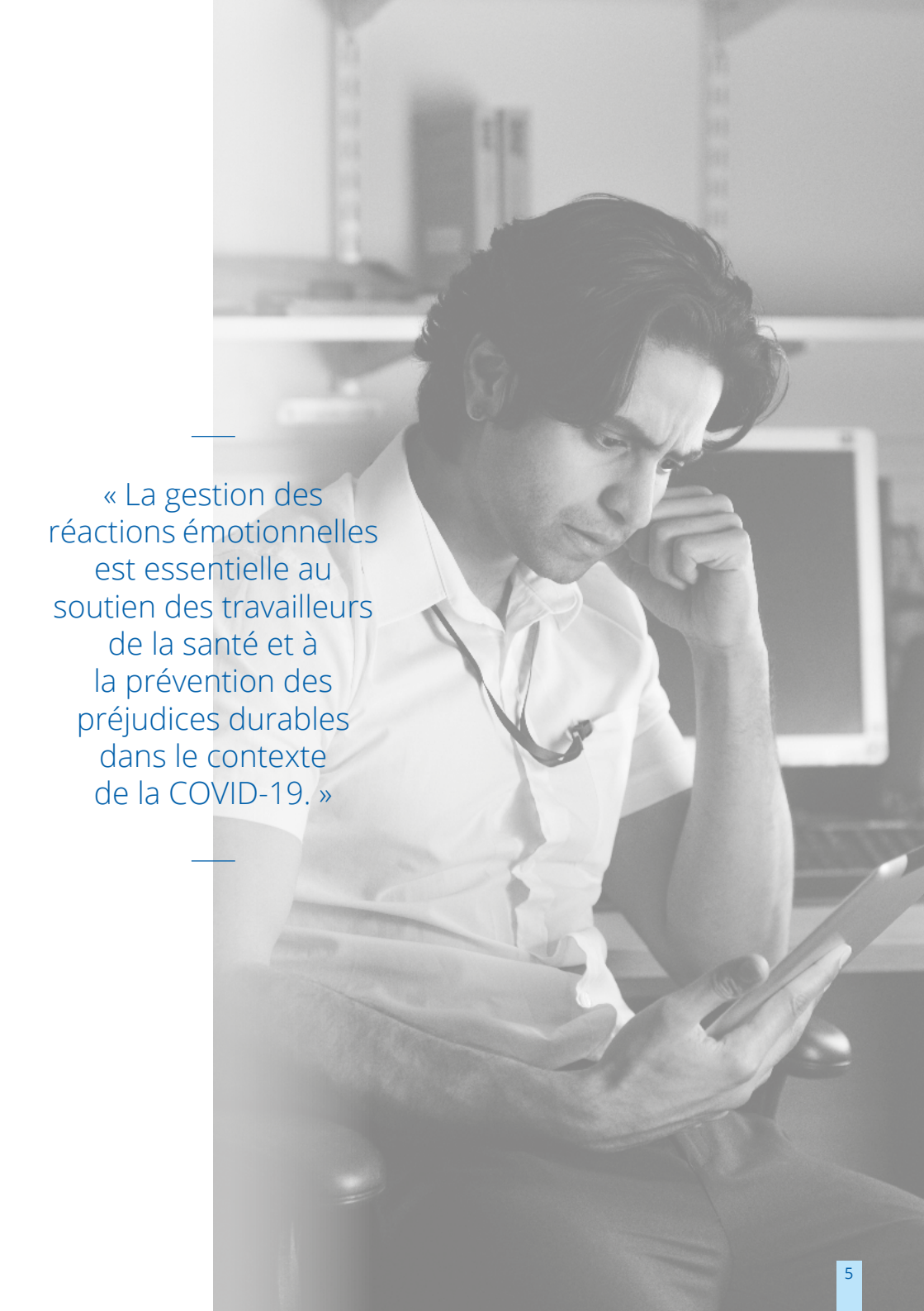
Dans le présent document, le terme « travailleurs de la santé » est pris au sens large : il désigne le personnel médical, infirmier et paramédical, les aumôniers, les pairs aidants et le personnel administratif en contact direct avec les patients.

Depuis le début de la pandémie, l'incidence de la COVID 19 sur la santé mentale des travailleurs de la santé a été abordée dans une multitude de commentaires et d'articles.^{1,2} En plus des réactions normales comme la crainte, on sait que les épidémies massives comme celle-ci peuvent entraîner diverses émotions morales comme la honte, la culpabilité et la démoralisation.³ Les émotions morales ont une nature essentiellement sociale : elles sont liées aux intérêts de la société et d'autrui plutôt qu'à la survie individuelle.⁴ Puisqu'elles surgissent lorsque les valeurs personnelles (ou la notion de bien et de mal) sont remises en question, elles sont considérées comme les gardiennes de l'ordre moral en société.⁵ Ainsi, lorsqu'on a l'impression d'avoir mal agi, on peut ressentir de la culpabilité, de la honte ou de l'embarras; les mauvaises actions d'autrui peuvent quant à elles susciter du mépris ou du dégoût.

Les émotions morales peuvent aussi être positives : c'est le cas de la fierté, de la reconnaissance et de la compassion.⁴ Lorsqu'on cherche à comprendre les réactions émotionnelles à la COVID-19 et à trouver des mesures de soutien, il faut garder à l'esprit tout l'éventail d'émotions morales. Notre approche reflète l'importance d'étudier les interactions entre les individus et les facteurs environnementaux pour mieux comprendre les émotions et les préjudices moraux.

Les préjudices moraux, associés notamment à la COVID-19⁶⁻¹⁰, se situent à l'extrémité du continuum des préjudices causés par des événements stressants.¹¹ Par exemple, un travailleur de la santé pourrait actuellement devoir refuser à un patient un traitement essentiel à sa survie en raison d'un manque de ressources, ce qui constitue un stresser moral important. La situation pourrait susciter de la colère et de la culpabilité, qui, si elles ne sont pas surmontées, pourraient à leur tour entraîner des préjudices moraux. Plus couramment, les travailleurs de la santé pourraient ne pas être en mesure d'offrir des soins optimaux aux patients atteints de la COVID-19 ou s'inquiéter de transmettre le virus à leurs proches. Ces stressers, moins graves, peuvent entraîner diverses réactions émotionnelles; ils sont toutefois moins susceptibles de causer des préjudices à long terme.

Pour comprendre la détresse et les préjudices moraux associés à la COVID-19, il faut tenir compte de tout l'éventail des stressers moraux et des réactions émotionnelles possibles. La gestion de ces réactions est essentielle au soutien des travailleurs de la santé et à la prévention des préjudices durables.

A black and white photograph of a man with dark hair, wearing a white short-sleeved button-down shirt, sitting at a desk in an office. He is looking down at a tablet computer he is holding in his hands. His expression is one of stress or concentration, with his right hand resting against his temple. In the background, there is a computer monitor and office shelving. The lighting is soft, creating a professional and somewhat somber atmosphere.

« La gestion des réactions émotionnelles est essentielle au soutien des travailleurs de la santé et à la prévention des préjudices durables dans le contexte de la COVID-19. »


Qu'est-ce qu'un préjudice moral?

