

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION DU SUICIDE CHEZ LES TECHNICIENS

AMBULANCIERS ET PARAMÉDICS : MODÉLISATION ET RECOMMANDATIONS

POUR LA PRÉVENTION

THÈSE

PRÉSENTÉ(E)

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LAURENT CORTHÉSY-BLONDIN

JANVIER 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

DÉDICACE

Je dédie ce travail à mes parents qui ont tout mis de l'avant pour assurer mon épanouissement personnel et professionnel.

REMERCIEMENTS

Le passage au doctorat m'aura marqué par tant d'apprentissages. Le plus marquant est certainement celui de l'importance du soutien social. Mes études et mes expériences personnelles m'ont fait apprécier comment le soutien social contribue au bien-être et comment il permet de traverser des moments difficiles. Je suis immensément choyé du soutien que m'ont offert certaines personnes à qui j'aimerais exprimer ma gratitude.

D'abord, je dois souligner le soutien financier obtenu dans le cadre des concours de bourses du CRISE et de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Ensuite, les paramédics du Québec. En se précipitant vers ce que les autres fuient, ils font preuve d'un courage remarquable. Leur travail parfois périlleux gagnerait à être reconnu davantage. Je remercie particulièrement ceux qui ont pu participer au projet, puis Jean Gagnon qui a facilité le recrutement à la FSSS-CSN, et Joey Ouellet qui m'a aidé à mieux comprendre le secteur du préhospitalier.

Brian Mishara m'a ouvert les portes du doctorat en psychologie à l'UQAM et du CRISE. Comme directeur de thèse, sa rigueur n'a d'égale que sa générosité. Cécile Bardon a accepté d'entrer dans l'aventure à titre de co-directrice. Sa bienveillance et ses conseils nourrissent l'espoir de ceux qui font face à l'adversité en recherche. Brian, Cécile, merci pour votre soutien constant, face aux succès comme aux écueils. Vous m'avez montré que l'humilité est une attitude dont font preuve les meilleurs chercheurs. Ceci dit, étudier avec vous est une de mes plus grandes fiertés.

J'ai fait de belles rencontres à la section de psychologie communautaire de l'UQAM, en particulier au CRISE. À son sujet, Louis-Philippe Côté a dit que ce n'est pas qu'un centre de recherche; c'est aussi un « milieu de vie ». J'y ai côtoyé des personnes qui n'ont cessé de m'épater par leurs talents et leurs grands cœurs. Steve Carrière et Catherine Goulet-Cloutier m'ont aidé face à ma bête noire : les démarches administratives. Luc Dargis m'a partagé des connaissances précieuses en recherche documentaire que j'utilise régulièrement. Mes collègues étudiant.es ont toute mon admiration. Marie-Ève Rioux a été une fidèle partenaire de rédaction. Anne-Sophie Cardinal et Sarah Felx ont généreusement donné leur temps pour réaliser la traduction d'un questionnaire et évaluer la fidélité des grilles d'analyse qualitatives. Léa Plourde-Léveillé, en plus d'être une collègue hilarante, a été

une précieuse amie. Merci à vous tous. J'ai eu le privilège d'avoir Christine Genest parmi mes mentors. Cette chercheuse m'a appris des leçons précieuses de pragmatisme et de leadership. Merci, Christine, pour ta confiance dans tous ces projets passés, présents et futurs.

J'ai le privilège d'être entouré de personnes qui veillent sur moi, de près ou de loin. Mes amis, en particulier Joséanne, Catherine, Sarah et Vincent, m'ont toujours fait sentir spécial. Mon frère, Marc, a rapidement nourri ma curiosité pour le monde qui nous entoure. Merci d'être dans ma vie.

Mes parents, Pierre et Nicole, m'ont inculqué l'ambition et la persévérance sans lesquelles je ne serais pas à écrire ces lignes. Papa, Maman, vous ne vous doutiez peut-être pas que l'enfant qui apprenait les tables de multiplication la tête en bas complèterait un doctorat! Vous m'avez tout de même encouragé dans toutes les étapes qui m'ont porté jusqu'ici. Merci pour tout.

À tous, puissent mes accomplissements atteindre la hauteur de vos attentes et de votre soutien.

TABLE DES MATIÈRES

Dédicace	ii
Remerciements	iii
Table des matières	v
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	x
Liste des abréviations, des sigles et des acronymes	xi
Liste des symboles et des unités	xii
Résumé	xiii
Introduction	1
Chapitre 1 État des connaissances	3
1.1.1 Suicide et comportements suicidaires	3
1.1.1 Mortalité par suicide et prévalence des comportements suicidaires dans la population particulière des techniciens ambulanciers et paramédics.....	4
1.2 Personnel de la sécurité publique : facteurs de risque et de protection du suicide	5
1.2.1 Exposition aux événements potentiellement traumatiques	7
1.2.2 Exposition au suicide	7
1.2.3 Problèmes de santé mentale	8
1.2.4 Obstacles à l'accès aux services	9
1.2.5 Stresseurs au travail et stress chronique.....	11
1.2.5.1 Horaires et conciliation travail-vie personnelle	11
1.2.5.2 Harcèlement au travail.....	12
1.2.6 Stratégies d'adaptation.....	13
1.2.7 Soutien social.....	13
1.2.8 Accès aux moyens létaux.....	15
1.2.9 Constats sur l'état des connaissances.....	15
1.3 Modélisation préliminaire du risque suicidaire des TAP.....	16
1.3.1 Modèle écologique du développement humain	16
1.3.2 Application du modèle écologique en suicidologie	16
1.3.3 Représentation préliminaire du risque suicidaire chez les techniciens ambulanciers et paramédics	17

1.3.4	Le processus suicidaire	18
1.4	La prévention du suicide chez les TAP.....	19
1.4.1	Modèle de l'Organisation mondiale de la Santé	20
1.4.2	Prévention du suicide en milieu de travail	21
1.4.3	Description des programmes existants et des données d'évaluation disponibles	22
1.4.4	Analyse critique des programmes liés à la prévention du suicide chez le PSP	23
1.5	Objectifs et questions de recherche	25
Chapitre 2 Méthodes		26
2.1	Posture scientifique.....	26
2.2	Devis	27
2.3	Population	27
2.4	Recrutement	28
2.5	Critères d'inclusion.....	28
2.6	Outil de collecte de données et mesures	28
2.6.1	Données socio-démographiques et caractéristiques du milieu de travail.	29
2.6.2	Appartenance au milieu de travail et soutien des collègues et des supérieurs	29
2.6.3	Stress chronique au travail.....	30
2.6.4	Symptômes du trouble de stress post-traumatique.....	31
2.6.5	Stratégies d'adaptation.....	31
2.6.6	Alcool et drogues	34
2.6.7	Harcèlement au travail.....	34
2.6.8	Exposition au suicide au travail	35
2.6.9	Idéations suicidaires et tentatives de suicide	35
2.6.10	Questions ouvertes.....	36
2.7	Analyses quantitatives	36
2.7.1	Analyses univariées	36
2.7.2	Analyses bivariées	37
2.7.3	Analyses discriminantes	37
2.8	Analyses qualitatives	37
2.8.1	Préparation.....	38
2.8.2	Organisation.....	38
2.8.3	Codage des questions sur les facteurs de risque et de protection.....	39

2.8.4	Codage des suggestions pour la prévention	39
2.8.5	Interprétation.....	39
2.8.6	Rapport	40
2.9	Combinaison des données quantitatives et qualitatives	40
Chapitre 3 Résultats.....		41
3.1	Échantillon.....	41
3.2	Prévalence des comportements suicidaires.....	43
3.3	Moyens envisagés et utilisés pour tenter de s'enlever la vie	45
3.4	Personnes ou ressources contactées en lien avec les idéations suicidaires sérieuses.....	47
3.5	Corrélat des comportements suicidaires.....	48
3.6	Analyses discriminantes	50
3.7	Description des modèles	51
3.8	Analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes quant aux facteurs ayant contribué aux comportements suicidaires sérieux	57
3.10	Facteurs ayant prévenu le décès suite à une tentative de suicide.....	63
3.11	Combinaison des résultats quantitatifs et qualitatifs en lien avec le risque suicidaire.....	64
2.10	Opinions sur les stratégies de prévention du suicide requises	65
Chapitre 4 Discussion.....		70
4.1	Retour sur les résultats, comparaison avec les études antérieures et identification d'interventions pertinentes.....	70
4.1.1	Ampleur du phénomène.....	70
4.1.2	Moyens envisagés et utilisés pour s'enlever la vie	72
4.1.3	Ressources, obstacles et facilitateurs à leur utilisation	72
4.1.4	Stress post-traumatique.....	75
4.1.5	Soutien social.....	76
4.1.6	Stratégies d'adaptation.....	77
4.1.7	Stress chronique professionnel	79
4.1.8	Bien-être psychologique au travail	80
4.2	Recommandations pour la prévention du suicide chez les TAP.....	80
4.2.1	Structurer une stratégie de prévention du suicide chez les TAP.....	80
4.2.2	Environnement de travail : améliorer le quotidien des paramédics	81
4.2.2.1	Connaissances et attitudes sur le suicide et la santé mentale.....	82

4.2.2.2	Relations de travail	82
4.2.2.3	Conditions de travail.....	83
4.2.3	Réseau et ressources : soutenir les paramédics vivant des problèmes courants	83
4.2.3.1	Services psychosociaux	83
4.2.3.2	Soutien par les pairs.....	84
4.2.4	Individus à haut risque.....	85
4.2.4.1	Accès aux moyens létaux.....	85
4.2.4.2	Troubles de santé mentale.....	86
4.2.4.3	Comportements suicidaires.....	86
4.3	Limites de l'étude	87
4.3.1	Devis	87
4.3.2	Population.....	87
4.3.3	Méthode de collecte de données	88
4.3.4	Variables choisies	88
4.3.5	Analyses qualitatives	89
4.4	Forces de l'étude.....	89
4.5	Pistes de recherches futures	90
Conclusion		92
Annexe A Courriel d'invitation à participer.....		95
Annexe B Publicité sur les réseaux sociaux.....		96
Annexe C Formulaire d'information et de consentement		97
Annexe D Questionnaire		100
Annexe E Certificat d'éthique.....		109
Annexe F Indices de saturation par composante principale du brief COPE.....		110
Annexe G Matrice de corrélations – variables continues		111
Annexe H matrice de corrélations – variables discrètes.....		112
AAnnexe I Manova – modèle du risque global.....		113
Références		115

