



BIBLIOTHÈQUE

CÉGEP DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans [Depositum](#), site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous. L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre.

Warning

The library of the Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue and the Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) obtained the permission of the author to use a copy of this document for nonprofit purposes in order to put it in the open archives [Depositum](#), which is free and accessible to all. The author retains ownership of the copyright on this document.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES – PROFIL ESSAI

PAR

LOUISE VIGNEAULT

INTERVENTION DE PRÉVENTION PRIMAIRE POUR L'ÉTAT DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE CHEZ LE PERSONNEL INFIRMIER D'URGENCE DE RÉGION

MARS 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES – PROFIL ESSAI (M. Sc.)

Direction d’essai :

P^{re} Annie Perron, inf. M. Sc., étudiante Université du Québec en Abitibi-
au doctorat Témiscamingue

Jury d’évaluation de l’essai :

P^{re} Vivianne Fournier, inf., M. Éd. Université du Québec en Abitibi-
Témiscamingue, présidente du jury

P^{re} Chantal Verdon, inf. Ph. D. Université du Québec en Outaouais,
membre externe

P^{re} Annie Perron, inf. M. Sc., étudiante Université du Québec en Abitibi-
au doctorat Témiscamingue, directrice de recherche

Sommaire

Le personnel infirmier est plus à risque de souffrir d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT) que la population générale, particulièrement dans les urgences de région éloignée. Le peu d'expositions cliniques à certaines pathologies en plus de la proximité avec la clientèle sont des facteurs contributifs qui leur sont propres. Toutefois, aucune action pour prévenir l'ÉSPT n'est instaurée pour cette clientèle en Abitibi-Témiscamingue (Ab.-T.). Un devis d'intervention fut utilisé pour réaliser cet essai, qui comportait deux objectifs : 1) élaborer une formation portant sur la prévention de l'ÉSPT, basée sur le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph destinée au personnel infirmier d'urgence de l'Ab.-T.; 2) évaluer la perception de son utilité dans sa formule en ligne – web différé. Une fois la formation élaborée par l'étudiante-chercheuse, l'évaluation a été réalisée par un comité de cinq experts provenant du corps professoral de l'Université du Québec en Ab.-T. (UQAT). Un questionnaire web autoadministré utilisant une échelle de Likert incluant une section commentaires a été utilisé. Les résultats ont ensuite été regroupés et analysés. Selon les participants, la formation dans sa formule en ligne permet de bien rendre l'information et sera utile à la prévention de l'ÉSPT des infirmières et infirmiers d'urgence de l'Ab.-T. À la suite des commentaires constructifs des experts, quelques bonifications seront apportées à la formation. Celle-ci sera non seulement accessible à la clientèle cible, mais également à l'ensemble du personnel infirmier d'urgence des six régions ressources éloignées du Québec.

Mots clés : Infirmière, salle d'urgence, prévention ÉSPT, intervention de prévention de l'ÉSPT, régions ressources éloignées; Nurse, emergency room, prevention PTSD, PTSD prevention intervention, remote resource regions

*Je dédicace cet essai aux trois hommes de ma vie, Yannick, Théo et Zack.
Ils ont consenti à ce que je me partage entre eux, mon travail et mes études.
Merci de votre patience, de votre compréhension et de vos encouragements.*

Je vous aime mes amours.

Si tu écoutes ton corps lorsqu'il chuchote; tu n'auras pas à l'entendre crier.

Sagesse tibétaine

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	12
Problématique	15
ÉSPT chez les infirmières et infirmiers	19
ÉSPT pour les infirmières et infirmiers d'urgence	20
Cadre de référence.....	25
Définitions.....	26
Évènement traumatique.....	27
Trauma vicariant	27
La fatigue de compassion.....	28
Le stress organisationnel	28
La violence horizontale	29
Le stress.....	29
Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.....	30
Modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie	31
Niveaux de prévention	34
Prévention primaire.....	35
Prévention secondaire	36
Prévention tertiaire	37
Recension des écrits	38
Facteurs prédisposants et de protection.....	43
Facteurs prétraumatique	45
Facteurs péritraumatiques	48
Facteurs post-traumatiques.....	50
Contexte pandémique.....	52
Méthode.....	54
Devis	57

Considérations éthiques	58
Objectifs	60
Premier objectif: élaboration de la formation	61
Deuxième objectif : évaluation de la formation.....	62
Description des rôles et des responsabilités des partenaires	64
Résultats	65
Premier objectif: élaboration de la formation	66
Deuxième objectif : évaluation de la formation.....	66
Comité expert.....	67
Discussion et recommandations.....	73
Premier objectif : Élaboration de la formation.....	74
Deuxième objectif : Évaluation de la formation par un comité expert	75
Questionnaire en ligne auto administrée	77
Formation	81
Forces et limites de l’essai	84
Recommandations	85
Conclusion	86
Références	89
Appendice A Acceptation du projet par le Comité scientifique.....	94
Appendice B Présentation PowerPoint de la formation élaborée.....	96
Appendice C Appel d’intérêt.....	132
Appendice D Questionnaire web autoadministré.....	134
Appendice E Certificat du Comité d’éthique de la recherche de l’UQAT.....	140

Liste des tableaux

Tableau 1 : Prévention de l'ÉSPT	68
Tableau 2 : Formule formation en ligne	69

Liste des figures

Figure 1 : Modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie.....	33
Figure 2 : Programme d'évaluation et de gestion des évènements traumatiques.....	35
Figure 3 : Détail de la recension des écrits par thème de recherche.....	42
Figure 4 : Analyse thématique	70

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier les professeurs d'avoir répondu à l'appel à titre d'expert pour évaluer ma formation. La formule de formation en ligne – web différée et l'évaluation par un comité expert furent une adaptation du projet d'intervention initiale en raison du contexte de pandémie et de pénurie de personnel.

Merci à ma directrice, Pre Annie Perron, qui, depuis maintenant plus de cinq ans, m'accompagne de main de maître dans ce beau défi, par moment elle a cru en moi plus que moi-même, ce qui m'a permis de me dépasser. Ainsi qu'aux membres du jury, qui par leurs commentaires ont permis la bonification de mon essai.

Un merci également à mes parents qui ont toujours cru en mes aptitudes, m'ont accompagné et encouragé depuis mon plus jeune âge à poursuivre mes ambitions.

Une pensée particulière à la mémoire de Luc Lemieux, chef de la Salle d'urgence, des soins intensifs, du bloc opératoire et responsable du retraitement pour la MRC d'Abitibi-Ouest, décédé il y a maintenant plus d'un an. Il aura été un mentor pour moi comme pour bien d'autres. Ayant rapidement muté en santé publique, le sujet de mon essai était une occasion d'échanger avec ce dernier, des moments précieux et grandement appréciés.

Un dernier merci à deux collègues en or, Anik et Maryse. Elles ont su relire et commenter mes travaux ainsi que m'encourager dans ce projet farfelu de réaliser une maîtrise en travaillant à temps plein, et ce, avec des enfants.

Introduction

Les infirmières et infirmiers agissent sur la santé des populations, mais il est pertinent de s'intéresser à leur santé et plus particulièrement leur santé psychologique en milieu de travail. La littérature mentionne que le personnel infirmier est plus à risque de souffrir d'un ÉSPT que la population en général (Briere & Scott, 2015; Centre canadien d'hygiène et de sécurité du travail [CCHST], 2019; Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020b) et ce risque est accru pour les infirmières et infirmiers de régions (Savard, 2018). Pourtant, aucune action pour prévenir l'ÉSPT n'est en place pour le personnel infirmier d'urgence de la région de l'Ab.-T. Étant conseillère en soins infirmiers en santé publique pour le programme santé au travail, l'étudiante-chercheuse a développé une expertise en matière de prévention de l'ÉSPT et elle désirait soutenir ses pairs dans la prise en charge de ce risque. C'est pourquoi, dans le cadre de cet essai, une formation visant à comprendre et prévenir l'ÉSPT destinée au personnel infirmier d'urgence de l'Ab.-T. a été réalisée au moyen d'un devis d'intervention. Ce projet d'intervention présente deux objectifs : 1) élaborer une formation portant sur la prévention de l'ÉSPT, basée sur le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph destinée au personnel infirmier d'urgence de l'Ab.-T.; 2) évaluer la perception de son utilité dans sa formule en ligne – web différé. Une fois la formation élaborée par l'étudiante-chercheuse, l'évaluation a été réalisée par un comité formé de cinq experts provenant du corps professoral de l'UQAT.

Le présent essai est organisé en six chapitres. Tout d'abord, le premier chapitre présente la problématique de l'ÉSPT chez le personnel infirmier en général, puis plus précisément pour celui-ci travaillant au sein des urgences en région. Le deuxième chapitre présente le cadre intégré du présent essai comprenant : 1) le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) ; 2) les niveaux de préventions selon le *Programme d'évaluation et de gestion des évènements traumatiques* de Guay et Marchand (2011) dans Bond, Guay et Belleville (2019). Ensuite, le troisième chapitre fait état de la recension des écrits ayant permis de documenter particulièrement les facteurs de prédisposition et de protections en vue de la réalisation de la formation. Puis, la méthodologie utilisée pour mener l'essai est présentée au chapitre quatre. S'en suivent la présentation des résultats au chapitre cinq et la discussion de ceux-ci de même que les recommandations au chapitre six.

À noter, la démarche de l'étudiante-chercheuse dans le présent projet a été amorcée avant l'arrivée du contexte pandémique. Ce contexte a inévitablement influencé la réalisation de cet essai.

Problématique

Bien que la santé physique des travailleurs et travailleuses soit essentielle, il y a davantage à prendre en compte par les milieux de travail. En effet, depuis 2000, les obligations des employeurs en matière de santé au travail englobent la santé physique, mais également la santé mentale (Vézina, Cloutier, Stock, Lippel, Fortin, Delisle, St-Vincent, Funes, Duguay, Vézina & Prud'homme, 2011). Ce n'est que près de vingt ans plus tard que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2019) établit le *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023* pour son personnel du réseau de la santé. Ce plan prévoit l'identification et l'évaluation des risques psychosociaux du travail (MSSS, 2019). Peu après, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publie son rapport de recherche *l'Inégalités de santé au travail entre les salariés visés et ceux non visés par les mesures préventives prévues par la Loi sur la santé et la sécurité du travail* (Stock & Nicolakakis, 2020), qui recommande d'étendre l'accès au mécanisme de prévention à l'ensemble des travailleurs et travailleuses.

Jusqu'à tout récemment, le milieu de la santé faisait partie des groupes dits non prioritaires, donc non visés par les activités d'identification, d'évaluation et de prévention en milieu de travail du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) (Stock & Nicolakakis, 2020). Alors que les professionnels et les gestionnaires de ce regroupement sont à la base des employés du réseau de la santé, au même titre que le personnel infirmier

d'urgence, le programme est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La législation en vigueur au début des travaux de cet essai visait le déploiement des mesures de prévention pour les groupes dits prioritaires exclusivement, soit un à trois, qui sont en lien avec différents secteurs économiques d'activités tels mines, carrières et puits de pétrole ou exploitation forestière, services forestiers et industries du bois de sciage et des bardeaux. Les Services médicaux et services sociaux font partie des établissements du groupe six, soit le dernier groupe (Stock & Nicolakakis, 2020). Au moment d'écrire ces lignes, une modernisation du régime de santé et de sécurité du travail est en cours au Québec. Celle-ci aura comme avantage d'être plus inclusive et sensible aux risques psychosociaux (RPS) (CNESST, 2021). Ainsi, comme souhaité dans le rapport de l'INSPQ sur les inégalités de santé au travail, les employeurs de l'ensemble des secteurs économiques ont désormais des obligations en matière de prévention incluant celle des RPS (Stock & Nicolakakis, 2020). Toutefois, jusqu'à maintenant, l'expertise du RSPSAT n'est limitée qu'à certains secteurs d'activités professionnelles, excluant le secteur de la santé. Bref, bien que le RSPSAT ait développé une expertise en prévention de l'ÉSPT, il ne peut partager cette dernière avec ses propres collègues de la profession infirmière malgré la volonté de promouvoir l'expertise infirmière. Moretti mentionnait déjà en 2008, le besoin de promouvoir la discipline d'infirmière en santé publique, plus particulièrement l'expertise des infirmières et infirmiers du RSPSAT pour agir sur la santé en milieu de travail de leurs pairs.

Ainsi, comme les infirmières et infirmiers agissent sur la santé psychologique des populations, il est pertinent de se questionner sur leur santé et plus particulièrement leur santé en milieu de travail. À cet effet, la *Canadian Federation of Nurses Unions* (CFNU) publiait en 2020 une première évaluation pancanadienne précisément sur le stress post-traumatique chez le personnel infirmier faisant état du besoin de soutenir la santé mentale des infirmières et infirmiers au pays et mentionnait notamment le besoin de soutenir la santé mentale par différentes actions (Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020a). Les gestes à poser sont tant du point de vue des organisations que des autorités ministérielles provinciales et fédérales. Il s'agit, par exemple, de dispenser de la formation accessible pour outiller le personnel infirmier à reconnaître des problèmes de santé mentale, les actions préventives à poser et les ressources accessibles dans le but d'augmenter leurs connaissances et de diminuer les tabous non pas pour leurs clientèles, mais bien pour le personnel infirmier lui-même (Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020a). Également, Lavoie, Talbon et Mathieu (2011) mentionnent l'importance de l'éducation adaptée au risque. Dans le même ordre d'idée, deux mémoires de maîtrise en sciences infirmières québécois mettent en lumière la valeur ajoutée de la sensibilisation sur le sujet afin d'améliorer la connaissance des facteurs de risques et de protections relatifs à l'ÉSPT pour les infirmières et les infirmiers, dont ceux travaillant à l'urgence (Lavoie, 2014; Pinsonnault 2018).

Donc, dans le cadre de cet essai, l'étudiante-chercheuse avait le désir de partager son expertise et soutenir ses collègues dans la prise en charge du risque de développer un ÉSPT en contexte de travail, sachant que l'éducation à la santé en matière de prévention

de la santé mentale est une mesure préventive efficace (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). D'autant plus que, déjà en 2008, l'INSPQ précisait dans son étude sur les interventions efficaces en promotion, prévention de la santé mentale, que le soutien aux travailleurs est très important à l'équilibre mental, de même que l'importance d'augmenter la littératie de la population en matière de santé mentale (Desjardins, D'Amours, Poissant, & Manseau, 2008). Précisons aussi qu'un lien est reconnu entre la qualité des soins octroyés par le personnel infirmier et leur vulnérabilité aux ÉSPT en raison d'exposition répétée à des ÉT dans le contexte de leur travail (Adriaenssens, Gucht et Maes, 2012).

Il est souhaité que le présent essai favorise la mise en action des professionnels visés. Le choix de soutenir particulièrement les infirmières et infirmiers qui exercent dans les urgences en région éloignée n'est pas le fruit du hasard. En effet, ces professionnels se démarquent en matière de risque d'exposition aux événements traumatiques (ÉT) pour plusieurs raisons en ce qui concerne le risque de développer un ÉSPT en contexte de travail.