Le terme « préjudice moral » désigne les répercussions psychologiques, sociales et spirituelles des événements qui, lors de situations critiques, vont à l'encontre des croyances ou valeurs morales profondes.^{12, 13}

Le concept, qui vient du domaine militaire, a été inventé pour parler des effets néfastes persistants (sur la santé psychologique, sociale et spirituelle) des événements allant à l'encontre des convictions morales profondes des soldats déployés. Ces événements se séparent en deux grandes catégories : les situations qui incitent à poser ou à ne pas poser (délibérément ou non) certains gestes, et celles qui exposent directement ou indirectement à des violations par autrui (trahison, acte profondément inhumain).¹¹ On les appelle des « événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral » puisqu'ils ne suscitent pas les mêmes réactions chez tout le monde; on reconnaît déjà, dans le domaine des traumatismes, que c'est aussi le cas de tous les événements potentiellement traumatisants qui menacent la vie ou la sécurité.¹³

Lorsqu'il y a préjudice moral, les répercussions possibles sont nombreuses. Par exemple : 1) sentiment de culpabilité, de honte, de colère, de tristesse, d'anxiété et de dégoût; 2) conséquences intrapersonnelles dont une mauvaise estime de soi, une forte tendance à l'autocritique, le sentiment d'être nuisible, abîmé, indigne ou faible, et des comportements autohandicapants; 3) conséquences interpersonnelles dont l'évitement de l'intimité ainsi que la perte de confiance envers autrui et les figures d'autorité, et 4) conséquences existentielles et spirituelles comme la perte des croyances religieuses ou de la conviction que le monde est juste.¹⁴

« Lorsqu'il y a préjudice moral, les répercussions possibles sont nombreuses. »



Continuum des stresseurs moraux et des préjudices associés

Résultant d'une exposition à d'importants stresseurs, les préjudices moraux ont un effet durable sur l'image de soi et la vision du monde.¹⁴

Comme il a été mentionné plus haut, les événements préjudiciables sur le plan moral se situent à l'extrémité d'un continuum de stresseurs moraux, et les préjudices moraux, à l'extrémité d'un continuum de préjudices associés. Litz et Kerig¹¹ présentent divers stresseurs, dont l'importance varie en fonction de leur capacité à causer des troubles et des préjudices psychologiques, sociaux et spirituels. Les stresseurs légers sont courants, et leur prévalence est élevée au sein de la population. Appelés « défis moraux », ils sont associés à des préjudices ou troubles minimes, que les auteurs nomment « frustration morale ». Les stresseurs susceptibles de causer des préjudices ou troubles modérés sont moins courants; leur prévalence est donc moins élevée. On les appelle « stresseurs moraux », et on considère qu'ils entraînent de la détresse morale. Enfin, les facteurs susceptibles de causer des préjudices ou des troubles importants sont rares, et leur prévalence est faible. On les appelle « événements préjudiciables sur le plan moral », et ils entraînent des préjudices moraux.

Ainsi, même si tous les stresseurs moraux contreviennent à la notion personnelle de bien, de justice, de mal et d'injustice et entraînent des émotions morales, leur capacité à causer des préjudices ou troubles durables, elle, dépend de leur importance.

Les préjudices moraux en contexte de soins de santé

Sorti du contexte militaire et appliqué aux soins de santé, le concept de préjudice moral risque de ne plus être le même : le milieu professionnel influencera probablement non seulement la nature des événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral, mais aussi leur interprétation et leur signification en contexte.



Bien que les professions militaire et médicale puissent toutes deux être choisies pour des raisons altruistes (désir d'aider autrui et de changer les choses), il existe une différence : on attend implicitement des travailleurs de la santé qu'ils respectent leur vœu de soigner et de ne pas nuire.¹⁰ En contexte militaire, les préjudices moraux surviennent lorsqu'un soldat est forcé d'agir à l'encontre de ses convictions morales profondes, par exemple en n'intervenant pas pour protéger des civils pour ne pas enfreindre les ordres. Dans le milieu de la santé, la conviction morale profonde susceptible d'être bafouée est le vœu de faire passer les besoins des patients en premier.¹⁵ Lorsque les travailleurs de la santé ne sont pas en mesure de prodiguer des soins conformes à leur formation (en aidant autrui et en évitant de nuire), la situation peut provoquer une dissonance morale et éthique.^{9,10,15-25} Cette dissonance peut être due à diverses circonstances, comme des problèmes systémiques affectant les soins aux patients, la menace d'un litige influençant les politiques et les pratiques, les contraintes financières (budget de l'hôpital) ou une demande supérieure aux capacités.

En outre, certains événements relativement fréquents dans le milieu sont aussi potentiellement difficiles, stressants et préjudiciables sur le plan moral. C'est le cas notamment des erreurs et des contraintes contextuelles qui entraînent des préjudices ou la mort (ex. : impossibilité de trouver un donneur d'organes pour un patient), du fait d'être témoin d'un préjudice ou d'une mort ou d'être incapable de l'empêcher (ex. : mort d'un enfant atteint du cancer) et de l'impossibilité de combler les besoins d'un patient.^{18,22,24,26}

« Lorsque les travailleurs de la santé ne sont pas en mesure de prodiguer des soins optimaux, une dissonance morale et éthique peut survenir. »

Continuum des stresseurs moraux associés à la COVID-19

La gamme complète des stresseurs moraux a été vécue dans le monde entier pendant la pandémie de COVID-19.

Nombreuses sont les personnes qui ont été témoins d'un acte immoral allant à l'encontre des intérêts de la société; sur le continuum, ce type de situations fait partie des stresseurs les moins graves. Parmi ces comportements problématiques, on retrouve par exemple l'accumulation exagérée d'aliments et d'articles de toilette essentiels ainsi que le non-respect des mesures d'éloignement physique. Ces situations peuvent provoquer de la frustration ou même du mépris, des émotions morales susceptibles d'être ressenties plus intensément par les travailleurs de première ligne (comme les travailleurs de la santé), qui sacrifient leurs besoins personnels pour le bien commun; elles seront toutefois probablement fugaces ou relativement passagères.

Certains ont été exposés à des stresseurs moraux plus graves. Les travailleurs de la santé, par exemple, peuvent se retrouver en plein conflit moral, pris entre leur devoir (s'exposer au danger pour aider les autres) et leur désir naturel (éviter l'infection pour se protéger et protéger leur famille). En raison de la pénurie internationale d'équipement de protection individuelle (EPI), la tension entre l'instinct de préservation et l'exigence de traiter les patients infectieux dans un état critique peut entraîner un dilemme éthique : prêter assistance ou non⁹⁷ En effet, les travailleurs craignent de transmettre la maladie par inadvertance à leurs patients, amis, membres de la famille et autres.²⁷ Par ailleurs, les mesures sanitaires strictes en forcent certains à s'isoler alors qu'on a besoin d'eux au travail, ce qui exerce une pression supplémentaire sur leurs collègues déjà épuisés.²⁵ L'obligation de rester loin de sa famille des semaines durant est également difficile à vivre. Même les travailleurs de la santé qui ne traitent pas directement les patients atteints de la COVID-19 sont exposés à des stresseurs liés à l'impossibilité d'offrir les soins habituels.

« Ces émotions morales sont susceptibles d'être ressenties plus intensément par les travailleurs de première ligne. »

Ils peuvent par exemple voir des patients souffrir en raison du report des interventions médicales non essentielles, de l'arrêt des séances de psychothérapie en personne, de l'octroi d'un congé d'hôpital hâtif pour éviter les risques d'infection (ex. : mères avec nouveau-nés), de l'élimination des contacts physiques et du port d'équipement de protection individuelle (masques), qui peut nuire aux personnes pour qui les expressions faciales sont nécessaires à la communication (ex. : personnes âgées ou handicapées). Malheureusement, certains travailleurs ont été victimes d'hostilité et d'agressivité dans la population; c'est pourquoi on leur a recommandé de ne pas porter leur uniforme à l'extérieur de l'hôpital.²⁸ Ces stressseurs sont susceptibles de causer de la détresse morale, notamment de la colère et de la honte, qui pourrait persister un certain temps et entraîner la remise en question des valeurs et croyances fondamentales.

