

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE SUR LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA DEMANDE D'AIDE
PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES PARAMÉDICS TRAVAILLANT SUR LE TERRITOIRE DE
MONTRÉAL ET DE LAVAL

THÈSE DE SPÉCIALISATION

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

BACCALAURÉAT PSYCHOLOGIE, HONOURS THESES

PAR

JOEY OUELLET

MAI, 2023

RÉSUMÉ

Les responsabilités et défis uniques rencontrés par les paramédics dans leur milieu de travail augmentent considérablement le risque de développer des changements au niveau de leur santé psychologique. Des mécanismes de défense tels qu'enfouir les souvenirs douloureux et une culture où l'exposition aux traumatismes est normalisée peuvent se traduire en obstacles à la demande de soutien psychologique. De fait, parmi le personnel de la sécurité publique (PSP), les paramédics rapportent les plus basses intentions d'utiliser les services d'aide psychologique en raison de la stigmatisation. Dans la littérature scientifique, très peu d'études s'attardent à l'utilisation des services d'aide psychologique chez les paramédics. La présente thèse réplique en partie une étude effectuée chez les policier(ère)s du service de police de la ville de Montréal (SPVM) ayant pour objectif général de mieux comprendre les facteurs pouvant influencer la demande d'aide psychologique chez les travailleurs. Les paramédics de la CUS ont été invités à répondre à un questionnaire portant sur l'utilisation des services ainsi que sur les barrières à la recherche d'aide psychologique. Les résultats démontrent qu'il y a une grande ouverture à la demande d'aide psychologique chez les répondants. De plus, le stigmate public ne semble pas influencer la demande d'aide psychologique chez les participants. Également, la présente étude suggère que les leaders sont en position de facilitateurs à la demande d'aide et que les barrières principales à la consultation sont: préférer gérer ses problèmes seul, planifier un rendez-vous, et trouver du temps.

Mots clés : Stigmates publics, barrières à la consultation, paramédics, demande d'aide psychologique, pair aidant, pair-aidance, utilisation de services psychologiques.

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier Cécile Bardon pour sa confiance, son aide, sa franchise et ses précieux conseils lors de ce projet d'étude. De plus, j'aimerais remercier les gens de la section de psychologie communautaire qui ont nourri les discussions et m'ont soutenu dans cette aventure. Tout particulièrement à Laurent Corthesy-Blondin qui m'a cosupervisé et aidé dès le départ avec enthousiasme et encouragement. J'aimerais aussi souligner toute l'importance du centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE). Les Québécois(e)s ont besoin de gens dévoués comme ceux de ce laboratoire afin de participer activement à la diminution des préjudices dans la société.

Professionnellement, j'aimerais remercier la Corporation Urgences-santé (CUS) et son comité de recherche d'avoir accepté de participer à ce type d'étude ainsi qu'à tous mes collègues. Plus personnellement, j'aimerais remercier Natalie Labelle et Hélène Brouillet, deux femmes exceptionnelles qui me tirent vers le haut. Encore une fois, merci d'être présentes dans ma vie.

Table des matières

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	3
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	6
PROBLÉMATIQUE	7
CONTEXTE THÉORIQUE ET EMPIRIQUE	7
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE	11
MÉTHODES	11
Déroulement et participants	11
Devis de recherche	12
Instruments de mesure	12
<i>Données sociodémographiques</i>	12
<i>Les stigmates publics</i>	12
<i>Les barrières à la consultation</i>	13
<i>Les comportements de recherche d'aide psychologique</i>	13
Préparation des données	14
Analyses statistiques utilisées	15
RÉSULTATS	15
Description et représentativité de l'échantillon	16
Caractéristiques sociodémographiques	18
Analyses statistiques des effets entre les variables	24
DISCUSSION	26
Caractéristique de l'échantillon	27
L'utilisation des services d'aide psychologique par les paramédics	28
Stigmate public et consultation psychologique	32
Autres barrières à la consultation psychologique	33
Forces et limites de l'étude	35
Pistes pour des recherches futures	36
CONCLUSION	38

BIBLIOGRAPHIE	39
TABLEAUX DES RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES CHI-CARRÉES	44
ANNEXE I : Lettre d’approbation du comité éthique	46
ANNEXE II : Invitation et courriels	47
ANNEXE III : Informations et consentements	48
ANNEXE IV : Formule d’adhésion à l’étude et consentement	49
ANNEXE V : Questionnaires	50
ANNEXE VI : Remerciements et message de fin	63

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	16
Tableau 2	17
Tableau 3	17
Tableau 4	18
Tableau 5	19
Tableau 6	20
Tableau 7	20
Tableau 9	23
Tableau 10	24
Tableau 11	25
Tableau 12	26
Tableau 13	44
Tableau 14	45
<i>Figure 1</i> . Distribution de l'intention d'utiliser les services professionnels.....	21
<i>Figure 2</i> . Distribution de l'intention d'utiliser le service de pair-aidance.	21

PROBLÉMATIQUE

L'utilisation des services d'aide psychologique chez les paramédics est un sujet préoccupant. À Montréal, au début du nouveau millénaire, la CUS était tourmentée par un phénomène de suicide dans son organisation. Les taux de comportements suicidaires de ses employés étaient deux à trois fois plus élevés que la population en général (Mishara et al., 2005). Encore aujourd'hui, la santé psychologique des paramédics demeure un sujet qui nécessite d'être étudié. La prévalence et les conséquences à la suite d'un problème de santé psychologique, tant chez les paramédics qu'au niveau organisationnel, démontrent l'importance d'explorer des pistes de solutions afin de tenter de prévenir activement les préjudices qui y sont associés.

La présente recherche s'intéresse à répliquer une étude réalisée chez les policier(ère)s du SPVM afin d'explorer les facteurs influençant la demande d'aide psychologique chez les paramédics de la CUS. En premier lieu, nous examinerons les taux d'utilisation des services d'aide psychologique présents à la CUS. Ensuite, nous tenterons de confirmer l'hypothèse que la stigmatisation représente un facteur influençant la demande d'aide psychologique chez les paramédics à la CUS. Puis, nous identifierons les barrières à la recherche d'aide qui semblent être perçues par le plus grand nombre de paramédics. Finalement, nous émettrons des recommandations afin d'améliorer la recherche d'aide psychologique chez les paramédics montréalais.

CONTEXTE THÉORIQUE ET EMPIRIQUE

De fait, Oliphant (2016) rapporte que le PSP canadien, dont les paramédics, policiers, pompiers, répartiteurs, et agents des services correctionnels font partie, est exposé régulièrement à des événements avec potentiels traumatiques (EPT). Par ailleurs, Carleton et al. (2019) rapportent que les PSP ont 90 % plus de chance que la population en général d'être exposé à un EPT. Ces événements sont reliés à la mort, à la peur de la mort, à des blessures graves et à des violences physiques ou sexuelles envers soi ou un autre. L'association américaine de psychologie (APA, 2022) mentionne que l'exposition à un EPT peut se produire par la victimisation directe

ou par une exposition indirecte à des détails aversifs d'un événement, comme dans le cadre des fonctions professionnelles comme PSP. De plus, l'exposition aux EPT est liée à un risque plus élevé de développer des problèmes de santé psychologique (APA, 2022), comme des symptômes associés aux troubles de stress post-traumatique (TSPT), à la dépression et à l'abus de substances; le tout regroupé sous le terme de blessures de stress post-traumatique. En outre, une méta-analyse estime, chez les travailleurs des services d'urgence, un taux de 11 % pour les TPST, 15 % de dépression, 15 % pour l'anxiété, ainsi que 27 % pour de la détresse psychologique générale (Petri et al., 2018). D'autre part, Mausz et al. (2022) précisent que chez les paramédics, 25 % des travailleurs actifs présentent des symptômes compatibles avec un problème de santé psychologique.

Plus spécifiquement, chez les PSP, l'exposition aux EPT est également associée à l'idéation suicidaire, à la tentative de suicide ainsi qu'à l'abus d'alcool (Carleton et al., 2018). De plus, les répercussions portant atteinte à la santé psychologique contribuent à la réduction de la qualité de vie (Berger et al., 2010), aux problèmes familiaux (Regehr et al., 2005), à l'épuisement professionnel (Carleton et al., 2018), à la douleur chronique (Carleton et al., 2017), à l'insomnie (Angehrn et al., 2020) et peuvent compromettre les soins offerts aux patients (Donnelly et al., 2020). Les effets de la maladie psychologique chez les travailleurs incluent aussi de hauts taux d'absentéisme et de présentéisme (Dewa et al., 2004). D'ailleurs, la condition des travailleurs PSP a été caractérisée de crise au Canada en raison du haut taux de comportements suicidaires et compte tenu de la faible quantité de littérature permettant d'identifier et d'adresser la situation (Koopmans et al., 2017).

Toutefois, les PSP vivent des obstacles à la recherche d'aide psychologique, et ce, bien que les ressources soient disponibles. En effet, une étude canadienne partage que par rapport aux autres PSP, les paramédics ont rapporté de plus basses intentions d'utiliser les services d'aide offerts en raison de la stigmatisation, de l'expérience personnelle ou des barrières systémiques (Krakauer et al., 2020). Bien que les paramédics reconnaissent l'efficacité des solutions, certain(e)s d'entre eux ne choisissent pas de rechercher l'aide nécessaire en raison de l'autostigmatisation (Krakauer et al., 2020). Corrigan et Penn (1999) décrivent la stigmatisation

liée à la santé psychologique comme étant l'attitude négative et erronée à l'égard d'une personne, semblable à un préjugé ou à un stéréotype négatif qui conduit à une action négative ou à la discrimination. De plus, Corrigan (2004) classe le stigmate en deux catégories. D'abord, le stigmate public s'explique comme la réaction du grand public à l'égard des individus avec des problèmes de santé psychologique, et l'autostigmatisation comme l'internalisation de la manière dont chaque individu avec des problèmes de santé psychologique est représenté dans la population en général. De façon plus concrète, se sentir moins satisfait de soi-même à la suite de la consultation avec un psychologue est un exemple d'autostigmatisation. En revanche, lorsqu'une personne pense qu'elle est perçue comme étant faible par ses pairs parce qu'elle demande de l'aide psychologique, cela représente le stigmate public. Notamment, chez les premiers répondants d'urgence, plus du tiers rapportent avoir vécu de l'autostigmatisation à l'égard de la santé psychologique, ce qui est plus élevé que la population générale (Haugen et al., 2017).

Une revue de littérature suggère différents thèmes influençant la recherche d'aide chez les travailleurs des services d'urgence. Elle identifie le besoin d'une culture organisationnelle où il est sécuritaire d'être vulnérable ainsi que d'un leadership de compassion et de soutien. (Auth et al., 2022). À Montréal, des programmes de pair-aidance ont émergé chez les policier(ère)s en 2015, et chez les paramédics en 2018. Le terme « pair-aidance » se définit par l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie (Pair-aidance | Pair-aidance Québec, 2023). Plus spécifiquement, les principes fondamentaux de la pair-aidance sont le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement. À la CUS, les pairs aidants sont recommandés par leurs pairs, puis sélectionnés et formés par une psychologue. Ils sont en mesure de dépister les employés vivant des difficultés ou de la détresse psychologique et leur offrir du soutien. Les pairs aidants offrent un service de soutien à la suite d'une intervention considérée à stress élevé à la demande d'un collègue. Ils procèdent ensuite à un suivi dans les 24 à 48 h suivant l'événement pour s'assurer que le collègue récupère bien. Selon les chiffres que la CUS nous a fournis en 2022, les pairs aidants et la psychologue traitent environ 55 déclarations qualifiées d'incidents à stress élevé chaque mois en santé psychologique, soit plus du double en

comparaison de 2020. Les différents facteurs de risque traités sont la fatigue pandémique, le stress lié au manque de personnel et l'augmentation d'interventions à caractère traumatique.

D'autre part, à Montréal, l'étude de Bernier (2021) menée chez les policier(ère)s du SPVM démontre une plus grande ouverture à la l'utilisation des services d'aide psychologique que d'autres corps policier(ère)s. De plus, le stigmatisme public chez les policier(ère)s n'a pas démontré être un obstacle important à l'utilisation des services d'aide psychologique. Cependant, les contraintes de temps, le manque de confiance envers le personnel, la préférence de régler ses problèmes seul ainsi que la faible reconnaissance de sa propre détresse ont été identifiés comme des barrières à leur demande d'aide.