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Classification écologique des facteurs de risque (R) et de protection (P) du suicide des TAP..	18
Figure 3.1 Centroides des groupes 1, 2 et 3 pour le modèle du risque global.....	57
Figure 3.2 Modèle écologique révisé du risque suicidaire des TAP	65
Figure 4.1 Cadre de prévention du suicide pour les techniciens ambulanciers et paramédics au Québec ..	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Composantes principales du Brief COPE.....	33
Tableau 3.1 Caractéristiques sociodémographiques et conditions d'emploi.....	42
Tableau 3.2 Prévalence des comportements suicidaires à vie, dans la dernière année et dans les deux dernières semaines (N=356; 240 hommes et 116 femmes).....	44
Tableau 3.3 Prévalence des comportements suicidaires avant et après la carrière.....	45
Tableau 3.4 Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur	45
Tableau 3.5 Moyens envisagés par les répondants ayant songé à un moyen et ayant rapporté des idéations suicidaires sérieuses à vie, en carrière et dans la dernière année	46
Tableau 3.6 Moyens utilisés pour tenter de se suicider.....	47
Tableau 3.7 Personnes ou ressources à qui les répondants ont confié leurs idéations suicidaires sérieuses à vie (n = 121) et dans les deux dernières semaines (n = 20).....	48
Tableau 3.8 Matrice de corrélations entre les variables indépendantes (1 à 3) et les prédicteurs retenus (4 à 8).....	49
Tableau 3.9 Sommaire des fonctions canoniques discriminantes : eigenvalues et corrélations canoniques pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines), 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur) et 4 (Risque suicidaire global).	51
Tableau 3.10 Lambda de Wilks pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines), 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur) et 4 (Risque suicidaire global).....	52
Tableau 3.11 Matrice de la structure canonique et coefficients de la fonction discriminante pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines), 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur) et 4 (Risque suicidaire global).	52
Tableau 3.12 Résultats de classification pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines) et 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur).....	54
Tableau 3.13 Résultats de classification pour le modèle du risque global	56
Tableau 3.14 Fréquences des problèmes auxquels les TAP ont attribué leurs idéations suicidaires sérieuses selon que les répondants ont fait ou non une tentative de suicide	58
Tableau 3.15 Fréquences des problèmes auxquels les TAP ont attribué leurs idéations suicidaires sérieuses selon l'occurrence des comportements suicidaires relative au moment de la diplomation.....	61
Tableau 3.16 Fréquences des raisons de vivre auxquelles les TAP ont attribué le fait qu'ils n'ont pas fait de tentative de suicide alors qu'ils vivaient des idéations suicidaires sérieuses.....	62
Tableau 3.17 Fréquences des raisons de vivre auxquelles les TAP ont attribué le fait qu'ils n'ont pas fait de tentative de suicide alors qu'ils vivaient des idéations suicidaires sérieuses selon l'occurrence des comportements suicidaires relative au moment de la diplomation.....	63
Tableau 3.18 Fréquences des types de mesures que les paramédics jugent pertinentes pour la prévention du suicide dans leurs milieux	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA : American Psychiatric Association

ASSTSAS : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail - Secteur des affaires sociales

CERPE 4 : Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition

EPT : Événement potentiellement traumatique

EQSP : Enquête québécoise sur la santé des populations

FSSS-CSN : Fédération de la santé et des services sociaux affiliée à la confédération des syndicats Nationaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

LMRSST : Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail

OBNL : Organisme à but non lucratif

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAE : Programme d'aide aux employés

PSP : Personnel de la sécurité publique

PCL-5 : PTSD Checklist for DSM-5

RAPS-4 : Rapid Alcohol Problems Screen

RDPS-4 : Rapid Drug Problems Screen

SPVM : Service de police de la Ville de Montréal

TAP : Technicien ambulancier et paramédic

TCC : Thérapie cognitive-comportementale

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

LISTE DES SYMBOLES ET DES UNITÉS

η^2 : eta carré partiel

r : r de Pearson

R^2 : variance expliquée

χ^2 : chi carré

RÉSUMÉ

Le risque suicidaire des techniciens ambulanciers et paramédics (TAP) est élevé comparativement à celui de la population générale. Selon le modèle écologique du développement, ceci pourrait être expliqué par l'accumulation de facteurs de risque et le déficit de facteurs de protection situés au sein de l'individu, parmi ses milieux de vie et dans l'environnement social au sens plus large. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la stigmatisation de la demande d'aide et l'accès aux médicaments comme moyens létaux sont des facteurs de risque particuliers dans cette population. Les connaissances sur les facteurs de protection sont plus limitées. Le projet vise à identifier les facteurs associés aux comportements suicidaires des TAP et à développer un cadre pour la prévention.

Une collecte de données mixtes a été réalisée à l'aide d'un seul questionnaire en ligne envoyé par courriel à 2 100 TAP québécois à l'hiver 2019. Les instruments de mesure comprenaient le PTSD Checklist for DSM-5, le Questionnaire sur le stress chronique dans les services préhospitaliers d'urgence, le Brief COPE, le Rapid Alcohol Problems Screen et le Rapid Drug Problems Screen. Des items additionnels portaient sur l'exposition au suicide au travail, le harcèlement professionnel, la perception de soutien social au travail et l'appartenance au milieu de travail. D'autres items mesuraient l'historique de comportements suicidaires, les moyens envisagés ou utilisés pour tenter de s'enlever la vie et les personnes ou ressources contactées en lien avec les idéations suicidaires. Des questions ouvertes portaient sur les circonstances des comportements suicidaires et sur les stratégies préventives à implanter dans les milieux. Des analyses descriptives et des analyses discriminantes ont été appliquées aux données quantitatives. Les données qualitatives ont été soumises à des analyses de contenus. L'ensemble des résultats a été combiné en une synthèse narrative du risque suicidaire chez les TAP.

L'échantillon de 356 personnes comptait 121 TAP (33,9 %) avec idéations suicidaires sérieuses et 29 (8,1 %) avec une tentative de suicide à vie. Parmi les participants avec idéations suicidaires en carrière, 29,5 % en avaient aussi vécu avant la diplomation. Les personnes ou ressources les plus fréquemment contactées en lien avec les idéations suicidaires étaient les psychologues/médecins, conjoints, amis et collègues. Des analyses discriminantes montrent que les TAP avec des comportements suicidaires récents rapportent des symptômes de TSPT plus sévères, utilisent davantage de stratégies d'adaptation désengagées et perçoivent moins de soutien des collègues. Les TAP attribuent leurs idéations suicidaires à des facteurs communs du suicide, comme les problèmes relationnels et de santé mentale. Des stresseurs propres à leur environnement de travail, comme la surcharge, les conflits et le manque de soutien, ont aussi contribué aux idéations suicidaires. Plusieurs TAP avec idéations suicidaires affirment n'avoir pas tenté de se suicider à cause de leurs responsabilités envers leurs proches, du soutien informel et formel et de l'utilisation de stratégies d'adaptation apparentées à l'apaisement. Les interventions à privilégier selon les TAP incluent l'amélioration des conditions et du climat de travail, la pair-aidance, la prise en charge du stress post-traumatique, l'accès à des services spécifiques et la sensibilisation.

La prévalence des comportements suicidaires est élevée dans l'échantillon. Les comportements suicidaires préalables à l'emploi expliquent une partie importante du risque suicidaire des TAP. La construction du risque est aussi influencée par la stigmatisation, le stress chronique au travail, le bien-être psychologique au travail, l'accès à des services spécifiques, le soutien par les pairs et le TSPT.

Une stratégie globale de prévention du suicide chez les TAP devrait comprendre des mesures visant l'amélioration de l'environnement de travail, la mobilisation du réseau et des ressources des TAP qui vivent des problèmes communs, et l'accompagnement des TAP les plus à risque, comme ceux avec troubles de

santé mentale ou comportements suicidaires. Les mesures qui ciblent les facteurs clés identifiés dans cette thèse incluent la sensibilisation, les activités de reconnaissance au travail, la modification des conditions de travail, la bonification des programmes d'aide à l'employé, les lignes d'écoute, les premiers soins psychologiques, les sentinelles, et l'accompagnement lors de maladie professionnelle ou lors de comportements suicidaires.

INTRODUCTION

En 2018, une paramédic de profession s'est enlevé la vie dans des circonstances particulières. Notamment, la personne s'est tuée dans son uniforme de travail alors qu'elle se trouvait en arrêt de travail. Cette personne vivait un ensemble de difficultés. Un divorce, des dettes, des pertes et des douleurs chroniques en faisaient partie. Des problèmes de santé mentale avaient aussi été diagnostiqués, comme la dépression majeure, le trouble de personnalité limite et le trouble de stress post-traumatique. Auparavant, la personne était intervenue à la mosquée de Québec lors de l'attentat terroriste qui avait causé des victimes multiples. Chargé du dossier, le coroner Chamberland (2018) écrivait ceci au sujet de l'exposition aux événements potentiellement traumatiques, du risque suicidaire et de la prévention du suicide chez les techniciens ambulanciers et paramédics :

« Certains vivraient avec les séquelles non soignées de ces événements et sans recevoir des soins adéquats. Leur santé mentale pourrait être en cause et cette problématique serait méconnue. Ils seraient mal outillés pour faire face à ce stress. Le taux de suicide dans cette profession est élevé, soit de 47,7 pour 100,000 personnes selon une certaine étude. Cette problématique nécessite selon eux qu'on s'y attarde. Comment apprécier ce problème globalement? Y a-t-il assez de programmes adéquats ou de mesures de soutien chez les employeurs pour assister ces professionnels? Ce dossier permet de lancer la question. » (Chamberland, 2018, p. 6).

Me Chamberland constate une problématique importante et soulève des questions pertinentes. En effet, des études récentes réalisées à l'international montrent que la mortalité par suicide est plus importante chez les techniciens ambulanciers et paramédics (TAP), ou tout simplement « paramédics », que chez les travailleurs en général. D'autres facettes de la problématique sont encore méconnues puisque les écrits qui expliquent le développement du risque suicidaire dans cette population sont rares. Néanmoins, les connaissances sur le suicide en général et sur des populations similaires peuvent nous aider à mieux comprendre les processus qui opèrent.

À notre connaissance, aucun programme de prévention du suicide ne cible les TAP. Néanmoins, la littérature contient des lignes directrices pour la prévention du suicide au travail et des exemples de programmes en santé mentale et en prévention du suicide pour le personnel de la sécurité publique (PSP) dont font partie les TAP. Mieux comprendre les besoins spécifiques en la matière permettrait de déterminer comment adapter ces interventions à la prévention du suicide dans ce groupe.

L'objectif général de la thèse est de mieux comprendre les facteurs associés au risque suicidaire des TAP québécois et de formuler des recommandations pour la prévention.

Le premier chapitre situe la problématique du suicide chez les TAP et définit le cadre conceptuel. Nous exposons les données sur la mortalité par suicide et la prévalence des comportements suicidaires des TAP. Nous décrivons ensuite les facteurs de risque et de protection du suicide repérés dans la littérature sur la population générale et sur le PSP et qui pourraient s'appliquer aux TAP. Nous recourons à deux modèles complémentaires pour combiner les facteurs et les articuler dans une explication générale préliminaire du risque suicidaire des TAP. Nous présentons ensuite des cadres de prévention qui pourraient convenir à l'égard de cette compréhension du phénomène. Nous énumérons ensuite les objectifs de recherche et les questions de recherche qui ont guidé l'étude de ces thématiques auprès des TAP québécois.