En raison de la COVID-19, de nombreux travailleurs de la santé à travers le monde sont exposés à d'importants stressseurs considérés comme des événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral. L'intersection entre les soins axés sur les patients et les exigences de santé publique est particulièrement problématique : ces éléments peuvent être incompatibles, et les besoins individuels

des patients doivent être négligés au profit du bien commun.¹⁶ Ces stressseurs peuvent être dus à diverses situations : l'obligation de choisir les patients qui recevront le traitement potentiellement nécessaire à leur survie, la mort de personnes jeunes et bien portantes, l'interdiction de la présence de proches au chevet des mourants, et la nécessité de suivre des directives cliniques qui semblent non éthiques.^{18, 29} De plus, de nombreux travailleurs de la santé s'inquiètent de la dégradation des soins non seulement pour les patients de la COVID-19, mais aussi pour les autres.³⁰

Lorsque ces événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral entraînent des préjudices psychologiques, sociaux et spirituels durables et affectent la santé mentale, les relations interpersonnelles et la qualité de vie, il y a préjudice moral.

Incidence des préjudices moraux en contexte de COVID-19

Selon la recherche et les observations, les préjudices moraux associés à la COVID-19 provoquent une gamme de réactions semblables à celles observées chez les militaires.

Ces réactions comprennent les émotions morales envers soi-même, comme la culpabilité, la colère, la honte, le remords et le dégoût^{15,17,20,21,24,26,31}, une autoattribution extrêmement négative, la démoralisation, l'autocondamnation, le manque d'indulgence envers soi-même et l'autopunition, ainsi que des souvenirs obsédants, un sentiment d'inutilité ou d'impuissance, la perte d'identité ou de rôle et la remise en question de la perception de soi.^{21, 26} Les témoins d'injustices et d'échecs systémiques ressentent également des émotions morales envers les autres, comme l'indignation, le reproche, le mépris, le sentiment de trahison, la perte de confiance et la difficulté à pardonner.²⁴

Les préjudices moraux peuvent également nuire au fonctionnement personnel, social et professionnel^{17,20,24,26}, notamment en favorisant les comportements autodestructeurs et la toxicomanie. Ils peuvent entraîner le retrait social et l'évitement, ce qui est particulièrement problématique puisque le soutien interpersonnel et la possibilité de discuter des expériences potentiellement préjudiciables sont nécessaires au rétablissement. Les victimes de préjudices moraux peuvent avoir des problèmes relationnels, une empathie réduite (ce qui est particulièrement problématique dans le milieu de la santé), et des difficultés accrues au travail (ex. : difficulté à s'adapter aux stressés professionnels et à respecter les figures d'autorité).

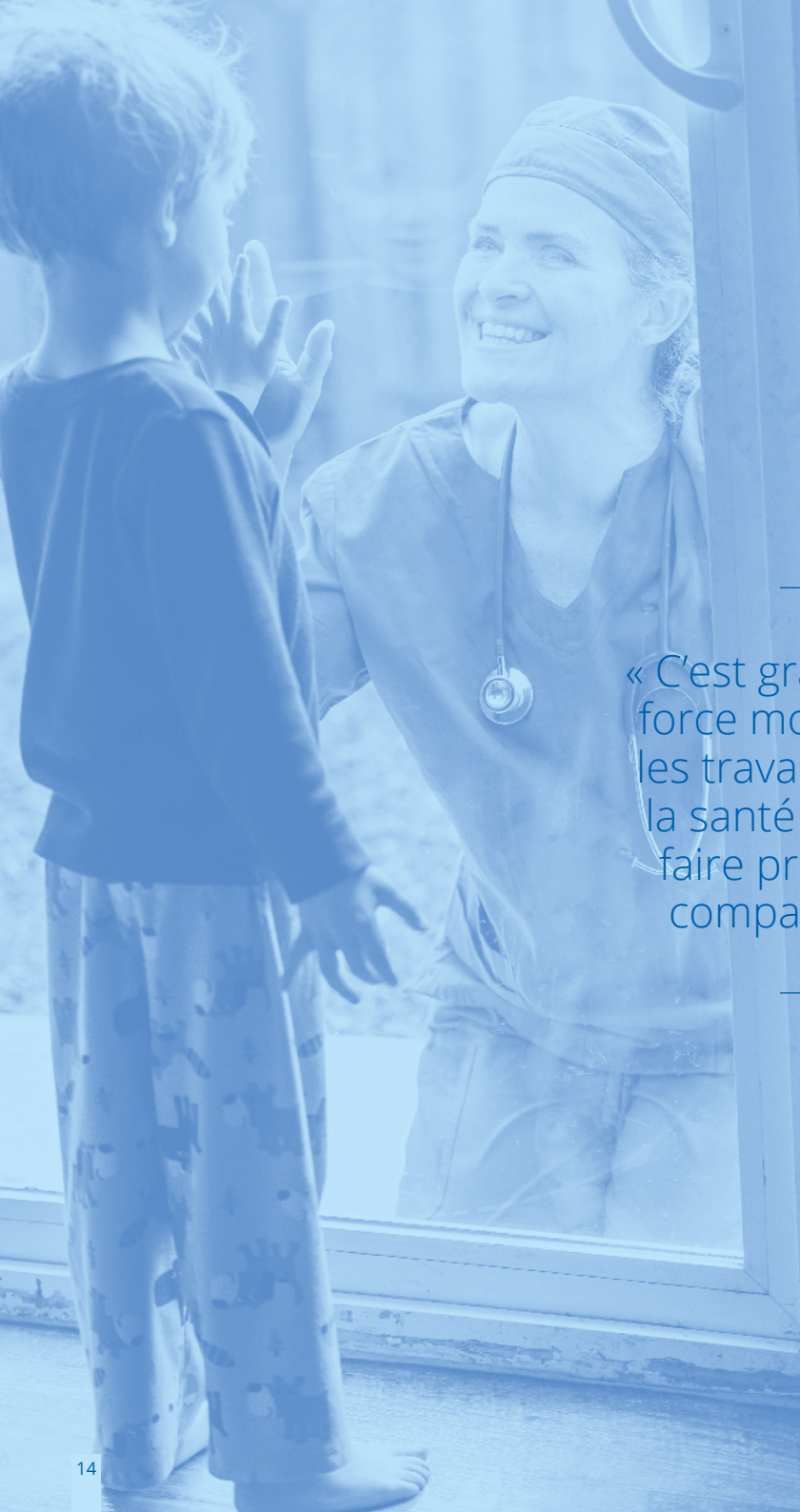
(suite à la page suivante)

Elles peuvent également perdre leur raison d'être ou leur motivation, et remettre en question leurs croyances religieuses et leurs convictions sur la nature de l'humanité et du monde. Les préjudices moraux constituent un facteur de risque pour le développement de problèmes mentaux – notamment le TSPT, la dépression et l'anxiété¹⁰ – ainsi que de problèmes connexes comme l'insomnie et les pensées et comportements suicidaires.³²