En ce qui concerne les paramédics au Québec, nous n'avons pas trouvé d'étude qui s'attarde spécifiquement au phénomène de la demande d'aide psychologique. Toutefois, le rapport de Mishara et al. (2005), rédigé à la suite d'une augmentation des suicides à la CUS, dépeint le contexte de l'époque dans l'organisation où travaillaient les paramédics montréalais ainsi que son impact au niveau de la santé psychologique de ses employés. En effet, 57,9 % des répondants vivaient de la détresse psychologique reliée à des déséquilibres au niveau de leurs sphères personnelles et sociales. Plus spécifiquement, ils éprouvaient des difficultés conjugales (71,3 %), professionnelles (36,2 %) et financières (14,9 %). De plus, à l'époque, le taux d'idéation suicidaire à vie chez les employés de la CUS représentait le triple de celui de la population générale du Québec (26,6 % contre 8,2 %) et le taux d'idéation suicidaire dans les douze derniers mois équivalait au double (7,7 % contre 3,9 %). D'ailleurs, le contexte de l'époque nous renseigne aussi sur la sévérité des idéations suicidaires des employés de la CUS. En effet, 52,9 % des répondants qui ont eu des idéations suicidaires au cours de leur vie mentionnent avoir tenté de se suicider dans les années qui ont suivi. Enfin, le rapport identifie aussi des barrières à la demande d'aide psychologique : ne pas se confier par peur d'être jugé (60,8 %), demander de l'aide est un signe de faiblesse (31,3 %), ou encore de la honte et de l'isolement (15,6 %).

Par conséquent, l'analyse du contexte et les besoins identifiés suggèrent d'examiner plus en profondeur les facteurs influençant la demande d'aide psychologique chez la population des paramédics de la CUS. Pour se faire, nous proposons une étude similaire à celle effectuée au Service de police de la Ville de Montréal (SPVM). Tout comme l'étude de Bernier (2021), l'étude examinera spécifiquement le taux d'utilisation des services d'aide psychologique, l'influence du stigmatisme public et des barrières à la demande d'aide chez les paramédics de la CUS.

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE

L'objectif général de notre recherche est de mieux comprendre les facteurs pouvant influencer l'utilisation des services d'aide psychologique chez les paramédics de la CUS. L'étude est orientée vers trois objectifs spécifiques. Le premier objectif est d'examiner l'utilisation des services d'aides psychologiques. Pour ce faire, nous évaluerons dans quelles mesures les paramédics de la CUS utilisent, ont utilisé ou ont l'intention d'utiliser les services d'aide psychologique. Par la suite, nous identifierons quel type de professionnel ils consultent. Le deuxième objectif, quant à lui, vise à vérifier le lien entre le niveau de stigmatisme public perçu et l'utilisation passée, actuelle, et l'intention d'utiliser des services d'aide psychologique. Plus spécifiquement, l'hypothèse proposée est qu'il existe une relation négative significative entre le niveau de stigmatisme public perçu et l'utilisation passée, actuelle, et l'intention d'utiliser des services d'aide psychologique. Le troisième objectif vise à explorer d'autres facteurs pouvant influencer la consultation psychologique chez les paramédics de la CUS en s'intéressant aux barrières et aux facilitateurs identifiés dans la littérature à la consultation psychologique chez les PSP en général et les paramédics en particulier.

MÉTHODES

Déroulement et participants

La présente étude a été réalisée auprès des paramédics travaillant à la CUS sur le territoire de Montréal et de Laval. Le projet a reçu l'approbation du comité éthique et de recherche (CER)

de l'Université du Québec à Montréal en décembre 2022 (ANNEXE I). La collecte de données a été effectuée en collaboration avec la CUS. Un courriel a été envoyé par la CUS (ANNEXE II), invitant leurs 1038 paramédics à participer au projet. Il contenait un résumé de l'étude (ANNEXE III) ainsi qu'un lien électronique menant à une plateforme sécurisée (Lime survey). Les paramédics désirant participer à l'étude devaient d'abord prendre connaissance du formulaire d'information et de consentement, puis donner leur consentement (ANNEXE IV). Par la suite, le questionnaire en ligne (ANNEXE V) pouvait être rempli avec un temps de complétion estimé à 15 minutes. Le recrutement des participants s'est déroulé du 16 janvier 2023 au 16 février 2023. Un courriel de rappel a été envoyé le 31 janvier 2023.

Devis de recherche

Pour répondre à l'objectif, un devis quantitatif de type corrélationnel et transversal a été utilisé. Des questionnaires autorapportés en un seul temps de mesure ont permis de recueillir les données des participant(e)s.

Instruments de mesure

Données sociodémographiques

Certains renseignements ont été recueillis auprès des participants, comme le genre, l'âge et l'ancienneté. D'autres informations sur l'emploi, telles que le rôle dans l'organisation, les plages horaires de travail et la parentalité ont été demandés. De plus, nous nous sommes également intéressés à leur santé psychologique en nous interrogeant sur leur perception sur leur santé, leurs comportements suicidaires, ainsi que les diagnostics reçus en santé psychologique. Ces données ont été sélectionnées en lien avec leurs impacts potentiels sur la demande d'aide psychologique chez les paramédics.

Les stigmates publics

La mesure du stigmatisme public a été prise à l'aide de la sous-échelle de stigmatisme public Military Stigma Scale (MSS; Skopp et al., 2012) et traduite en français par Bernier (2021). Elle s'intéresse à la consultation psychologique en lien avec la perception des stigmates publics selon

16 items. Un exemple d'item est : « Si l'organisation savait que je consultais un professionnel de la santé psychologique, moins de responsabilités me seraient données. » Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert à quatre points, allant de « définitivement en désaccord » à « définitivement en accord ». Le score total de la sous-échelle est obtenu par l'addition des scores individuels (Min = 16; Max = 64) et un item du questionnaire est inversé (question 2).

L'instrument n'a pas de point de coupure; plus le score est élevé, plus grande est la présence perçue de stigmatisme public. Comme les deux versions de l'instrument présentent une cohérence interne similaire, soit de $\alpha = 0,94$ pour la version anglophone (Skopp et al., 2012), et $\alpha = 0,938$ pour la traduction francophone utilisée par Bernier (2021); celle de Bernier (2021) a été utilisée pour la présente étude.

Les barrières à la consultation

La mesure initiale des barrières à la consultation a été prise à l'aide de l'outil élaboré par Hoge et al. (2004) et adapté par Chapman et al. (2014). De plus, dans son étude, Bernier (2021) adapte cinq items afin qu'ils soient plus représentatifs des barrières à la consultation rapportées dans la documentation scientifique. Enfin, trois items tirés de la recherche de Kim et al. (2011) ont été ajoutés dans le questionnaire. Ainsi, l'échelle utilisée dans la présente étude est constituée de huit items cotés sur une échelle Likert à cinq points, allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord », sans item inversé. Un exemple d'item est : « Je ne pourrais pas trouver du temps pour consulter en raison de ma charge de travail. ». Il n'y a pas de point de coupure à l'instrument (Min = 8; Max = 40), toutefois, selon les auteurs, un item est considéré comme une barrière lorsqu'il est coté à 4 ou 5. La cohérence interne de l'échelle varie entre 0,79 (Chapman et al., 2014; Hoge et al., 2004) et 0,83 (Kim et al., 2011). Comme une traduction française existe dans l'étude de Bernier (2021) et la cohérence interne obtenue ($\alpha = 0,756$) est similaire aux versions anglophones, la version de Bernier (2021) a été utilisée dans la présente étude.

Les comportements de recherche d'aide psychologique

Tout d'abord, les comportements de recherche d'aide psychologique ont été mesurés à l'aide des trois items portant sur l'utilisation actuelle, passée ou l'intention d'utiliser des services

d'aide psychologique professionnels. L'utilisation actuelle a été mesurée par la question suivante : « Avez-vous actuellement recours à une aide psychologique fournie par une ressource professionnelle? ». Le cas échéant, il est demandé aux participants de préciser le type de professionnel consulté. L'utilisation passée est évaluée à l'aide de la question : « Avez-vous, par le passé, eu recours à une aide psychologique fournie par une ressource professionnelle pour des difficultés en lien avec votre vie personnelle ou professionnelle? ». Pour mesurer l'intention d'utiliser les services, la question posée est: « À quel point auriez-vous l'intention d'utiliser une aide psychologique fournie par une ressource professionnelle pour des difficultés en lien avec votre vie personnelle ou professionnelle? ». Cet item est coté sur une échelle Likert à cinq points, allant de « très improbable » à « très probable ».

Particulièrement, dans cette étude, les comportements de recherche d'aide psychologique ont été mesurés à l'aide de deux items portant sur l'utilisation passée et l'intention d'utiliser le service de pair-aidance. L'utilisation passée a été mesurée avec une question de type vrai ou faux: « J'ai déjà utilisé le service de pair-aidance. ». Par la suite, l'intention d'utiliser le service de pair-aidance a été mesurée avec la question : « À quel point auriez-vous l'intention d'utiliser le service de pair-aidance de la CUS si vous éprouviez des difficultés personnelles ou professionnelles? ». Cet item est coté sur une échelle Likert à cinq points, allant de « très improbable » à « très probable ».

Préparation des données

Les données à l'étude ont été examinées pour vérifier la présence de scores extrêmes dans la distribution (Howell, 2008). Aucune donnée extrême n'a été identifiée. Pour être retenue dans les analyses principales et avoir un pouvoir explicatif considéré comme suffisant, une variable devait présenter à la fois un résultat significatif aux analyses sélectionnées et une taille d'effet petite. Seules les variables satisfaisant ces deux critères sont rapportées ici. Dans cette présente étude, il a été choisi de rapporter les corrélations avec une force $\rho > 0,2$ alors que Bernier (2021) considèrerait un minimal de force à $\rho > 0,3$. Par cette décision, nous jugeons pertinent de relever ces forces afin de définir et préciser l'effet des variables à l'étude.

L'ensemble des variables présentées respectait le postulat de normalité. Deux variables ont été transformées par l'extraction de données aberrantes impossibles. Six données ont été retirées pour les heures travaillées par quart réduisant le n à 101, et deux données ont été supprimées pour les heures travaillées aux deux semaines, apportant le n à 105.

Analyses statistiques utilisées

Les différentes variables ont été analysées en fonction de leur relation aux comportements de recherche d'aide. Selon la nature de la variable, les analyses utilisées ont été des corrélations de Pearson, des analyses du Chi-carré et des tests t indépendants. Afin de vérifier le lien entre le stigmatisme public perçu et l'utilisation passée et actuelle des services professionnels d'aide psychologique ainsi que du service de pair aidant, des tests t de Student ont été effectués. Un test t pour échantillon indépendant a été effectué pour déterminer s'il y avait une différence moyenne significative pour le stigmatisme public perçu entre les participants qui utilisent actuellement des services et ceux qui n'en utilisent pas. Un second test t pour échantillon indépendant a été effectué pour déterminer s'il y avait une différence moyenne significative pour le stigmatisme public perçu entre les participants en lien avec l'utilisation passée du service. Un troisième test t pour échantillon indépendant a été effectué pour déterminer s'il y avait une différence moyenne significative pour le stigmatisme public perçu entre les participants en lien avec l'utilisation passée du service de pair aidant. Une corrélation de Pearson a été conduite entre le score du stigmatisme perçu et l'intention d'utiliser les services professionnels en santé psychologique. Une corrélation de Pearson a été conduite entre le score du stigmatisme perçu et l'intention d'utiliser le service de pair aidant. Finalement, des corrélations de Pearson ont été utilisées entre les barrières perçues et les comportements de recherche d'aide.

RÉSULTATS

La prochaine section présentera, dans un premier temps, les résultats descriptifs de l'échantillon, sa représentativité ainsi que ses caractéristiques sociodémographiques. Dans un deuxième temps, elle exposera les résultats des analyses descriptives liées à l'utilisation des

services d'aide psychologique ainsi qu'aux barrières perçues à demande d'aide psychologique. Finalement, elle abordera les résultats significatifs des analyses statistiques effectuées entre les variables.