ÉSPT chez les infirmières et infirmiers

Tout d'abord, le personnel infirmier est plus à risque que la population générale; de vivre un ÉSPT (Briere & Scott, 2015; CCHST, 2022; Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020b) au même titre que les professionnels de la sécurité publique; tels les membres des forces armées ou des corps de police ainsi que les personnes qui œuvrent dans les services

préhospitaliers d'urgence et les services de sécurité incendie (CCHST, 2022; Briere & Scott, 2015 ; Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020b). Le risque de vivre un ÉT, comme le fait d'intervenir dans le cas d'actes criminels, d'accidents ou de situation où il y a une menace à la sécurité, est plus élevé chez le personnel infirmier que dans la population en générale, ce qui augmente le risque d'ÉSPT (CCHST, 2022).

ÉSPT pour les infirmières et infirmiers d'urgence

Une attention particulière doit être portée aux membres de la profession infirmière exerçant à l'urgence en raison du risque plus grand d'exposition potentielle de celles-ci à un ÉT, comme le décès d'un enfant ou des événements touchant des proches, un collègue et sa famille, ainsi que des gens leur rappelant un proche (Costa Mia & Ribeiro, 2010; Lavoie, Talbon & Mathieu, 2011; Lavoie, Talbot, Mathieu, Dallaire, Dubois, & Courcy, 2016; Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020b). La notion d'imprévisibilité propre à l'ÉT est particulièrement présente dans le contexte des soins d'urgence comparativement à d'autres départements où la mort peut aussi être côtoyée, mais de manière plus prévisible.

ÉSPT pour les infirmières et infirmiers d'urgence en région éloignée

Pour le personnel infirmier exerçant en région éloignée comme en Ab.-T., deux concepts évoqués leur sont spécifiques. Ces facteurs de risques distinctifs sont la proximité avec la communauté desservie et le champ d'expertise.

La proximité. Tout d'abord, la notion de proximité, soit le fait de devoir prendre en charge rapidement et adéquatement des patients qu'ils connaissent, engendre des circonstances délicates et anxiogènes, ce qui augmente le risque (Savard, 2018). Le personnel infirmier en région éloignée présente un risque accru, comparativement à leurs collègues de centre urbain, de devoir intervenir lors d'événements touchant des proches, un collègue ou sa famille (Lavoie, Talbon & Mathieu, 2011; Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020b). En effet, la population des différentes villes de l'Ab.-T. est aussi petite que 3 000 habitants (Ministère de l'Économie et de l'Innovation, 2022). Les professionnels de la santé sont donc inévitablement amenés à soigner des gens de leur entourage. À cet effet, des collègues ont confié à l'étudiante-chercheuse que certaines situations peuvent être anxiogènes; soit prendre en charge des personnes qu'elles connaissent, l'anticiper de même que devoir assurer des soins spécialisés en l'attente d'un transfert vers un centre spécialisé. Les délais de transfert pouvant être prolongés dans certains cas puisqu'ils sont tributaires de la disponibilité des services d'évacuations aéromédicales. Aussi, les soins en situation d'urgence ou d'arrêt cardiaque pédiatriques et néonataux (*codes roses*) sont en particulier des situations d'urgence rapportées comme d'importants générateurs de stress, surtout lorsque les parents sont connus par les professionnels de la santé intervenant dans la situation. À cet effet, il est rapporté dans les travaux de Lavoie (2014) que les situations incluant le décès d'un enfant sont parmi les **ÉT** les plus marquants.

L'expertise. Ensuite s'ajoute la difficulté à développer une expertise en raison de la faible exposition clinique par rapport à certaines problématiques de santé. En effet, les infirmières et infirmiers travaillant en région doivent être des généralistes avec un grand champ d'expertise puisqu'elles doivent déceler rapidement des pathologies qu'elles ne verront peut-être qu'une seule fois au cours de leur carrière (Savard, 2018). Il devient donc difficile pour ces professionnelles d'avoir un sentiment de compétence lorsqu'elles rencontrent une problématique pour laquelle elles ont eu peu d'expositions cliniques. En fait, comme mentionnée par Costa Mia et Ribeiro (2009), la notion de sentiment de compétence envers ses interventions agit de manière préventive dans le cadre de situations délicates. Cela devient donc au contraire un facteur de risque pour le personnel infirmier travaillant en régions éloignées.

ÉSPT pour les infirmières et infirmiers d'urgence de la région de l'Abitibi-Témiscamingue

Jusqu'à maintenant, les observations dans le milieu démontrent qu'aucune action pour prévenir l'ÉSPT n'est présente pour les infirmières et infirmiers d'urgence de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (Ab.-T.) à l'exception de la gestion des situations liées à la clientèle violente agressive. Il est important de mentionner que la procédure pour personne violente agressive (code blanc) devant être utilisée dans les établissements de soins prévoit une prise en charge du personnel post-intervention pour prévenir les conséquences chez les professionnels étant intervenus (Blanchette, 2018). Cette procédure prévoit la référence du personnel à de l'aide spécialisée ou encore au programme d'aide

aux employés (PAE) (Blanchette, 2018). Cela peut expliquer pourquoi les agressions ne sont pas répertoriées dans la littérature comme un facteur de risque particulier dans le contexte du travail d'urgence bien qu'elles réfèrent à la notion d'ÉT selon le DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (Crocq, Guelfi, & APA, 2015). Une autre particularité du travail dans les urgences de la région de l'Ab.-T. est à souligner, soit le sentiment d'isolement. En effet, en raison de la distance géographique entre la région et les centres tertiaires, puis les délais encourus pour les transferts, le personnel peut avoir une impression de perte de contrôle et d'isolement selon les observations dans le milieu par l'étudiante-chercheuse. Sachant que la confiance en ses pratiques et le sentiment de contrôle sur les événements ont un effet protecteur (Lebel, 2015), la situation dans les urgences de l'Ab.-T. devient donc un facteur de risque.

Comme les facteurs prédisposants ainsi que de protection sont connus, il apparaît nécessaire de partager ces connaissances avec les infirmières et infirmiers des salles d'urgence de la région. En effet, elles sont une clientèle risquant de développer un ÉSPT à la suite d'un ÉT dans leur milieu de travail. Bien que l'ÉSPT soit de plus en plus documenté pour les infirmières et infirmiers d'urgence, peu de publications mentionnent des actions préventives en milieux de soins, excepté les travaux de Lavoie (2014) qui ont inspiré cet essai, mais aucun propre aux particularités des régions éloignées.

Aussi, il existe une version adaptée au RSPSAT des assises de l'exercice de la profession d'infirmière. Dans celle-ci, la personne inclut les travailleurs et leurs

employeurs, soit dans le cas présent le personnel infirmier d'urgence de région, ainsi que leurs gestionnaires. Ensuite, la santé réfère à la notion de reconnaissance des risques ainsi qu'à leur prise en charge. Puis, l'environnement fait référence au milieu de travail, soit dans la présente démarche, le département d'urgence d'un hôpital de région éloignée ainsi qu'aux facteurs de risques qui s'y retrouvent dont le risque d'exposition à des ÉT. Finalement, le soin inclut les actions visant la prévention, dont les interventions d'information et de formation. (Comité provincial des soins infirmiers en santé au travail, 2011)

Ultimement, à la suite de cet essai, le comité de direction veut rendre cette formation accessible pour outiller les infirmières et infirmiers d'urgence de l'Ab.-T. à savoir comment démystifier et reconnaître leurs propres risques d'ÉT dans leur milieu de travail ainsi qu'à connaître les actions préventives à poser en vue de limiter leur risque de développer un ÉSPT .

Cadre de référence

Le cadre intégré du présent essai comprend : 1) le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) ; 2) les niveaux de préventions selon le *Programme d'évaluation et de gestion des évènements traumatiques* de Guay et Marchand (2011) dans Bond, Guay et Belleville (2019). Dans un premier temps, certains concepts seront définis afin d'assurer une compréhension commune de la terminologie utilisée dans le cadre intégré. Dans un deuxième temps, la définition des concepts relatifs à la gradation du stress sera présentée, soit le stress, les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, dont l'état de stress aigu (ÉSA) et l'ÉSPT. Ensuite, le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) ainsi que son utilité à la présente recherche seront présentés. Finalement, les niveaux de prévention seront également définis selon le programme de Guay et Marchand (2011) dans Bond, Guay et Belleville (2019), dont le niveau de prévention primaire de la présente intervention.

Définitions

Les concepts directement liés à l'ÉT seront définis. Il s'agit du trauma vicariant, de la fatigue de compassion, du stress organisationnel ainsi que de la violence horizontale.

Évènement traumatique

Un ÉT est un évènement durant lequel une personne décède; qu'une personne dont soi risque sa vie, est menacée de mort ou de blessure grave, est gravement blessée ou encore est exposée ou menacée de violence sexuelle (Crocq, Guelfi & APA, 2015). Depuis le DSM-5, les expositions répétées ou extrêmes à des détails pénibles d'ÉT ont été ajoutés à la définition d'un ÉT (Crocq, Guelfi & APA, 2015). Au-delà de cet ajout, il faut considérer qu'il est normal de réagir à un ÉT, puisque c'est l'ÉT qui est anormal (Martel & Vigneault, 2016).

Trauma vicariant

Le trauma vicariant correspond à un trauma secondaire puisqu'il fait référence aux professionnels qui réagissent à des ÉT vécus de façon répétée ou à des ÉT qui lui sont racontés, mais qui entraînent une réaction comme s'ils leur étaient arrivés à eux-mêmes (Lebel, 2015). Dans ces circonstances, les travailleurs de la santé souffrent au même titre que s'ils avaient vécu directement l'évènement, pouvant ainsi le ressentir physiquement et psychologiquement (Lebel, 2015). Il est également possible que l'infirmière ou l'infirmier éprouve de la reviviscence qui, comme cela sera abordé plus loin, est un symptôme distinctif de l'ÉSPT. Toutefois, il ne faut pas confondre le trauma vicariant et la fatigue de compassion qui est définie ci-dessous.

La fatigue de compassion

Tout d'abord, il y a plusieurs écoles de pensée en ce qui a trait à la fatigue de compassion, la notion même de compassion laisse place à de l'interprétation, particulièrement dans le contexte des soins infirmiers. En effet, elle diffèrerait du trauma vicariant dans le sens où elle n'est pas liée à un traumatisme et donc elle ne peut mener à un diagnostic d'ÉSPT à elle seule. Un élément est toutefois commun chez les différents auteurs, soit qu'elle engendre une saturation de la capacité à prendre soin de la part du professionnel, génère un sentiment de vide et induit un état de fatigue et d'épuisement, mais n'occasionne pas de traumatisme (Lebel, 2015 ; Ledoux, 2015 ; Goumdiss, 2018).

Le stress organisationnel

Le stress organisationnel comprend quant à lui les agents-stresseurs présents dans le milieu de travail (Lavoie, 2014). Celui-ci, tout comme la fatigue de compassion, peut mener à l'épuisement professionnel. Il engendre un sentiment de vide dû à la fatigue physique en réponse à un dévouement envers son travail (Lavoie, 2014) sans avoir en retour la reconnaissance attendue ou la valorisation espérée en retour (Lebel, 2015). L'impact du stress organisationnel puisqu'il occasionne également des conséquences négatives, comme l'absentéisme (Lavoie, 2014). Bien entendu, les conflits, le cynisme et la négativité, tant organisationnels que personnels, influencent la résistance au stress de manière générale (Lebel, 2015). Ces éléments seront abordés plus en profondeur dans la présentation du modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014).

La violence horizontale

La violence horizontale est la violence entre collègues (Pinsonnault, 2018). Selon les travaux de Laschinger (2012), il s'agit d'une situation alarmante pour le personnel infirmier, particulièrement chez les novices. Il est ressorti de ces travaux que cette situation peut engendrer non seulement de l'épuisement professionnel, mais également un ÉSPT (Laschinger, 2012). En effet, la violence horizontale est un élément pour lequel le personnel infirmier peut particulièrement prendre des mesures. Dans le contexte infirmier actuellement difficile dans plusieurs régions, agir de manière bien vaillante envers ces collègues est un incontournable. À noter, la violence horizontale est un élément qui a été ajouté à la suite de l'évaluation du présent essai par un comité expert; après la recherche de référence sur la pleine conscience ayant mis en lumière les travaux de Pinsonnault (2018).

Le stress

Le stress n'est pas en soi négatif puisqu'il génère la sécrétion d'hormones qui interviennent sur notre capacité à gérer une situation (Centre d'étude sur le stress humain (CESH), 2019a). Avant tout, il est important de rappeler qu'à la suite d'un ÉT, il est normal de ressentir du stress dans les premières heures suivant l'ÉT (Martel & Vigneault, 2016). Règle générale, en présence de stress, soit la personne cherche à combattre ou à fuir (CESH, 2019b). Il s'agit de réactions primitives qui visent à protéger l'individu d'une menace et qui engendrent une grande dépense énergétique (CESH, 2019b). Donc, le stress découle d'une réaction à des situations pour lesquelles nous ressentons un faible contrôle,

qui sont imprévisibles, nouvelles ou qui menacent notre égo (CESH, 2019a). D'où l'utilisation de l'acronyme C.I.N.É. (contrôle, imprévisibilité, nouveauté, égo) (CESH, 2019a).

Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Selon le DSM-5 (Crocq, Guelfi & APA, 2015), l'ÉSA et l'ÉSPT sont des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Tous deux doivent être précédés d'un ÉT, puis la personne doit présenter des symptômes précis somme toute assez similaires, qu'il s'agisse d'ÉSA ou d'ÉSPT. Comme nous le verrons ci-dessous, la plus grande distinction entre les deux diagnostics repose dans la durée des symptômes après l'ÉT.

L'état de stress aigu

L'ÉSA survient à la suite d'un ÉT et est diagnostiquée lorsque les symptômes surviennent de trois jours à quatre semaines après l'évènement (Crocq, Guelfi & APA, 2015). Les manifestations sont alors les symptômes envahissants, l'humeur négative, les symptômes dissociatifs, l'évitement et l'éveil qui persiste durant cette période (Crocq, Guelfi & APA, 2015).

L'état de stress post-traumatique

Selon le DSM-5, l'ÉSPT survient pour sa part quatre semaines et plus après l'ÉT (Crocq, Guelfi & APA, 2015). Les symptômes de l'ÉSPT sont regroupés en quatre familles. Premièrement, la reviviscence, soit la présence ou la persistance de symptômes

précis référant à des symptômes envahissants. Puis, en deuxième, l'évitement persistant, suivi en troisième des symptômes d'hyperactivité, soit l'altération persistante ou marquée de l'éveil et de la réactivité. Finalement, en quatrième, l'altération négative des cognitions et de l'humeur qui réfèrent pour sa part à l'altération cognitive et émotionnelle (Crocq, Guelfi & APA, 2015).

Comme mentionné, c'est principalement la question du moment et donc de la durée des symptômes qui distinguent l'ÉSA de l'ÉSPT. Indépendamment des symptômes distinctifs, il est important de retenir qu'il est normal de réagir à une situation anormale telle un ÉT (Martel & Vigneault, 2016).

Modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie

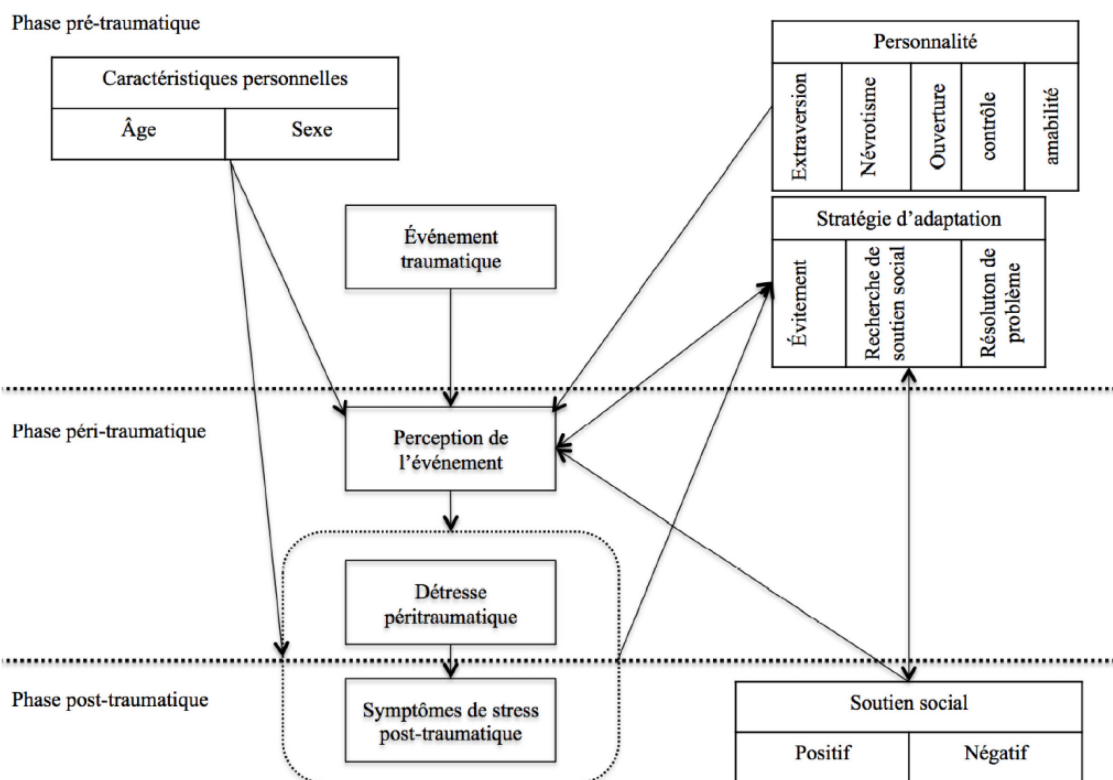
La compréhension commune des concepts définis ci-dessus permettra une meilleure compréhension du modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014). À noter que ce modèle est construit selon la même structure que le DSM-5. Tous deux distribuent les facteurs selon la phase à laquelle il renvoie, que ce soit en pré, péri ou post-traumatique.

Des actions préventives de l'ÉSPT sont possibles à différents moments à la suite d'un ÉT. Comme dans le DSM-5, le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) suggère une structure des facteurs de protection et de prédisposition selon trois moments entourant l'ÉT; soit pré, péri et post-traumatique. Ce modèle prend en

compte des facteurs personnels, internes et externes, ainsi que des facteurs sociaux. En effet, les stratégies d'adaptation ainsi que le soutien social influenceront la perception, l'interprétation et l'acceptation de l'évènement, ce qui influencera inévitablement l'apparition de symptômes ou non. Comme souligné dans ce modèle, chaque personne peut réagir différemment à un même évènement selon la perception qu'ils auront de ce dernier (CESH, 2019a). Ainsi, tous les infirmières et infirmiers exposés à un même ÉT ne développeront pas toutes et tous des symptômes à la suite de celui-ci (Lavoie, 2014). Le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) est schématisé à la Figure 1.

Figure 1

Modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie



Source : Lavoie, 2014

De plus, il se peut qu'une même personne réagisse différemment à deux événements similaires (CESH, 2019a). La réaction peut différer en raison d'exposition répétée à des événements ou en raison d'un niveau de stress supérieur qui influence négativement l'état d'équilibre de la personne et donc sa gestion de l'ÉT et ainsi moduler la perception qu'elle aura de celui-ci (CESH, 2019a). Selon le modèle, si le soutien social et la gestion du stress sont améliorés, la perception de l'événement sera plus positive et le pronostic à la suite d'un ÉT le sera également. La Figure 1 ci-dessus démontre comment

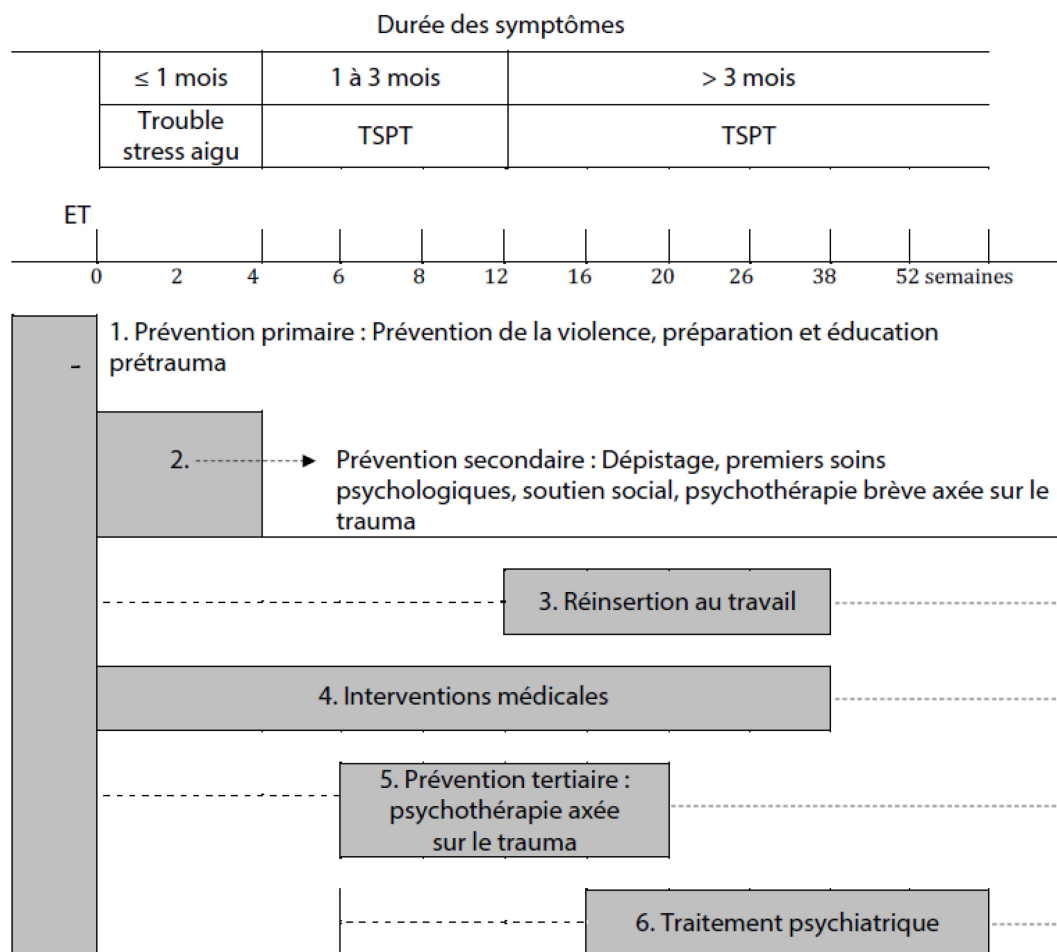
ces éléments rapportés dans le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) sont interreliés.

Niveaux de prévention

La définition des niveaux de prévention selon Bond, Guay & Belleville (2019) a été utilisée dans cet essai. Ainsi, le contenu de la présente section réfère à ces auteurs, sauf indication contraire. La compréhension des différents niveaux de préventions, soit primaire, secondaire et tertiaire, est essentielle afin de situer l'intervention réalisée. Les trois niveaux sont déterminés selon le moment où la prévention sera appliquée. Ces niveaux de prévention sont illustrés à la Figure 2. Les modèles récents basés sur la recherche proposent une gradation de prévention adaptée, allant de l'intervention de prévention primaire au traitement. Les milieux de travail à risque d'ÉT devraient détenir un programme de gestion globale des ÉT propre à leur milieu selon ces trois niveaux de prévention. Le trouble de stress post-traumatique est désigné par l'acronyme TSPT à la Figure 2, ce qui est une appellation comparable à ÉSPT utilisée par l'étudiante-chercheuse.

Figure 2

Programme d'évaluation et de gestion des évènements traumatiques



Source : Guay et Marchand (2011) dans Bond, Guay & Belleville (2019)

Prévention primaire

La prévention primaire vise à prévenir les répercussions des ÉT et préparer les travailleurs à y réagir avant même que celui-ci survienne. Elle inclut l'implication des gestionnaires et des travailleurs. Dans le cadre du présent projet d'intervention,

l'étudiante-chercheuse désire outiller les infirmières et infirmiers d'urgence de l'Ab.-T. pour leur permettre de démystifier et reconnaître le risque d'ÉT dans leur milieu de travail.

Une fois le risque reconnu, il est également nécessaire de connaître les actions préventives à poser aux différentes phases identifiées dans le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014). Cette formation n'agira donc pas directement sur la survenue des ÉT dans le cadre de leur travail, mais elle les aidera à les reconnaître et leur permettra d'ajuster leurs comportements et influencera la perception qu'ils auront de l'ÉT et leur capacité à y faire face. En effet, le contenu de la formation leur fournira des moyens pour améliorer leur gestion du stress et leur résilience, que ce soit par la pratique de techniques d'encrage ou encore la présence d'un entourage bienveillant. Bien entendu, cette prévention inclut la notion de premiers soins psychologiques (PSP) (Centre d'étude sur le trauma (CÉT), janvier 2020) et le partage des ressources disponibles pour consultation au moment opportun; permettant ainsi une prévention secondaire ou tertiaire selon le cas à la suite d'un ÉT. Ainsi le présent essai est une intervention de prévention primaire.

Prévention secondaire

En prévention secondaire, l'objectif est d'intervenir de manière précoce, dans le premier mois, suivant un ÉT, d'où l'intérêt d'utiliser les PSP afin d'éviter que cela évolue vers un ÉSPT. La formation élaborée par l'étudiante-chercheuse présente les mesures à prendre rapidement en post-événement afin de limiter le risque, telle la reconnaissance

des signes précurseurs, la mise en action rapide, puis le recours à des professionnels si nécessaires.

Prévention tertiaire

La prévention tertiaire réfère à l'aide et au soutien des travailleurs vivant un ÉSPT. À ce moment, il est souhaité de limiter les complications. D'ailleurs, cet élément est abordé dans la formation élaborée par l'étudiante-chercheuse pour encourager le personnel infirmier à aller chercher l'aide nécessaire et ainsi diminuer le risque de chronicité des symptômes.

Recension des écrits

La recension des écrits a été réalisée entre janvier 2018 et mai 2021 et visait à identifier les facteurs prédisposants et de protection associés à un ÉSPT, plus particulièrement pour les infirmières et des infirmiers d'urgence en région, en vue de l'élaboration de la formation. Celle-ci a été élaborée en fonction de la recension des écrits et de la structure du modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014). Bien entendu, une mise à jour de la recension fut réalisée dans le cadre de la rédaction du présent essai.

Il est important de préciser que, considérant le contexte de la pandémie de la COVID-19 qui a émergé au courant du parcours universitaire de l'étudiante-chercheuse, beaucoup d'écrits ont été publiés sur la santé psychologique du personnel de la santé dans ce contexte particulier. Puisqu'une formation préventive en matière d'ÉSPT se doit d'être donnée en formation continue et non en situation de crise (Lavoie, 2014). Ainsi que, pour des raisons de faisabilité dans le cadre d'un essai de maîtrise, la décision de ne pas tenir compte de la situation pandémique dans la présente démarche a été prise. Cette décision a impacté la recension des écrits de même que la méthodologie. Subséquemment, les textes faisant référence à l'actuelle pandémie de la COVID-19, bien que consultés, n'ont pas été retenus afin de rendre pérenne la formation élaborée. De plus, ces derniers ne présentaient pas de changements significatifs dans les mesures préventives pouvant être appliquées.

Il est apparu durant la recension des écrits que peu d'interventions préventives avaient fait l'objet d'étude auprès du personnel infirmier. De plus, la comparaison des taux d'infirmières et infirmiers à risque d'ÉSPT d'une étude à l'autre est difficile, car les taux sont nuancés en fonction de la version du DSM utilisé pour chacune d'entre elles. Comparativement à sa version précédente, le DSM-5 a élargi la définition d'ÉT en y incluant la notion d'exposition répétée (Crocq, Guelfi, & APA, 2015). Cette intégration vient inclure la notion de trauma vicariant et ainsi moduler le nombre d'infirmières ou d'infirmiers ayant vécu un ÉSPT dans les différentes études réalisées sous sa version précédente.