Alors que la pandémie se poursuit et qu'on s'attend à de nouvelles vagues d'infection, l'exposition répétée à des événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral risque de provoquer des symptômes d'épuisement professionnel comme la fatigue, la dépression et l'émoussement émotionnel.^{19,24,33} La notion d'épuisement professionnel, bien établie, est un centre d'intérêt particulier dans le milieu de la santé. Récemment, on a déterminé qu'il s'agissait d'une forme de fatigue morale ou de préjudice moral.^{15,34,35} On ne considère plus que l'épuisement professionnel résulte d'un manque de résilience et de l'incapacité à s'adapter aux stressors professionnels chroniques, mais plutôt d'une contradiction entre la nécessité de combler les besoins des patients et l'impossibilité de le faire en raison de contraintes externes. Il a été suggéré que cette nouvelle perception pouvait réduire la stigmatisation associée au problème et encourager les personnes touchées à demander de l'aide.^{22,31} D'autres auteurs soutiennent que l'épuisement professionnel lui-même entraîne

des préjudices moraux par la fatigue, le cynisme et la réduction de l'efficacité qu'il entraîne.^{19,21,33} On note également qu'il existe une incohérence fondamentale entre, d'une part, le sens moral et les valeurs qui poussent un employé insatisfait et épuisé à continuer de travailler, et, d'autre part, la constatation qu'il ne pourra pas se montrer à la hauteur de la tâche en raison des lacunes du système ou de la nature extrême de la situation (comme la pandémie actuelle de COVID-19). Ces risques aggravent la possibilité de préjudice moral.^{16,25}

Les préjudices moraux constituent un facteur de risque pour le développement de problèmes mentaux – notamment le TSPT, la dépression et l'anxiété¹⁰ – ainsi que de problèmes connexes comme l'insomnie et les pensées et comportements suicidaires.



« C'est grâce à leur
force morale que
les travailleurs de
la santé peuvent
faire preuve de
compassion. »

L'autre côté du miroir : les émotions positives liées à la COVID-19

Il est important de reconnaître que même si l'exposition aux stressseurs moraux peut entraîner une détresse et des préjudices importants, elle peut également favoriser la croissance post-traumatique et améliorer la résilience, l'estime de soi, la compassion et l'engagement.^{17, 20}

Selon une étude qualitative récente menée auprès d'infirmières s'occupant de patients atteints de la COVID-19³⁶, les émotions négatives couramment ressenties durant la pandémie laissaient place, au fil du temps, à des émotions positives comme l'affection et la reconnaissance, à un sentiment de responsabilité professionnelle et de compétence, à une capacité accrue à l'autoréflexion et à une meilleure connaissance de soi.

Plusieurs auteurs^{27,37,38} soulignent la valeur protectrice de la vocation médicale, qui repose notamment sur le sentiment d'être utile et d'avoir un but, le fort attachement aux codes moraux et à la justice, le don de soi, l'altruisme et le courage. Lorsque le système, l'équipe et le soutien adéquats sont en place, l'adversité peut en fait renforcer ces attributs.

Comme l'exposition à des défis et à des stressseurs moraux est inévitable, il peut être profitable de se remémorer la force morale et le courage qui sous-tendent les services de santé. C'est grâce à eux que les travailleurs de la santé, dans des situations critiques, peuvent faire preuve de compassion et prendre des décisions difficiles et souvent complexes avec constance et fiabilité, sans perdre de vue leur « mission ».³⁷ D'autres auteurs soulignent la résilience morale des travailleurs de la santé²⁷ qui triomphent de l'adversité et sont convaincus que la vie a un sens, quelles que soient les circonstances. Pour augmenter la résilience des employés, on peut les aider à trouver un sens aux situations moralement chargées de façon à renforcer leur sentiment d'utilité, à améliorer leur conscience d'eux-mêmes et leur capacité d'autorégulation, à développer leur compétence en réflexion éthique, à créer des liens, à manifester de la reconnaissance et à trouver des moyens de célébrer même les plus petites réussites.

Certains facteurs peuvent améliorer le bien-être et la motivation des travailleurs de la santé, comme la présence de modèles positifs, le soutien des équipes et de toutes les sphères de l'organisation³⁹, un leadership fort et empathique, l'esprit de camaraderie, le sentiment d'efficacité et la fierté de pouvoir surmonter l'adversité.⁴⁰ Les situations difficiles peuvent notamment faire ressortir certains attributs positifs, comme l'altruisme, la compassion, le sacrifice personnel et la validation de l'existence.³⁹

Cadre de gestion des événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral au travail

D'après l'analyse des conséquences positives potentielles des stresseurs moraux associés à la COVID-19, il est primordial que les organisations de santé se dotent d'un cadre qui guide leurs structures de prévention et d'intervention précoce destinées à soutenir les travailleurs de la santé.

Les stresseurs moraux sont inhérents au contexte de la COVID-19 et ne peuvent pas être « exclus » du travail qui s'y rapporte. Il revient donc aux organisations de mettre en œuvre une stratégie de prévention et d'intervention précoce qui permet de réduire les risques et de maximiser les facteurs de protection, au lieu de simplement réagir en cas de problème.

Il existe divers facteurs pouvant accroître les risques de détresse morale ou de préjudice moral, entre autres le décès d'une personne vulnérable; la perception d'un manque de soutien de la part de la direction, de la famille, des amis ou de la société; le manque de préparation psychologique; et l'exposition à d'autres traumatismes.^{20, 41} Autre facteur aggravant : vu la nature morale et éthique des événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral, certaines personnes peuvent hésiter à en parler par crainte des répercussions sociales ou juridiques, ce qui augmente les risques de grande détresse morale.²⁰

Même si chaque facteur influe sur la réaction aux stresseurs de toutes sortes et que l'adaptation est un volet essentiel de la stratégie, les études montrent systématiquement que, côté influence, le contexte organisationnel et social l'emporte sur les facteurs individuels. Les effets des risques intrinsèques peuvent être limités par la préparation, la gestion de l'exposition, la conception des tâches, l'encadrement et l'esprit d'équipe.⁴² En outre, le soutien social – tant au travail que dans la vie personnelle – apparaît invariablement comme un facteur de prévention contre les problèmes de santé mentale, tels que les troubles post-traumatiques.⁴³ L'entraide, notamment, s'est révélée un facteur de protection important à la suite de l'exposition à un traumatisme.⁴⁴

Il est donc recommandé d'adopter une stratégie pour toute l'organisation afin de gérer les événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral et limiter les risques de préjudice moral dans les milieux de soins. Pour ce faire, il faut tenir compte du rôle des responsables et des chefs, des services de bien-être (professionnels et par l'entraide) et des ressources d'adaptation personnelles, et se pencher sur le soutien en personne ou en groupe offert avant, pendant et après l'événement. Par conséquent, il y a lieu d'intervenir aux échelles organisationnelle, collective et individuelle.⁴⁵



Échelle organisationnelle

L'Organisation mondiale de la Santé a publié des lignes directrices sur la manière de favoriser la santé mentale et le bien-être psychosocial des travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19.⁴⁶

Dans le document figurent les messages clés suivants : protéger les travailleurs contre le stress chronique pour qu'ils puissent continuer d'assumer leur rôle; soutenir la famille des travailleurs si besoin est; communiquer des informations fiables; faire une rotation du personnel entre les postes éprouvants et les postes moins éprouvants; associer les travailleurs débutants à des collègues plus expérimentés; surveiller les signes de stress et mettre en place des horaires flexibles si possible; favoriser le soutien social entre collègues; renseigner les travailleurs sur le soutien psychologique et faciliter l'accès à celui-ci; appliquer ces mesures aux responsables et aux chefs de service et veiller à ce qu'ils puissent obtenir du soutien eux aussi et ainsi montrer l'exemple; promouvoir le bien-être personnel et les stratégies d'adaptation utiles; et renforcer les compétences des travailleurs en les formant aux premiers soins psychologiques.