Description et représentativité de l'échantillon

Tout d'abord, précisons le taux de participation et la représentativité de la présente étude. Parmi les 1038 paramédics ayant reçu le courriel d'invitation à participer, 140 ont débuté l'étude, 122 ont consenti à y participer et 107 ont complété l'ensemble des questionnaires (Tableau 1). Cela représente une proportion de 10,31 % de la population totale des paramédics à la CUS. L'échantillon (N = 107) est constitué de 68,0 % d'hommes et de 32,0 % de femmes. L'âge moyen est de 39,16 ans et la moyenne d'années dans l'entreprise est de 13,31 ans (Tableau 2). En raison de la présence de paramédic travaillant à temps partiel sur plusieurs plages horaires différentes, la CUS a été en mesure de nous fournir seulement les plages horaires de 900 paramédics. Le Tableau 3 fragmente ces 900 paramédics de la population totale ainsi que ceux ayant participé à l'étude selon les plages horaires travaillées.

Tableau 1

Attrition des répondants selon la page du questionnaire

Nombre de questionnaires complétés par page	
Page 1 : Consentements	122
Page 2 : Utilisation actuelle, passée et future des services	115
Page 3 : Questionnaire sur la stigmatisation	110
Page 4 : Questionnaire sur les barrières perçues	108
Page 5 : Questionnaire sociodémographique	107
Nombre de questionnaires complètement vides	18
Nombre de questionnaires total	140

Tableau 2*Analyses descriptives des variables continues de la population et de l'échantillon*

Variabes	M	ÉT	ES	Min	Max	Asym.	Kurt.	N
Âge (Population)	39,16	12,44	-	-	-	-	-	1038
Âge (Échantillon)	37,79	11,18	1,08	20	64	0,68	-0,39	107
Ancienneté entreprise (Population)	13,31	11,75	-	-	-	-	-	1038
Ancienneté entreprise (Échantillon)	12,53	10,2	1,04	0,33	39,92	1,06	0,40	107

Tableau 3*Distributions des fréquences (%) des caractéristiques de la population et de l'échantillon à l'étude*

	Population des paramédics à la CUS		Échantillon de paramédics à l'étude	
		%		%
Genre				
Homme	706	68,0	70	65,4
Femme	332	32,0	36	33,6
Préfère ne pas répondre	-	-	1	0,9
Total	1038		107	
Plages horaires				
Jour	486	54,0	52	48,6
Soir	126	14,0	23	21,5
Nuit	288	32,0	32	29,9
Total	900		107	

Caractéristiques sociodémographiques

Cette section élabore sur les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, d'abord en explorant des données descriptives sur l'individu, et ensuite en élaborant sur certains facteurs pouvant influencer leur santé psychologique.

Tout d'abord, comme nous pouvons le lire dans le Tableau 4, les participants à l'étude ont mentionné avoir un conjoint(e) (63,6 %), avoir un enfant (46,7 %), détenir un diplôme d'étude collégiale (57,9 %), être gestionnaires (9,8 %) et être présentement en congé maladie (6,5 %).

Tableau 4

Distribution des réponses aux variables sociodémographiques

Variables sociodémographiques		Nombre	%
État civil	Célibataire	37	34,6
	Marié/ conjoint	68	63,6
	Séparé/d./veuf	2	1,9
Situation familiale	Avec enfant	50	46,7
	AEC	12	11,2
Niveau scolarité	DEC	62	57,9
	Certificat	16	15,0
	Bacc	14	13,1
	DESS	2	1,9
	Maîtrise	1	0,9
Titres dans l'entreprise	Soins primaires	95	88,8
	Soins avancés	12	9,8
	Gestionnaire	12	9,8
Présentement en congé maladie	Oui	7	6,5

Les données du Tableau 5, quant à elles, rapportent que parmi l'échantillon des participants à l'étude, 83,2 % ont mentionné travailler sur un horaire temps plein et 31,8 % avoir

une perception de leur santé globale meilleure que les personnes de leur âge. De plus, 35,5 % rapportent avoir reçu un diagnostic en santé psychologique, 21,5 % une relation conflictuelle avec un membre de la famille, 25,2 % des idéations suicidaires sérieuses dans leur vie et 2,8 % avoir déjà fait une tentative de suicide.

Tableau 5

Analyses descriptives des variables catégorielles

Variables		Nombre	%
Statut	Temps plein	89	83,2
	Temps partiel	18	16,8
Perception santé globale	Meilleure	34	31,8
	Pareille	57	53,3
	Pire	16	15
Souffre d'un problème de santé	Oui	32	29,9
Reçu dx en santé psychologique	Oui	38	35,5
Relation conflictuelle	Aucune	23	21,5
Idéation suicidaire	Oui	27	25,2
	Oui, dans la dernière année	8	7,5
Tentative de suicide	Oui	3	2,8

Pour ce qui est des variables indirectes utilisées dans l'étude, le Tableau 6 décrit plus spécifiquement certains facteurs pouvant influencer la santé psychologique. On peut notamment y relever le nombre d'heures moyen par quart de travail et par période de deux semaines.

Tableau 6*Analyse descriptive des variables continues*

Échelle	M	ÉT	ES	Min	Max	Asym.	Kurt.	N
Stigmate perçu	28,78	9,40	0,90	16	51	0,48	-0,767	110
Années dans profession	14,09	10,71	1,04	0,33	42,25	0,89	-0,01	107
H. travaillées / quart	10,74	1,26	0,13	7,75	13,00	-0,44	-0,63	101
H. travaillées / 2 semaines	81,08	1,43	14,61	30	130	-0,75	3,83	105

Le Tableau 7 ainsi que les Figures 1 et 2 présentent les résultats des participants quant à l'intention d'utiliser les services d'aide psychologique. La majorité des répondants a l'intention d'utiliser les services d'aide psychologique offerts par la CUS.

Tableau 7*Distribution de la fréquence (%) des réponses à l'intention de consulter*

Choix de réponses à l'échelle de Likert	% cumulé	
	Pas l'intention de consulter	Intention de consulter
Intention d'utiliser les services d'aide psychologique	1 à 3	4 à 5
Intention d'utiliser le service de pair-aidance	40,9	59,2
Intention d'utiliser le service professionnel	19,1	80,8

Note. N = 115. Échelle Likert : 1 = Très improbable; 2 = Improbable; 3 = Neutre; 4 = Probable; 5 = Très probable. Questions posées : À quel point auriez-vous l'intention d'utiliser le service si vous éprouviez des difficultés en lien avec votre vie personnelle ou professionnelle ?

Figure 1. Distribution de l'intention d'utiliser les services professionnels

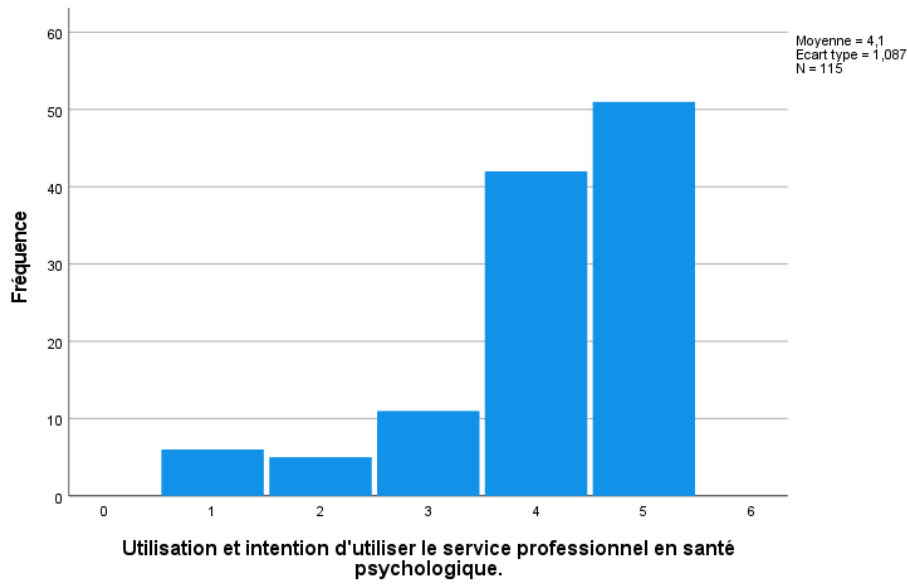
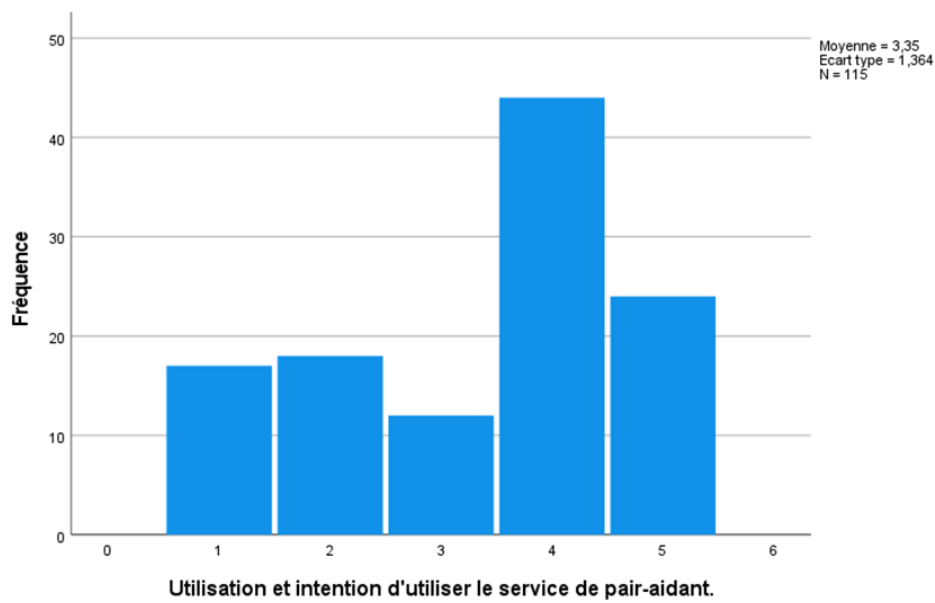


Figure 2. Distribution de l'intention d'utiliser le service de pair-aidance



Le Tableau 8 met en évidence la nature ainsi que l'utilisation actuelle et passée des services professionnels d'aide psychologique des paramédics ayant participé à l'étude. 23,0 % des répondants consultent actuellement les services professionnels d'aide psychologique. Parmi ceux-ci, 39,9 % sollicitent le service d'un psychologue à l'extérieur du PAEF, comparativement à 17,9 % qui utilisent le service d'un psychologue du PAEF.

Tableau 8

Utilisation actuelle et passée des services professionnels d'aide psychologique

		Consultation			
		Actuelle		Passée	
		Nombre	%	Nombre	%
Consultent ou ont consulté	Oui	28	23,0	88	72,0
Type de professionnels consultés ^a	Psychologue du PAEF	5	17,9	49	40,2
	Psychologue extérieur PAEF	11	39,3	42	34,4
	Travailleur social	2	7,1	9	7,4
	Psychothérapeute	5	17,9	20	16,4
	Psychiatre	0	0,0	7	5,7
	Médecin de famille	5	17,9	34	27,9
	Autre professionnel	3	10,7	4	3,3

Note. N = 108; ^a = Parmi les participants qui consultent (n = 28) oui qui ont consulté (n = 88)

Enfin, le Tableau 9 révèle les principales barrières perçues par les répondants à l'étude soient préférer gérer ses problèmes seul, planifier un rendez-vous, et trouver du temps. Nous pouvons observer que deux d'entre elles ont un pourcentage beaucoup plus élevé que pour les six autres, soit la difficulté à planifier un rendez-vous, et, sa prémisses complémentaire, préférer gérer ses problèmes seuls (p. ex. : trouver difficile de demander de l'aide).

Tableau 8*Distribution de la fréquence (%) des barrières à la consultation*

Choix de réponses à l'échelle Likert (%)	% cumulé						
	Pas de barrières perçues	Barrières perçues					
Barrières	1	2	3	4	5	1 à 3	4 à 5
1. Planifier un rendez-vous	4,6	19,4	30,6	32,4	13	54,6	45,4
2. Trouver du temps	11,1	44,4	25,9	13	5,6	81,4	18,6
3. Savoir où consulter	29,6	47,2	12	7,4	3,7	88,8	11,1
4. Méfiance (Prof)	46,3	37	12	3,7	0,9	95,3	4,6
5. Patrons découragent l'utilisation	59,3	35,2	5,6	0	0	100	0
6. Les problèmes se résolvent seuls	25,9	34,3	28,7	8,3	2,8	88,9	11,1
7. Préférer gérer ses problèmes seul	6,5	13,9	32,4	40,7	6,5	52,8	47,2
8. Moins bonne opinion d'un membre	68,5	25,9	3,7	0,9	0,9	98,1	1,8

Note. N = 108 Échelle Likert : 1 = Fortement en désaccord; 2 = En désaccord; 3 = Ni en accord/ni en désaccord; 4 = en accord; 5 = Fortement en accord; Barrière 1 = Il est difficile de planifier un rendez-vous; Barrière 2 = Je ne pourrais pas trouver du temps pour consulter en raison de ma charge de travail; Barrière 3 = Je ne sais pas où trouver de l'aide; Barrière 4 = Je ne fais pas confiance aux professionnels en santé psychologique; Barrière 5 = Mes patrons découragent l'utilisation de services en santé psychologique; Barrière 6 = Je pense que les problèmes psychologiques tendent à se résoudre d'eux-mêmes sans avoir besoin d'aller chercher de l'aide; Barrière 7 = Je préfère gérer mes problèmes par moi-même; Barrière 8 = J'aurais une moins bonne opinion d'un membre de mon équipe si j'apprenais qu'il(elle) consulte un professionnel en santé psychologique.