Le deuxième chapitre décrit les méthodes employées pour répondre aux questions de recherche. Le devis de recherche exploratoire est mixte, avec un volet principal quantitatif corrélationnel augmenté d'un volet qualitatif. La collecte de données a été réalisée en un seul temps de mesure à l'aide d'un questionnaire en ligne dont le contenu est détaillé. Pour chacun des volets, nous présentons les plans d'analyses.

Le troisième chapitre fait état des résultats des deux volets. Nous rapportons d'abord la prévalence des comportements suicidaires dans l'échantillon, les moyens envisagés ou utilisés pour tenter de s'enlever la vie ainsi que les personnes ou ressources contactées en lien avec les idées suicidaires. Nous présentons les corrélations bivariées entre les facteurs de risque et de protection mesurés et les comportements suicidaires. Nous détaillons les analyses discriminantes qui nous ont permis de déterminer le poids explicatif de certains facteurs, soit ceux dont les associations avec les comportements suicidaires étaient les plus fortes. Nous décrivons ensuite les réponses des participants aux questions ouvertes au sujet des facteurs ayant contribué aux idéations suicidaires et des facteurs ayant prévenu les tentatives et les décès par suicide. Nous combinons ensuite l'ensemble des résultats en une synthèse narrative du développement du risque suicidaire des TAP. Nous terminons ce chapitre en décrivant les stratégies suggérées par les participants pour prévenir le suicide chez leurs pairs.

Dans le quatrième et dernier chapitre, nous faisons émerger des résultats les thèmes transversaux prédominants de la thèse. Ces thèmes reflètent des facteurs clés pour la prévention du suicide chez les TAP au Québec. Nous comparons les résultats thématiques à ceux d'études antérieures et présentons brièvement les interventions basées sur les données probantes qui agissent sur chacun de ces leviers. À partir des résultats et des interventions pertinentes, nous proposons une stratégie globale déclinée en trois niveaux. Ces niveaux visent des groupes qui se distinguent par le risque suicidaire des TAP qui les composent. Nous exposons finalement les limites de l'étude et proposons des pistes de recherches futures.

CHAPITRE 1

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre délimite le cadre conceptuel sur lequel s'appuie le projet de thèse. Nous définissons les concepts traités tout au long du manuscrit, soit le suicide, les comportements suicidaires et les facteurs qui y sont associés. Nous exposons brièvement l'épidémiologie du suicide et des comportements suicidaires dans la population générale et dans la population sur laquelle se concentre le projet : les techniciens ambulanciers et paramédics. Nous désignerons ceux-ci de façons équivalentes par les termes « TAP » et « paramédics ». Nous présentons ensuite des modèles qui pourraient expliquer le risque suicidaire des TAP ainsi que des cadres de prévention pertinents. Nous terminons ce chapitre en énumérant les objectifs et questions de recherche.

1.1.1 Suicide et comportements suicidaires

Le suicide est défini comme une « mort intentionnelle causée par soi-même » (Mishara & Tousignant, 2004, p. 32). En 2012, 804 000 personnes se sont enlevé la vie à travers le monde, ce qui en faisait la 15^e cause de mortalité en importance (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). Le taux mondial était alors de 14 par 100 000 habitants (OMS, 2014). En 2019, 1 128 Québécois sont décédés par suicide (Lévesque, Genest, & Rassy, 2022). Le taux provincial de 13,3 pour 100 000 habitants situait le suicide au 7^e rang des causes de décès. Bien qu'il touche toutes les tranches d'âges, le phénomène n'est pas distribué de façon homogène. Au niveau mondial, le groupe d'âges où l'on retrouve la proportion de décès par suicide la plus élevée est celui des 70 ans et plus (OMS, 2014). Au Québec, le groupe le plus touché est celui des 50 à 64 (Lévesque et al., 2022).

Les comportements suicidaires comprennent les tentatives de suicide et les idéations suicidaires. La tentative de suicide est un acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutit pas à la mort (Mishara & Tousignant, 2004). Pour chaque décès par suicide, 25 à 30 personnes feraient une tentative de suicide (Statistique Canada, 2016). Selon l'Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP), 0,4 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont tenté de se suicider dans la dernière année (Institut de la statistique du Québec, 2016). La fréquence des idéations suicidaires surpasse celle des tentatives de suicide. Dans le présent document, nous empruntons la définition des idéations suicidaires de l'Institut de la statistique du Québec (2016), soit le fait de songer *sérieusement* à s'enlever la vie. L'EQSP montrait que 2,8 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont eu des idéations suicidaires sérieuses au cours de l'année précédente (Institut de la statistique du Québec, 2016). Les idéations

suicidaires peuvent être accompagnées d'un plan suicidaire, comme lorsqu'un individu songe à un moyen pour s'enlever la vie.

1.1.1 Mortalité par suicide et prévalence des comportements suicidaires dans la population particulière des techniciens ambulanciers et paramédics

La mortalité par suicide semble élevée parmi un groupe de travailleurs en particulier : les TAP. En Arizona, Vigil et al. (2019) ont comparé le taux de suicide chez les TAP à celui de la population générale au cours des années 2009 à 2015. L'étude montre que le risque de décéder par suicide était 1,39 fois plus élevé que celui des travailleurs occupant tout autre métier, et ce, en ajustant pour le sexe, l'âge, la race et l'ethnicité. En Australie, Milner, Witt, Maheen et LaMontagne (2017) se sont intéressés à la mortalité par suicide entre 2001 et 2012 chez différents groupes de travailleurs des métiers d'urgence et de la protection civile. Chez les TAP, le risque de suicide ajusté pour l'âge était 2,02 fois plus élevé que celui des travailleurs australiens qui occupaient un emploi autre que les métiers d'urgence ou de la protection civile. Au Royaume-Uni, le risque de suicide a été examiné chez les travailleurs du personnel de la santé, dont les paramédics, les médecins, les infirmières et les dentistes (Mars, Hird, Bell, James, & Gunnell, 2020). Le risque de suicide au niveau national était 1,75 fois plus élevé chez les paramédics comparé à la population générale (Mars et al., 2020). Cette étude montrait aussi que le risque parmi les autres travailleurs de la santé ne différait pas de celui de la population générale. À notre connaissance, une seule recherche a identifié un risque comparable à celui de la population générale. Elle visait à quantifier la mortalité par suicide de certains groupes de travailleurs ontariens au cours de la période 2014-2018 en Ontario (Hatcher, 2022). Une recherche documentaire a été conduite puisque, les coroners ontariens ne rapportent pas systématiquement le métier occupé par le défunt au moment du décès. En consultant les journaux, les organisations du secteur du préhospitalier de la province et les notices nécrologiques, quatre décès ont été repérés. Ce nombre portait alors le taux annuel moyen à 7,3 par 100 000 dans ce groupe de 11 000 individus (Hatcher, 2022). Une limite importante de cette étude est que les suicides de paramédics n'ont pas été identifiés systématiquement. L'omission potentielle de cas impliquerait une sous-estimation de la mortalité par suicide réelle chez les paramédics.

D'autres chercheurs ont documenté la prévalence des comportements suicidaires chez les TAP. Au Canada, chez des TAP principalement non-résidents du Québec, les taux de planification et de tentative de suicide dans la dernière année s'élevaient à 7,1% et 0,9%. Ces taux excédaient ceux des policiers, pompiers, agents des services correctionnels et répartiteurs d'urgence qui avaient participé à la même étude (Carleton et al., 2018). Dans un échantillon nationalement représentatif de TAP norvégiens, Sterud, Hem, Lau and Ekeberg (2008) ont trouvé des taux à vie d'idéations suicidaires sérieuses de

10,4% et de tentative de suicide de 3,1%. Ces taux étaient comparables à ceux des médecins et supérieurs à ceux des policiers du même pays (Sterud et al., 2008). Aux États-Unis, le rôle de TAP est souvent occupé par des pompiers. Ceux-ci offrent généralement les services médicaux d'urgence (Evarts & Stein, 2019). Stanley, Hom, Hagan and Joiner (2015) ont trouvé que chez des pompiers américains, la prévalence en carrière des tentatives de suicide était de 15,5%. Dans cette étude, le risque était 5,5 fois plus élevé dans les casernes où des services médicaux d'urgence étaient délivrés comparativement aux milieux chargés uniquement du contrôle et de la prévention des incendies (Stanley et al., 2015).

Les groupes d'emploi contingentés sont théoriquement composés d'individus « sains ». Les candidats les plus fonctionnels sont retenus alors que les autres sont écartés. La probabilité attendue de retrouver des problèmes de santé serait donc plus faible dans ces groupes (Pearce, Checkoway, & Kriebel, 2007). Or, accéder au métier de paramédics requiert de compléter un programme d'études et de réussir des évaluations de la condition physique et des compétences cliniques. Les suicides et les comportements suicidaires devraient donc être plus rares dans des groupes composés d'individus comme les paramédics. Néanmoins, les statistiques susmentionnées montrent généralement que les TAP sont plus à risque de suicide que les autres travailleurs. Un risque surélevé dans les groupes contingentés peut être expliqué par des caractéristiques individuelles, liées à l'emploi ou une combinaison des deux. D'une part, un effet de sélection pourrait opérer. Des individus dont le profil sociodémographique et psychosocial contient des caractéristiques liées au suicide pourraient convoiter certains types d'emploi. D'autre part, certaines caractéristiques des environnements de travail pourraient influencer à la hausse la probabilité des comportements suicidaires. Les prochaines sections seront dédiées à ces caractéristiques individuelles et environnementales.

1.2 Personnel de la sécurité publique : facteurs de risque et de protection du suicide

Les TAP prennent part aux services préhospitaliers d'urgence. Leur rôle consiste à prodiguer des soins aux blessés et aux malades et à transporter ces personnes vers des centres médicaux ou entre des points de services de santé. Au Québec, en 2018, leur population comptait 5000 individus dont 75,9 % étaient des hommes (Emploi Québec, n.d.-a). Étant donné leurs fonctions, les TAP se qualifient comme membres du personnel de la sécurité publique (PSP). Pour le ministère de la Sécurité publique du Canada, le PSP désigne « le personnel de première ligne qui veille à la sécurité des Canadiens » (Gouvernement du Canada, 2019). Il comprend notamment le personnel des trois services d'intervention d'urgence, soit les policiers, les pompiers et les TAP. Une recension systématique des écrits publiés jusqu'au 19 juillet 2015 portait sur les comportements suicidaires des travailleurs des trois services (Stanley, Hom, & Joiner, 2016). Parmi les 63 documents retenus, une seule étude expérimentale portait sur les paramédics. Les auteurs constataient aussi que la plupart des documents traitaient de la mortalité

par suicide. Par conséquent, Stanley et ses collègues (2016) recommandaient de conduire des recherches sur les facteurs associés aux comportements suicidaires chez le PSP, en particulier chez les paramédics.