Dans le cadre de la recension des écrits à l'hiver 2021, en vue de l'élaboration de la formation, les bases de données internationales CINAHL et MEDLINE ont été consultées en trois thèmes de recherche avec le tronc commun de mots clés « *Post-traumatic and stress disorder* » or *post traumatic stress disorder* or *ptsd* or *posttraumatic stress disorder* or *post-traumatic stress disorder and nurs** and « *emergency department* » or « *emergency room* ». Pour le premier thème, soit les facteurs prédisposants et de protection, les expressions ajoutées au tronc commun ont été, and « *risk factors* » or « *contributing factors* » or « *predisposing factors* » or « *protect* factors* ». Puis, pour le second thème en lien avec les interventions réalisées, le tronc commun a été complété par *interventions* or *strategies* or « *best practices* ». Enfin, pour le troisième thème, le tronc commun a été accompagné par le seul mot *stress*. Seules les publications en langue française ou anglaise publiées après 2000 ont été retenues. Puis, une sélection a été réalisée

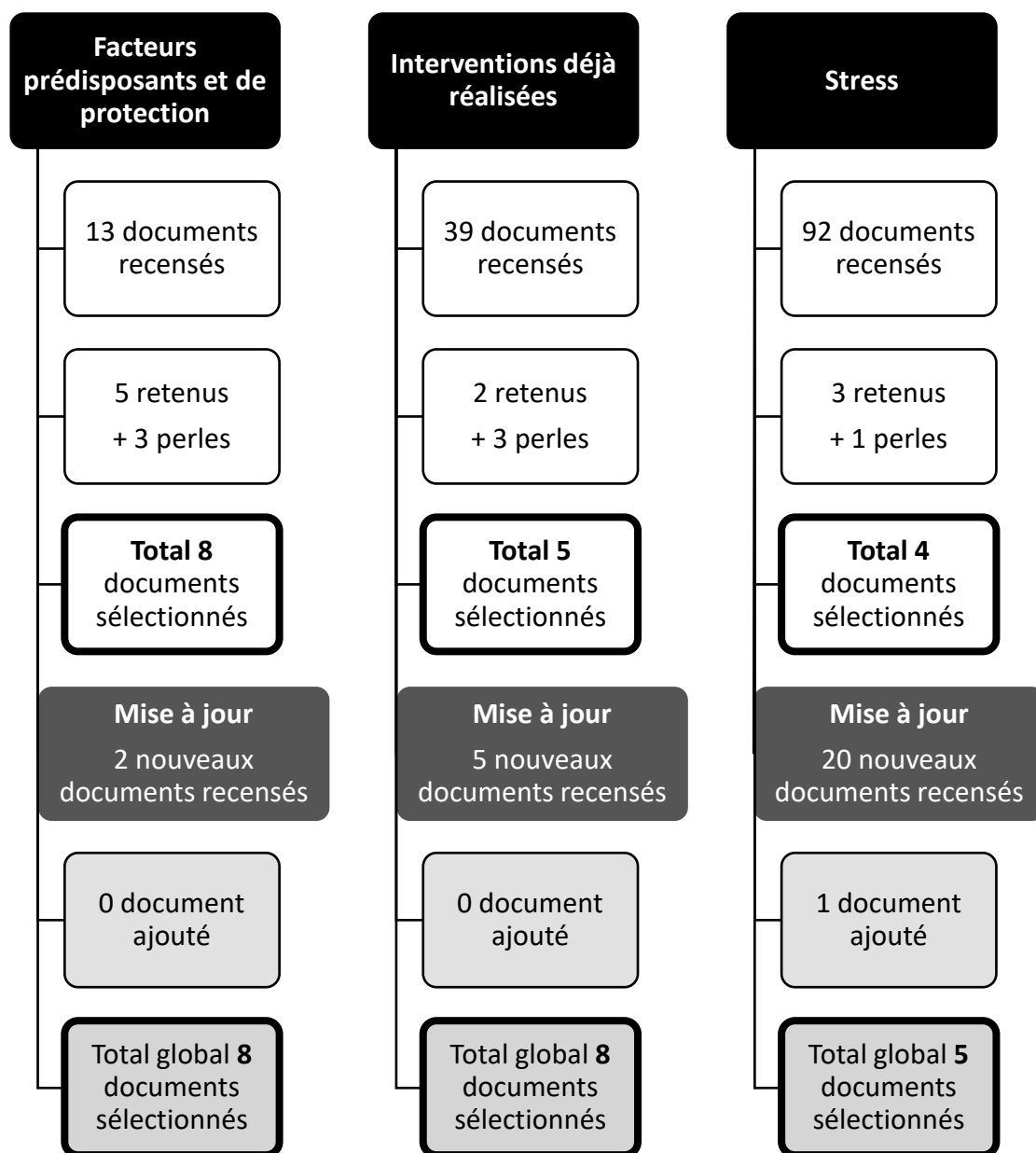
selon la pertinence de leur sommaire et la disponibilité de leur texte intégral; certains articles perles ont été trouvées et retenues parmi ceux-ci. La notion d'article perle, comme présentée par une bibliothécaire de l'Université du Québec à Rimouski, fait référence à des articles découverts au sein des références des textes initialement recensés. Bien entendu, tous les doublons obtenus dans la même recherche ou dans le ou les groupes de recherche subséquents ont été retirés. La Figure 3 présente le détail sur le nombre d'articles recensés pour chacun des groupes.

C'est d'ailleurs au sein de la première recension des écrits que les travaux de Lavoie ont été repérés (Lavoie, Talbon & Mathieu, 2011 ; Lavoie, 2014 ; Lavoie, Talbot, Mathieu, Dallaire, Dubois & Courcy, 2016). Ces travaux ont particulièrement soutenu la démarche de l'étudiante-chercheuse et proposé un cadre de référence.

La recension a été mise à jour de janvier à avril 2022. Compte tenu de la décision de ne pas s'attarder aux études concernant la COVID-19, le nombre de textes supplémentaires retenus n'est pas proportionnel au nombre de nouvelles études en lien avec le sujet. Le détail de la mise à jour est également présenté à la Figure 3.

Figure 3

Détail de la recension des écrits par thème de recherche.



La recherche documentaire a donc permis de répertorier vingt et un articles de recherche et études cliniques. Cependant, aucun n'était propre aux infirmières et

infirmiers d'urgence de région. Seuls les travaux de Lavoie et ses collaborateurs (Lavoie, Talbon & Mathieu, 2011 ; Lavoie, 2014 ; Lavoie, Talbot, Mathieu, Dallaire, Dubois & Courcy, 2016) référaient aux infirmières et infirmiers d'urgences québécoises, mais il s'agissait cependant de professionnel en soins de centre urbain. Pour les autres textes, bien que la majorité réfère à des populations d'infirmières et d'infirmiers d'urgence, dans la majorité des cas, celles-ci étaient soit Nord-Américaines, dont certaines Canadiennes ou Européennes.

En complément aux recherches sur les bases de données, d'autres documents furent consultés, soit des manuels, des articles ou de sites professionnels, du contenu de formation ainsi que des mémoires et thèses. Le *DSM-5* (Crocq, Guelfi, & APA, 2015) concernant la définition des critères diagnostiques des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, ainsi que le *Principles of Trauma Therapy, A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment* (Briere & Scott, 2015) ont été particulièrement utilisés. L'étudiante-chercheuse s'est également inspirée de travaux qu'elle a coproduits qui portent sur la prévention de l'ÉSPT chez les pompières et pompiers, incluant ceux volontaires de petites municipalités (Martel & Vigneault, 2016).

Facteurs prédisposants et de protection

À la suite de la recension des facteurs prédisposants ainsi que de protection associée à un ÉSPT chez des infirmières et infirmiers d'urgence en région dans la littérature, ceux-ci ont été catégorisés selon la structure du modèle d'adaptation au stress

traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) en vue de l'élaboration de la formation. Cette présentation du modèle est en fait la traduction libre que Lavoie (2014) a fait de celui-ci dans le cadre de ses travaux au doctorat concernant l'ÉSPT. Dans ces travaux, Lavoie (2014) a utilisé un devis de recherche évaluative en deux temps. Il a tout d'abord décrit les facteurs pré et post-traumatique associés aux symptômes d'ÉSPT à l'aide d'une étude corrélationnel transversale, puis décrit l'implantation (Lavoie, 2014). Ensuite, à l'aide d'un devis quasi-expérimental avant-après sans groupe témoin, il a évalué les effets d'une intervention sur les symptômes d'ÉSPT auprès de 35 infirmières d'urgence québécoises (Lavoie, 2014). Ainsi, ces travaux ont permis le développement des connaissances en ce qui a trait à la description des facteurs pré et post-traumatique. Parmi celles-ci, l'ajout du deuil/chagrin comme catégorie d'ÉT, la notion de protection pour les gens ayant une personnalité dite extravertie versus la notion de risque, pour les personnes dites névrosisme. Puis, l'implantation de l'intervention de soutien formé de différentes actions visant à parfaire les connaissances et les compétences du personnel d'urgence s'est avérée concluante et a permis une amélioration des symptômes sur une période d'un an, entre le T1 et le T2 (Lavoie, 2014). L'intervention comprenait différents volets, dont une formation pour la prise en charge des usagers agressifs ainsi que trois heures de formation de base visant à faire connaître les facteurs de risques et les caractéristiques de l'ÉSPT; de même qu'un programme d'entraide au sein du département, puis l'amélioration du soutien financier disponible pour des activités de mise en forme (Lavoie, 2014). Les facteurs ont donc été classés selon qu'ils réfèrent aux facteurs pré, péri ou post-

traumatique. Il est important de noter que l'absence ou la présence inadéquate d'un facteur de protection devient à l'inverse un facteur de prédisposition.

Facteurs prétraumatique

Avant même un ÉT, chaque infirmière et infirmier est plus ou moins protégé d'un possible ÉSPT. Ceci dépendamment de leur personnalité ou des stratégies d'adaptation, dont la résilience qu'ils ont développée.

La personnalité

Tout d'abord avant même qu'un ÉT ne survienne, certains facteurs comme la personnalité peuvent être vus comme un facteur de protection ou un facteur prédisposant à la survenue d'un ÉSPT (Lavoie, 2014). En effet, une personne extravertie serait plus protégée que le névrosisme (Lavoie, 2014). L'effet protecteur de la personnalité est également soulevé par Adriaenssens, Gucht et Maes (2012). Ces auteurs des Pays-Bas ont réalisé une étude longitudinale pour identifier les déterminants reliés au stress professionnel du personnel infirmier auprès de 248 infirmières et infirmiers de quinze hôpitaux généraux différents de Belgique sur une possibilité de 302 (Adriaenssens, Gucht et Maes, 2012). Pour ce faire, un questionnaire anonyme retourné par courriel était utilisé (Adriaenssens, Gucht et Maes, 2012). Les participants devaient avoir œuvré à l'urgence au cours les six derniers mois et avoir des contacts avec les usagers. À noter, le personnel en chef et les gestionnaires étaient exclus (Adriaenssens, Gucht et Maes, 2012). Leurs résultats précisent que le personnel infirmier d'urgence est exposé de manière élevée et

quasi continue aux ÉT; engendrant un niveau significatif de détresse psychologique et de plaintes somatiques incluant pour certains un seuil clinique d'ÉSPT (Adriaenssens, Gucht et Maes, 2012). De plus, bien que cette exposition aux ÉT est intimement reliée au risque d'ÉSPT les stratégies d'adaptation particulièrement celles axées sur le problème et le soutien disponible diminueront la détresse (Adriaenssens, Gucht et Maes, 2012). Les auteurs avancent également que certains traits caractéristiques de la personnalité des infirmières et infirmiers d'urgence, comme leur capacité à être multitâches et leur capacité d'adaptation, agiraient à titre de protection en matière d'ÉSPT (Adriaenssens, Gucht et Maes, 2012). De plus, bien que les caractéristiques intrinsèques de la personnalité de chaque individu aient un impact potentiel sur la suite des événements, des actions préventives peuvent être mises en place. En effet, bien que certaines personnalités présentent une prédisposition plus marquée que d'autres, il est possible de poser des actions afin de diminuer le risque.

Les stratégies d'adaptation

Les infirmières et infirmiers d'urgence ayant comme caractéristiques personnelles la résistance au stress, la résilience, l'autonomie, l'indépendance, la capacité à être multitâche, la capacité d'adaptation à des situations critiques ainsi que le calme en situation de chaos seraient potentiellement protégés d'un éventuel risque d'ÉSPT (Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012). De plus, toute personne peut agir sur sa capacité d'adaptation, sa gestion du stress et sa résilience dans le but de les développer ou de les optimiser.

Stress. Comme le stress agit sur le niveau d'anxiété, de dépression et de plaintes somatiques (CESH, 2019a), il est étroitement lié à l'ÉSPT. D'ailleurs, dans une analyse secondaire de données, Lapos, Alden, et Fullerton, (2003) présentent que les conflits interpersonnels sont une source non négligeable de stress présentés comme le principal déclencheur de l'ÉSPT pour les infirmières et infirmiers. Ce qui n'est pas surprenant, sachant que le stress joue sur l'état d'équilibre de la personne lors de l'ÉT et module la perception qu'elle aura de celui-ci (CESH, 2019a). La capacité d'adaptation dépendra donc, de la perception de la situation (CESH, 2019b). C'est d'ailleurs ce qui distingue les réactions des personnes exposées à un même évènement (CESH, 2019b).

Résilience. La résilience, qui réfère directement aux capacités d'adaptation, est reconnue comme un facteur de protection en matière d'ÉSPT (Lavoie, Talbot, Mathieu, Dallaire, Dubois & Courcy, 2016; Mealer, Jones, Newman, K. McFann, Rothbaum & Moss, 2012). Celle-ci se définit comme étant la capacité de rebondir, de se relever après un évènement difficile comme un ÉT (Bisson Desrochers, 2013). Également, elle réfère à la capacité de persister à s'adapter (Bourdon, 2013). En fait, les gens résilients ont un regard ouvert à la nouveauté et croient en un monde nouveau d'opportunités (Bouchard-Bastien, Brisson & Brisson, 2016). Les travaux de Tubber (2016) réalisés au moyen d'entrevues auprès de seize infirmières œuvrant dans une salle d'urgence de l'état de New York, dont deux pratiquant en milieu rural, ont permis d'identifier sept caractéristiques à la résilience, dont les deux principales sont la maîtrise de soi et l'optimisme.

Facteurs péritraumatiques

D'autres facteurs influencent le risque d'ÉSPT au moment même de l'ÉT. En effet, le risque dépendra de la perception que les professionnels auront de celui-ci, ce qui inévitablement sera personnel à chacun. Également, la proximité, soit le lien entre eux et la clientèle desservie abordé dans la problématique, nuancera leur perception de l'ÉT.

La perception

En effet, selon leur capacité d'adaptation et leur gestion du stress, la perception de l'ÉT sera différente d'une personne à l'autre (Lavoie, Talbot, Mathieu, Dallaire, Dubois & Courcy, 2016). Comme mentionné, le stress agit sur l'état d'équilibre de la personne lors de l'ÉT et module la perception qu'elle aura de celui-ci (CESH, 2019a) et de la qualité du travail qu'elle aura accompli. C'est d'ailleurs cette perception de la situation qui distingue les réactions de deux personnes pourtant exposées à un même événement (CESH, 2019a). Plus leurs capacités d'adaptation seront développées, moins les personnes seront à risque d'ÉSPT (Costa Mia & Ribeiro, 2010; Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012, Tubber, 2016). Ainsi, Lavoie (2014) précise dans sa thèse qu'une personne qui ressent de la culpabilité relativement à un événement risque de chercher à réparer la situation à l'aide de stratégies de résolution de problème. En fait, l'adaptation centrée sur le problème mène à l'analyse de celui-ci, puis, à travailler plus fort et à appliquer des leçons déjà apprises, lors d'expériences passées ou encore de parler avec des personnes qui ont un impact direct sur ladite situation (CESH, 2019b). Lavoie (2014) mentionne aussi, qu'à l'inverse, une

personne qui a honte de ce qui s'est passé risque de vouloir éviter les situations ou les éléments qui lui rappellent l'évènement. Il s'agit de stratégie d'adaptation centrée sur les émotions comme ruminer, éviter, nier ou encore se blâmer soi ou les autres (CÉSH, 2019b). À cet effet, Adriaenssens, Gucht et Maes (2012) précisent que le type d'adaptation au stress développé et utilisé, qu'il soit axé sur la résolution de problème ou sur les émotions, prédira respectivement un impact protecteur ou prédicteur d'un ÉSPT. Également, l'étude qualitative de Tubbert (2016) révèle qu'il est possible de réinitialiser une situation par la conscience de soi et ainsi modifier délibérément son comportement afin de traverser une situation de manière plus positive.