Il est primordial que les établissements et les employeurs prennent conscience des stressseurs professionnels auxquels peuvent être confrontés les travailleurs de la santé : contraintes physiques, isolement physique, fatigue extrême (accentuée par le travail par quarts et le port d'équipement de protection individuelle chaud et inconfortable), attention et vigilance constantes, pressions associées aux procédures, conciliation des priorités de santé publique et des besoins et souhaits des patients et des familles, et incompatibilité des impératifs personnels et professionnels⁴⁷. Dans le contexte de la COVID-19, ce qui est particulièrement stressant, c'est qu'on ne sait pas encore exactement quelle est la meilleure méthode pour traiter le virus et soulager les symptômes. Il faut donc que les travailleurs et la direction puissent échanger sans détour sur les certitudes comme les incertitudes

afin que le poids des décisions thérapeutiques, surtout celles qui s'avèrent inefficaces, ne repose jamais sur les épaules d'une seule personne. Autre aspect essentiel : la gestion optimale du travail par quarts afin de limiter la fatigue chez les travailleurs de la santé. Idéalement, il faut que la rotation se fasse dans le sens horaire, c'est-à-dire du quart du matin au quart de l'après-midi, du quart de l'après-midi au quart de nuit, et ainsi de suite.⁴⁸

À l'échelle du système, les décisions portant sur l'attribution de ressources limitées doivent être accompagnées d'indications claires, transparentes et fondées sur des données épidémiologiques probantes, l'avis des consommateurs et les précédents à l'international, afin de réduire les risques de préjudice moral.^{9,16,49} Qui plus est, vu la nature problématique de ces décisions sur le plan éthique et moral, il vaut mieux qu'elles soient prises par des travailleurs qui ne prodiguent pas de soins directs aux patients, afin de réduire la charge morale et éthique pesant sur les travailleurs de première ligne.⁵⁰

D'après ce qu'on a appris à l'issue d'autres grandes catastrophes, comme les attentats du 11 septembre, il est essentiel de surveiller le niveau d'exposition aux traumatismes des travailleurs de la santé dans les milieux de soins.⁴¹ En effet, comme cette exposition s'accompagne d'un risque d'effet cumulatif, il faut la limiter le plus possible. Une catastrophe fait souvent ressortir des atouts chez les fournisseurs de soins : souci de travailler et de venir en aide aux gens, sens de la responsabilité à l'égard des ressources et de la prestation de soins, etc. Ces qualités pouvant être atténuées par un sentiment d'agacement envers le système et l'établissement, il est vital que, dans la mesure du possible, la planification et la prise de décisions soient le fruit d'une collaboration entre administration et personnel.^{40,41,51}

Plusieurs recommandations de mesures concrètes ressortent des études, dont l'établissement de programmes d'entraide permettant de s'attaquer aux préjugés moraux, et la prestation rapide et facile de soutien psychologique aux travailleurs de première ligne.^{52,53} Vu la nature des stressés moraux, il se peut que certains employés préfèrent l'accompagnement religieux ou spirituel d'un aumônier.⁵⁴ Ce type de soutien, qui est bien implanté chez les militaires et les anciens combattants, peut s'appliquer à d'autres contextes, comme les soins de santé.

Les services informels de proximité suscitent de plus en plus d'intérêt dans les milieux de soins, car ils complètent les soins offerts en mettant l'accent sur la personne. Ils proposent souvent un modèle axé sur la guérison, où les gens peuvent tirer parti de l'expérience, du soutien et des forces de bénévoles formés qui ont vécu des situations ou des difficultés similaires.^{55,56} Pour que les membres du personnel puissent recevoir un soutien moral dans un environnement psychologiquement sûr, ces services doivent bénéficier des mêmes ressources et structures que les services officiels, ce qui, bien souvent, n'est malheureusement pas le cas.⁵⁷ Il est donc impératif que ces programmes reçoivent les fonds nécessaires pour améliorer la santé et la sécurité des personnes qui prennent soin de tant de gens au quotidien.

Échelle collective

D'après les études menées dans l'armée, quel que soit le degré d'exposition au combat, une unité qui est soudée et dotée d'un bon moral a moins de problèmes de santé comportementale qu'une unité qui ne l'est pas.⁵⁸



Une équipe soudée et dotée d'un bon moral pourrait donc être mieux à même de protéger ses membres contre les effets nuisibles des stressseurs moraux extrêmes, d'où l'importance de prendre des mesures préventives qui visent non seulement la préparation psychologique individuelle, mais aussi la cohésion et le moral de l'équipe.

Dans le domaine des traumatismes, de nombreux éléments indiquent que les équipes bien encadrées et animées par un but commun ont moins de problèmes de santé mentale que les autres.⁵⁹ Dans les milieux de soins, responsables, supérieurs et chefs d'équipe peuvent aider les employés en leur parlant ouvertement des difficultés morales et éthiques qu'ils rencontreront et de leurs éventuelles répercussions sociales, émotionnelles, cognitives et comportementales. Dans ces échanges collectifs, ils doivent faire preuve de franchise et d'empathie envers les membres du personnel afin de les préparer concrètement aux dilemmes éthiques devant lesquels ils pourraient se retrouver. Les chefs peuvent aussi aider le personnel et promouvoir l'esprit d'équipe en favorisant l'acquisition de capacités d'adaptation – entre autres en montrant l'exemple – et en encourageant le soutien social et l'entraide.^{17,20,21,29,47,60}

Le chef d'équipe joue un autre rôle fondamental : il aide le personnel à décoder les situations et les décisions ambiguës sur le plan moral.⁶¹ Pour ce faire, il peut prendre le temps de discuter d'une situation ou d'un événement précis, prendre acte du dilemme moral en question et renforcer l'utilité et l'importance du travail accompli. Par ailleurs, il devrait idéalement, en abordant les événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral, être optimiste et favoriser la résilience. Il doit aussi assumer la responsabilité des décisions et des résultats pour soulager la charge individuelle des employés.⁶¹ Le chef d'équipe pourrait aussi permettre au personnel de souligner les bons coups au travail.

Le chef d'équipe devrait également proposer aux membres du personnel d'alterner entre postes éprouvants et postes moins éprouvants. C'est une stratégie qui soulage ceux qui n'osent pas dire qu'ils souffrent sur le plan émotionnel et, de manière plus générale, qui permet aux personnes de « se recentrer » avant de retourner dans une zone stressante, ou d'admettre qu'elles devraient plutôt rester dans une zone moins stressante. Comme certaines personnes évitent de parler des stressseurs moraux, le chef d'équipe doit être prêt à leur offrir de l'aide en amont plutôt que d'attendre qu'elles viennent vers lui. Puisque ce n'est pas toujours possible au travail, il doit parfois envisager de les appeler pendant leur congé. En offrant son aide à une personne, le chef d'équipe doit repérer dans ses propos tout signe d'échec moral ou de culpabilité, et l'aider à se concentrer sur les aspects de la situation qu'elle peut contrôler, tout en ayant conscience des aspects qu'elle ne peut pas contrôler. Grâce à ce constat et à cette affirmation, qui viennent donner un sens aux événements de façon à atténuer le sentiment d'impuissance, la « mission » et le sentiment d'utilité sont renforcés.^{21,53,60} Le chef d'équipe devrait régulièrement faire le point avec son équipe et inviter ses membres, ainsi que les supérieurs ou les responsables, à faire de même.^{41,53,60} Il peut en outre, si besoin est, renseigner le personnel sur les ressources et services de counselling à sa disposition.