Identifier les facteurs associés aux comportements suicidaires est crucial pour le développement d'interventions préventives (OMS, 2014). Dans cette thèse, nous employons les définitions de l'Institute of Medicine (Mrazek & Haggerty, 1994) selon lequel les facteurs de risque sont des caractéristiques biologiques, psychosociales ou sociales qui augmentent la probabilité de développer un problème donné, comme un trouble de santé mentale ou des comportements suicidaires. Les facteurs de risque peuvent causer le problème ou encore seulement être associés à une probabilité accrue que celui-ci survienne sans toutefois le causer. Les facteurs de protection réduisent la probabilité de développer un trouble de santé mentale ou des comportements suicidaires en dépit de la présence de certains facteurs de risque (Mrazek & Haggerty, 1994). Encore une fois, le nombre d'études sur les facteurs de risque du suicide des TAP est très limité. Par contre, la littérature scientifique en relève chez le PSP en général, et ces facteurs pourraient s'appliquer aux paramédics. Les facteurs de risque incluent les troubles de santé mentale (Bartlett et al., 2018; Bing-Canar et al., 2019; Boffa et al., 2017; Janik & Kravitz, 1994; Rouse et al., 2015; Steyn, Vawda, Wyatt, Williams, & Madu, 2013; Violanti, 2004), la stigmatisation des problèmes de santé mentale et de l'utilisation des services en santé mentale (Haugen, McCrillis, Smid, & Nijdam, 2017), les stressseurs chroniques au travail (Carpenter et al., 2015; Quarshie, Odame, & Annor, 2021; Syed et al., 2020) et l'accès à des moyens létaux (Milner et al., 2017; Pilgrim, Dorward, & Drummer, 2017). Les facteurs de protection sont généralement moins connus, mais les stratégies d'adaptation (Pienaar, Rothmann, & Van De Vijver, 2007) et différentes formes de soutien social (Carpenter et al., 2015) en font partie.

Malgré la similitude entre les TAP et les autres membres du PSP, les facteurs qui expliquent les comportements suicidaires ne sont pas nécessairement les mêmes d'un groupe à l'autre. En Norvège, des études ont porté sur les corrélats des idéations suicidaires sérieuses à vie des paramédics et des policiers (Berg, Hem, Lau, Loeb, & Ekeberg, 2003; Sterud et al., 2008). Les modèles multivariés comportaient des similarités et des divergences. Dans les deux groupes, les idéations suicidaires étaient significativement associées au fait d'être célibataire ou non marié, à la sévérité des symptômes de dépression et au trait de personnalité lié à la faible épreuve de la réalité. Cette dernière réfère à l'incertitude chronique quant à la perception de la réalité (Madsen, 2013). Les corrélats supplémentaires des idées suicidaires des policiers étaient le manque d'accomplissement personnel au travail, l'anxiété et les maux physiques perçus (Berg et al., 2003). Ceux des TAP correspondaient plutôt à l'âge, la faible estime de soi et le harcèlement au travail (Sterud et al., 2008). Compte tenu de ces divergences, une nouvelle étude qui porte spécifiquement sur les TAP contribuerait au développement des connaissances.

1.2.1 Exposition aux événements potentiellement traumatiques

Les TAP sont régulièrement confrontés 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. Ces expériences se qualifient comme des événements potentiellement traumatiques (EPT) (American Psychiatric Association [APA], 2022). L'exposition à un EPT peut se produire par la victimisation directe ou par une exposition indirecte à des détails aversifs de l'événement, comme dans le cadre de ses fonctions professionnelles (APA, 2013). Les paramédics sont nettement plus exposés à de tels événements que la plupart de leurs concitoyens. La proportion de Canadiens qui vivent au moins un EPT au cours de leur vie se situe à 76,1 %, et la fréquence des expositions pour chaque personne est généralement de deux ou trois (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). Quant à eux, les TAP canadiens rapportent presque tous avoir témoigné de sérieux accidents de la route, de morts accidentelles soudaines et de morts violentes soudaines (Carleton et al., 2019). Ils seraient exposés en moyenne à 12 différents types d'EPT en carrière seulement (Carleton et al., 2019).

L'exposition aux EPT a été étudiée en lien avec le risque suicidaire d'autres membres du PSP. La sévérité des expositions était notamment corrélée aux idéations suicidaires actuelles des policiers (Chopko, Palmieri, & Adams, 2015) et au risque suicidaire global des pompiers (Bing-Canar et al., 2019). Cette association pourrait être au moins partiellement attribuable aux conséquences sur la santé mentale de l'exposition répétée aux EPT (Bing-Canar et al., 2019).

1.2.2 Exposition au suicide

L'exposition au suicide est considérée comme un facteur de risque chez le PSP (Lyra, McKenzie, Every-Palmer, & Jenkin, 2021). Toutefois, peu de données empiriques sont à l'appui. Chez des pompiers américains, être intervenu au moins une fois auprès de personnes décédées par suicide dans le cadre du travail doublait le risque de tentative de suicide en carrière dans une étude (Stanley, et al., 2015). Dans une autre, une corrélation positive entre le nombre d'interventions auprès de personnes décédées par suicide et le risque suicidaire a été observée (Kimbrel et al., 2016). Ces résultats issus d'analyses bivariées devraient être considérés avec prudence étant donné l'aspect multidéterminé du risque suicidaire.

Outre l'exposition elle-même, l'expérience subjective de l'exposition au suicide pourrait aussi influencer le risque suicidaire. Les policiers qui conservent les souvenirs troublants d'une scène de suicide sont plus susceptibles de rapporter des pensées suicidaires récentes (Cerel, Jones, Brown, Weisenhorn, & Patel, 2019). Les suicides affectent particulièrement les paramédics lorsque ceux-ci témoignent du

chagrin profond des endeuillés (Gallagher & McGilloway, 2008). À notre connaissance, le lien entre l'exposition au suicide et les comportements suicidaires des paramédics n'a jamais été exploré.

1.2.3 Problèmes de santé mentale

L'association entre les troubles de santé mentale et le suicide est bien documentée. Les problèmes de santé mentale sont « caractérisés par des troubles cognitifs et émotionnels, comportements anormaux, fonctionnement altéré ou toute combinaison de ceux-ci » (American Psychological Association, n.d.). Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki (2004) ont établi la prévalence des troubles mentaux chez les personnes décédées par suicide à l'aide d'une méta-analyse d'études par autopsie psychologique. Cette recherche montrait que près de 90 % des 3 275 sujets présentaient au moins un problème de santé mentale. Les plus fréquents étaient les troubles de l'humeur suivis des troubles liés à l'usage de substances, particulièrement l'alcool (Arseneault-Lapierre et al., 2004).

Des données de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) permettent de comparer les paramédics aux autres travailleurs québécois sur le plan des problèmes mentaux attribuables au travail. Entre 2015 et 2019, les lésions psychologiques représentaient 5,2 % des lésions indemnisées par la CNESST chez les paramédics (Lebeau, 2022). La proportion dans toutes les industries et professions confondues était de 1,4 % au cours de la même période (Lebeau, 2022). L'invalidité liée à la santé mentale était donc 3,8 fois plus élevée chez les paramédics. D'autres données du même organisme situent l'importance relative de différents troubles parmi l'ensemble des problèmes psychologiques chez les paramédics. Entre 2014 et 2018, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) représentait 74 % des lésions psychologiques qui ont mené à des indemnités (Lebeau, 2022). Les autres conditions psychologiques incluaient le trouble d'adaptation (18 %) ; l'anxiété, le stress et les troubles névrotiques (6 %) ; les maladies, états, et troubles multiples (1 %) ; et l'état dépressif (1 %) (Lebeau, 2022). Chez les travailleurs québécois en général, le trouble de stress post-traumatique occupe aussi le premier rang. Il représente cependant 53% de l'ensemble des lésions psychologiques indemnisées (Lebeau, 2022).

La prévalence du TSPT chez les paramédics pourrait expliquer en partie le risque suicidaire élevé dans cette population. Les critères diagnostiques du TSPT sont l'exposition à un EPT ainsi que la présence de quatre constellations symptomatiques découlant de l'exposition, soit l'expérience de symptômes intrusifs associés à l'événement traumatique, un patron d'évitement persistant, des perturbations sur le plan émotionnel et cognitif et une activation neurovégétative incapacitante. (American Psychiatric Association, 2013). Le diagnostic de TSPT est posé lorsque les symptômes susmentionnés persistent un mois après l'événement traumatique (American Psychiatric Association, 2013). La plupart des études

sur le sujet montrent que la prévalence du TSPT est élevée chez les TAP. Selon l'étude de Carleton et al. (2018), 24,5 % des paramédics canadiens répondraient actuellement aux critères diagnostics de la maladie. Ce résultat peut être comparé à ceux d'autres études épidémiologiques. Pour les paramédics à travers le monde, une méta-analyse montrait que la prévalence actuelle du TSPT atteindrait près de 15 % (Berger et al., 2012). Pour la population générale canadienne, une enquête par entrevues téléphoniques avait trouvé un taux actuel de 2,4 % en 2008 (Van Ameringen et al., 2008). Les méthodes de recherche différentes et la fréquence de l'exposition aux EPT moins élevée dans la population générale par rapport aux paramédics pourraient expliquer l'écart entre ces taux.

Chez le PSP, la sévérité des symptômes de TSPT a été associée au risque suicidaire global dans quelques études (Bartlett et al., 2018; Bing-Canar et al., 2019; Boffa et al., 2017). La corrélation entre les idéations suicidaires et la sévérité des symptômes de cette psychopathologie est forte. Chez des policiers sud-africains, la symptomatologie du TSPT expliquait 28,2 % de la variance de la sévérité des idéations suicidaires au cours du dernier mois (Steyn et al., 2013).

La comorbidité entre le stress post-traumatique et d'autres psychopathologies est commune. Dans la population générale canadienne, un diagnostic probable de TSPT augmente le risque de présenter un trouble concomitant d'usage de l'alcool (OR = 1,83) ou de drogues (OR = 4,43) (Van Ameringen et al., 2008). Chez des policiers américains, Violanti (2004) a trouvé que l'exposition aux EPT accroît le risque de symptômes sévères de TSPT, ce qui augmente par la suite le risque d'abus d'alcool et d'idées suicidaires. Dans la même étude, la combinaison de symptômes sévères de TSPT et d'abus d'alcool multipliait par 10 le risque d'idéations suicidaires « intenses » actuelles. Au sujet des drogues, une étude montrait que leur abus n'était pas associé aux tentatives de suicide chez les policiers (Janik & Kravitz, 1994). En revanche, la consommation problématique de médicaments prescrits caractérisait le profil des policiers décédés par suicide (Rouse et al., 2015; Violanti, 2007).