Analyses statistiques des effets entre les variables

Les résultats rapportés dans le Tableau 10 ne peuvent confirmer l'hypothèse de la présente étude selon laquelle il existerait une relation négative significative entre le niveau de stigmatisme public perçu et l'utilisation passée, actuelle, et l'intention d'utiliser des services d'aide psychologique. De plus, les résultats n'identifient aucune corrélation significative entre le stigmatisme public et les comportements des répondants à l'égard des services d'aide psychologique.

Tableau 9

Résultats des analyses préliminaires pour les corrélations de Pearson

Variables à l'étude	1	2	3	4	5	6
1 Stigmates publics	1	-,062	-,071	-,072	,079	-,069
2 Intention d'utiliser le service de pair-aidance	-,062	1	,466**	-,147	-,180	-,094
3 Intention d'utiliser le service professionnel	-,071	,466**	1	,068	-,238*	-,100
4 J'ai utilisé le service de pair-aidance	-,072	-,147	,068	1	,212*	,146
5 J'ai déjà utilisé les services professionnels	,079	-,180	-,238*	,212*	1	,209*
6 J'utilise des services professionnels	-,069	-,094	-,100	,146	,209*	1

Note. ** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral). * La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Les résultats rapportés dans le Tableau 11 soutiennent qu'il y a un effet significatif entre l'utilisation passée et actuelle des services d'aide psychologique et certaines variables sociodémographiques.

Tableau 10*Résultats des analyses préliminaires pour les Chi-carrés*

Résultats des analyses Chi-carrés					
Variables sociodémographiques	Chi carré			Matrice de symétrie	
	dl	χ^2	P	V de cramer ou phi	P
	Consultation actuelle d'un professionnel				
Souffre de problème	1	5,691	0,017	0,231	0,017
Dx en santé psychologique	1	7,709	0,005	0,268	0,005
	Consultation passée d'un professionnel				
Idéation suicidaire	1	5,598	0,018	0,229	0,018
Statut temps plein	1	6,48	0,011	0,248	0,011
Dx en santé psychologique	1	19,868	< 0,001	0,431	< 0,001
	Utilisation passée du service de pair-aidance				
Plage horaire	2	13,571	0,001	0,356	0,001
Relation conflictuelle	1	6,251	0,012	-0,242	0,012

Les résultats exposés dans le Tableau 12 font état d'effets significatifs entre le nombre d'heures travaillées par quart et par période de deux semaines avec des comportements liés à l'utilisation des services d'aide psychologique. De plus, ils soutiennent des effets significatifs entre la majorité des comportements de recherche d'aide psychologique et la barrière à la recherche d'aide la plus perçue chez les participants à l'étude, soit de préférer gérer ses problèmes seul.

Tableau 11

Suite des résultats des analyses pour les corrélations de Pearson

	Intention d'utiliser le service de pair- aide	Intention d'utiliser le service professionnel	J'ai utilisé le service de pair- aide	J'ai déjà utilisé les services professionnels	J'utilise des services professionnels
Âge	,097	,156	,090	-,125	,136
H.T. /quart de travail	-,010	,016	,022	,120	-,263**
H.T. /période de 2 semaines	-,255**	-,144	,022	,001	,037
Planifier un rendez-vous	-,056	,060	,039	,150	,065
Trouver du temps	,092	,005	-,106	,183	-,012
Préférer régler seul	-,229*	-,277**	,163	,404**	,248**

Note. ** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral). * La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

DISCUSSION

Cette section effectuera un retour sur les résultats saillants de la présente étude à la lumière de la documentation scientifique. Elle commencera par quelques observations au sujet de l'échantillon, notamment à l'égard des comportements suicidaires. Par la suite, elle présentera des réflexions sur l'utilisation des services d'aide psychologique, le stigmate et les barrières à la consultation chez les paramédics à l'étude. Elle terminera son raisonnement sur les forces et limites de la présente étude ainsi que les retombées pratiques pour des pistes futures.

Caractéristique de l'échantillon

Tout d'abord, on remarque un bon taux de participation à l'étude ainsi qu'une bonne représentativité de l'échantillon en ce qui a trait à l'âge moyen, l'ancienneté, le genre ainsi que les plages de travail des participants. Ceci consolide la portée des résultats pour cette population.

Le premier constat dans la présente étude est le taux d'idéation suicidaire sérieuse des paramédics de la CUS, supérieur à celui de la population en générale. Les paramédics à l'étude ont un taux d'idéation suicidaire deux fois plus élevé que celui des paramédics norvégiens (10,4 %) (Sterud, Hem, Lau, et Ekeberg, 2008), et similaire à celui de policier(ère)s américains (25 %) (Violanti et al., 2009). Ces différences à la hausse pourraient s'expliquer par le contexte de pandémie dans laquelle les paramédics ont été isolés. En effet, Evans et al. (2022) mentionnent que le soutien social influence la santé psychologique. L'association canadienne pour la santé mentale (ACSM) spécifie que « le soutien social peut nous aider à faire face à des épreuves ou à des échecs, à résoudre des problèmes, à améliorer notre estime de soi et même à gérer des problèmes de santé » (CMHA National, 2021). Également, l'étude actuelle a été menée après la phase critique de la pandémie, où les paramédics sont épuisés et que le risque d'erreurs au travail est plus élevé. Les paramédics pourraient être moins enclins à l'autocompassion et à l'indulgence à leur égard. La revue systématique de Cleare et al. (2019) met en évidence ces liens avec les idéations suicidaires. D'un autre côté, un rapport sur les employés de la CUS (Mishara et al., 2005) révèle des taux d'idéation suicidaire dans leur vie (26,6 %) et dans la dernière année (7,1 %), similaires aux résultats de la présente étude. Toutefois, ces données ont été compilées sur l'ensemble des employés, et non uniquement sur les paramédics. Enfin, aucun mécanisme spécifique en lien avec la pandémie n'a été proposé ou mis en place pour pallier ce risque à la CUS. Il serait donc intéressant d'explorer cette piste de solutions afin d'améliorer la situation pour les paramédics de la CUS.

Une autre observation est le taux de diagnostic reçu en santé psychologique des paramédics à l'étude étant presque trois fois supérieur à celui de la population en général. Ces résultats pourraient suggérer un biais d'autosélection, c'est-à-dire que les paramédics utilisant les services d'aide psychologique seraient davantage volontaires à participer à ce genre d'étude.

Toutefois, le PSP a 90 % plus de chance d'être exposé à un EPT (Carleton et al., 2019) et les EPT sont associés à un risque plus élevé de développer des problèmes de santé psychologique (APA, 2013). D'autre part, Mausz et al. (2022) précisent que chez les paramédics, 25 % des travailleurs actifs présentent des symptômes compatibles avec un problème de santé psychologique.

L'adéquation entre les besoins en santé psychologique des paramédics et la nature des services offerts par le PAEF semblent une avenue à explorer. Par exemple, il serait intéressant d'examiner les raisons pour lesquelles les paramédics choisissent spécifiquement l'utilisation du PAEF, l'accessibilité du programme et la formation spécialisée des intervenants en soutien aux paramédics, ce qui permettrait d'adapter l'aide aux besoins actuels des paramédics de la CUS.

L'utilisation des services d'aide psychologique par les paramédics

Le premier objectif de la recherche visait à examiner l'utilisation des services d'aide psychologique par les paramédics de la CUS. Rappelons que l'utilisation des services a été mesurée par l'utilisation passée, actuelle, ainsi que l'intention d'utiliser des services professionnels en santé psychologique et le service de pair-aidance de la CUS.

Selon les résultats de la présente étude, la consultation psychologique antérieure des paramédics de la CUS est similaire à celle des policier(ère)s du SPVM. Ce résultat est encourageant, parce qu'au Canada, les paramédics ont rapporté la plus basse intention de rechercher de l'aide parmi l'ensemble des PSP (Krakauer et al., 2020). Cependant, en ce qui concerne l'utilisation actuelle de l'aide psychologique, la proportion des paramédics qui consultent un professionnel est plus grande que celle des policier(ère)s de Montréal. Malgré la similarité entre l'étude de Bernier (2021) et la présente étude, où les collectes de données ont été complétées en contexte de pandémie, il serait intéressant d'explorer les disparités contribuant aux différences dans les résultats obtenus. Par exemple, un des facteurs soutenant ce constat pourrait être associé à la mise en place de normes promouvant spécifiquement la santé psychologique en paramédecine, en 2018, par l'association canadienne de normalisation (CSA), soit après la collecte de données de l'étude de Krakauer effectuée en 2017. Malgré les normes proposées par la CSA, seulement quelques éléments ont été implantés à la CUS, dont le programme de pair-

aidance et l'éducation des employés concernant la réduction de la stigmatisation liée à la demande d'aide? Par conséquent, plusieurs recommandations pourraient être ajoutées aux services psychologiques offerts à la CUS. Par exemple, il serait intéressant de débiter les initiatives en évaluant l'impact du programme de pair-aidance à l'aide d'outils proposés par la CSA afin de continuellement améliorer la qualité de ce programme.

D'autre part, le service de pair-aidance à la CUS semble faciliter la demande d'aide psychologique. En effet, la présente étude démontre un lien significatif entre l'utilisation du service de pair-aidance et l'utilisation du service professionnel d'aide psychologique. Il est intéressant de noter que ces résultats sont cohérents avec l'objectif des premiers soins psychologiques, soit la réduction de la stigmatisation et l'augmentation de l'utilisation des services parmi les personnes exposées à des EPT (Greenberg, N. et al., 2012). Ces résultats pourraient aussi être expliqués par la nature clinique du travail des paramédics. Par exemple, les besoins d'aide sont-ils plus grands pour les paramédics que pour les policier(ère)s? Toutefois, il serait aussi intéressant d'explorer s'il existe un lien entre la phase de la pandémie dans laquelle les collectes de données ont été complétées et les différents résultats obtenus au SPVM et à la CUS.

Un résultat inquiétant est la plus faible utilisation du service d'aide psychologique du programme aux employés de la part des paramédics, comparativement à celle des policier(ère)s du même territoire. L'écart est encore plus marqué dans l'utilisation actuelle que dans l'utilisation passée. La présente étude établit un lien significatif négatif entre l'utilisation passée et l'intention d'utiliser les services professionnels en santé psychologique chez les paramédics. Ces résultats font échos aux commentaires entendus chez les paramédics rapportant que le service du PAEF est moins adapté à la réalité du travail des paramédics à la CUS. Ces résultats pourraient s'expliquer par la divergence culturelle entre les deux groupes. En effet, malgré les similarités au niveau du rôle que les deux corps professionnels présentent, on note aussi plusieurs différences, dont leur mission et le type de réponse. De plus, en dépit du partenariat entre le corps policier et les paramédics, ainsi que leur collaboration sur certaines interventions, les deux groupes sont exposés à des clientèles différentes pouvant influencer la perception de menace

corporelle et psychologique ou encore au sentiment d'impuissance. Sachant que l'approche de la gestion de la diversité culturelle, partagée entre autres par Brake et Walker (1994), suggère des facteurs pouvant contribuer à l'orientation des comportements des paramédics dans une direction différente de celle des policier(ère)s, il serait intéressant d'explorer des éléments tels que l'environnement de travail, l'individualisme et la communication dans les cultures policières et paramédicales. Notamment, nous pourrions nous plonger plus profondément sur la communication en explorant les stratégies, moyens et outils de communication influençant les comportements collectifs. De plus, différents modèles en éducation et commercialisation utilisent différentes approches afin de déteindre sur la perception, la cognition et les émotions et ainsi guider les comportements. Ayant pris connaissance de la formation initiale et continue des policier(ère)s, comparativement à celle presque inexistante des paramédics du Québec en prévention, dé-escalade et protection personnelle lors d'actes de violence, peut-être pourrions-nous nous inspirer de leurs programmes d'enseignement?