La proximité

Basé sur la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (2022), la notion de proximité, fait référence aux liens significatifs, ici entre le personnel infirmier d'urgence de région et la clientèle desservie. En effet, dans les milieux de petite taille, telle l'Ab-T., où la population se connaît; les intervenants ont davantage de chance de connaître la clientèle qu'ils auront à desservir, ce qui aura un impact favorable au développement d'un ÉSPT (Lavoie, Talbon & Mathieu, 2011; Marceau, 2014; Martel & Vigneault, 2016; Savard, 2018). À cet effet, il est reconnu dans la littérature que, conjointement au stress, la proximité avec la clientèle est un facteur de risque du développement d'un ÉSPT pour le personnel d'urgence (Lavoie, Talbon & Mathieu, 2011; Marceau, 2014; Martel & Vigneault, 2016; Savard, 2018). Lavoie, Talbon et Mathieu (2011) ainsi que Stelnicki, Carleton et Reichert (2020b) précisent que les évènements

touchant les proches ou les collègues et leur famille sont plus dévastateurs. Comme le mentionne Savard (2018), les infirmières et infirmiers en région ont un risque plus élevé que ceux dans les grands centres de connaître directement ou indirectement le patient à qui elles devront donner des soins dans un contexte potentiellement traumatique. Cette situation amène donc un risque de stress supplémentaire non négligeable devant être considéré pour les infirmières et infirmiers de région. Savard (2018) rapporte le risque de circonstances de travail délicates et anxiogènes vécues par des infirmières et infirmiers d'urgence en région alors qu'ils ont à prendre en charge des patients qu'ils connaissent.

Facteurs post-traumatiques

Enfin, après l'ÉT la prévention se poursuit, principalement en ce qui a trait au soutien social de l'organisation et des collègues. En fait, dans les travaux d'Adriaenssens, Gucht et Maes (2012) de même que dans ceux de Duffy, Avalos et Dowling (2012), il est rapporté que le soutien social agit à titre de facteurs de protection pour certains infirmières et infirmiers d'urgence. À l'inverse l'exposition récurrente à des ÉT en est un de prédisposition (Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012).

Soutien social

Le soutien social est reconnu comme l'un des facteurs de protection principal recensé dans les écrits au même titre que le soutien organisationnel (Lavoie, 2014; Lavoie, Talbot, Mathieu, Dallaire, Dubois & Courcy, 2016; Laposa, Alden & Fuellerton, 2003; Lavoie, Talbot & Mathieu, 2011; Jackson, 2017; Adriaenssens, Gucht & Meas, 2012;

Costa Mia & Ribeiro, 2010; Duffy, Avalos & Dowling, 2015; Laurent et & Capellier, 2018; MSSS, 2013; Martel & Vigneault, 2016; CESH, 2019b). Ainsi, le soutien social doit être considéré comme un élément clé dans la prévention de l'ÉSPT, tant qu'il s'agit d'un soutien social positif. En effet, un soutien social négatif devient un facteur de risque et non de protection.

C'est la forme que prendra le soutien social qui révélera s'il est adéquat ou s'il risque de s'avérer nuisible malgré les intentions de la personne offrant ledit soutien (CÉT, février 2020). Pour obtenir un effet bénéfique à la suite d'un ÉT, il est important d'encourager la personne à parler, mais il est primordial de le faire sans la brusquer et sans l'obliger (CÉT, février 2020). À l'inverse, dans le cas où l'ÉT et ses conséquences pour la personne l'ayant vécu sont minimisés, les symptômes d'ÉSPT risquent fort de se maintenir (CÉT, février 2020). C'est alors que le soutien est qualifié de négatif. Aussi, selon le Centre d'étude sur le trauma (février 2020), le soutien entre collègues risque moins de faire référence à du soutien social négatif que lorsqu'une relation familiale ou amicale existe entre les deux parties. Le soutien social négatif ne réfère pas nécessairement à la notion de conflit. Toutefois, les conflits interpersonnels seraient le principal déclencheur de l'ÉSPT pour les infirmières et infirmiers selon les travaux de Laposa, Alden et Fullerton (2003).

La fréquence d'exposition

Aucune étude ne mentionne la fréquence d'exposition du personnel infirmier d'urgence en région. Toutefois, selon les observations dans le milieu de l'étudiante-chercheuse, il est possible d'affirmer qu'il s'agit d'un milieu de travail imprévisible où la fréquence d'exposition à des ÉT aura sa part de responsabilité dans la prédisposition à un éventuel ÉSPT pour le personnel infirmier qui y travaille (Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012). Comme mentionné dans la définition de l'ÉSPT l'exposition répétée à des ÉT est maintenant un critère diagnostique (Crocq, Guelfi, & APA, 2015).

Contexte pandémique

Bien que le contexte pandémique n'ait pas été considéré dans le présent projet, celui-ci a inévitablement eu un impact sur la santé psychologique des professionnels en soins. Le fait que les recherches propres au personnel infirmier au sujet de l'ÉSPT en contexte de pandémie sont de plus en plus nombreuses le confirme. À cet effet, une étude québécoise précise qu'en plus des symptômes de stress et d'anxiété souvent évoqués par les participantes et les participants, certains mentionnent avoir vécu de la détresse et des symptômes d'ÉSPT (Marceau, Ledoux, Lavoie, Benyamina Douma, Mailhot-Bisson & Gosselin, 2022). En effet, dans le contexte pandémique de la COVID-19, une plus grande détresse a été observée chez les infirmières et les infirmiers au Québec en lien avec l'augmentation de leur exposition à des événements difficiles (Benyamina Douma, Gosselin, Marceau, Ledoux, & Lavoie, 2021).

La recension vient donc appuyer la pertinence de la présente recherche. Aussi elle permettra de bonifier l'offre de formation destinée aux infirmières et infirmiers des salles d'urgence au sujet de la prévention de l'ÉSPT.

Méthode

Au départ, la clientèle visée était les infirmières et infirmiers d'urgence du centre hospitalier où travaille l'étudiante-chercheuse, ainsi que leurs gestionnaires. Ceci, selon un échantillon de convenance pour des raisons de faisabilité (Fortin & Gagnon, 2016). Toutefois, les circonstances en lien avec la pandémie et la présence de délestage au sein de l'établissement ciblé ont nécessité de revoir le projet et l'adapter pour prendre en compte cette réalité hors de notre contrôle. En fait, ne pouvant solliciter la participation de la clientèle visée, le projet a été revu. Tout d'abord, en raison de l'impact du contexte pandémique sur la santé psychologique des infirmières et infirmiers (Stelnicki, Carleton & Reichert, 2020b). Puisqu'en effet, une formation de prévention primaire au sujet de l'ÉSPT devrait être offerte en formation continue et non en situation de gestion de crise (Lavoie, 2014). D'ailleurs dans le contexte pandémique de la COVID-19, une plus grande détresse a été observée chez les infirmières et infirmiers au Québec en lien avec l'augmentation de leur exposition à des événements difficiles (Benyamina Douma, Gosselin, Marceau, Ledoux, & Lavoie, 2021). Dans cette optique, le comité de direction a considéré risqué de solliciter la clientèle cible particulièrement vulnérable en raison de la pandémie. Comme cette formation ne vise pas le personnel déjà affligé, la méthodologie a été revue, afin que l'évaluation de la formation soit effectuée par un comité d'experts et non par la clientèle cible. D'autant plus, qu'au moment de préparer l'intervention, un contexte de délestage au sein du Centre intégré de santé et des services sociaux s'est ajouté au contexte pandémique en raison d'un manque criant de personnel dans la région

de l'Ab.-T. (Radio-Canada, octobre 2020). Ainsi, notre population cible était en plus indisponible pour recevoir la formation particulièrement en présentiel en raison du manque de personnel et des heures supplémentaires, sans oublier les restrictions sanitaires de la pandémie. C'est pourquoi, en raison du contexte pandémique et du délestage, l'essai a été revu et adapté.

Dans les travaux de Gosselin (2019) au sujet des barrières et des facteurs facilitant le développement professionnel continu du personnel infirmier, les auteurs mentionnent que les infirmières et infirmiers des régions ressources éloignées du Québec, soit de l'Ab.-T., du Bas-St-Laurent, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Nord-du-Québec, favorisent la formation en présentiel bien qu'il soit difficile de les rejoindre. C'est pourquoi au départ il était préconisé d'utiliser cette formule. Toutefois, dans le contexte actuel vécu par les infirmières et infirmiers en soins critiques de l'Ab.-T exposé précédemment, l'option de faire évaluer la formation par un comité d'experts a été retenue. Ainsi, la version revue et adaptée du projet fut dès lors de produire une formation qui serait une fois validée par le comité, accessible en formation en ligne – web différé. D'ailleurs, cette formule arrive au troisième rang des préférences du personnel infirmier selon les travaux de Gosselin (2019); derrière la formation en présentiel et les simulations qui sont ici non applicables. À la suite de cette refonte du projet d'intervention, celui-ci a fait l'objet d'une évaluation et a été accepté par le Comité scientifique des programmes de maîtrise en sciences infirmières en décembre 2020 (Appendice A).

Devis

Dans le cadre du présent essai, le devis d'intervention était tout indiqué (Sidani & Braden, 2011). La première phase de ce devis vise à développer la formation selon un but de définir et comprendre le problème ciblé. La formation développée (Appendice B) dans le présent essai débute par une mise en garde, suivie de la présentation du contexte du risque d'ÉSPT propre au personnel infirmier d'urgence en région, de la définition des concepts clés, de la définition des symptômes associés à l'ÉSPT, des facteurs de protection et de prédispositions ainsi que les mesures préventives pré, péri et post-traumatique, selon le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014), puis finalement la présentation des ressources disponibles. Comme mentionné, la formation a été développée, à la suite de la recension des écrits et considérant l'expertise de l'étudiante-chercheuse sur le sujet. Infirmière clinicienne en santé au travail pour le RSPSAT depuis 2010, puis conseillère en soins infirmiers pour le même programme depuis 2019, elle a coproduit les outils nationaux validés à l'attention des pompières et pompiers pour le RSPSAT et utilisés depuis 2016 par l'ensemble des équipes de santé au travail partout en province.

Ensuite, à la phase deux, le devis d'intervention vise à examiner l'accessibilité, la faisabilité et l'effet préliminaire, soit l'expérience du client et sa satisfaction de la formation. Ainsi, compte tenu des circonstances, contexte pandémique et délestage, ayant mené à la modulation de l'essai, cette deuxième phase a commencé par l'identification des membres potentielles pour le comité d'experts. Le comité de direction, formé de

l'étudiante-chercheuse et de sa directrice, a procédé à l'identification des membres potentiels parmi les professeurs et chargés de cours des départements des sciences de la santé ainsi que du développement humain et social de l'UQAT; selon les champs d'expertise, indiqués sur leur page professionnelle du site Web de l'UQAT. Pour être retenus, ils devaient avoir une expertise en soins critiques, en santé mentale, en dimension psychosociale de la santé et sécurité au travail ou en gestion du stress ou des réactions liées aux traumatismes. C'en est suivi de l'envoi d'un avis d'intérêt (Appendice C) par courriel par l'étudiante-chercheuse incluant les liens donnant accès à la formation (Appendice B) et au questionnaire d'auto-évaluation anonyme (Appendice D). Ainsi, les membres répondants devaient visionner la formation, durant la période d'un mois qui leur fût alloué pour le visionnement de la formation en ligne – web différé. Puis, procéder à l'évaluation de la formation en répondant au questionnaire à l'aide de l'application *Forms* de la suite *Microsoft Office*, qui permet un retour des réponses de manière anonyme. À la suite de quoi, dans le cadre du séminaire d'évaluation de l'essai, l'analyse des données fut réalisée par l'étudiante-chercheuse.

Considérations éthiques

Dans le cadre du présent projet, les considérations éthiques ont été réfléchies et satisfaites. À cet effet, le projet a fait l'objet d'une évaluation par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT (Appendice E).

Bien entendu, le consentement libre, éclairé et continu des participants fut partie prenante de la recherche (Fortin & Gagnon, 2016). Pour ce faire les participants ont reçu les informations sur le but de la recherche, les critères d'inclusion ainsi que les avantages et inconvénients qui incombent à leur participation comme membre du comité expert dès l'avis d'intérêt (Appendice C) ainsi que dans l'information au consentement en introduction du questionnaire d'évaluation auto-administré (Appendice D). De plus, le fait de remplir le questionnaire d'évaluation témoignait du consentement à participer au projet, par les professeurs et chargés de cours ayant choisi de participer. Ensuite, en ce qui a trait aux avantages pour les membres du comité d'experts, leur participation leur aura permis de contribuer à l'avancement des connaissances du personnel infirmier des salles d'urgence de l'Ab.-T. en matière de prévention de l'ÉSPT par la validation d'une formation destinée à ceux-ci.

Pour ce qui est des considérations éthiques liées aux inconvénients et aux risques connus ou anticipés, outre le temps à consacrer au visionnement de la formation et à la complétion du questionnaire d'évaluation, ils étaient essentiellement de faire mention des inconforts pouvant être ressentis pendant ou à la suite de la formation par les membres du comité expert. À cet effet, le risque a été expliqué dans l'information au consentement en introduction du questionnaire et les coordonnées pour joindre le programme d'aide aux employés de l'UQAT y étaient indiquées (Appendice D). De plus, une mise en garde a été effectuée au début de la formation puis les participants ont été informés d'autres ressources de soutien psychosocial pouvant être sollicitées au besoin dans le cadre de la formation.

Le fait que les intervenants pouvaient choisir le moment le plus opportun pour eux pour visionner la formation et répondre au questionnaire permettait de diminuer l'inconvénient du temps. Finalement, le temps estimé pour le visionnement et questionnaire était estimé à une heure trente.

Objectifs

Compte tenu des adaptations à la méthode en raison des circonstances, le projet d'intervention présente deux objectifs : tout d'abord d'élaborer une formation portant sur la prévention de l'ÉSPT, basée sur le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph destinée au personnel infirmier d'urgence de l'Ab.-T.; puis d'évaluer la perception de son utilité dans sa formule en ligne – web différé. Ultimement, il est souhaité que cette formation permette d'outiller les infirmières et infirmiers d'urgence de l'Ab.-T., afin de leur permettre de démystifier et de reconnaître le risque d'ÉT dans leur milieu de travail et connaître les actions préventives à poser aux différentes phases identifiées dans le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014). De plus, un changement dans l'équipe de direction de maîtrise rendait pertinent l'évaluation par un comité d'expert. En effet, au départ, l'un des codirecteurs était spécialisé en santé psychologique au travail et la codirectrice agissait comme experte de la méthode et des soins critiques. Le départ du codirecteur, expert en santé psychologique, rendait la validation de la formation nécessaire par un expert du sujet, ce qui rend d'autant plus très pertinentes les adaptations méthodologiques.

Premier objectif: élaboration de la formation

Une fois le projet ayant reçu l'approbation du Comité scientifique des programmes de maîtrise en sciences infirmières en décembre 2020 (Appendice A), puis du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAT en avril 2021 (certificat 2021-01 – Vigneault, L. Appendice E), l'étudiante-chercheuse a élaboré la formation adaptée à la réalité des infirmières et infirmiers d'urgence de région, basée sur la recension des écrits.

Il est important de noter que l'étudiante-chercheuse détenait déjà une expertise sur le sujet avant son arrivée à la maîtrise. En effet, elle pratique au sein du RSPSAT depuis maintenant une douzaine d'années en tant qu'infirmière clinicienne, puis conseillère en soins infirmiers. Elle a, d'ailleurs, coproduit une session d'information provinciale visant la prévention de l'ÉSPT chez les pompières et pompiers, prenant en compte les particularités des services incendie de région (Martel & Vigneault, 2016). À noter que cette session d'information avait été entérinée par une experte du sujet et validée par groupes de discussion après trois sessions d'expérimentations auprès de la clientèle cible. Elle a également, toujours en coproduction, repris et adapté ce contenu pour une clientèle élargie composée de travailleurs et travailleuses ainsi que de gestionnaires désirant parfaire leurs connaissances sur le sujet dans le cadre d'un colloque santé et sécurité du travail régional.