1.2.4 Obstacles à l'accès aux services

En présence d'un traitement suffisant et approprié, les problèmes de santé mentale risquent moins de se chroniciser. Le rétablissement est plus rapide chez les personnes qui reçoivent une psychothérapie pour le TSPT comparativement à celles assignées à une liste d'attente (Bisson et al., 2007). En contrepartie, la majorité des personnes non traitées prennent plus de 40 mois pour se remettre de ce trouble (Morina, Wicherts, Lobrecht, & Priebe, 2014). Le maintien des problèmes de santé mentale peut engendrer d'autres problèmes psychosociaux. Par exemple, être aux prises avec un problème de santé mentale invalidant augmente le risque de vivre des difficultés financières (Leclerc, 2010). En retour, les

difficultés financières dues à l'incapacité de travailler peuvent entraîner de la détresse (Sheehan, Lane, & Collie, 2020).

Les services en santé mentale peuvent protéger du suicide les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Cependant, toutes les personnes aux prises avec un problème de santé mentale n'accèdent pas aux services. Certaines d'entre elles évitent ou repoussent l'utilisation des services, ce qui est expliqué par un ensemble d'obstacles. Ceux-ci incluent l'effort perçu pour utiliser les services, la difficulté d'accéder physiquement ou financièrement aux services, la minimisation du problème, la croyance en l'inefficacité du service, la préférence pour gérer ses problèmes seul et la stigmatisation liée à la santé mentale (White, Clough, & Casey, 2018). La stigmatisation liée à la santé mentale est 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 (Corrigan et Penn, 1999). La stigmatisation serait particulièrement présente chez le PSP, et certains de ses indicateurs semblent plus saillants que d'autres. Une méta-analyse montre que les craintes par rapport aux brèches de confidentialité et les craintes que le fait de consulter entraîne des répercussions sur la carrière sont les indicateurs les plus fréquemment rapportés dans cette population de travailleurs (Haugen et al., 2017). La prédominance masculine et les normes sociales qui y sont rattachées pourraient expliquer l'importance de la stigmatisation chez le PSP. En effet, le PSP est principalement constitué d'hommes. Au Québec, ceux-ci dominent parmi les paramédics (75,9 %), policiers (73,8 %) et pompiers (96,9 %) (Emploi Québec, n.d.-a, n.d.-b, n.d.-c). De plus, les normes et les valeurs en vigueur dans ces milieux s'accordent avec celles associées traditionnellement à la masculinité. Ainsi, l'autonomie, la force, le courage ou encore le contrôle de soi et de ses émotions sont valorisés chez le PSP et caractérisent le modèle du PSP idéal et fonctionnel (Bernier, 2021; Haugen et al., 2017). Dans un tel contexte, un TAP qui anticipe être stigmatisé dans l'environnement de travail en raison de ses besoins en santé mentale pourrait hésiter à demander de l'aide par crainte que ses collègues l'apprennent et remettent en question son aptitude à exercer sa profession (Corrigan & Penn, 1999).

La stigmatisation pourrait aussi empêcher les TAP d'utiliser les services traditionnels destinés aux personnes en crise suicidaire, comme les urgences hospitalières et les lignes d'écoute publiques. Les urgences hospitalières sont normalement fréquentées par des TAP en fonction. Un TAP en crise pourrait ne pas recourir à ce service par crainte de croiser des collègues paramédics ou des services connexes et d'être questionné sur les raisons qui l'amènent à l'urgence. Les lignes de crise peuvent quant à elle conduire au déploiement de paramédics et de policiers au domicile de l'appelant. Encore une fois, cette probabilité peut dissuader des TAP de recourir à ce type de service à cause des craintes liées au fait d'être reconnu par un collègue dans ce contexte.

1.2.5 Stresseurs au travail et stress chronique

Le stress est une réaction physiologique ou psychologique qui survient lorsqu'un individu perçoit que les demandes liées à un « stresseur » excèdent ou épuisent ses ressources individuelles ou sociales (Lazarus & Folkman, 1984). Lupien (2012) distingue les formes aiguë et chronique du stress. Le stress aigu découle de situations spécifiques, et la réaction est ponctuelle. La sécrétion de cortisol permet de réagir rapidement. L'exposition prolongée à un stresseur conduit au stress chronique. L'activité hormonale persistante entraîne des conséquences sur les organismes qui ne sont biologiquement pas conçus pour être stimulés de la sorte.

Des théories telles que le modèle *Demandes-Contrôle-Soutien au travail* (Johnson & Hall, 1988; Karasek & Theorell, 1990; Karasek, 1979) stipulent que des caractéristiques de l'exécution des tâches et de l'organisation du travail peuvent entraîner le stress chronique. Selon ce modèle, les stresseurs incluent les exigences physiques et psychologiques élevées, la faible latitude décisionnelle et le manque de soutien des collègues et des supérieurs. Les stresseurs qui caractérisent le travail des TAP incluent, mais sans s'y limiter, la pénurie de personnel, le travail par horaires de faction, la fatigue, lourdeur des formalités bureaucratiques, les relations difficiles avec les superviseurs et les gestionnaires (Donnelly, Chonody, & Campbell, 2014). Face à une telle combinaison d'éléments négatifs liés aux tâches et à l'organisation du travail, certains TAP vivent du stress chronique conformément au modèle *Demandes-Contrôle-Soutien au travail* (Regehr & Millar, 2007).

Le stress chronique au travail constitue une menace pour la santé et le bien-être, à tel point qu'il est considéré comme un facteur de risque du suicide dans certains secteurs d'emploi (Stack, 2001). Chez le PSP, des études montrent que le stress chronique au travail est un corrélat des idéations suicidaires, comme chez les pompiers (Carpenter et al., 2015) et les policiers (Quarshie et al., 2021; Syed et al., 2020). Chez les TAP, le stress chronique a été examiné en lien avec d'autres facteurs de risque du suicide. Par exemple, des études prospectives ont montré sa contribution importante dans le développement de la détresse psychologique et du stress post-traumatique (Revicki & Gershon, 1996; van der Ploeg & Kleber, 2003).

1.2.5.1 Horaires et conciliation travail-vie personnelle

Au Québec, les services préhospitaliers d'urgence doivent être disponibles en tout temps et livrés par une équipe constituée de deux TAP. Pour ce faire, les compagnies ambulancières recourent à différents types d'horaire. Les paramédics travaillent généralement selon un horaire régulier de jour, de soir ou de nuit. L'horaire de faction, aussi appelé « 7/14 », est un modèle répandu qui consiste en une garde de sept jours suivis d'un repos d'une durée égale. Cette option qui minimise les coûts liés à la rémunération a

surtout cours dans les milieux où les services ambulanciers sont peu sollicités (Dodeler & Tremblay, 2014). D'autres paramédics travaillent selon un horaire hybride qui combine des heures régulières, une période de faction et une période de repos.

Certaines conditions de travail entourant l'horaire de faction augmentent le stress opérationnel. Déployer une équipe de garde comporte des étapes supplémentaires qui retardent régulièrement l'administration de soins pourtant urgents. Le temps menace alors la sécurité ou la survie des patients dont sont responsables les paramédics. Aussi, les TAP de garde peuvent être mobilisés tant que leurs services sont requis, parfois pendant plus de 24 heures consécutives (Dodeler & Tremblay, 2014). Les paramédics réalisent régulièrement des interventions tardives qui repoussent la fin du quart de travail. Ces situations causent des heures supplémentaires obligatoires et imprévisibles auxquels les horaires réguliers ne permettent pas d'échapper.

Les conditions de travail particulières du secteur du préhospitalier peuvent nuire à l'épanouissement dans les sphères personnelles et familiales. S'engager pleinement dans des activités sociales ou de loisir est irréaliste selon les TAP qui sont sujets à un emploi du temps imprévisible (Dodeler & Tremblay, 2014). Des paramédics renoncent ou reportent le projet de fonder une famille puisque leurs contraintes particulières s'ajoutent aux défis inhérents à la parentalité (Dodeler & Tremblay, 2014). Les conditions de travail influencent aussi négativement le climat familial ou de couple. Le travail de nuit, les repos irréguliers ou interrompus et les heures supplémentaires réduisent la qualité du sommeil et sont néfastes pour l'humeur de certains paramédics (Regehr, 2005; Sofianopoulos, Williams, Archer, & Thompson, 2011). La fatigue et l'irritabilité qui en découlent, combinées aux tracas du quotidien, nuisent au climat familial et de couple (Regehr, 2005; Sofianopoulos et al., 2011), et ce contexte est propice aux séparations (Dodeler & Tremblay, 2014).

1.2.5.2 Harcèlement au travail

Le harcèlement au travail est caractérisé par des comportements répétés d'intimidation desquels la victime peine à se défendre (Nielsen, Nielsen, Notelaers, & Einarsen, 2015). L'impact de ce stressor interpersonnel sur le bien-être été vérifié dans l'étude de Sterud et al. (2008). La fréquence du harcèlement au travail dans la dernière année était corrélée positivement aux idéations suicidaires sérieuses à vie des TAP norvégiens. Si le devis transversal employé ne permettait pas de déterminer la direction de la relation entre ces deux variables, des recherches longitudinales identifient le harcèlement au travail comme le facteur de risque. Par exemple, Nielsen et al. (2015) ont interrogé des travailleurs norvégiens, entre 2005 et 2010, et ont trouvé que la sévérité initiale du harcèlement au travail prédisait

la fréquence des idéations suicidaires cinq ans plus tard. Dans la même étude, les idéations suicidaires initiales ne prédisaient pas le harcèlement mesuré ultérieurement.

1.2.6 Stratégies d'adaptation

Les stratégies d'adaptation réfèrent aux cognitions et comportements déployés en réponse aux stressseurs (Lazarus & Folkman, 1984). Ces stratégies ont pour fonctions principales de modifier la situation problématique qui cause le stress (p. ex. planifier des actions pour faire face au stressseur), et de réguler les émotions qui y sont liées (p. ex., exprimer ses sentiments pour se sentir mieux) (Folkman & Lazarus, 1980). À ce jour, aucune étude n'a examiné le lien entre les stratégies d'adaptation et les comportements suicidaires des paramédics. Auprès de cette population, elles ont été examinées en lien avec la symptomatologie du TSPT. À travers les recherches, l'utilisation des stratégies orientées vers les émotions était positivement corrélée aux symptômes de ce trouble (Clohessy & Ehlers, 1999; Holland, 2011; Nogalski, Kucmin, & Turska, 2018). L'impact des stratégies d'adaptation sur le risque suicidaire a été vérifié auprès d'autres membres du PSP. Chez les policiers, le risque suicidaire est augmenté ou réduit selon le type de stratégies utilisées. Agir sur les problèmes semble associé négativement à la fréquence et à la sévérité des idées suicidaires (Beehr, Johnson, & Nieva, 1995; Pienaar et al., 2007). En revanche, l'utilisation des stratégies centrées sur les émotions y serait associée positivement (Pienaar et al., 2007).

1.2.7 Soutien social

Le soutien social est considéré comme un facteur de protection majeur du suicide. Caron et Guay définissent ce construit comme un « processus par lequel les relations sociales ont un effet bénéfique sur la santé et le bien-être » (Caron & Guay, 2005, p. 16). Le réseau de soutien, l'intégration sociale et les perceptions de soutien en constituent trois dimensions.