D'un autre côté, les résultats sur l'utilisation du service de pair-aidance sont particulièrement encourageants. Le tiers des paramédics de l'étude mentionnent l'avoir déjà utilisé et la grande majorité est satisfaite. De plus, la moitié s'est fait offrir le service, et l'ensemble des répondants savent vers où se tourner afin de demander de l'aide. Par ailleurs, statistiquement, nous remarquons un lien significatif entre l'utilisation du service de pair-aidance et l'utilisation d'un service professionnel en santé psychologique. Ce lien soutient que si un paramédic utilise le service de pair-aidance, il a aussi plus de chance de consulter un professionnel en santé psychologique. Une autre piste de solution serait d'approfondir la recherche et comprendre les facteurs contribuant à ce lien significatif. En effet, peut-être serait-il possible d'utiliser ces facteurs afin de bonifier l'utilisation du PAEF?

Également, les analyses de l'étude révèlent d'autres influences significatives en lien avec l'utilisation du service de pair-aidance. Un premier lien émerge entre la présence d'une relation conflictuelle et l'utilisation du service. Toutefois, nous ne retrouvons pas ce lien entre la présence d'une relation conflictuelle avec un membre de la famille et l'utilisation du service professionnel d'aide psychologique. Les paramédics utilisateurs du service de pair-aidance vivraient davantage

de relations conflictuelles autour d'eux. La présence du service de pair-aidance sur les lieux du travail avec son caractère informel pourrait expliquer que les paramédics vivant une relation conflictuelle consulteraient davantage leurs pairs.

Finalement, un second lien significatif se dessine entre les plages horaires et l'utilisation du service de pair-aidance. En effet, statistiquement, il y a plus de paramédics qu'attendu qui utilisent le service sur la plage de soir, et moins de paramédics qu'attendu qui utiliseraient le service de pair-aidance sur la plage de nuit. Cet effet pourrait être attribué, en partie, à la couverture horaire du service de pair-aidance. Est-ce que ce service est offert uniformément sur toutes les plages horaires?

Pour ce qui est de l'intention d'utiliser les services professionnels en santé psychologique, les paramédics manifestent une grande intention même si elle semble plus basse que celle des policier(ère)s du SPVM. Malgré ce bon résultat, l'intention d'utiliser des services ne s'est pas révélée être un prédicteur du comportement de recherche d'aide selon une étude ontarienne. Portt (2020) suggère que l'utilisation passée et actuelle est plus représentative des comportements de recherche d'aide psychologique. C'est pourquoi il serait intéressant d'explorer davantage certaines études en éducation et en aviation, dont Foxon (1994) et Blickensderfer, E. et al. (2023), qui suggèrent de s'attarder à des facteurs (p. ex. : motivation intrinsèque, confiance et valeur perçue de l'information) pouvant transformer l'intention d'utiliser de nouvelles connaissances en actions et comportements optimaux en milieu de travail.

Finalement, les paramédics à l'étude mentionnent avoir moins l'intention d'utiliser le service de pair-aidance que les services professionnels d'aide psychologique advenant que le besoin se fasse sentir. Ce résultat concorde avec la présence de stigmatisme concernant le jugement des pairs et la crainte de nuisance à la carrière. Les paramédics pourraient avoir la perception de bénéficier de davantage de confidentialité par l'utilisation d'un service professionnel pour obtenir de l'aide psychologique que par celui des pairs aidants.

Stigmate public et consultation psychologique

Le second objectif de la recherche visait à vérifier le lien entre le niveau de stigmate public perçu et les comportements de recherche d'aide par les paramédics. L'hypothèse proposée était que les personnes présentant un niveau de stigmate public plus élevé auraient moins tendance à consulter (utilisation passée, actuelle et intention d'utiliser les services).

Afin de répondre à cet objectif, comparons d'abord la perception de stigmates publics rapportés chez les premiers répondants, le SPVM et à la CUS. Ensuite, nous ferons le parallèle entre la perception de stigmates publics et les comportements de recherche d'aide.

Dans un premier temps, la méta-analyse de Haugen et al. (2017) rapporte la présence des stigmates chez les premiers répondants. Additionnellement, les stigmates les plus rapportés sont: la peur du manque de confidentialité, la peur de l'impact négatif sur la carrière et le jugement des pairs (Chapman et al., 2012, 2014). Chez les paramédics de la CUS, les trois items du stigmate public ayant obtenu les plus hauts scores dans l'étude sont: l'inquiétude que les problèmes soient notés dans le dossier paramédic, le jugement des pairs, et la peur de l'impact négatif sur la carrière. Les paramédics de la CUS partagent donc sensiblement les mêmes préoccupations à l'égard du jugement des pairs et de leur carrière que leur collègue premier répondant; perceptions qui ne semblent changer dans le temps en comparaison avec l'étude de Chapman et al. (2012, 2014).

Parallèlement, les paramédics de la CUS semblent moins percevoir de stigmates que les policier(ère)s du SPVM. La mesure moyenne du stigmate public chez les paramédics à l'étude apparaît plus basse que celle des policier(ère)s du SPVM. Cela s'harmonise donc avec les plus faibles scores obtenus chez les paramédics sur l'échelle de stigmate, comparativement à ceux policier(ère)s dans l'étude de Krakauer et al. (2020).

Dans un deuxième temps, la présente étude ne révèle pas de lien significatif entre le niveau de stigmate public et les comportements de recherches d'aide des paramédics de la CUS,

contrairement à ce que conclut l'étude de Bernier (2021) chez les policier(ère)s du SPVM. Les résultats de la présente étude indiquent que la perception de stigmatisme public ne semble pas avoir empêché les paramédics d'utiliser les services par le passé. Toutefois, selon une autre étude, ce serait en raison de l'autostigmatisation que les paramédics ne choisissent pas de rechercher l'aide nécessaire (Krakauer et al., 2020). Il serait alors important de déterminer lequel des deux, stigmatisme public ou autostigmatisation, a le plus d'impact sur l'utilisation des services d'aide. En effet, dans le cadre de leur méta-analyse, Haugen et al. (2017) rapportent des résultats mitigés : certains auteurs affirment que c'est l'autostigmatisation, alors que d'autres avancent le stigmatisme public. Dans cette étude, la mesure du stigmatisme public a été conservée, car il a été choisi de répliquer en partie l'étude de Bernier (2021). Toutefois, d'autres pistes concernant les stigmates comme obstacles à la recherche d'aide apparaissent dans la littérature scientifique. Par exemple, chez les travailleurs des services d'urgence, une récente étude (Auth et al., 2022) décrit quatre thèmes sur les stigmates: la culture macho, la honte et le stigmatisme, ainsi que l'inquiétude en lien avec la carrière et la confidentialité. Ces dimensions devraient être incluses dans des études ultérieures.

Autres barrières à la consultation psychologique

Le troisième objectif de cette recherche visait à explorer d'autres facteurs pouvant influencer les comportements de recherche d'aide chez les paramédics de la CUS. Pour ce faire, nous avons utilisé l'échelle de Hoge et al. (2004), reprise par Chapman et al. (2014) et par Bernier (2021), qui comprenait huit items pouvant représenter des barrières à la consultation.

Dans la présente étude, les trois items ayant obtenu les plus hauts scores sont: préférer gérer ses problèmes seul, planifier un rendez-vous et trouver du temps. Il est intéressant de noter que les paramédics de la CUS perçoivent les mêmes trois barrières que les policier(ère)s du SPVM, relevées dans l'étude de Bernier (2021). En comparaison, dans la population générale, les barrières les plus rapportées sont: la difficulté de planifier un rendez-vous, ne pas savoir où demander de l'aide, la difficulté d'avoir du temps et les leaders décourageant les traitements de

santé psychologique (Chapman et al., 2012, 2014). De ce fait, les paramédics et les policier(ère)s partageraient deux barrières communes avec la population générale.

À l'opposé, trois facteurs se démarquent comme n'étant pas des barrières chez les participant(e)s. En premier lieu, les paramédics sont unanimes dans leur perception que les patrons ne découragent pas l'utilisation des services d'aide psychologique. Ensuite, avoir une moins bonne opinion d'un équipier à la connaissance qu'il ou elle consulte un professionnel en santé psychologique et ne pas avoir confiance aux professionnels en santé psychologique représentent deux barrières relativement faibles à la consultation psychologique dans notre échantillon. Subséquemment, ces résultats évoquent la possibilité que si certains facteurs peuvent être perçus comme des obstacles, d'autres puissent faciliter l'utilisation des services d'aide psychologique. Par exemple, comme les patrons ne découragent pas l'utilisation des services d'aide psychologique, ils pourraient contribuer à l'implantation de stratégies pouvant assister le paramédic à trouver du temps et planifier un rendez-vous. Il serait intéressant d'explorer ici si la description des rôles, responsabilités et mandats des gestionnaires s'aligne avec les constatations de cette présente étude.

En ce qui concerne les comportements de recherche d'aide psychologique, une corrélation négative a été identifiée entre le nombre d'heures travaillées par quart de travail et l'utilisation actuelle des services d'aide psychologique. Ce lien soutient que plus les participants travaillent, moins ils utilisent des services d'aide psychologique. Ce résultat pourrait contribuer aux principales barrières perçues qui sont de trouver du temps et de planifier un rendez-vous. Par ailleurs, cette corrélation négative représente un risque possible chez les employés travaillant un grand nombre d'heures. En effet, ils pourraient nécessiter des services d'aide psychologique, mais le fait de travailler plusieurs heures est une barrière à la demande d'aide, ce qui peut aggraver leur situation et entraîner des conséquences néfastes sur leur santé psychologique. Il serait intéressant d'explorer leur vulnérabilité à l'épuisement professionnel, la dépression et l'anxiété. Nous pourrions aussi étudier le rôle des leaders comme catalyseurs afin d'offrir des solutions pour aider leurs employés à concilier travail et bien-être. Voici quelques idées afin que du temps soit alloué aux paramédics pour optimiser leur bien-être: adapter ou créer les politiques

organisationnelles, ajouter une certaine flexibilité à l'horaire, ajouter des congés payés non planifiés, faciliter les espaces de détente, assurer un moment pour ventiler à la fin du quart ou encore offrir un soutien à la prise de rendez-vous pour les programmes de soutien ou les consultations psychologiques. Ces suggestions pourraient atténuer les effets négatifs de la charge de travail excessive et améliorer le bien-être général des paramédics.

Également, cette étude établit une influence significative entre le statut d'emploi (temps partiel ou temps plein) et l'utilisation passée des services professionnels d'aide psychologique. En effet, un plus grand nombre de paramédics travaillant à temps plein comparativement à ceux qui occupent un temps partiel devraient avoir consulté. Cependant, il semble que les paramédics qui travaillent à temps plein pourraient avoir une contrainte à consulter un professionnel de la santé psychologique.

La barrière la plus perçue par les répondants, soit celle de préférer régler ses problèmes seul, est partagée également par les policier(ère)s de l'étude sur le SPVM. L'étude de Jone (2017) précise que les paramédics pourraient être moins empathiques à l'égard de leurs propres problèmes. Sur le terrain, ils témoignent que les personnes souffrant de problème de santé psychologique peuvent nécessiter des besoins particuliers et occasionner des inconforts auprès des intervenants d'urgence. Toutefois, les jugements entendus à l'égard des patients par les collègues lors de ces interventions peuvent contribuer à percevoir qu'il est préférable de régler ses problèmes seul. Les intervenants se connaissent dans le milieu et risquent d'être le patient de l'un ou l'autre. En somme, ce sont tous des facteurs qui risquent d'influencer la perception des intervenants d'urgences à l'égard de leurs problèmes de santé psychologique.

Forces et limites de l'étude

Tout d'abord, une force de cette étude réside dans le taux de participation de 10,31 %. Elle souligne l'intérêt des paramédics en ce qui concerne les services d'aide psychologique. De plus, il y a une bonne représentativité dans l'échantillon de répondants en ce qui concerne l'âge,

le genre, l'ancienneté dans l'entreprise et l'horaire de travail. L'ensemble de l'échantillon récolté à la CUS semble manifester de l'intérêt pour la santé psychologique dans leur organisation.