Enfin, n'oublions pas le chef d'équipe lui-même. Comme celui-ci hésite parfois à demander de l'aide en raison de sa situation, il faut, lui aussi, l'encourager en amont à obtenir du soutien psychologique s'il en a besoin, tout comme il encourage les autres à le faire.^{20,40,53,60} Il convient par ailleurs de veiller à ce que ces démarches se fassent en toute confidentialité.

Échelle individuelle

Outre l'accompagnement à l'échelle organisationnelle et à l'échelle collective, il y a plusieurs manières d'aider individuellement un travailleur de la santé à s'adapter aux stressseurs moraux associés à la COVID-19.

Grâce à la psychoéducation sur les stressseurs et les préjudices moraux, un travailleur peut apprendre à donner du sens à ses expériences, au lieu d'occulter les émotions morales comme la culpabilité ou la honte ou, au contraire, de se laisser submerger par elles.¹⁷ Il existe aussi plusieurs stratégies tenant compte des traumatismes à adopter à l'échelle individuelle : activités de réduction du stress (pleine conscience, méditation, exercice, respiration); soutien social; amélioration de la résilience (acceptation et bienveillance envers soi-même); constatation des réactions aux traumatismes ou aux préjudices moraux (éviter, émoussement émotionnel, honte); et incitation à l'obtention d'aide en amont.^{17,24,29,47,60}

Il faut favoriser le bien-être des travailleurs en les encourageant à prendre soin d'eux-mêmes au travail comme à la maison : entretenir les relations sociales, bien manger, faire de l'exercice, prendre du temps pour soi et se reposer suffisamment. Dans le contexte des mesures d'éloignement physique, certains mécanismes de bien-être personnel et d'adaptation sont plus difficiles à mettre en place ou à maintenir, donc il faut tout faire pour faciliter les choses⁶², par exemple en organisant une pause thé le matin ou une activité sociale en équipe.

En plus des interventions préventives, il peut y avoir lieu d'adopter des pratiques exemplaires quand un membre du personnel semble être aux prises avec des stressseurs moraux : prendre acte du dilemme moral auquel il est confronté et l'aider à tout faire pour le surmonter⁶³, par

exemple en l'encourageant à reconnaître ses valeurs et à accepter le conflit inhérent à la situation actuelle, tout en veillant à ce qu'il soit constamment guidé par ses valeurs dans ses futures décisions. Qui plus est, comme il existe une corrélation entre l'incapacité à interpréter les événements potentiellement préjudiciables sur le plan moral et les troubles de stress post-traumatique, la dépression et les tendances suicidaires, il est primordial d'aider la personne à donner un sens à son expérience.⁶⁴ On peut entre autres l'inviter à faire le point sur l'événement de façon à renforcer l'importance de sa mission et son sentiment d'utilité, à reconnaître les dilemmes moraux qui se posent et à affirmer les principes qui guident les décisions dans ce contexte⁶³. Autres démarches essentielles après une exposition à un événement potentiellement préjudiciable sur le plan moral : les interventions qui favorisent la confiance à l'égard de la direction. On peut par exemple atténuer le sentiment de trahison ou d'injustice d'une personne en lui expliquant ouvertement pourquoi telle mesure ou telle décision a été prise, et quelles auraient été les conséquences d'un autre scénario. On peut aussi créer un environnement qui facilite l'acceptation et la résolution des dilemmes moraux – l'action ou l'inaction à l'origine du sentiment de culpabilité ou de honte – pour atténuer la colère et les préjudices moraux résultant de la honte.

Outre les interventions précoces pouvant être menées au travail, s'il y a manifestation rapide de signes de détresse après une exposition à un événement potentiellement préjudiciable sur le plan moral, il est important d'encourager et de faciliter l'obtention d'aide, qu'elle soit psychologique ou spirituelle. Vu la nature des émotions morales qui naissent de ce type d'événement, comme la culpabilité ou la honte envers soi ou et le mépris et la colère



« Il faut favoriser le bien-être des travailleurs en les encourageant à prendre soin d’eux-mêmes au travail comme à la maison. »

envers les autres, il n'est pas surprenant que les interventions visant à réparer un préjudice moral accordent une large place au pardon : le pardon envers soi en cas d'erreur ou d'échec personnel, et le pardon envers les autres en cas de trahison ou de transgression morale de leur part.⁶⁵⁻⁶⁷ Parmi les stratégies prometteuses figure la « révélation adaptative » (adaptive disclosure), qui allie thérapie cognitivo-comportementale et intervention axée sur le pardon.⁶⁵ Quand il y a préjudice moral et trouble de stress post-traumatique (TSPT), tout traitement reconnu visant à soigner le TSPT (exposition prolongée, thérapie du processus cognitif) doit être parfaitement adapté au préjudice vécu.⁶⁸⁻⁷⁰



Résumé et points essentiels

L'énorme pression exercée sur le système de santé des pays les plus touchés par la pandémie de COVID-19 a fait prendre conscience au monde entier des risques de préjudice moral qui pèsent sur les travailleurs de la santé.

Quand une personne va à l'encontre de ses valeurs morales fondamentales en faisant ou en s'abstenant de faire quelque chose, elle peut subir un préjudice moral. Ce type de préjudice peut aussi survenir si la personne se sent trahie dans une situation où l'enjeu est important, ou qu'elle est témoin d'un comportement moralement inacceptable à ses yeux. Les effets engendrés peuvent retentir profondément et longtemps sur les plans psychologique, social et spirituel. Ce type d'événement – potentiellement préjudiciable sur le plan moral – et ce type d'issue – le préjudice moral – sont situés à une extrémité du continuum des stressés moraux et des conséquences morales. Pendant la pandémie de COVID-19, nous avons constaté toutes sortes de stressés moraux, de légers à graves, et toutes sortes d'issues, de l'émotion morale passagère au préjudice moral persistant. Nous avons aussi constaté des émotions morales positives, comme la compassion, la fierté et la gratitude. Il ne fait aucun doute que les effets des stressés moraux vécus pendant la pandémie n'arrêteront pas immédiatement de se faire sentir, car une fois le gros de la crise passé, les personnes concernées auront le temps de prendre du recul sur ce qui s'est passé.

Pour éviter les préjudices les plus graves, il est donc indispensable d'aider les travailleurs de la santé à gérer ces stressés. Et cette responsabilité incombe à tous les échelons d'une organisation.

Rôle de l'organisation

- Prendre acte des stresseurs moraux intrinsèques vécus par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19.
- Promouvoir une culture de soutien au travail et faciliter l'accès à divers services d'aide pour le personnel.
- Reconnaître le rôle critique joué par les fournisseurs de services informels et bénévoles, et veiller à ce qu'il y ait assez de ressources pour leur santé et leur sécurité
- Faire alterner le personnel entre postes éprouvants et postes moins éprouvants.
- Se doter de politiques fondées sur des données probantes pour orienter les décisions difficiles sur le plan éthique, comme l'attribution des ressources limitées.
- Ne pas laisser les travailleurs de première ligne prendre seuls des décisions difficiles sur le plan éthique.
- Faire en sorte que la rotation des quarts de travail se fasse dans le sens horaire (matin, puis après-midi, puis soir).