Le réseau de soutien, en tant que dimension structurelle, est tissé des liens sociaux que l'individu entretient avec des personnes susceptibles de jouer un rôle de ressource pour l'individu (Boucher & Laprise, 2012). Les dyades qui composent les liens du réseau de soutien comprennent différentes relations, comme les membres d'un couple, un père et son fils ou encore des collègues de travail. Un réseau de soutien qui présente des liens particuliers réduit le risque de suicide. Dans la population générale québécoise, les personnes en couple vivent moins d'idées suicidaires que les personnes qui vivent seules ou qui sont chargées d'une famille monoparentale selon l'EQSP (Institut de la statistique du Québec, 2016).

La perception de soutien renvoie à l'évaluation de la disponibilité de l'aide en cas de besoin et de son caractère adéquat (Boucher & Laprise, 2012). Un indicateur d'adéquation est la satisfaction du soutien reçu. L'EQSP révélait que les Québécois satisfaits de leur vie sociale rapportent dans une moins grande proportion (1,2 %) des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois que ceux qui en sont insatisfaits (13,7 %) (Institut de la statistique du Québec, 2016).

L'intégration sociale renvoie au degré avec lequel l'individu perçoit appartenir à des groupes et à des institutions sociales, participe aux activités sociales et occupe des rôles sociaux (Boucher & Laprise, 2012; Caron & Guay, 2005). Les travaux de Durkheim (1897/1951) montraient que les personnes qui partagent moins de liens sociaux mouraient davantage par suicide. Cet auteur proposait alors que la perte de liens sociaux réduisît les ressources sociales, les normes sociales et les rôles sociaux.

L'effet du soutien social chez le PSP a fait l'objet d'études sur le risque suicidaire. Au sujet du réseau de soutien, l'étude norvégienne de Sterud et al. (2008) montrait que les TAP mariés étaient moins à risque de songer sérieusement au suicide que les TAP non mariés, et ce, en contrôlant pour une multitude de variables sociodémographiques et psychosociales. La perception de soutien peut exercer un effet principal ou un effet tampon chez le PSP. D'une part, plus les PSP perçoivent de soutien, mieux ils se portent. Une méta-analyse basée sur 37 études montre l'effet principal du soutien social perçu sur la santé mentale des PSP, avec une taille d'effet globale moyenne ($r=0,31$) (Prati & Pietrantonio, 2010). D'autre part, le soutien perçu peut atténuer le risque conféré par d'autres facteurs. Pour le PSP, le soutien retrouvé spécifiquement dans l'environnement de travail pourrait exercer un tel effet. Certains auteurs soutiennent la particularité de cette population dont les membres se sentent mieux compris par leurs pairs que par leurs proches en raison des expériences communes marquantes au travail (Milliard, 2020). Chez des pompiers américains, la relation positive entre le stress professionnel et la sévérité des idéations suicidaires était atténuée par un haut niveau de soutien de la part des collègues (Carpenter et al., 2015). Le manque d'intégration sociale augmente quant à lui le risque d'idéations suicidaires. Encore chez des pompiers américains, le sentiment d'appartenance frustré expliquait 3 % de la variance des idéations suicidaires en carrière de plus que des variables sociodémographiques, comme le nombre d'années d'expérience et le sexe (Chu, Buchman-Schmitt, Hom, Stanley, & Joiner, 2016). Une autre étude montrait que le risque suicidaire des pompiers assignés aux feux de forêt excédait celui des pompiers urbains (Stanley, Hom, Gai, & Joiner, 2018). Cette différence était expliquée par le sentiment d'appartenance inférieur parmi les pompiers assignés aux feux de forêt. Ceux-ci ne disposeraient pas autant que les autres pompiers du soutien qui caractérise la vie en caserne dans les milieux urbains (Stanley, Hom, Gai, & Joiner, 2018).

1.2.8 Accès aux moyens létaux

Les paramédics ont accès à des substances potentiellement létales dans leur environnement de travail. Ils manipulent parfois les médicaments de personnes malades et médicamentées dans le contexte d'interventions non urgentes. Ils portent aussi assistance à des personnes en présence de substances illicites. La Corporation d'urgences-santé fournit les services préhospitaliers d'urgence dans les régions sociosanitaires de Montréal et de Laval. Son rapport d'activités 2020-2021 indique que la catégorie d'interventions « Problèmes psychiatriques/intoxications » représentait 8,9 % des interventions (Corporation d'urgences-santé, 2021). Dans le contexte de la crise des opioïdes, les paramédics sont de plus en plus exposés à des drogues extrêmement puissantes comme le fentanyl (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail - Secteur des affaires sociales, n.d.). De plus en plus, les paramédics peuvent administrer certaines substances potentiellement létales. Ces substances incluent des opioïdes et des benzodiazépines, comme le fentanyl et le midazolam (Gouvernement du Québec, 2022b). L'accès direct aux moyens létaux est donc augmenté parmi ces travailleurs. Des études soulignent les dangers en lien avec l'accès à certaines substances chez les TAP. Parmi les travailleurs australiens décédés par suicide entre 2001 et 2012, les TAP avaient eu recours à l'empoisonnement dans une plus grande proportion que les autres travailleurs (Milner et al., 2017). Une autre étude s'est penchée sur les suicides et les décès accidentels causés par des drogues chez le personnel de la santé australien entre 2003 et 2013 (Pilgrim et al., 2017). Située à 87,5 %, la proportion de décès attribuables aux opioïdes était la plus élevée chez les paramédics, alors qu'elle variait entre 10,0 % et 60,3 % pour les autres groupes.

1.2.9 Constats sur l'état des connaissances

De plus en plus de données indiquent que le risque de décès par suicide chez les paramédics est élevé, mais peu d'études identifient quels paramédics sont plus à risque. La seule étude focalisée sur les corrélats des idéations suicidaires des TAP portait uniquement sur des variables d'ordre individuel (Sterud et al., 2008). La même recherche portait aussi sur des facteurs non modifiables (p. ex., état matrimonial et traits de personnalité). Des recherches qui renseigneraient sur les liens entre les comportements suicidaires des TAP et leur environnement offriraient une compréhension de la problématique qui n'attribue pas la responsabilité à l'individu uniquement. Identifier des leviers modifiables associés aux comportements suicidaires des TAP est l'amorce des connaissances requises pour développer des stratégies de prévention spécifiques à cette population. Néanmoins, les connaissances issues de recherches sur la population générale et les autres PSP nous permettent d'approximer ce qui peut contribuer au risque suicidaire des paramédics.

1.3 Modélisation préliminaire du risque suicidaire des TAP

Certains modèles théoriques s'avèrent pertinents pour mieux comprendre le risque suicidaire des TAP, et ce, dans une perspective de prévention inscrite dans la psychologie communautaire. Nous utilisons d'abord le modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979) pour situer les cibles potentielles d'intervention dans l'environnement physique et social des paramédics. Nous recourons ensuite au modèle de Mishara et Chagnon (2016) sur le processus suicidaire en lien avec la maladie mentale. Ce modèle nous permet de mieux décrire les besoins des paramédics suscités par la progression de troubles de santé mentale, comme le TSPT, et de certains facteurs associés.

1.3.1 Modèle écologique du développement humain

Selon le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979), l'individu se développe au sein de systèmes nichés les uns dans les autres. Chaque système se situe à un niveau d'analyse plus ou moins proximal à l'individu, lui-même considéré comme l'*ontosystème*. L'individu interagit directement dans des milieux physiques ou avec des groupes nommés *microsystèmes*. Les interactions entre ces milieux et ces groupes constituent des *mésosystèmes*. Les niveaux plus distaux dictent les comportements individuels et le fonctionnement des groupes : l'*exosystème* correspond à des structures sociales ou institutionnelles, et le *macrosystème* se compose des politiques et des valeurs en vigueur à un endroit et à un moment donné. Le *chronosystème* représente le temps et les transitions qui en marquent le passage.

1.3.2 Application du modèle écologique en suicidologie

Dans son ensemble, la littérature scientifique conçoit le suicide comme multidéterminé. Le phénomène résulte de l'accumulation de facteurs retrouvés dans différents systèmes à travers les niveaux écologiques. Pour Cramer et Kapusta (2017), les modèles écologiques globaux en prévention du suicide présentent au moins trois avantages. Ils permettent de conceptualiser globalement la problématique en regroupant les écrits sur différents systèmes, fournissent une opportunité pour bonifier les théories du suicide qui ne représentent pas toujours l'aspect multiniveaux du suicide et constituent une base pour le développement d'interventions globales. Ces auteurs mentionnent aussi que les modèles doivent être flexibles et adaptables aux particularités de certaines communautés. Ainsi, les mesures de prévention peuvent répondre aux besoins spécifiques des membres de ces groupes.

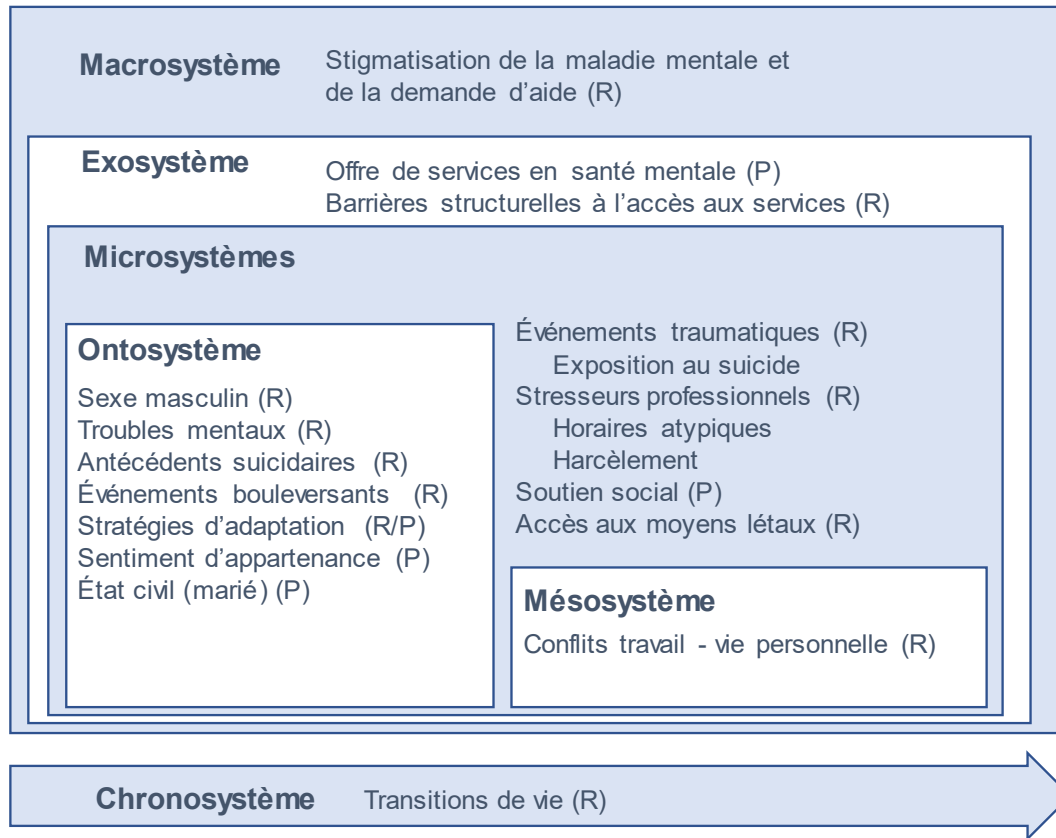
Le modèle écologique a permis de mieux comprendre le risque suicidaire de groupes à risque comme les militaires de l'armée de l'air américaine. Langhinrichsen-Rohling, Snarr, Slep et Heyman (2019) ont développé un modèle pour repérer les facteurs préalables à la tentative de suicide dans la dernière année. Cette étude reposait sur une base de données massive sur les comportements suicidaires et sur des

facteurs rattachés à l'ontosystème, aux microsystèmes familial et professionnel et à l'exosystème de la communauté militaire. Les tentatives de suicide étaient corrélées à des facteurs situés dans chacun de ces niveaux. Des analyses multivariées ont réduit le nombre de prédicteurs suffisants. Les problèmes d'alcool augmentaient le risque alors que les années de service et la disponibilité perçue du soutien de l'armée pour les officiers et leur famille le réduisaient. Ainsi, cette étude mettait en lumière l'importance de facteurs situés aux niveaux individuel et communautaire pour comprendre le risque suicidaire des militaires.