Également comme force, c'est l'une des premières études s'intéressant à la demande d'aide psychologique, au stigmatisme public et aux barrières perçues à la demande d'aide psychologique chez les paramédics. Elle contribue donc à la meilleure compréhension des facteurs influençant la demande d'aide psychologique chez les paramédics au Québec.

Néanmoins, les résultats de la présente étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. Tout d'abord, une limite à l'étude consiste à sa méthodologie de recherche quantitative. L'utilisation de questionnaires structurés avec des questions fermées conduit à des résultats limités qui ne décrivent pas toujours ce qui se passe réellement. Ces questionnaires fournissent des options limitées de réponses sélectionnées par le chercheur. De plus, la nature corrélationnelle et transversale de l'étude empêche d'inférer des relations de causalité entre les différentes variables.

Une autre faiblesse de l'étude s'attribue au potentiel de biais d'autosélection. Certain(e)s paramédics utilisant les services d'aide psychologique pourraient être davantage volontaires à participer à ce genre d'étude. Les taux de présence de diagnostic en santé psychologique et d'utilisation des services pourraient être majorés dans l'échantillon étudié en raison de ce biais d'échantillonnage. De plus, l'échantillon de 107 paramédics sur 1038 représente tout de même une petite quantité de paramédics travaillant dans un milieu urbain avec un service de pair-aidance et où l'utilisation de technologies facilite les communications. Il est donc légitime de questionner la généralisation de l'étude à savoir si l'échantillon étudié est représentatif des autres populations paramédicales au Québec.

Pistes pour des recherches futures

La présente étude a contribué à mieux comprendre les facteurs influençant la demande d'aide psychologique chez les paramédics de la CUS. En raison des différents facteurs environnementaux présents à la CUS, elle est difficilement généralisable à l'ensemble des

paramédics québécois. Il serait donc opportun d'étendre ce genre d'étude à l'ensemble des paramédics au Québec par le biais d'associations regroupant la majorité d'entre eux et de faire une analyse différenciée selon les régions pour refléter la variété des expériences des paramédics.

D'autre part, au niveau méthodologique, des questions qualitatives (p. ex. : en utilisant des questionnaires en ligne ou entrevues virtuelles) pourraient être ajoutées à d'éventuelles recherches afin d'explorer d'autres pistes de facteurs propres à l'environnement de travail des paramédics québécois. Toutefois, il faudra surveiller de ne pas trop surcharger le temps de complétion afin de ne pas décourager les répondants.

Par ailleurs, la présente étude fournit des résultats qui soulèvent d'autres hypothèses pour le futur. En premier lieu, les paramédics de la CUS semblent utiliser de moins en moins leur PAEF. C'est pourquoi une analyse de l'adéquation entre les besoins des paramédics, la nature des services offerts par le PAEF, ainsi que leur efficacité apparaît être une piste de recherche future.

Également, étant l'une des premières études à explorer les facteurs influençant les demandes d'aide psychologique chez les paramédics, elle est aussi la première à poser un regard sur le service de pair-aidance en milieu préhospitalier. Il revêt alors de prudence lors de l'interprétation des taux d'utilisations. C'est pourquoi d'autres études similaires devraient être réalisées afin de comparer les résultats.

Finalement, une récente revue de la littérature met en relief d'autres facteurs influençant la demande d'aide psychologique chez les travailleurs des services d'urgences. Auth et al. (2022) rapportent le sentiment de contrôle quant à la décision de recevoir de l'aide ou non, ainsi que le fait de partager des expériences similaires avec l'intervenant qui offre de l'aide psychologique. De plus, la conscience émotionnelle et l'éducation sont également identifiées comme des facteurs influençant la demande d'aide psychologique. L'éducation des gestionnaires, des travailleurs et de leurs proches à reconnaître les changements émotionnels et comportementaux pourrait donc faciliter la demande d'aide.

CONCLUSION

L'objectif général de la présente étude était de mieux comprendre les facteurs associés à la demande d'aide psychologique chez les paramédics de la CUS. En résumé, elle démontre que les paramédics de la CUS ayant participé à l'étude ont une bonne ouverture à la consultation psychologique s'il s'avérait qu'ils en ont besoin. Cela se reflète dans les taux d'utilisation passée, actuelle et leur intention d'utiliser les services professionnels d'aide psychologique. Cette disposition s'exprime également dans le taux d'utilisation passée et l'intention d'utiliser le service de pair-aidance. L'étude décèle également que le stigmate public, même si perçu par les paramédics, ne semble pas représenter un obstacle important à la demande d'aide psychologique. Les résultats rapportent que des barrières à la recherche d'aide sont perçues chez les paramédics de la CUS en ce qui a trait, notamment, à préférer gérer ses problèmes seul, à planifier un rendez-vous et de trouver du temps. Unaniment, le découragement des patrons à l'utilisation des services d'aide psychologique n'est pas une barrière perçue par les répondants. La présente étude est l'une des premières à explorer ces facteurs chez les paramédics québécois. Toutefois, la prudence est de mise dans l'interprétation des résultats en raison de la méthode de recherche principalement quantitative et le potentiel biais d'échantillonnage. Cependant, les résultats suggèrent d'analyser l'adéquation entre la nature des besoins et des services psychologiques offerts aux paramédics de la CUS. L'étude souligne aussi le levier facilitateur des patrons afin d'amenuiser les obstacles de planifier un rendez-vous et de préférer régler ses problèmes seul. Finalement, elle conclut qu'une meilleure compréhension des facteurs influençant la demande d'aide nécessite plus de recherche. L'éducation des gestionnaires, des travailleurs et de leurs proches à reconnaître les changements émotionnels et comportementaux pourrait donc contribuer à réduire les préjudices à l'égard des paramédics et de leur problème de santé psychologique.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association et American Psychiatric Association (dir.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Angehrn, A., Teale Sapach, M. J. N., Ricciardelli, R., MacPhee, R. S., Anderson, G. S. et Carleton, R. N. (2020). Sleep Quality and Mental Disorder Symptoms among Canadian Public Safety Personnel. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 32326489. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082708>
- Auth, N. M., Booker, M. J., Wild, J. et Riley, R. (2022). Mental health and help seeking among trauma-exposed emergency service staff: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, 12(2), e047814. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047814>
- Berger, W., Figueira, I., Maurat, A. M., Bucassio, É. P., Vieira, I., Jardim, S. R., Coutinho, E. S. F., Mari, J. J. et Mendlowicz, M. V. (2007). Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: Prevalence and impact on health and on quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 637-642. <https://doi.org/10.1002/jts.20242>
- Bernier, L. (2021). Stigmate public et barrières à la consultation : étude des facteurs pouvant influencer l'utilisation des services d'aide psychologique chez les policier(ère)s et policières. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada.
- Blickensderfer, B., Liu, D. et Hernandez, A. (s. d.). *Simulation-Based Training: Applying lessons learned in aviation to surface transportation modes*.
- BRAKE, T. et Walker, D. (1994). *Doing Business internationally : The workbook for cross cultural success*. Princeton, NJ : Princeton Training Press.
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Taillieu, T., Turner, S., El-Gabalawy, R., Sareen, J. et Asmundson, G. J. G. (2018a). Anxiety-related psychopathology and chronic pain comorbidity among public safety personnel. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 48-55. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.006>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Taillieu, T., Turner, S., Krakauer, R., Anderson, G. S., MacPhee, R. S., Ricciardelli, R., Cramm, H. A., Groll, D. et McCreary, D. R. (2019). Exposures to potentially traumatic events among public safety personnel in Canada. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 51(1), 37-52. <https://doi.org/10.1037/cbs0000115>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., Duranceau, S., LeBouthillier, D. M., Sareen,

- J., Ricciardelli, R., MacPhee, R. S., Groll, D., Hozempa, K., Brunet, A., Weekes, J. R., Griffiths, C. T., Abrams, K. J., Jones, N. A., Beshai, S., Cramm, H. A., Dobson, K. S., ... Asmundson, G. J. G. (2018b). Mental Disorder Symptoms among Public Safety Personnel in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(1), 54-64.
<https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
- Chapman, P. L., Elnitsky, C., Thurman, R. M., Pitts, B., Figley, C. et Unwin, B. (2014). Posttraumatic stress, depression, stigma, and barriers to care among U.S. Army healthcare providers. *Traumatology: An International Journal*, 20(1), 19-23.
<https://doi.org/10.1037/h0099376>
- Chapman, P. L., Elnitsky, C., Thurman, R. M., Pitts, B., Figley, C. et Unwin, B. (20140331). Posttraumatic stress, depression, stigma, and barriers to care among U.S. Army healthcare providers. *Traumatology: An International Journal*, 20(1), 19.
<https://doi.org/10.1037/h0099376>
- CMHA National. (2021, août 12). Le soutien social - CMHA National.
<https://cmha.ca/fr/brochure/le-soutien-social/>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W. et Penn, D. L. (1999). Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 12.
- Corporation Urgences-santé (2022, novembre), Le programme de pairs aidants en chiffres.
- Corporation Urgences-santé (2023, février). Statistiques des employés.
- Dewa, C. S., Lesage, A. et Caveen, P. G. and M. (2004). Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace. *HealthcarePapers*, 5(2).
<https://www.longwoods.com/content/16820/healthcarepapers/nature-and-prevalence-of-mental-illness-in-the-workplace>
- Donnelly, E. A., Bradford, P., Davis, M., Hedges, C., Socha, D., Morassutti, P. et Pichika, S. C. (2020). What influences safety in paramedicine? Understanding the impact of stress and fatigue on safety outcomes. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 1(4), 460-473. <https://doi.org/10.1002/emp2.12123>
- Evans, M. et Fisher, E. B. (2022). Social Isolation and Mental Health: The Role of Nondirective and Directive Social Support. *Community Mental Health Journal*, 58(1), 20-40.
<https://doi.org/10.1007/s10597-021-00787-9>
- Foxon, M. (1993). *A process approach to the transfer of training Part 1: The impact of motivation and supervisor support on transfer maintenance.*

- Greenberg, N., & Wignall, M. (2012). An Organizational Approach to the Management of Potential Traumatic Events: Trauma Risk Management (TRiM) – the Development of a Peer Support Process from the Royal Navy to the Police and Emergency Services. In International handbook of workplace trauma support. John Wiley & Sons.
- Haugen, P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E. et Nijdam, M. J. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 94, 218-229. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I. et Koffman, R. L. (2004). Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13-22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
- Howell, D. C. (2008). Méthodes statistiques en sciences humaines. Bruxelles, Belgique : de Boeck.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ): Lesage, A., Émond, V., (2020). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. <https://www.inspq.qc.ca/>
- Jones, S. (2017). Describing the Mental Health Profile of First Responders: A Systematic Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 200-214. <https://doi.org/10.1177/1078390317695266>
- Kim, P. Y., Britt, T. W., Klocko, R. P., Riviere, L. A. et Adler, A. B. (2011). Stigma, Negative Attitudes About Treatment, and Utilization of Mental Health Care Among Soldiers. *Military Psychology*, 23(1), 65-81. <https://doi.org/10.1080/08995605.2011.534415>
- Koopmans, E., Wagner, S. L., Schmidt, G. et Harder, H. (2017). Emergency Response Services Suicide: A Crisis in Canada? *Journal of Loss and Trauma*, 22(7), 527-539. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1360589>
- Krakauer, R. L., Stelnicki, A. M. et Carleton, R. N. (2020). Examining Mental Health Knowledge, Stigma, and Service Use Intentions Among Public Safety Personnel. *Frontiers in Psychology*, 11, 949. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00949>
- Mausz, J., Donnelly, E. A., Moll, S., Harms, S. et McConnell, M. (2022). Mental Disorder Symptoms and the Relationship with Resilience among Paramedics in a Single Canadian Site. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4879. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084879>
- Mishara, B.L., Raymond, S., Roy, F. (2005). Étude sur le phénomène du suicide à Urgences Santé et Recommandations pour un plan d'action.