À la session d'hiver 2021, l'intervention préventive fut élaborée par l'étudiante-chercheuse à partir de la littérature pour ensuite être enregistrée au mois de mai sur la

plate-forme *Panopto*, en vue d'être accessible pour le comité évaluateur après approbation par la directrice de recherche (Appendice B). Aussi un expert en santé et sécurité du travail a collaboré en étant disponible pour le comité de direction à titre d'expert pour répondre aux questionnements lorsque le besoin ce fut sentir.

Deuxième objectif : évaluation de la formation

Afin de s'assurer que la formation soit utile pour la clientèle cible malgré le fait qu'elle soit indisponible pour participer à la recherche, un comité d'experts a été formé. L'objectif était de connaître la perception de l'utilité de la formation élaborée pour prévenir le risque d'ÉSPT chez les infirmières et infirmiers d'urgence de la région de l'Ab.-T., aux yeux de ces experts.

Les experts ont été sélectionnés au sein des départements des sciences de la santé, du développement humain et social, ainsi que les professeurs et chargés de cours du cours SST1010 – Dimensions psychosociales en Santé et sécurité au travail, ayant une expertise en soins critiques, en santé mentale, en dimension psychosociale de la santé et sécurité au travail ou en gestion du stress ou des réactions liés aux traumatismes selon les informations qui figurent sur leur page web de l'UQAT. Le recrutement des membres du comité a eu lieu par courriel le 18 mai 2021, par l'envoi d'un avis d'intérêt disponible à l'Appendice C, qui présentait également les considérations éthiques liées au mandat des experts par le questionnaire (Appendice D), dont le lien était présent dans l'avis d'intérêt (Appendice C).

Un lien rendant la formation en ligne accessible de manière asynchrone était présent dans le courriel d’avis d’intérêt qui a été acheminé au comité d’experts formé de membres du corps enseignant de l’UQAT. Lien qui rendait la formation accessible pour une période prédéterminée d’un mois; soit du 18 mai au 18 juin 2021.

À la suite du visionnement de la formation, les experts ayant répondu à l’appel devaient remplir un questionnaire en ligne autoadministré de manière anonyme, et ce, avant le 18 juin 2021, soit dans un délai d’un mois. Durant cette période, l’étudiante a effectué deux rappels, toujours par courriel, auprès du personnel visé, soit les 2 et 17 juin.

Ainsi, à la suite de l’intervention, l’évaluation fut effectuée à l’aide d’un questionnaire en ligne autoadministré réalisé à l’aide de l’application *Forms* de la suite *Microsoft Office* (Appendice D) (Polit & Tatano Beck, 2017). Il était alors demandé aux experts d’évaluer si la formation élaborée permettra d’outiller les infirmières et infirmiers d’urgence de l’Ab.-T. en matière de prévention de l’ÉSPT. Ledit formulaire était divisé en quatre sections. La première section contenait les informations reliées au consentement et la seconde permettait de recueillir les données sociodémographiques nécessaires à la description de l’échantillon. La troisième section permettait d’évaluer la perception de l’utilité et la formule en ligne – web différé à l’aide de questions où les experts devaient indiquer leur accord au moyen d’une échelle de Likert à cinq points. Finalement, la dernière section demandait aux experts de formuler des commentaires. Cette section a permis de recueillir des données qualitatives qui ont ensuite été analysées selon le premier

niveau d'analyse thématique d'après Paillé et Mucchielli (2013). Soit, une démarche de thématisation continue, qui consiste en une construction graduelle de l'arbre au moment même de la lecture des commentaires, ceci, suivant l'identification de thèmes.

Description des rôles et des responsabilités des partenaires

Le rôle attendu des experts était précisé dans l'appel d'intérêt, qui a été acheminé par l'étudiante-chercheuse aux professeurs et chargés de cours des deux départements sollicités, sciences de la santé et développement humain et social. C'est d'ailleurs avec la collaboration du comité de direction que les membres admissibles aux comités d'experts furent sélectionnés. Ainsi, les professeurs et chargés de cours invités à participer ont été informés du besoin de créer ce comité d'experts dans le cadre de cet essai, mis en contexte et informé du consentement, puis de l'accès à la formation ainsi que du mode d'évaluation.

Résultats

Les résultats du projet d'intervention seront présentés selon les deux objectifs initiaux. Tout d'abord, du point de vue de l'élaboration de la formation portant sur la prévention de l'ÉSPT, basée sur le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph destiné au personnel infirmier d'urgence de l'Ab.-T.; puis de l'évaluation de la perception de son utilité dans sa formule en ligne – web différé, par les membres du comité expert. Deux objectifs s'étant avérés concluent.

Premier objectif: élaboration de la formation

L'étudiante-chercheuse a conçu l'intervention de prévention à la session d'hiver 2021, dont le contenu a été élaboré d'après la recension des écrits préalablement effectuée. Puis, elle a procédé à l'enregistrement de celle-ci via la plate-forme Panopto au mois de mai afin de la rendre disponible pour le comité évaluateur (Appendice B). C'est ainsi que l'étudiante-chercheuse réalisa le premier objectif.

Deuxième objectif : évaluation de la formation

Les membres du comité évaluateur avaient à se positionner sur leur perception de l'utilité de la formation élaborée pour prévenir le risque d'ÉSPT chez les infirmières d'urgence de la région de l'Ab.-T., ceci dans la formule de formation en ligne – web différé. Les experts ont donc répondu dans le délai d'un mois qui leur était attribué après

l'envoi de l'appel d'intérêt. Puis, les résultats étaient accessibles en temps réel de manière anonyme par l'application *Forms*.

Comité expert

D'un point de vue sociodémographique, le comité expert chargé de l'évaluation fut formé de cinq membres du corps professoral de l'UQAT, soit deux ayant une expertise en soins critiques, un en santé mentale (gestion du stress ou des réactions liés aux traumatismes), puis deux en dimension psychosociale de la santé et sécurité au travail. Parmi les répondants se trouvaient quatre femmes et un homme, âgés de 40 à 56 ans dont la moyenne d'âge était 51,6 ans et l'écart type de 6,8.

Prévention de l'ÉSPT

Tout d'abord, les évaluateurs se considèrent majoritairement totalement en accord (4) avec les différents volets de la formation, tel que le démontrent les résultats au Tableau 1. À noter que la section quantitative du questionnaire autoadministré, présent à l'Appendice D, utilisait une échelle de Likert en cinq points allant de zéro, totalement en désaccord, à quatre, totalement en accord.

Tableau 1

Prévention de l'ÉSPT

Question	Moyenne	Écart Type	Mode	Proportion	
La formation permet de démystifier le risque d'ÉSPT auquel les infirmières sont exposées	4	0	4	Totalement en accord (4)	5/5
La formation permet de reconnaître le risque d'ÉSPT dans les urgences de la région	4	0	4	Totalement en accord (4)	5/5
La formation permet de connaître les actions préventives à poser à la phase prétraumatique	3,8	0,45	4	En accord (3)	1/5
La formation permet de connaître les actions préventives à poser à la phase péritraumatique	4	0	4	Totalement en accord (4)	5/5
La formation permet de connaître les actions préventives à poser à la phase post-traumatique	4	0	4	Totalement en accord (4)	5/5

Formule de formation en ligne

Pour le volet formation en ligne – web différé, l'ensemble des évaluateurs sont également majoritairement totalement en accord (4), comme le présente le tableau 2. Cette section était tout comme la précédente structurée selon une échelle de Likert en cinq points.

Tableau 2

Formule formation en ligne

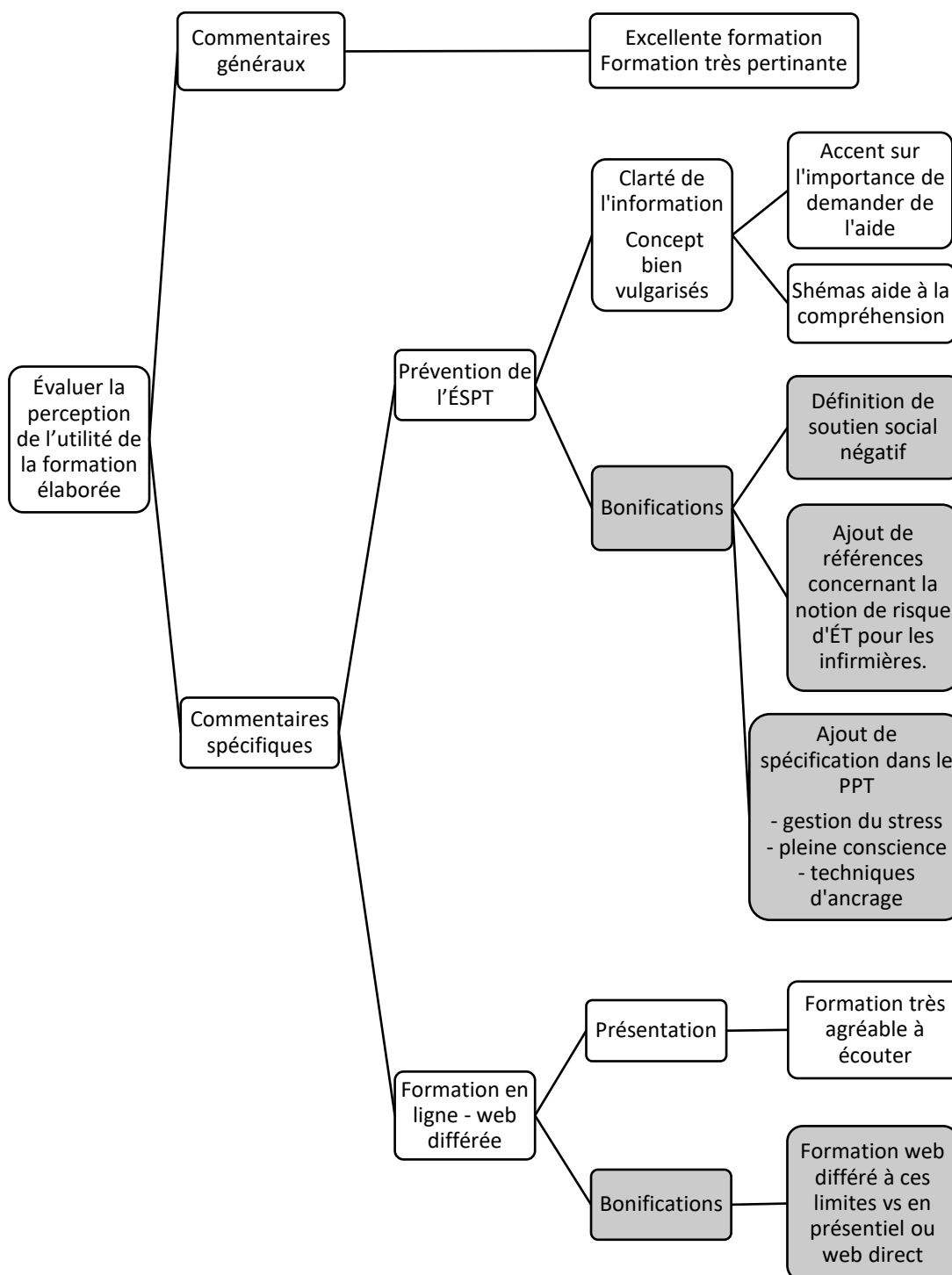
Question	Moyenne	Écart Type	Mode	Proportion	
La formation web différée permet de bien transmettre l'information aux infirmières	3,8	0,45	4	En accord (3)	1/5
				Totalement en accord (4)	4/5
La formation web différée permet l'appropriation des connaissances visées	3,8	0,45	4	En accord (3)	1/5
				Totalement en accord (4)	4/5
La formation web différée permet de bien rendre l'information visée	4	0	4	Totalement en accord (4)	5/5

Évaluation thématique

Finalelement, la Figure 4 présente l'analyse thématique, soit la démarche de thématisation dite en continu, découlant de la synthèse des commentaires émis par les experts lors de la complétion de l'auto-évaluation (Paillé & Mucchielli, 2013). En effet, l'arbre thématique a été construit graduellement en fonction de l'attribution de thèmes identifiés au moment de la lecture des commentaires présents dans les auto-évaluations des experts, thèmes regroupés selon le cas (Paillé & Mucchielli, 2013). Les experts ont émis des commentaires tant généraux que spécifiques; liés à la prévention de l'ÉSPT ou à la formule en ligne – web différée. Cette analyse rapporte également les bonifications pouvant être apportées en complément de ces deux derniers volets.

Figure 4

Analyse thématique



Commentaires généraux

Il a été soulevé par les experts, qu'il s'agit « vraiment [d'] une excellente formation sur le stress post-traumatique » (Exp2) ; que « c'est une excellente formation qui répondra à un besoin » (Exp 3). Puis, que « cette formation est de toute évidence très pertinente » (Exp 5).

Commentaires spécifiques

En effet, des experts précisent; « J'ai beaucoup aimé la façon simple d'expliquer que l'accumulation d'évènements stressants diminue notre résistance au stress et fait en sorte, qu'un évènement dont l'effet aurait été, dans un autre contexte, sans conséquence, peut mener, lorsqu'il s'ajoute à une série d'autres évènements stressants, à un ÉSPT. » (Exp. 5). « Les explications sont claires et les illustrations apportées intéressantes. » (Exp. 4). « Les schémas sont également aidants dans la compréhension des notions présentées » (Exp. 5). Ainsi que, « Dans l'ensemble, je trouve que les concepts sont bien vulgarisés et la formation est très agréable à écouter. » (Exp. 5).

Toujours selon les experts, « le rythme de la présentation favorise l'intégration de l'information » (Exp 4), de plus « les concepts sont bien vulgarisés et la formation est très agréable à écouter » (Exp 5). Toutefois, « Bien entendu, une formation en ligne à ses limites. Une formation en présentiel permet la discussion. Toutefois, dans le contexte des professionnels en soins, c'est une excellente formation qui répondra à un besoin j'en suis certaine! » (Exp. 3). À cet effet, il est également soulevé qu'« il pourrait s'avérer pertinent

qu'une formation en web direct ou en présentiel puisse être offerte en complément à la formation web différée. » (Exp.4).

Discussion et recommandations

Le risque d'ÉT et donc d'ÉSPT pour le personnel infirmier d'urgence est non négligeable et demande une attention particulière. Dans le cadre du présent essai, deux objectifs étaient visés. Tout d'abord, élaborer une formation portant sur la prévention de l'ÉSPT, basée sur le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph destinée au personnel infirmier d'urgence de l'Ab.-T.; ce qui ne fut pas sans défi vu l'adaptation qu'a nécessitée le projet. Puis, l'évaluation de la perception de son utilité dans sa formule en ligne – web différé, par un comité d'experts.