Rôle du chef d'équipe

- Favoriser la cohésion et le moral de l'équipe, et bien l'encadrer.
- Se préparer à aborder les difficultés morales et éthiques.

- Aider les membres de l'équipe à interpréter les stresseurs moraux.
- Montrer l'exemple en matière d'adaptation et encourager les membres à prendre soin d'eux et à demander de l'aide au besoin.
- Souligner les bons coups, aussi petits soient-ils.
- Faire régulièrement le point sur le bien-être des membres.
- Orienter les membres vers d'autres ressources et services de counselling, si besoin est.

Rôle de chaque personne

- Consulter des ressources psychoéducatives sur les stresseurs et les préjudices moraux.
- S'adonner à des activités de réduction du stress : relaxation, pleine conscience, méditation.
- Prendre soin de soi : bien manger, faire de l'exercice, entretenir les relations sociales et se reposer suffisamment.
- Épauler les collègues qui vivent la même chose.
- Obtenir du soutien professionnel en cas de détresse ou de difficultés.

Enfin, ne négligeons pas la responsabilité qui incombe à la collectivité et à l'État en ce qui concerne le traitement des travailleurs de la santé et le discours portant sur les choix difficiles qu'ils sont parfois forcés de faire. Comme en témoigne le triste exemple de l'armée, nous connaissons parfaitement le pouvoir et les séquelles qu'une opinion publique négative peut avoir sur ceux qui reviennent d'une zone de guerre.⁷¹ Par conséquent, nous espérons que l'État et le grand public continueront de remercier les travailleurs de la santé pour leur travail et leur dévouement pendant la pandémie de COVID-19, et que ces discours leur inspireront de la fierté quant au rôle fondamental qu'ils auront joué.

References

1. Chen, Q., et al., « Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak », *The Lancet Psychiatry*, vol. 7, n° 4, 2020, p. e15-e16.
2. Lai, J., et al., « Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019 », *JAMA Network Open*, vol. 3, n° 3, 2020, p. e203976.
3. Gershon, R., et al., « Experiences and psychosocial impact of West Africa ebola deployment on US health care volunteers », *PLoS Current*, vol. 8, 2016.
4. Haidt, J., « The moral emotions », dans *Handbook of affective sciences*, R. J. Davidson, K. R. Scherer et H. H. Goldsmith (éditeurs), 2003, Oxford, Oxford University Press, p. 852-870.
5. Tangney, J. P., J. Stuewig et D. J. Mashek, « Moral emotions and moral behavior », *Annual Review of Psychology*, vol. 58, 2007, p. 345-372.
6. Blake, H., et al., « Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, 2020.
7. DiLallo, J., « To maintain ethical medical practices, we must not underplay the vocational aspect of medicine », *The BMJ*, vol. 368, 2020.
8. Kalet, A., et al., « Hearing the call of duty: what we must do to allow medical students to respond to the COVID-19 pandemic », *World Medical Journal*, vol. 119, n° 1, 2020, p. 6-7.
9. Markwel, A., et al., « Clinical and ethical challenges for emergency departments during communicable disease outbreaks: can lessons from Ebola Virus Disease be applied to the COVID19 pandemic? » *Emergency Medicine Australasia*, 2020.
10. Williamson, V., S. A. Stevelink et N. Greenberg, « Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis », *The British Journal of Psychiatry*, vol. 212, n° 6, 2018, p. 339-346.
11. Litz, B. T., et P. K. Kerig, « Introduction to the Special Issue on Moral Injury: Conceptual Challenges, Methodological Issues, and Clinical Applications », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 32, n° 3, 2019, p. 341-349.
12. Shay, J., *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*, 1994, New York, Scribner.
13. Litz, B. T., et al., « Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy », *Clinical Psychology Review*, vol. 29, n° 8, 2009, p. 695-706.
14. Yeterian, J. D., et al., « Defining and Measuring Moral Injury: Rationale, Design, and Preliminary Findings From the Moral Injury Outcome Scale Consortium », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 32, n° 3, 2019, p. 363-372.
15. Dean, W., S. Talbot et A. Dean, « Reframing Clinician Distress: Moral Injury Not Burnout », *Federal Practitioner*, vol. 36, n° 9, 2019, p. 400.
16. Berlinger, N., et al., *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 – Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice*, 2020.
17. Boback, A., « Supporting the Mental Health of COVID-19 Healthcare Workers. 2020. Sur Internet : <https://www.madinamerica.com/2020/04/supporting-mental-health-covid-19-healthcare-workers/>.
18. Eisen, E., « Moral injury and Covid-19: praying for the mental health of our frontline », 2020. Sur Internet : <https://blogs.timesofisrael.com/moral-injury-and-covid-19-praying-for-the-mental-health-of-our-front-line/>.
19. Garber, J., S. Brownlee et V. Saini, « What Do We Owe Doctors and Nurses? », 10 avril 2020. Sur Internet : <https://www.zocalopublicsquare.org/2020/04/10/what-we-owe-doctors-nurses-frontline-responders-healthcare-covid-19-coronavirus-pandemic/ideas/essay/>.
20. Greenberg, N., et al., « Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic », *BMJ*, vol. 368, 2020.
21. Janssen, S., « Moral Injury in Health Care and COVID-19 », 2020. Sur Internet : https://www.socialworktoday.com/archive/exc_040620.shtml.
22. Knowles, M., « Viewpoint: Physicians aren't burning out; they're suffering from 'moral injury' », *Integration & Physician Issues*, 2020 (cité le 30 avril 2020). Sur Internet : <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-physician-relationships/brigham-and-women-s-surgeon-physicians-aren-t-burning-out-they-re-suffering-from-moral-injury.html>.
23. Royal College of Psychiatrists, *A statement from the Royal College of Psychiatrists on the roles and work of psychiatrists during the COVID-19 pandemic*, 2020.
24. UCSF Department of Psychiatry, « Emotional Well-Being and Coping During COVID-19 », 2020. Sur Internet : <https://psychiatry.ucsf.edu/coronavirus/coping>.
25. Williamson, V., D. Murphy et N. Greenberg, « COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers », *Occupational Medicine*, 2020.
26. Centre de toxicomanie et de santé mentale, « Moral Injury », 2020. Sur Internet : <https://www.camh.ca/en/camh-news-and-stories/moral-injury>.
27. Mazanec, P., « Ethical dilemmas facing nurses during the Coronavirus Crisis: Addressing moral distress », 2020.
28. Nguyen, K., « NSW nurses told not wear scrubs outside of hospital due to abuse over coronavirus fears », 2020.
29. Omnia Health Insights, « How to protect the wellbeing of healthcare staff in the COVID-19 crisis », 2020. Sur Internet : <https://insights.omnia-health.com/coronavirus-updates/how-protect-wellbeing-healthcare-staff-covid-19-crisis>.
30. Williamson, V., et al., « Moral injury: Violating your ethical code can damage mental health – new research », 2019 (cité le 30 avril 2020). Sur Internet : <https://medicalxpress.com/news/2019-04-moral-injury-violating-ethical-code.html>.
31. Kopacz, M. S., D. Ames et H. G. Koenig, « It's time to talk about physician burnout and moral injury », *Lancet Psychiatry*, vol. 6, n° 11, 2019, p. e28.
32. Chew, N. W., et al., « A Multinational, Multicentre Study on the Psychological Outcomes and Associated Physical Symptoms Amongst Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak », *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020.
33. Garber, J., « Moral injury: A systemic issue in medicine », 2019 (cité le 30 avril 2020). Sur Internet : <https://lowinstitute.org/moral-injury-a-systemic-issue-in-medicine/>.
34. Institut canadien d'information sur la santé, « COVID-19 and Global Human Health Resources », 2020.
35. Chochinov, A., et R. Lim, « On the Brink of Burnout: COVID-19 and the ER », 2020.