- Oliphant, R. (2016). Healthy minds, safe communities: supporting our public safety officers through a national strategy for operational stress injuries *report of the Standing Committee on*, report of the Standing Committee on Public Safety and National Security. House of commons, Canada.
- Pair-aidance | Pair-aidance Québec. (2023, avril). Pair-aidance Québec.
<https://www.pairaidance.quebec/>
- Petrie, K., Milligan-Saville, J., Gayed, A., Deady, M., Phelps, A., Dell, L., Forbes, D., Bryant, R. A., Calvo, R. A., Glozier, N. et Harvey, S. B. (2018). Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 897-909.
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1539-5>
- Portt, E. L. (2020). Stigma associated with seeking help for psychological distress: How public and self-stigma, help-seeking attitudes and intent, self-compassion, and empathy relate. Lakehead University, Thunder Bay, ON, Canada.
- Regehr, C. (2005). BRINGING THE TRAUMA HOME: SPOUSES OF PARAMEDICS. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 97-114. <https://doi.org/10.1080/15325020590908812>
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J. et Clara, I. (2007). Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 58(3).
- Skopp, N. A., Bush, N. E., Vogel, D. L., Wade, N. G., Sirotin, A. P., McCann, R. A. et Metzger-Abamukong, M. J. (2012). Development and Initial Testing of a Measure of Public and Self-Stigma in the Military. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1036-1047.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21889>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. et Hsu, L. (2006). Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>
- Statistique Canada. (2020). Enquête sur la santé dans la collectivité canadienne (ESCC)- Composante annuelle. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donees-suicide-canada-infographique.html>
- Statistique Canada. (2021). Enquête sur la santé mentale et les événements stressants, août à décembre 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220520/dq220520b-fra.htm>
- Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, Ø. et Lau, B. (2008). Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emergency Medicine*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-8-16>

- Violanti, D. Fekedulegen, L.E. Charles, M.E. Andrew, T.A. Hartley, A. Mnatsakanova, C.M. Burchfiel. (2009). Suicide in police work: Exploring potential contributing influences. *American Journal of Criminal Justice*, 34 (2009), pp. 41-53, 10.1007/s12103-008-9049-8
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M. et Hsu, L. (2004). Prevalence and Incidence Studies of Mood Disorders: A Systematic Review of the Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(2), 124-138. <https://doi.org/10.1177/070674370404900208>

TABLEAUX DES RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES CHI-CARRÉES

Tableau 12

Résultats des Chi-carrées pour la consultation actuelle, passée des services d'aide professionnel et les variables sociodémographiques significatives

Variables sociodémographiques		Utilisation actuelle du service professionnel		
			Oui	Non
Souffre de problèmes	Oui	Effectif	10	22
		Compte attendu	5,7	26,3
		Résidus standardisés	1,8	-,8
	Non	Effectif	9	66
		Compte attendu	13,3	61,7
		Résidus standardisés	-1,2	,5
Diagnostic reçu en santé psychologique	Oui	Effectif	12	26
		Compte attendu	6,7	31,3
		Résidus standardisés	2,0	-,9
	Non	Effectif	7	62
		Compte attendu	12,3	56,7
		Résidus standardisés	-1,5	,7
Idéation suicidaire	Oui	Déjà consulté un service professionnel		
		Effectif	24	3
		Compte attendu	19,2	7,8
	Non	Résidus standardisés	1,1	-1,7
		Effectif	52	28
		Compte attendu	56,8	23,2
Temps plein	Oui	Résidus standardisés	-,6	1,0
		Effectif	67	22
		Compte attendu	62,7	26,3
	Non	Résidus standardisés	,5	-,8
		Effectif	7	9
		Compte attendu	11,3	4,7
Reçu un dx en santé psychologique	Oui	Résidus standardisés	-1,3	2,0
	Oui	Effectif	37	1

		Compte attendu	27,0	11,0
		Résidus standardisés	1,9	-3,0
	Non	Effectif	39	30
		Compte attendu	49,0	20,0
		Résidus standardisés	-1,4	2,2

Tableau 13

Résultats des Chi-carrées pour l'utilisation passée du service de pair-aidance et les variables sociodémographiques significatives

Variables sociodémographiques			Utilisé le service de pair-aidance.	
			Oui	Non
Plage horaire	Jour	Effectif	14	38
		Compte attendu	16,0	36,0
		Résidus standardisés	-,5	,3
	Soir	Effectif	14	9
		Compte attendu	7,1	15,9
		Résidus standardisés	2,6	-1,7
	Nuit	Effectif	5	27
		Compte attendu	9,9	22,1
		Résidus standardisés	-1,5	1,0
Relation conflictuelle	Non	Effectif	21	63
		Compte attendu	27,8	56,2
		Résidus standardisés	-1,3	,9
	Oui	Effectif	17	14
		Compte attendu	10,2	20,8
		Résidus standardisés	2,1	-1,5

ANNEXE I : Lettre d'approbation du comité éthique



No. de certificat : 2023-5207
Date : 2022-12-09

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Étude sur les facteurs qui influencent la demande d'aide psychologique chez les paramédics travaillant sur le territoire de Montréal et Laval

Nom de l'étudiant : Joe Ouellet

Programme d'études : Baccalauréat en psychologie

Direction(s) de recherche : Cécile Bardou

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-12-09**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sylvie Lévesque'.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE II : Invitation et courriels



Vous êtes invité(e)s à participer à un projet de recherche qui vise à mieux comprendre les facteurs associés à la demande d'aide psychologique des paramédics québécois.

Nous nous intéressons à la santé psychologique, aux barrières à l'utilisation et à l'intention d'utiliser les services d'aide psychologique présents dans l'environnement de travail des paramédics de la Corporation Urgences-santé.

Nous désirons également, par la suite, proposer des moyens pour faciliter la demande d'aide psychologique.

Participants recherchés

Nous vous invitons à participer à cette étude seulement si vous répondez à tous les critères suivants :

1. Être technicien ambulancier ou paramédic;
2. Être employé de la Corporation Urgences-santé;
3. Être en mesure de lire le français.

Tâche demandée

Le projet implique de répondre à un questionnaire en ligne portant principalement sur votre utilisation et intention d'utiliser le service d'aide de la Corporation Urgences-santé ainsi que sur vos perceptions à l'égard de la santé mentale. Par exemple, nous vous poserons des questions sur vos caractéristiques sociodémographiques, ainsi que sur les barrières perçues à la demande d'aide. Le temps requis pour remplir le questionnaire est d'environ 15 minutes.

Lien pour accéder à l'étude

<https://sondage.uqam.ca/469215?lang=fr>

Direction de recherche

Cécile Bardon, PhD, Professeure, département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et directrice associée au centre de recherche en prévention du suicide (CRISE).

Étudiant-Chercheur

Joey Ouellet, PSP, Président de la Corporation des paramédics du Québec, Chef de service au centre de formation de la Corporation Urgences-santé, Candidat B.SC, honor theses psychologie: ouellet.joe@courrier.uqam.ca

Confidentialité

Toutes les informations recueillies demeureront strictement confidentielles et, d'aucune façon, votre employeur n'aura accès à ces informations ou ne sera en mesure d'identifier les participants à travers les réponses fournies.

d'identifier quiconque y ayant participé. Elles ne seront visualisées que par le chercheur principal et sa directrice.

Les résultats de cette étude serviront à des fins de rapports de recherche et de publications scientifiques. Ils pourraient être communiqués dans les médias scientifiques généraux (colloques, revues scientifiques).

ANNEXE III : Informations et consentements

Vous êtes invité(e)s à participer à un projet de recherche qui vise à mieux comprendre les facteurs associés à la demande d'aide psychologique des paramédics québécois. Nous nous intéressons, entre autres, à la santé psychologique, aux barrières à l'utilisation et à l'intention d'utiliser les services d'aide psychologique présents dans l'environnement de travail des paramédics de la Corporation Urgences-santé. Nous désirons également, par la suite, proposer des moyens pour faciliter la demande d'aide psychologique.

Étudiant-Chercheur : Joey Ouellet, PSP, Président de la Corporation des paramédics du Québec, Chef de service au centre de formation de la Corporation Urgences-santé, Candidat B.SC, honor theses psychologie: ouellet.joe@courrier.uqam.ca

Direction de recherche: Cécile Bardon, PhD, Professeure, département de psychologie UQÀM, directrice associée au CRISE.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Anonymat et confidentialité

Au cours du questionnaire, vous n'aurez pas à fournir d'information personnelle permettant de vous identifier. Aucune information ne sera recueillie à votre insu. Ni l'adresse IP, ni l'adresse courriel ne sera incluse dans les données et aucun fichier témoin (cookie) ne sera inscrit sur votre ordinateur. Pour cette raison, il ne vous sera pas possible de retourner à votre questionnaire une fois la fenêtre fermée. Nous vous demandons donc de remplir le questionnaire en une seule fois. Le questionnaire en ligne est hébergé sur un serveur sécurisé de l'Université du Québec à Montréal.

Vos réponses traitées anonymement et étant traitées collectivement, sous forme de moyenne de groupe, il sera impossible

ANNEXE IV : Formule d'adhésion à l'étude et consentement

Premier consentement

La réalisation de ce projet de recherche repose sur la participation et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

En acceptant de participer à cette étude, j'atteste que :

1. Je suis un technicien ambulanciers ou paramédic employé de la Corporation Urgences-santé et que je suis en mesure de lire le français;
2. J'ai lu et compris les informations indiquées;
3. Je comprends que mes réponses seront traitées de façon anonyme et qu'il sera impossible de m'identifier;
4. Je consens volontairement et librement à participer à ce projet de recherche et sais que je peux à tout moment cesser d'y répondre.

Acceptez-vous de participer à l'étude? Oui ou Non

Deuxième consentement

L'étudiant-chercheur souhaite utiliser les données recueillies dans le cadre de cette étude dans d'autres projets de recherche similaires à celui-ci. Pour cette raison, ces données seront conservées de façon sécuritaire indéfiniment. Chaque demande concernant l'utilisation des

données pour d'autres projets de recherche devra être approuvée par le comité d'éthique approprié. Les données pourront être utilisées pour des analyses complémentaires.

Acceptez-vous que vos données anonymes soient utilisées par l'étudiant-chercheur pour des analyses secondaires? Oui ou Non

ANNEXE V : Questionnaires

Questionnaire sur l'utilisation et l'intention d'utiliser les services d'aide psychologique

Utilisation actuelle des services d'aide psychologique

À noter

Le terme « pair aidant » réfère au service offert par le service de santé mieux être (SME) de la Corporation d'urgences santé, soit des collègues. Celui-ci est offert spécifiquement sur certaines situations comme lors d'intervention paramédicale à risque, mais il est également utilisé de façon ponctuelle suite à l'approche des paramédics à la recherche d'une forme d'aide pour eux-mêmes ou pour autrui. Les termes « ressource professionnelle » ou de « professionnel de la santé psychologique » réfèrent à un professionnel agréé qui traite les problèmes psychologiques ou accompagne dans les difficultés personnelles que les gens ont parfois (exemple: psychologue, psychiatre, psychothérapeute, travailleur social, psychoéducateur, etc.).

Besoin de parler?

Nous vous invitons à prendre contact avec la Maison de thérapie la Vigile, une ressource spécialisée dans l'aide offerte aux premiers répondants. Vous pouvez la contacter 24h/24, au 1 888-315-0007, ou encore vous pouvez laisser vos coordonnées sur son portail en ligne à cette adresse: <https://lavigile.qc.ca/contact/> De plus, les Centres de prévention du suicide québécois disposent d'une ligne téléphonique 24h/24 spécialisée en prévention du suicide. 1 866-APPELLE (1 866-277-3553). Nous vous invitons également à vous renseigner sur ce que vous offre votre programme d'aide aux employés. Téléphone : 1 866 398-9505

N'hésitez pas à consulter un pair aidant sur votre milieu de travail.

Avez-vous actuellement recours à de l'aide psychologique fournie par une ressource professionnelle? Cochez le ou les énoncé(s) qui vous concerne(nt).

- Je consulte un psychologue du programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF).
- Je consulte un autre psychologue que celui du (PAEF).
- Je consulte un travailleur social.
- Je consulte un psychothérapeute.
- Je consulte un psychiatre.
- Je consulte mon médecin de famille pour de l'aide psychologique.
- Je ne consulte pas de professionnel pour de l'aide psychologique.
- Autre

Utilisation passée des services d'aide psychologique

Avez-vous, par le passé, eu recours à une aide psychologique fournie par une ressource professionnelle? Cochez le ou les énoncé(s) qui vous concerne(nt).