1.3.3 Représentation préliminaire du risque suicidaire chez les techniciens ambulanciers et paramédics

Les facteurs de risque et de protection du suicide des paramédics et des autres membres du PSP peuvent être classés selon les niveaux écologiques du modèle de Bronfenbrenner (1979), comme à la Figure 1.1. Le sexe masculin, les problèmes de santé mentale, les comportements suicidaires antérieurs, la consommation problématique de substances, ainsi que les événements de vie bouleversants constituent des facteurs de risque de l'ontosystème. Le sentiment d'appartenance à l'organisation de travail et l'état civil marié ou en couple sont des facteurs de protection du même niveau. Les stratégies d'adaptation agissent aussi à ce niveau. Selon leur fonction, elles sont considérées comme des facteurs de risque ou de protection. Au niveau des microsystèmes, les stressors chroniques, les événements potentiellement traumatiques, l'exposition aux suicides et l'accès aux moyens létaux sont des caractéristiques occupationnelles qui pourraient augmenter le risque. Le soutien social est un facteur de protection puisé dans les systèmes marital, familial et professionnel. Un exemple de facteur de risque au mésosystème serait les problèmes de conciliation travail-vie personnelle. Les services en santé mentale forment un facteur de protection de l'exosystème. Leur accès peut être réduit par des barrières structurelles situées au même niveau et par la stigmatisation, un facteur de risque du macrosystème. L'entrée sur le marché du travail, une transition de vie importante, s'inscrit dans le chronosystème.

Figure 1.1 Classification écologique des facteurs de risque (R) et de protection (P) du suicide des TAP



1.3.4 Le processus suicidaire

Les comportements suicidaires sont plus que la somme des facteurs de risque et de protection. Tel que le stipule le modèle écologique du développement, ils résultent d'un processus au cours duquel les facteurs interagissent et évoluent. Néanmoins, des modèles de processus pourraient bonifier la compréhension du risque suicidaire des TAP. En raison de l'importance du TSPT comme facteur de risque spécifique à cette population, un modèle qui décrit les mécanismes associant les problèmes de santé mentale et le suicide serait utile. Mishara et Chagnon (2016) proposent un modèle en ce sens. Celui-ci présuppose d'abord que la combinaison de vulnérabilités biologiques et d'adversités explique le développement de la maladie mentale. Les troubles mentaux engendrent d'autres facteurs de risque du suicide, comme les conflits, les pertes, la stigmatisation, l'isolement et l'invalidité. À leur tour, ces conditions constituent des adversités favorisant la chronicité ou l'exacerbation des troubles mentaux. La relation entre la maladie mentale et ses conséquences est donc réciproque. Les personnes qui présentent un problème de santé mentale chronique peuvent perdre espoir que leur état s'améliore, et le désespoir est un facteur de risque important du suicide. Le modèle indique aussi que le traitement absent,

insuffisant ou inapproprié contribue à la détérioration de l'état de santé et de la situation psychosociale de l'individu. Enfin, des aspects contextuels favorisent la tentative de suicide. Face à un nouvel événement bouleversant, les personnes atteintes d'un problème de santé mentale et dont les stratégies d'adaptation et le soutien social sont lacunaires peuvent se sentir accablées et sans recours. Une crise suicidaire peut alors en découler. L'accès à un moyen léthal acceptable facilite la tentative de suicide.

Ce modèle capte bien les particularités du risque suicidaire des paramédics identifiées précédemment. Les stressors chroniques, les événements bouleversants au travail et dans la vie personnelle et les transitions de vie contribuent au développement de problèmes de santé mentale comme le TSPT et la dépression. La stigmatisation de la santé mentale entrave l'utilisation des services, ce qui favorise le maintien ou l'exacerbation des problèmes de santé mentale et leurs conséquences sur la vie personnelle et professionnelle. En situation de crise, le manque de soutien dans l'entourage et la crainte d'être reconnu par des collègues peut réduire la propension à demander de l'aide auprès des proches et des services d'urgence. S'ils considèrent le suicide comme une option, les paramédics ont les connaissances requises pour que la tentative de suicide se conclue par la mort, et certains ont un accès à des substances létales comme le fentanyl.

1.4 La prévention du suicide chez les TAP

Étant donné l'aspect multidéterminé du suicide, les programmes globaux sont les plus susceptibles de fonctionner. Il s'agit d'interventions à composantes multiples visant un ensemble de facteurs associés aux comportements suicidaires. Comme les facteurs en jeu se situent chez l'individu, dans ses relations, ses milieux de vie et dans son environnement culturel et politique, la perspective écologique est utile pour élaborer les cadres de prévention.

La littérature scientifique ne contient pas de programme de prévention spécifique à la prévention du suicide pour les paramédics. Pourtant, le risque de suicide est relativement élevé dans ce groupe qui est caractérisé par des facteurs de risque particuliers (p.ex., exposition aux événements potentiellement traumatiques, risque élevé de TSPT et accès aux substances potentiellement létales). Il existe cependant des modèles pour la prévention du suicide dans la population générale et des programmes de prévention du suicide pour d'autres PSP. Des programmes de prévention en santé mentale pour les paramédics pourraient aussi s'avérer utiles. En effet, comme l'environnement de travail des TAP comporte des risques pour la santé mentale, et que celle-ci est fortement liée au suicide, la prévention en santé mentale en milieu de travail devrait jouer un rôle important. Qui plus est, des cadres reconnus en prévention du suicide s'appuient sur des modèles de prévention en santé mentale (OMS, 2014; Witt, Milner, Allisey, Davenport, & LaMontagne, 2017).

1.4.1 Modèle de l'Organisation mondiale de la Santé

L'Organisation mondiale de la Santé (2014) propose un modèle de prévention basé sur une conceptualisation écologique du suicide. Celle-ci stipule que les facteurs associés au suicide se situent aux niveaux individuel, relationnel, communautaire, social et des systèmes de santé. Ils incluent entre autres les problèmes de santé mentale, le désespoir, l'isolement, la stigmatisation, l'accès aux moyens létaux et les obstacles aux soins. Le modèle comprend comme facteurs de protection les relations personnelles solides, les croyances religieuses et la spiritualité et un état d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être.

Appuyée sur le modèle de santé publique de la prévention des troubles mentaux (Mrazek & Haggerty, 1994), la prévention du suicide selon l'OMS regroupe les activités préventives en trois niveaux : universel, sélectif et indiqué. Ces niveaux visent des groupes qui se distinguent par le risque suicidaire des personnes qui les composent.

Au niveau universel, les mesures visent l'ensemble de la population. La prévention sélective vise les groupes d'individus qui présentent des facteurs de risque connus, mais qui ne présentent pas encore nécessairement des comportements suicidaires. Les activités de prévention indiquée s'adressent aux individus les plus à risque, comme les personnes avec un problème de santé mentale, activement suicidaires ou qui présentent un antécédent de tentative de suicide.

Chaque niveau de prévention cible généralement des facteurs de risque et de protection plus ou moins proximaux à l'individu. Les stratégies de prévention universelle ciblent des facteurs de risque et de protection situés davantage au niveau populationnel. De tels exemples incluent les politiques favorisant la santé mentale et l'accès aux services, la restriction de l'accès aux moyens létaux et la sensibilisation au suicide et aux problèmes de santé mentale. La sensibilisation vise à réduire la stigmatisation des troubles mentaux et à renforcer la demande d'aide et l'utilisation des services (OMS, 2014). Les stratégies de prévention sélective ont pour cibles principales des facteurs reliés aux relations interpersonnelles, comme les conflits et l'isolement. Elles visent entre autres à renforcer le réseau de soutien des personnes qui vivent de l'adversité ou de la détresse. Les individus qui ne se sentent pas à l'aise de solliciter leur propre réseau ou dont le réseau est momentanément indisponible peuvent bénéficier des lignes d'écoute et des personnes formées comme sentinelles (OMS, 2014). Les lignes d'écoute sont une ressource que peuvent contacter les personnes en détresse « lorsque tout autre soutien social ou professionnel est indisponible ou non souhaité » (OMS, 2014, p.39). Les sentinelles ont pour rôle de « dépister, guider et orienter la personne aux prises avec la problématique du suicide ainsi que [leur] entourage » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, p. 29). Les stratégies de

prévention indiquée se rapportent à des facteurs davantage individuels, comme le désespoir, les troubles de santé mentale et un historique de tentative de suicide. Elles visent à faciliter l'évaluation et la prise en charge des comportements suicidaires et des troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Elles visent aussi à assurer un soutien à travers la communauté aux personnes suicidaires ou avec un historique de comportements suicidaires.

1.4.2 Prévention du suicide en milieu de travail

L'OMS (2006) formule des lignes directrices spécifiques à la prévention du suicide en milieu de travail. Celles-ci visent à protéger la santé mentale des travailleurs à l'aide d'actions de niveau universel, sélectif ou indiqué.

La prévention universelle au travail consiste à créer des environnements de travail favorables à la santé mentale. La recommandation générale est de réduire à la source les stresseurs chroniques, comme la charge de travail qui excède les ressources, la pression indue, le harcèlement la compétition abusive, le favoritisme et la médisance. Le cadre de prévention du suicide au travail souligne aussi l'importance d'instaurer une culture organisationnelle de prévention. Les cadres et les gestionnaires doivent donc s'impliquer. Ceux-ci doivent reconnaître que les problèmes de santé mentale constituent une préoccupation légitime pour les organisations et élaborer des politiques et programmes de promotion et de prévention en conséquence (OMS, 2006).