Cette section de l'essai présente, une discussion autour de ces deux objectifs, en parallèle du modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014) utilisé à titre de cadre de référence. Les bonifications pouvant être apportées à ladite formation, ainsi que les forces et limites de cet essai seront aussi adressées. Puis, pour terminer, des recommandations seront formulées.

Premier objectif : Élaboration de la formation

L'adaptation de la formule initiale en présentiel, pour une formation en ligne préenregistrée; bien qu'elle n'ait pas eu d'impact significatif sur le contenu, fut tout de même le premier défi de l'étudiante-chercheuse dans la mesure où la formation dut être

enregistrée sans interaction. Ce type de présentation a demandé de l'adaptation et s'est avéré une nouvelle expérience pour cette dernière puisque celle-ci est familière à offrir des sessions d'informations en présentiel, devait ici réussir à être tout aussi intéressante, dynamique, claire et précise dans la présentation de ce sujet où l'implication particulièrement émotive de la clientèle était non négligeable, et ce, sans interaction. Néanmoins, cette décision a été prise en connaissance de cause, selon les travaux de Gosselin (2019), précisant que la formation en ligne arrive au troisième rang des meilleurs choix de formation pour le personnel infirmier de région éloignée, le premier étant la formation en présentiel suivi des simulations, non applicable dans le cas présent. D'autant plus que la formation asynchrone est aussi efficace; la clé étant la qualité de celle-ci (Bécharde & Connan, novembre 2016).

Deuxième objectif : Évaluation de la formation par un comité expert

Dans le cadre de la présente démarche, qui visait un échantillon de convenance, cinq experts, soit un homme et quatre femmes, représentant les trois champs de spécialité ciblés, ont évalué la formation comme très satisfaisante. Bien entendu, compte tenu de la taille de l'échantillon, la saturation des données n'a pu être atteinte en ce qui a trait à l'analyse thématique. Toutefois, la cible qui était d'obtenir la participation d'un minimum de cinq experts, pour des raisons de faisabilité dans le cadre d'un essai de maîtrise, fut atteinte.

Comme mentionné précédemment, lorsque le comité de direction a adapté le projet de recherche aux circonstances; il a opté, non seulement pour une formation en ligne – web différé, avec ces défis d’enregistrement, mais aussi, pour la création d’un comité d’experts plutôt que de poursuivre avec la clientèle cible. Un choix bien réfléchi, mais non sans impact qui dans les circonstances s’avérait être le meilleur. En effet, bien que l’évaluation par le public cible aurait permis de connaître la perception et la satisfaction de l’utilité de la formation par le personnel infirmier d’urgence de l’Ab.-T; l’option d’un comité expert avec leurs savoirs respectifs reliés aux différents volets de la formation est sans contre dit une plus-value.

Ainsi, la valeur des commentaires des membres du comité expert aura permis de confirmer que le contenu de formation, élaboré selon la recension des écrits, était adéquat en plus de le bonifier dans le but de bien répondre aux objectifs attendus de celle-ci. Le champ de spécialité varié des experts, mais tous relié au contenu de la formation, aura permis de s’assurer de la valeur de celle-ci, puisque la formule utilisée, pour présenter l’information à la clientèle visée, était favorable au transfert de connaissance attendu. En effet, cette dernière pourra permettre d’outiller cette cohorte de professionnels, afin de lui permettre de démystifier et de reconnaître le risque ÉT dans leur milieu de travail, de même qu’à connaître les actions préventives à poser aux différentes phases identifiées dans le modèle d’adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014).

Questionnaire en ligne auto administrée

En ce qui concerne la perception de l'utilité de la formation, à la suite de la réception des résultats du questionnaire en ligne autoadministrée, il est possible d'affirmer que la formation a permis d'atteindre l'objectif selon le comité d'experts. Elle s'est avérée selon eux, être utile pour les infirmières et infirmiers d'urgence de l'Ab.-T., et ce, dans la formule actuelle, soit une formation en ligne – web différé.

Perceptions

Certains commentaires communiqués dans le questionnaire autoadministré appuient les cotes positives collectées à la section prévention de l'ÉSPT. D'un point de vue général, la formation est bien vulgarisée, claire et accompagnée d'illustrations complémentaires et appropriées. En effet, dans le cadre d'une formation en ligne, le choix et la conception des images sont contributifs à l'apprentissage afin, entre autres, de faciliter la compréhension de concepts, attirer l'attention et donc rendre la présentation plus intéressante (Ghirardini, Landriscina & Shapiro, 2011).

Prévention de l'ÉSPT. En ce qui a trait au partage de connaissances spécifiques, les experts se sont positionnés sur leur perception de l'atteinte des connaissances visées à la suite du visionnement de la formation, et ce, de manière très favorable. Parmi les éléments à évaluer se retrouvaient les trois phases; pré, péri et post-traumatique du modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph selon Lavoie (2014).

Prétraumatique. Bien que le contenu de la phase prétraumatique réponde adéquatement à l'objectif (totalement en accord à 4/5 et en accord à 1/5), lorsque les stratégies d'adaptation, dont la gestion du stress et la résilience, sont abordées dans la formation, il est soulevé par un expert (Exp 4) que celles-ci pourraient être bonifiées, particulièrement en évoquant un auteur de référence pour la pleine conscience, ceci au même titre que la référence à Sonia Lupien et au CESH (2019d) pour la gestion du stress. Puis, il est également proposé par cet expert d'ajouter le visuel de l'acronyme C.I.N.É., correspondant au contrôle faible, à l'imprévisibilité, à la nouveauté et finalement à l'égo menacé, pour faciliter l'intégration de ces concepts (CESH, 2019c; Lupien, 2021). En ce qui concerne la pleine conscience, *Petit BamBou* le site internet (n.d.) ainsi que Christophe André sont de bonnes références pour élargir la connaissance de la pleine conscience et pourrait être cités en exemple dans le cadre de la formation, de même que le groupe privé *Facebook, Les infirmières rayonnantes (n.d.)* dirigé par Ève Pinsonnault, une infirmière, ayant complété une maîtrise en sciences infirmières, dont le mémoire portait sur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées, à l'Université du Québec en Outaouais en 2018 (Pinsonnault, 2018). En effet, la pleine conscience a été abordée dans les mesures préventives prétraumatiques puisqu'il est reconnu qu'elle agira non seulement sur la résilience, l'empathie et l'énergie du personnel de la santé, mais également sur la qualité des soins, la rétention du personnel et les coûts liés à leur santé (Burkett, décembre 2020). Puisqu'en effet, la présence de résilience chez le personnel infirmier d'urgence est un gage de l'amélioration de la qualité de soins

(Tubber, 2016). De plus, les travaux de Pinsonnault (2018) ont mis en lumière la notion de violence horizontale comme risque d'ÉSPT chez le personnel infirmier au Québec, ce qui a permis à l'étudiante-chercheuse de faire l'ajout de cette notion à titre d'ÉT à la sous-section définition du chapitre deux présentant le cadre intégré du présent essai.

Péritraumatique. Pour la section référant à la phase péritraumatique, les experts ont été unanimes à considérer que cette section permet de connaître les actions préventives à poser à cette phase. D'ailleurs, les éléments soulevés comme bien vulgarisés par les experts sont « l'accumulation d'évènements stressants [qui] diminue notre résistance au stress et fait en sorte qu'un évènement dont l'effet aurait été, dans un autre contexte, sans conséquence, peut mener, lorsqu'il s'ajoute à une série d'autres évènements stressants, à un ÉSPT. » (Exp. 5). La position des experts est en cohérence avec la littérature qui souligne que la fréquence d'exposition est un facteur prédisposant (Adriaenssens, Gucht & Maes, 2012) et par le fait même, partie prenante des critères diagnostiques de l'ÉSPT (Crocq, Guelfi, & APA, 2015). Aussi, comme mentionné précédemment lors de la présentation des symptômes d'ÉSPT et en lien avec la personnalité, il est préférable de digérer l'ÉT et pour ce faire les discussions sont un élément clé alors que l'évitement est pour sa part un des symptômes (CESH, 2019b).

Post-traumatique. Nonobstant, que l'ensemble des évaluateurs se dissent totalement en accord (5/5) avec le contenu au sujet de la phase post-traumatique, il est proposé, au moment où la notion de soutien sociale est abordée, de préciser la définition

du soutien social négatif (Exp. 5). Qui réfère en fait à la forme que prendra le soutien social qui révélera s'il est adéquat ou s'il risque de s'avérer nuisible malgré les intentions de la personne offrant ledit soutien. Dans ces circonstances, il est important d'encourager la personne à parler, mais il est primordial de le faire sans la brusquer et sans l'obliger, si des effets bénéfiques sont souhaités. À l'inverse, s'il est tenté de minimiser l'ÉT et ses conséquences pour la personne ayant vécu l'ÉT, les symptômes d'ÉSPT risquent fort de se maintenir. Il est question du soutien social dans les deux cas, mais le premier est positif et souhaitable; alors que le second est négatif et proscrit. Également, la littérature précise que le soutien entre collègues est plus susceptible d'être qualifié de soutien positif, que si une relation familiale ou amicale existe entre les deux personnes. (CÉT, février 2020)

Les éléments de bonifications seront donc présentés avec davantage de clarté dans la formation revue afin que celle-ci soit ensuite mise à la disposition de la clientèle cible. Ainsi, l'évaluation par un comité expert aura permis non seulement de valider le contenu, mais également de le bonifier.

Finalement, d'un point de vue général, comme soulevé par un évaluateur, il serait intéressant de partager des données statistiques concernant la notion du risque d'ÉSPT propre aux infirmières et infirmiers d'urgence de région (Exp 4). Toutefois, aucune donnée statistique n'a été trouvée dans les écrits précisément pour les infirmières d'urgence de région. Il est en revanche connu que les infirmières et infirmiers d'urgence doivent être des généralistes avec un champ d'exercices large, qui doivent déceler

rapidement des pathologies qu'elles ne verront peut-être qu'une seule fois (Savard, 2018). Ceci, en plus de la proximité existante avec la clientèle desservie (Lavoie, Talbon & Mathieu, 2011). Deux éléments qui sont des facteurs de risques supplémentaires auxquels sont exposés les infirmières et infirmiers d'urgence de région comparativement à leurs collègues des grands centres, d'où un accroissement du risque en région. Ces éléments seront précisés dans la formation.

Formation

En effet, selon les experts, la formation est favorable à l'acquisition des connaissances souhaitée (Exp. 4 et 5). Une nuance est soulevée concernant la transmission de l'information et l'appropriation des savoirs. Bien qu'étant en accord avec les deux premières affirmations concernant la formation web différé soit; qu'elle permet de bien transmettre l'information au personnel infirmier ainsi que l'appropriation des connaissances visées, un expert a précisé en commentaire, qu'« une formation en ligne à ses limites. » (Exp. 3) Ceci comparativement à une formation en présentiel qui laisse place aux échanges. Néanmoins, pour ce même expert, la formation est excellente et répondra à un besoin. (Exp. 3) Un second expert a également précisé, qu'en complément de la formule web différé, l'étudiante-chercheuse pourrait envisager une formule mixte. Soit poursuivre l'offre de formation en ligne – web différé conjointement à une formule web directe ou présentielle. (Exp.4) Effectivement, une formation synchrone ou présentielle permet le partage et les interactions. Néanmoins, il faut considérer la formation

asynchrone tout aussi efficace (Bécharde & Connan, novembre 2016). L'élément clé demeure la qualité de la formation (Bécharde & Connan, novembre 2016).

Formule de formation en ligne

La réserve soulevée concernant la transmission de l'information et l'appropriation des savoirs limités par la formation en ligne – web différé versus l'avantage d'une formation en présentielle ou en direct sur le web sont totalement recevables. Comme mentionné précédemment, cette formule est une adaptation du projet initiale qui visait une formation en présentiel. Toutefois, dans les circonstances actuelles la formation en ligne – web différée semble particulièrement acceptable pour les évaluateurs en accord (1/5) (Exp 3). De plus, cette formule apporte une possibilité d'élargir le projet à l'ensemble des six régions ressources, ce qui aurait été impossible avec une formation en présentiel. Une limite devenue une force, puisqu'en effet, il est ainsi possible que le contenu soit réutilisé à l'attention d'autres professionnels éventuellement (Bécharde & Connan, novembre 2016). Sans négliger que cette formule permet de la flexibilité pour permettre de visionner la formation au moment le plus opportun pour le participant (Bécharde & Connan, novembre 2016). Somme toute, bien que la clientèle cible n'ait pas été rejointe, cette formule a permis la validation de la perception de l'utilité par un comité expert, mais aussi la bonification du contenu qui sera rendu disponible à notre population cible. De plus, rien n'exclut la possibilité d'une formation en présentiel pour le milieu initialement visé à leur demande lorsque la situation régionale sera rétablie. Indépendamment que la formation soit offerte en présentiel ou en formule en ligne – web différé, il était souhaité que celle-

ci dure approximativement une heure. Dans le contexte régional actuel, il n'était pas possible de prévoir la libération prolongée ou répétée de la clientèle cible, bien que cela se soit avéré concluant dans le cadre du projet réalisé par Lavoie (2014). En effet, Lavoie (2014) mentionnait que le but de ces travaux n'était pas en soi la transférabilité de ceux-ci, mais leur adaptation selon le cas à la réalité des urgences qui souhaiteraient poser des actions. Ce sont ces travaux qui ont d'ailleurs grandement inspiré les travaux de l'étudiante-chercheuse. Toutefois, pour des raisons de faisabilité, ceux de celle-ci furent axés sur des actions de prévention primaire, incluant le partage des mesures à envisager en péri et post-traumatique, soit à appliquer en prévention secondaire et même tertiaire.

Bien que le projet initial d'une formation en présentiel a dû être modulé pour une formation en ligne – web différé, cette seconde option a été choisie en toute connaissance de cause, en raison des éléments nommés précédemment, mais aussi puisqu'elle arrive tout de même au troisième rang des choix de formation dans les travaux de Gosselin (2019) sur les *besoins et perceptions des infirmières en soins critiques des régions éloignées du Québec en matière de formation continue*. Il s'agit donc d'un choix congruent avec la littérature.

Bref, à l'aide du comité d'experts, il a été démontré que la formation pourra répondre à un besoin de la clientèle cible, bien qu'elle n'ait pas directement été impliquée dans la démarche. Sans oublier que les commentaires du comité expert permettront une bonification du contenu.

Forces et limites de l'essai

Ainsi comme dans tout projet de recherche, le présent essai dévoile des limites et des forces. Tout d'abord, dans le cadre du premier objectif, soit d'élaborer une formation qui serait enregistrée sans interaction fut soulevé comme une limite, mais prise comme un défi par l'étudiante-chercheuse. En effet, traiter d'un sujet aussi délicat sans interaction est très différent de ce dont l'étudiante-chercheuse a l'habitude. Offrir de la formation en ligne et encore plus dans la formule web différée est très différent que d'offrir de la formation en présentiel. La formule asynchrone ne permet pas les échanges, ce qui est une limite de la présente intervention.