- J'ai déjà consulté un psychologue du programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF).
- J'ai déjà consulté un autre psychologue que celui du (PAEF).
- J'ai déjà consulté un travailleur social.
- J'ai déjà consulté un psychothérapeute.
- J'ai déjà consulté un psychiatre.
- J'ai déjà consulté mon médecin de famille pour de l'aide psychologique.
- Je n'ai jamais consulté pour de l'aide psychologique.
- Autre

Utilisation passée du service de pair aidant de la CUS

Concernant le service de pair aidant de la CUS, répondez par vrai ou faux aux affirmations suivantes.

Je savais qu'il existait un service de pair aidant.

- Vrai
- Faux

J'ai déjà utilisé le service de pair aidant.

- Vrai
- Faux

Le service de pair aidant m'a été offert pour une situation spécifique sans que je fasse la démarche moi-même.

- Vrai
- Faux

J'ai déjà fait une démarche afin d'obtenir le service de pair aidant.

- Vrai
- Faux

De façon générale, je suis satisfait du service de pair aidant.

- Vrai
- Faux

Je saurais vers quel pair aidant me tourner si j'en avais besoin.

- Vrai
- Faux

Je saurais comment reconnaître un pair aidant au travail.

- Vrai
- Faux

À quel point auriez-vous l'intention d'utiliser une aide psychologique fournie par une ressource professionnelle si vous éprouviez des difficultés personnelles ou professionnelles?

1	2	3	4	5
Très improbable	Improbable	Neutre	Probable	Très improbable

À quel point auriez-vous l'intention d'utiliser le service de pair aidant de la CUS si vous éprouviez des difficultés personnelles ou professionnelles?

1	2	3	4	5
Très improbable	Improbable	Neutre	Probable	Très improbable

Questionnaire sur la stigmatisation

Besoin de parler?

Nous vous invitons à prendre contact avec la Maison de thérapie la Vigile, une ressource spécialisée dans l'aide offerte aux premiers répondants. Vous pouvez la contacter 24h/24, au 1 888-315-0007, ou encore vous pouvez laisser vos coordonnées sur son portail en ligne à cette adresse: <https://lavigile.qc.ca/contact/> De plus, les Centres de prévention du suicide québécois disposent d'une ligne téléphonique 24h/24 spécialisée en prévention du suicide. 1 866-APPELLE (1 866-277-3553). Nous vous invitons également à vous renseigner sur ce que vous offre votre programme d'aide aux employés. Téléphone : 1 866 398-9505

N'hésitez pas à consulter un pair aidant sur votre milieu de travail.

Consignes : Veuillez choisir la réponse qui correspond le mieux à votre expérience en lien avec les énoncés suivants. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez utiliser l'échelle de 4 points pour indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec chaque énoncé.

1. Si l'organisation savait que je consultais un professionnel de la santé psychologique, moins de responsabilités me seraient données.

1

2

3

4

Définitivement en
désaccord

Quelque peu en
désaccord

Quelque peu en
accord

Définitivement en
accord

2. Si mon organisation découvrirait que je consultais un professionnel de la santé psychologique, je ne perdrais PAS leur respect.

1

2

3

4

Définitivement en
désaccord

Quelque peu en
désaccord

Quelque peu en
accord

Définitivement en
accord

3. Les gens auraient une faible opinion de moi s'ils savaient que je recevais des services en santé psychologique.

1

2

3

4

Définitivement en
désaccord

Quelque peu en
désaccord

Quelque peu en
accord

Définitivement en
accord

4. Je m'inquiérais que mes problèmes personnels soient notés dans mon dossier paramédical.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

5. Des gens que je respecte auraient une moins bonne opinion de moi s'ils savaient que j'ai eu des problèmes de santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

6. Mes chances de promotions seraient compromises si je consultais des services de santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

7. Je suis ouvert à utiliser des services, mais je m'inquiète de comment cela pourrait nuire à ma carrière.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

8. Cela causerait du tort à ma réputation dans ma communauté si les gens savaient que j'ai eu recours à un professionnel de la santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

9. J'aurais peur que mes collègues découvrent ce que je dis à mon professionnel en santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

10. Cela empirerait mes problèmes si mes collègues savaient que je consultais un professionnel en santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

11. Mes collègues auraient une faible opinion de moi s'ils savaient que j'avais recours à l'aide d'un professionnel de santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

12. Je perdrais le respect de mes subordonnés s'ils découvraient que je recevais de l'aide psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

13. Il y a des choses dont j'ai peur de parler à cause de ce que les autres vont penser.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

14. Une personne qui utilise des soins de santé psychologique est perçue comme faible.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

15. J'aurais peur que mon organisation découvre ce que j'ai dit à mon professionnel de la santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

16. Mes collègues penseraient que je ne suis pas fiable s'ils savaient que je recevais des services de santé psychologique.

1	2	3	4
Définitivement en désaccord	Quelque peu en désaccord	Quelque peu en accord	Définitivement en accord

Veillez indiquer pour chaque énoncé à quel point ceux-ci pourraient selon vous influencer votre décision de consulter des services en santé psychologique si vous aviez des difficultés personnelles.

Questionnaire sur les barrières à la recherche d'aide en santé psychologique

Besoin de parler?

Nous vous invitons à prendre contact avec la Maison de thérapie la Vigile, une ressource spécialisée dans l'aide offerte aux premiers répondants. Vous pouvez la contacter 24h/24, au 1 888-315-0007, ou encore vous pouvez laisser vos coordonnées sur son portail en ligne à cette adresse: <https://lavigile.qc.ca/contact/> De plus, les Centres de prévention du suicide québécois disposent d'une ligne téléphonique 24h/24 spécialisée en prévention du suicide. 1 866-APPELLE (1 866-277-3553). Nous vous invitons également à vous renseigner sur ce que vous offre votre programme d'aide aux employés. Téléphone : 1 866 398-9505

N'hésitez pas à consulter un pair aidant sur votre milieu de travail.

Veillez indiquer pour chaque énoncé à quel point ceux-ci pourraient selon vous influencer votre décision de consulter des services en santé psychologique si vous aviez des difficultés personnelles.

1. Il est difficile de planifier un rendez-vous.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

2. Je ne pourrais pas trouver du temps pour consulter en raison de ma charge de travail.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

3. Je ne sais pas où trouver de l'aide.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

4. Je ne fais pas confiance aux professionnels en santé psychologique.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

5. Mes patrons découragent l'utilisation de services en santé psychologique.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

6. Je pense que les problèmes psychologiques tendent à se résoudre d'eux-mêmes sans avoir besoin d'aller chercher de l'aide.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

7. Je préfère gérer mes problèmes par moi-même.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

8. J'aurais une moins bonne opinion d'un membre de mon équipe si j'apprenais qu'il ou elle consulte un professionnel en santé psychologique.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord / Ni en désaccord	En accord	Fortement en accord

Questionnaire sociodémographique

Besoin de parler?

Nous vous invitons à prendre contact avec la Maison de thérapie la Vigile, une ressource spécialisée dans l'aide offerte aux premiers répondants. Vous pouvez la contacter 24h/24, au 1 888-315-0007, ou encore vous pouvez laisser vos coordonnées sur son portail en ligne à cette adresse: <https://lavigile.qc.ca/contact/> De plus, les Centres de prévention du suicide québécois disposent d'une ligne téléphonique 24h/24 spécialisée en prévention du suicide. 1 866-APPELLE (1 866-277-3553). Nous vous invitons également à vous renseigner sur ce que vous offre votre programme d'aide aux employés. Téléphone : 1 866 398-9505

N'hésitez pas à consulter un pair aidant sur votre milieu de travail.

Quel est votre genre?

- Femme
- Homme
- Non binaire
- Je préfère ne pas répondre
- Autre

Quel est votre état civil?

- Célibataire
- Marié ou conjoint de fait
- Séparé ou divorcé ou veuf
- Autre

Cocher le ou les énoncé(s) qui concerne(nt) votre situation.

- J'ai un enfant mineur qui vit avec moi à temps plein
- J'ai un enfant mineur qui vit avec moi à temps partiel
- J'ai un enfant mineur qui ne vit pas avec moi
- J'ai un enfant majeur qui vit avec moi
- J'ai un enfant majeur qui ne vit pas avec moi
- Je n'ai pas d'enfant

Au sujet de vos relations conflictuelles, cochez-le ou les énoncé(s) qui vous concerne(nt).

- J'ai une relation conflictuelle avec un de mes enfants
- J'ai une relation conflictuelle avec mon conjoint(e)
- J'ai une relation conflictuelle avec un membre de ma famille autre que mon conjoint(e) ou un de mes enfants
- Je n'ai pas de relation conflictuelle avec mes enfants, conjoint(e) et membre de ma famille

Sélectionner le plus haut niveau de diplôme obtenu?

- Secondaire
- Attestation étude collégiale (AEC)
- Diplôme étude collégiale (DEC)
- 1er cycle universitaire certificat
- 1er cycle universitaire baccalauréat
- 1er cycle universitaire doctorat
- 2e cycle universitaire diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS)
- 2e cycle universitaire maîtrise
- 3e cycle universitaire doctorat
- 3e cycle universitaire postdoctoral
- Autre

Au total, combien d'années en ancienneté avez-vous à titre de paramédic dans le milieu préhospitalier?

Par exemple: 10 ans et 6 mois = année: 10 mois : 6

Année

Mois

Au total, combien d'années d'ancienneté avez-vous à titre de paramédic à l'emploi de la Corporation d'urgences santé?

Par exemple, 25 ans et 3 mois = année: 25 mois: 3

Année

Mois

Quel(s) titre(s) actuels avez-vous à la Corporation d'urgences santé?

- Paramédic en soins primaires
- Paramédic en soins avancés
- Paramédic gestionnaire
- Autre

Quel est votre statut d'emploi?

- Temps plein
- Temps partiel
- Préretraité
- En absence partielle sans solde
- Autre

Dans la dernière année, sur quelle plage horaire se situaient principalement vos quarts de travail?

- Jour
- Soir
- Nuit
- Autre

Travaillez-vous de façon régulière les jours de fin de semaine?

- Oui
- Non

En moyenne, combien d'heures d'affilée travaillez-vous pour un même quart de travail?

Au cours de la dernière année, combien d'heures avez-vous travaillées en moyenne par périodes de 2 semaines?

Comment évaluez-vous votre santé globale par rapport aux personnes de votre âge?

- Meilleure
- Pareille
- Pire

Souffrez-vous actuellement de problèmes de santé physique ou psychologique?

- Oui
- Non

Quels sont ces problèmes?

Avez-vous déjà reçu un diagnostic en santé psychologique?

- Oui
- Non

Quel est ce diagnostic reçu en santé psychologique?

Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider?

- Oui
- Non

Cela s'est-il passé dans la dernière année?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà été absent dans le cadre d'un congé maladie pour blessure ou autre situation de santé?

- Oui
- Non

Combien de fois avez-vous été en congé maladie de plus de 2 semaines pour une blessure ou autre situation de santé?

Êtes-vous présentement en congé maladie?

- Oui
- Non

Depuis combien de semaines?

Quelle est la cause de votre congé maladie?

Êtes-vous présentement en retour progressif au travail?

- Oui
- Non

ANNEXE VI : Remerciements et message de fin

Nous vous remercions pour votre précieuse contribution à ce projet de recherche qui vise à mieux comprendre les obstacles à la demande d'aide psychologique chez les paramédics.

Il est possible que votre participation vous amène à avoir une réflexion sur le regard que vous portez sur l'utilisation des services d'aide psychologique et plus particulièrement sur celui que vous portez sur vous-même face à cette démarche.

Voici les ressources possibles selon vos questionnements:

Pair aidant à la Corporation d'urgences santé : disponible sur place, paramédic identifié à l'aide d'une carte d'employé jaune.

Programme d'aide aux employés Téléphone : 1 866 398-9505

La Maison de thérapie la Vigile, une ressource spécialisée dans l'aide offerte aux premiers répondants. Vous pouvez la contacter 24h/24, au 1 888-315-0007, ou encore vous pouvez laisser vos coordonnées sur son portail en ligne à cette adresse: <https://lavigile.qc.ca/contact/>

Les centres québécois de prévention du suicide disposent d'une ligne téléphonique 24h/24 spécialisée en prévention du suicide. 1 866-APPELLE (1 866-277-3553).

Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ de la Faculté des sciences humaines : cerpe.fsh@uqam.ca - 514-987-3000 poste 3642

Chercheur principal : Joey Ouellet, PSP, Président de la Corporation des paramédics du Québec, Chef de service au centre de formation de la Corporation Urgencesanté, Candidat B.SC, honor theses psychologie: ouellet.joe@courrier.uqam.ca