36. Sun, N., et al., « A Qualitative Study on the Psychological Experience of Caregivers of COVID-19 Patients », *American Journal of Infection Control*, 2020.
37. Ulrich, C. M. et C. Grady, *COVID-19 Resource: What Are Our Professional and Ethical Obligations to Patients and Ourselves?*.
38. Ho, C. S., C. Y. Chee et R. C. Ho, « Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic », *Ann Acad Med Singapore*, vol. 49, n° 1, 2020, p. 1-3.
39. Spoorthy, M. S., « Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review », *Asian Journal of Psychiatry*, 2020.
40. Sarnier, M., « Maintaining mental health in the time of coronavirus », *New Scientist*, vol. 246, n° 3279, 2020, p. 40-46.
41. DePiero, J., S. Lowe et C. Katz, « Lessons Learned from 9/11: Mental Health Perspectives on the COVID-19 Pandemic », *Psychiatry Research*, 2020: p. 113024.
42. Knaak, S., et al., « Implementation, Uptake, and Culture Change: Results of a Key Informant Study of a Workplace Mental Health Training Program in Police Organizations in Canada », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 64, suppl. 1, 2019.
43. Dimoff, J. K. et E. K. Kelloway, « With a little help from my boss: The impact of workplace mental health training on leader behaviors and employee resource utilization », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 24, n° 1, 2019, p. 4-19.
44. Jones, N., et al., « Cohesion, leadership, mental health stigmatisation and perceived barriers to care in UK military personnel », *Journal of Mental Health*, vol. 27, n° 1, 2018.
45. Maben, J. et J. Bridges, « Covid19: Supporting nurses' psychological and mental health », *Journal of Clinical Nursing*, 2020.
46. Organisation mondiale de la Santé, *Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19*, OMS (éditeur), 2020.
47. US Department of Veterans Affairs, « Managing Healthcare Workers' Stress Associated with the COVID-19 Virus Outbreak », 2020. Sur Internet : https://www.ptsd.va.gov/covid/COVID_healthcare_workers.asp.
48. Burgess, P. A., « Optimal shift duration and sequence: Recommended approach for short-term emergency response activations for public health and emergency management », *American Journal of Public Health*, vol. 97, suppl. 1, 2007, p. S88-S92.
49. Boyd, M., *RPS guidance on ethical, professional decision making in the COVID-19 Pandemic*, 2020.
50. Emanuel, E.J., et al., « Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19 » 2020, Massachusetts Medical Society.
51. Van Bavel, J. J., et al., « Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response », 2020.
52. Hardacre, J. et F. Director, « Psychological PPE: Survival Kit for Creating a Safer Culture in the Covid-19 context by Dr Jeanne Hardacre & Dr Alexander Margetts ».
53. Hendin, A., et al., « End-of-life care in the Emergency Department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19) », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 2020, p. 1-5.
54. Hodgson, T. J., et L. B. Carey, « Moral Injury and Definitional Clarity: Betrayal, Spirituality and the Role of Chaplains », *Journal of Religion and Health*, vol. 56, 2017, p. 1212-1228.
55. Miyamoto, Y., et T. Sono, « Lessons from peer support among individuals with mental health difficulties: a review of the literature », *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 8, 2012, p. 22-29.
56. Carey, L. B., et T. J. Hodgson, « Chaplaincy, Spiritual Care and Moral Injury: Considerations Regarding Screening and Treatment », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 9, 2018, p. 619.
57. Wandersman, A., et P. Florin, « Community interventions and effective prevention », *American Psychologist*, vol. 58, no 6-7, 2003.
58. Wilk, J. E., et al., « Unethical battlefield conduct reported by soldiers serving in the Iraq war », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 201, n° 4, 2013, p. 259-265.
59. Anderson, N., et al., « Prospective associations of perceived unit cohesion with postdeployment mental health outcomes », *Depression and Anxiety*, vol. 36, no 6, 2019, p. 511-521.
60. Morganstein, J. C., et al., « Response to and Recovery from the COVID-19 Pandemic: What Will It Take? » *Psychiatry*, 2020, p. 1-6.
61. Shanafelt, T., J. Ripp et M. Trockel, « Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic », *Jama*, 2020.
62. Nobles, J., et al., « The potential impact of COVID-19 on mental health outcomes and the implications for service solutions », 2020.
63. Zust, J., et S. Krauss, « Force protection from moral injury: Three objectives from military leaders », *Joint Force Quarterly*, vol. 92, n° 1, 2019, p. 44-49.
64. Currier, J. M., J. M. Holland et J. Malott, « Moral Injury, Meaning Making, and Mental Health in Returning Veterans », *Journal of Clinical Psychology*, vol. 71, n° 3, 2015, p. 229-240.
65. Gray, M. J., et al., « Adaptive Disclosure: An Open Trial of a Novel Exposure-Based Intervention for Service Members With Combat-Related Psychological Stress Injuries », *Behavior Therapy*, vol. 43, n° 2, 2012, p. 407-415.
66. Sherman, N., « Recovering lost goodness: Shame, guilt, and self-empathy », *Psychoanalytic Psychology*, vol. 31, n° 2, 2014, p. 217-235.
67. Worthington, E. L., et D. Langberg, « Religious considerations and self-forgiveness in treating complex trauma and moral injury in present and former soldiers », *Journal of Psychology and Theology*, vol. 40, n° 4, 2012, p. 274-288.
68. Gray, M. J., W. P. Nash et B. T. Litz, « When Self-Blame Is Rational and Appropriate: The Limited Utility of Socratic Questioning in the Context of Moral Injury: Commentary on Wachen et al. (2016) », *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 24, n° 4, 2017, p. 383-387.
69. Smith, E. R., J. M. Duax et S. A. Rauch, « Perceived perpetration during traumatic events: Clinical suggestions from experts in prolonged exposure therapy », *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 20, 2013, p. 461-470.
70. Wachen, J. S., K. A. Dondanville et P. A. Resick, « Correcting misperceptions about cognitive processing therapy to treat moral injury: A response to Gray and colleagues (this issue) », *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 24, 2017, p. 288-392.
71. Brooks, M. S., S. B. Laditka et J. N. Laditka, « Long-term effects of military service on mental health among veterans of the Vietnam war era », *Military Medicine*, vol. 173, n° 6, 2008, p. 570-575.

Pour obtenir des conseils sur les ressources à votre disposition et à celle de votre personnel, veuillez communiquer avec les services de bien-être et de soutien de votre hôpital ou de votre organisme de santé.



Centre d'excellence - TSPT
Financé par Anciens Combattants Canada



Phoenix
AUSTRALIA

CENTRE FOR
POSTTRAUMATIC
MENTAL HEALTH