Comme mentionné précédemment, l'objectif initial du projet était d'offrir la formation en présentiel à la clientèle cible, soit le personnel infirmier des salles d'urgence de l'Ab.-T. Le fait d'interagir avec la population infirmière directement aurait inévitablement permis de connaître leur propre opinion sur l'objectif encouru par la formation et cette absence de contact avec les professionnels est une limite au projet. Toutefois, le fait de faire appel à un comité d'experts est une force puisqu'il a permis d'avoir une vision externe et une validation en provenance de trois champs d'expertise interreliés au sujet de l'essai. Il s'agit d'une force non négligeable, particulièrement en raison du départ du codirecteur spécialiste en santé psychologique au travail. Bien que, la saturation des données n'a pu être obtenue en ce qui a trait à l'analyse thématique, la présence de minimalement un expert pour chacun des trois champs d'expertise sollicités

a très bien su satisfaire le comité de recherche. D'autant plus, que la visée avec cette formule revue du projet était d'obtenir la participation d'un minimum de cinq experts. La cible fut donc atteinte.

De plus, la formule de formation web-différée, choisie en raison des circonstances, permettra d'élargir son accessibilité. Ainsi, elle permettra une portée plus grande que la population initialement ciblée. La formule en ligne – web différée permettra à l'étudiante-chercheuse d'élargir sa clientèle cible à l'ensemble du personnel infirmier d'urgence des six régions ressources du Québec. Ainsi, beaucoup plus de membres de la profession pourront bénéficier de cette formation et ses biens faits sur la prise en charge de leur santé psychologique au travail.

Recommandations

À la lueur des commentaires positifs et constructifs obtenus de la part des évaluateurs et de l'analyse thématique, il sera opportun de bonifier le contenu de la formation selon les éléments discutés précédemment et de la rendre disponible à la clientèle ciblée initialement visée par le projet. Également, compte tenu du choix d'une formation en ligne – web différée, il sera possible de la rendre disponible à l'ensemble des infirmières d'urgence des six régions ressources éloignées du Québec. Finalement, c'est donc dire que l'adaptation du projet qui fut nécessaire en raison des circonstances permettra une diffusion à plus grande échelle.

Conclusion

Les objectifs de l'essai d'élaborer une formation portant sur la prévention de l'ÉSPT, basée sur le modèle d'adaptation au stress traumatique de Joseph destinée au personnel infirmier d'urgence de l'Ab.-T.; puis, d'évaluer la perception de son utilité dans sa formule en ligne – web différée, par un comité d'experts au sein du corps professoral de l'UQAT, ont été atteints de manière concluante. En effet, l'analyse des résultats a permis de conclure que la formation sera sans aucun doute utile pour les infirmières et infirmiers d'urgence de l'Ab.-T. et permettra de bien rendre l'information avec la formule en ligne – web différé. Ainsi le souhait d'outiller le personnel infirmier de la région face au risque d'ÉSPT pourra être réalisé.

L'évaluation par un comité d'experts aura permis de bonifier la formation. Puis elle sera non seulement accessible à l'ensemble du personnel infirmier d'urgence de la région, mais bien à celui des six régions ressources du Québec, puisqu'elle sera déposée sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial.

Le champ d'expertise de la profession infirmière est vaste, certaines de ses spécialités sont même peu connues de ces propres membres. Au moment, où l'expertise infirmière devient le mot d'ordre, le déploiement d'un tel projet, permettant le partage des connaissances au sein même de la profession, d'une spécialité à une autre est tout à fait indiqué. Il permet aussi d'accomplir un souhait que Moretti (2008) avance dans son

mémoire, voulant que le personnel infirmier puisse bénéficier de l'expertise de leurs homologues du RSPSAT. En effet, la santé au travail est une petite branche de la santé publique souvent méconnue, et avec raison, compte tenu des limites législatives qui la gouvernent. Toutefois, le présent essai aura également permis de mettre en lumière la pratique infirmière avancée propre à cette cohorte de professionnelles en sciences infirmières desquelles fait partie l'étudiante-chercheuse.

Bref, bien que le personnel infirmier soit surnommé ange gardien ou superhéros; il peut se sentir ébranlé et il doit prendre du temps pour lui. Puisqu'en effet, pour prendre soin des autres, il faut d'abord prendre soin de soi.

Références

- Adriaenssens, J., Gucht, V. & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses : Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1411-1422.
- Béchar, S. & Connan, M. (2016, 7 novembre). *Oser le cyberapprentissage en formation continue!* [Présentation PowerPoint colloque] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
<https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/congres2016/pdf/A1-BecharConnan-cyberapprentissage20161107.pdf>
- Benyamina Douma, N., Gosselin, É., Marceau, M., Ledoux, I. & Lavoie, S. (2021). Description de la santé psychologique des infirmières du Québec (Canada) et identification de ses déterminants dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : protocole de recherche d'une étude observationnelle transversale. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 4(1), 1–9. <https://doi.org/10.7202/1077990ar>
- Bisson Desrochers, A. (2013). Les facteurs de protection et notre boîte à outils de la résilience. *Mammoth Magazine*, 13(1), 10-11.
<https://www.stresshumain.ca/Documents/pdf/Mammoth-Magazine/Mammoth-no13-FR.pdf>
- Blanchette, S. (2018, 6 février). *Code blanc! Prévention au travail*
<https://www.preventionautravail.com/code-blanc/>
- Bond, S., Guay Stéphane, & Belleville Geneviève. (2019). *Les troubles liés aux événements traumatiques : guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe*. Presses de l'Université Laval.
- Bouchard-Bastien, E., Brisson, G. & Brisson, P. (2016). *Cadre de référence pour favoriser le dialogue et la résilience dans le cadre de controverses sanitaires environnementales*. Institut national de santé publique du Québec
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2175_concertation_dialogue_resilience_controverses_environnementales.pdf
- Bourdon, O. (2013). Résilience : Quand l'espoir devient possible pour tous. *Mammoth Magazine*, 13(1), 2-3. <https://www.stresshumain.ca/Documents/pdf/Mammoth-Magazine/Mammoth-no13-FR.pdf>
- Briere, J. & Scot, C. (2015). *Principles of Trauma Therapy, A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment (DSM-5 Update)*. (2nd Ed.) Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

- Burkett, J. (2020, 7 décembre). Pleine conscience : sabrer les coûts en réduisant l'épuisement professionnel et l'attrition? *Infirmière Canadienne*.
<https://community.cna-aiic.ca/dev-cn-french/blogs/ic-contenu/2020/12/07/pleine-conscience-sabrer-les-couts-en-reduisant-le>
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité du travail. (2022). *Syndrome de stress post-traumatique*. <https://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/ptsd.html>
- Centre d'études sur le stress humain. (2019a). *Stresseurs*.
<https://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/stresseurs/>
- Centre d'études sur le stress humain. (2019b). *Stratégies d'adaptation*.
<https://www.stresshumain.ca/le-stress/dejouer-le-stress/etape-de-gestion-du-stress-instantanee/>
- Centre d'études sur le stress humain. (2019c). *Recette du stress*.
<https://www.stresshumain.ca/le-stress/comprendre-son-stress/source-du-stress/>
- Centre d'études sur le stress humain. (2019d). *Gestion du stress – solution rapide*.
<https://www.stresshumain.ca/le-stress/dejouer-le-stress/combattre-ou-fuir/#:~:text=Utiliser%20l'%C3%A9nergie%20mobilis%C3%A9e&text=Il%20suffit%20alors%20de%20le,d'aller%20%C3%A0%20la%20caf%C3%A9t%C3%A9ria>
- Centre d'étude sur le trauma. (2020, 12 février). *Facteurs influençant la qualité du soutien social d'une personne atteinte de trouble de stress post-traumatique*.
[Facteurs influençant la qualité du soutien social d'une personne atteinte de trouble de stress post-traumatique | Centre d'étude sur le trauma \(criusmm.net\)](https://www.criusmm.net/fr/actualites/facteurs-influençant-la-qualité-du-soutien-social-d'une-personne-atteinte-de-trouble-de-stress-post-traumatique)
- Centre d'étude sur le trauma. (2020, 21 janvier). *Études en cours Étude sur les premiers soins psychologiques en milieu de travail*. <https://trauma.criusmm.net/etudes-en-cours/etude-sur-les-premiers-soins-psychologiques-en-milieu-de-travail/>
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et sécurité du travail. (2021). Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail en résumé. [Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail en résumé | Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail - CNESTT \(gouv.qc.ca\)](https://www.cnesst.gc.ca/actualites/lois/modernisant-le-regime-de-sante-et-de-securite-du-travail-en-resume)
- Comité provincial des soins infirmiers en santé au travail. (2011). *Outil synthèse Guide de l'appropriation des savoirs pour l'orientation des infirmières et des infirmiers en santé au travail*.

- Costa Mia, A. & Ribeiro, E. (2010). The psychological impact of motor vehicle accidents on emergency service workers. *European Journal of Emergency Medicine, 00* (00).
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Arlington, VA : Elsevier Masson.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J. & Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Institut national de santé publique du Québec https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/789_avis_sante_mentale.pdf
- Duffy, E., Avalos, G. & Dowling, M. (2015). Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses: a Crosssectional Study. *International Emergency Nursing, 23*, 53-58.
- Fortin, M. F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche, Méthodes quantitatives et qualitatives*, (3^e Éd.). Montréal, Qc : Chenelière Éducation.
- Ghirardini, B., Landriscina, F., & Shapiro, B. (2011). *Méthodologies pour le développement de cours e-learning. Un guide pour concevoir et élaborer des cours d'apprentissage numérique*. FAO. <https://www.fao.org/3/i2516f/i2516f.pdf>
- Gosselin, M. (2019). *Besoins et perceptions des infirmières en soins critiques des régions éloignées du Québec en matière de formation continue*. [Mémoire de maîtrise]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/832>
- Goumdiss, M. (2018). *Le lien entre l'empathie et la fatigue de compassion auprès des urgentistes*. (Unpublished master's thesis). Université de Liège, Liège, Belgique.
- Jackson, B. L.(2017). Bereavement in the Pediatric Emergency department: Caring for Those Who Care for Other. *Pediatric Nursing, 43*(3), 113-119.
- Laposa, J. M., Alden, L. E., & Fullerton, L. M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing : JEN : Official Publication of the Emergency Department Nurses Association, 29*(1), 23-28.
- Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management, 20*(4), 472-484.

- Laurent, A. & Capellier, G. (2018). Stress professionnel en médecine intensive réanimation, de quoi parle-t-on? *Médecine intensive réanimation*, (27), 75-79.
- Lavoie, S., Talbot, L. R. & Mathieu, L. (2011). Post-traumatique Stress Disorder Symptoms Among Emergency Nurses : Their Perspective and « Tailor-made » Solution. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1514-1522.
- Lavoie, S. (2014). *Description de l'implantation et mesure des effets d'une intervention de soutien afin de diminuer les symptômes d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) auprès d'infirmières d'urgence*. [Thèse de doctorat]. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Lavoie, S., Talbot, L. R., Mathieu, L., Dallaire, C., Dubois, M.-F. & Courcy, F. (2016). An exploration of factors associated with post-traumatic stress in ER nurses. *Journal of Nursing Management*, 24. 174-183.
- Ledoux, K. (2015). Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *Journal of advanced nursing*, 71(9), 2041-2050.
- Lebel, G. (2015). Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion Méfiez-vous! *Perspective infirmière*, 12(2), 32-34.
- Les infirmières Rayonnantes. (n.d.). *Accueil* [communauté Facebook]. Facebook.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. LQ (2022).c.42(s-4.2), art.342. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2#:~:text=Une%20personne%20a%20le%20droit%20de%20recevoir%20des%20services%20de,42%2C%20a.>
- Lupien, S. (2021). *Par amour du stress*. (2^e Éd.). Édition Va Savoir.
- Marceau, K. (2014) *Héros sous le choc* [Documentaire]. PVP Média <https://www.pvp.ca/fr/productions/heros-sous-le-choc>
- Marceau, M., Ledoux, I., Lavoie, S., Benyamina Douma, N., Mailhot-Bisson, D., & Gosselin, É. (2022). Exploration of the occupational and personal dimensions impacted by the COVID-19 pandemic for nurses: A qualitative analysis of survey responses. *Journal of advanced nursing*, 78(7), 2150–2164. <https://doi.org/10.1111/jan.15167>
- Martel, J. & Dery, J. (2021). La science derrière une communication efficace et mémorable. *Perspective infirmière*, 18 (2), 36-39. <https://www.oiiq.org/w/PI/PI-vol18-no-2.pdf#page=38>

- Martel, A. & Vigneault, L. (2016). *Choc post-traumatique Pompiers*. [Présentation PowerPoint commentée]. Réseau de santé publique en santé au travail. <http://www.santeautravail.qc.ca/documents/478605/dde0b51d-d632-4918-84af-cd12ef475222>
- Mealer, M., Jone, J., Newman, J., McFann, K., Rothbaum, B. & Moss, M. (2012) The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 292-299.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2013). *En tant qu'intervenant, j'ai été confronté à un évènement traumatique*. Gouvernement du Québec <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-860-08F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-287-01W.pdf>
- Ministère de l'Environnement et de l'Innovation. (2022). *Région : Abitibi-Témiscamingue*. <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/abitibi-temiscamingue/portrait-regional/occupation-du-territoire/>
- Moretti, S. (2008). *Le Programme Hors Normes en santé au travail : représentations d'infirmières du secteur public*. [Mémoire de Maîtrise]. Université de Montréal, Montréal, QC.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462_doc.pdf
- Paillé, P. & Mucchelli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e Éd.). Paris : Armand Collin.
- Petit Bambou. (n.d.). Accueil <https://www.petitbambou.com/>
- Pinsonnault, E. (2018). *Étude phénoménologique dur l'expérience de la violence horizontale chez les nouvelles infirmières diplômées*. [Mémoire de Maîtrise]. Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC.
- Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessiong Evidence for Nursing Pactice*. Philadelphia (PA) : Wolters Kluwer.

- Radio-Canada. (2020, 22 octobre) *Le CISSS-AT procédera à une importante réorganisation de ses services*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1743287/reorganisation-services-cierrat>
- Rivest, S. (2021), *Initiation à la méditation pleine conscience : Pour une saine gestion du stress et de l'anxiété au quotidien*. [Formation à distance]. Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
- Savard, L. (2018). Marthe Isabel; infirmière d'urgence en Haute-Gaspésie. *Perspective infirmière*, 15(2), 16-17.
- Sidani, S. & Braden, C. J. (2011). *Design, Evaluation, and Translation of Nursing Intervention*. Philadelphie, PA : Wiley.
- Stelnicki, A. M., Carleton, N. & Reichert, C. (2020a). *Mental Disorder Symptoms Among Nurses in Canada*. Ottawa, ON : Canadian Federation of Nurses Unions. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2020/06/OSI-REPORT_final.pdf
- Stelnicki, A. M., Carleton, R. N., & Reichert, C. (2020b). Nurses' Mental Health and Well-Being: COVID-19 Impacts. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(3), 237–239. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0844562120931623#articleCitationDownloadContainer>
- Stock, S. & Nicolakakis, N. (2020). *Inégalités de santé au travail entre les salariés et ceux non visés par la Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2631_inegalite_sante_travail_activite_economique.pdf
- Tubbert S. J. (2016). Resiliency in Emergency Nurses. *Journal of emergency nursing*, 42(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.016>
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., St-Vincent, M., Funes, A., Duguay, P. Vézina, S. & Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*. Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>