Au niveau sélectif, les organisations peuvent bonifier le réseau et les ressources des travailleurs en cas de besoin. Comme le milieu de travail est propice aux interactions sociales, les collègues font partie du réseau social. Les individus qui fréquentent un même milieu peuvent remarquer qu'un pair ou un employé traverse une période difficile. Le cadre de l'OMS énumère les actions que les gestionnaires et collègues devraient poser lorsqu'une personne semble être en détresse. Par exemple, repérer les signes précurseurs du suicide, encourager une personne en détresse à parler et référer aux services appropriés sont des comportements promus (2006).

Occuper un emploi donne parfois accès à des avantages sociaux qui correspondent à des mesures sélectives, comme les assurances collectives donnant accès à la psychothérapie et les programmes d'aide à l'employé (PAE). Un PAE est « un service de counseling confidentiel, à court terme, qui s'adresse aux employés ayant des difficultés personnelles qui nuisent à leur rendement » (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, n.d.). Ces ressources s'ajoutent à celles offertes à la population générale et peuvent servir en réaction aux adversités qui contribuent au risque suicidaire, comme les séparations et les problèmes d'abus de substances.

Au niveau indiqué, l'OMS encourage les employeurs à accommoder les personnes ayant des troubles mentaux et les gestionnaires à porter assistance aux personnes jugées comme activement suicidaires.

1.4.3 Description des programmes existants et des données d'évaluation disponibles

Peu d'études se penchent sur les facteurs associés aux comportements suicidaires des paramédics, et il en existe encore moins sur les programmes de prévention et leur efficacité dans cette population. Witt et al. (2017) ont publié une recension systématique sur l'évaluation des programmes de prévention du suicide pour le PSP et les militaires. Ces auteurs ont réalisé une méta-analyse basée sur six études rapportant des données sur les changements dans les taux de suicide là où avaient été implantés des programmes. Les résultats de cette méta-analyse montrent que les programmes globaux fonctionnent généralement chez le PSP et les militaires, et diminuent de moitié les taux de suicide (Witt et al., 2017). La recherche n'avait identifié aucun document traitant des paramédics. Les auteurs ont toutefois rapporté des programmes intéressants, comme celui du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et celui du département de prévention des incendies de Houston.

Le programme de prévention du suicide du SPVM, « Ensemble pour la vie », est quant à lui réputé pour son efficacité. Ce programme comprend une campagne de sensibilisation, des sentinelles, une ligne d'écoute opérée par des policiers et des formations pour tout le personnel sur la nature, du suicide, l'identification du risque suicidaire et les façons d'aider (Mishara & Fortin, 2021; Mishara & Martin, 2012). Une première recherche a mesuré la réduction des taux de suicide chez les policiers de Montréal avant et après l'implantation du programme en 1998 (Mishara et Martin, 2012). Une diminution de 79 % a été enregistrée au SPVM. En effet, le taux de suicide annuel moyen est passé de 30,5 par 100 000 à 6,4 par 100 000. Le taux de suicide chez les autres policiers du Québec a augmenté de façon non significative au cours de la même période. C'est après cette première évaluation que la formation de sentinelles a été inscrite au programme (Mishara et Fortin, 2021). Selon une seconde évaluation, le taux de suicide des policiers du SPVM est resté stable jusqu'en 2018 (Mishara et Fortin, 2021). Le programme semble donc avoir maintenu son efficacité dans le temps. Il faut noter qu'une intervention parallèle, au SPVM, pourrait aussi contribuer à protéger les policiers du suicide. En effet, cette organisation est dotée d'un PAE offert par des professionnels familiers avec la réalité policière et auquel les policiers accordent une réputation excellente (Mishara et Martin, 2012).

En 2007, le département de prévention des incendies de Houston s'est muni d'un programme pour la prévention du suicide des pompiers. Les activités qui le composent incluent les séances d'information, la formation de sentinelles et une équipe de soutien pour les pompiers et leurs familles lorsque ceux-ci vivent des problèmes courants (Finney, Buser, Schwartz, Archibald, & Swanson, 2015). Pour la période

1984-2007, le nombre de suicides dans le département s'élevait à huit; pour la période 2007-2013, il était de deux (Finney et al., 2015).

Dans l'absence de programmes spécifiques à la prévention du suicide chez les TAP, il importe de mentionner une initiative pertinente décrite par Scully (2011). Le service ambulancier du Queensland en Australie est doté d'un PAE centré sur les besoins des TAP en lien avec l'exposition aux EPT. Le programme comprend, entre autres, un service d'aide en personne et par téléphone, le débriefing psychologique, des ateliers sur la santé mentale et l'adaptation aux stressseurs et la formation de pairs-aidants. Ceux-ci sont entraînés à offrir du soutien en lien avec le stress, la détresse psychologique, les troubles liés aux traumatismes et les comportements suicidaires. À notre connaissance, aucune évaluation ne porte sur l'évaluation de ce programme.

1.4.4 Analyse critique des programmes liés à la prévention du suicide chez le PSP

Les programmes susmentionnés répondent à certains besoins des paramédics compte tenu des facteurs identifiés dans la revue de littérature. Au niveau universel, la sensibilisation au suicide est retrouvée dans les programmes du SPVM et de Houston. Cette mesure semble utile considérant la stigmatisation liée à la santé mentale présente chez le PSP. A priori, la sensibilisation dans les services préhospitaliers d'urgence pourrait s'attarder au TSPT en raison de sa prévalence chez les TAP et de son association avec les idéations suicidaires.

Aucun des programmes cités plus haut ne vise les stressseurs chroniques organisationnels tel que le recommande l'OMS (2006). Ce type de mesure est rarement utilisé dans la pratique. Patterson, Chung et Swan (2014) expliquent que modifier les conditions de travail entraîne des coûts que la plupart des organisations ne peuvent pas ou ne veulent pas défrayer. Certains employeurs choisissent plutôt de réduire les réactions de stress. Pour ce faire, ils offrent des outils pour la gestion du stress, ou encore des services qui facilitent le rétablissement en cas de maladie professionnelle attribuable au stress (Patterson et al., 2014; Wild, El-Salahi, & Esposti, 2020). L'efficacité de ces interventions à prévenir les comportements suicidaires chez le PSP est encore méconnue (Corthésy-Blondin, Genest, Dargis, Bardon, & Mishara, 2021). Tout de même, cette approche fait partie de programmes tels que celui du service ambulancier du Queensland et celui du département de prévention des incendies de Houston (Finney et al., 2015; Scully et al., 2011).

Au niveau sélectif, les trois programmes misent sur le soutien entre PSP. En effet, tous trois comprennent des sentinelles ou des pairs-aidants. Tel que susmentionné, le programme du Queensland comprend le débriefing psychologique. Cette intervention de groupe vise à prévenir la détresse liée à un EPT en

permettant aux personnes exposées de ventiler (Mitchell, 1983; Mitchell & Everly, 2001). Une méta-analyse montre que le débriefing psychologique n'est somme toute pas efficace et qu'il peut même aggraver les symptômes de stress post-traumatique (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002). Puisque son utilisation est déconseillée, des modèles alternatifs d'intervention devraient être considérés. Par exemple, les premiers soins psychologiques visent à réduire la stigmatisation et favoriser l'accès aux services pour les personnes qui vivent de la détresse en lien avec un EPT (Everly Jr, Phillips, Kane, & Feldman, 2006). Ils sont actuellement implantés dans plusieurs milieux du personnel de la sécurité publique canadien (Carleton et al., 2020).

Pour l'OMS (2006, 2014), la prévention indiquée vise les personnes activement suicidaires, avec un historique de tentative de suicide ou avec problème de santé mentale en raison de leur risque de suicide accru. Les trois programmes forment des PSP à porter assistance à une personne suicidaire. Aucun ne spécifie le soutien offert aux PSP avec une tentative de suicide récente ou à ceux en arrêt de travail causé par un problème de santé mentale. Les paramédics dans une telle situation pourraient bénéficier d'un soutien organisationnel, mais leurs besoins sont encore méconnus.

Les trois programmes ont comme similarité qu'ils emploient le soutien par les pairs comme moyen d'intervention. Les interventions de soutien par les pairs réfèrent aux approches selon lesquelles des personnes avec des rôles ou des expériences partagés fournissent une assistance structurée à leurs pairs (Beshai & Carleton, 2016). Celui-ci est répandu pour prévenir les conséquences des événements potentiellement traumatiques sur la santé mentale des membres du PSP (Corthésy-Blondin et al., 2021). Qui plus est, la prévention du suicide est parfois arrimée à la prévention des problèmes mentaux liés aux événements potentiellement traumatique chez le PSP (Beshai & Carleton, 2016). Mais la prévention du suicide est une responsabilité collective. Le programme du SPVM en fait exemple notamment par son titre et le slogan éponyme de sa campagne de sensibilisation. En effet, « Ensemble pour la vie » met l'accent sur le pouvoir d'agir organisationnel face à la problématique du suicide.

Les besoins particuliers et les préférences du PSP en matière de prévention doivent être pris en compte dans le développement d'interventions préventives (Richards, Suarez, & Arocha, 2021). Connaître les stratégies que les paramédics préfèrent aiguillerait l'adaptation de programmes existants et le développement de nouvelles interventions. Comme les besoins spécifiques des paramédics sont peu documentés, des recherches qui portent spécifiquement sur le sujet sont requises.

1.5 Objectifs et questions de recherche

Le projet vise à mieux comprendre les facteurs associés au risque suicidaire des TAP québécois et à formuler des recommandations pour la prévention.

Le premier objectif est d'identifier des facteurs associés aux comportements suicidaires des TAP québécois. Les questions de recherche qui s'y rattachent sont les suivantes : « quels facteurs individuels et environnementaux sont liés aux idéations suicidaires sérieuses des TAP ? », « quel est le poids explicatif de ces facteurs sur le risque suicidaire des TAP ? » et « quels facteurs ont prévenu la tentative de suicide et le décès par suicide chez les TAP avec un historique d'idéations suicidaires sérieuses ou de tentative de suicide ? »

Le second objectif est de développer un cadre pour la prévention. Outre les précédentes, les questions de recherche qui y correspondent sont : « quelles personnes ou ressources les TAP ont-ils contactées en lien avec leurs idéations suicidaires sérieuses ? » et « quelles stratégies les TAP pensent-ils qu'il faut déployer pour prévenir le suicide chez leurs pairs ? ».

CHAPITRE 2

MÉTHODES

Dans ce chapitre, nous décrivons l'approche scientifique utilisée et la méthode qui en découle. À ce sujet, le lecteur trouvera l'information sur la population visée, la procédure de recrutement, la constitution de l'outil de collectes de données et le plan d'analyses des données.

2.1 Posture scientifique

Ce projet a été mené selon une posture post-positiviste dont voici les aspects ontologiques, épistémologiques, méthodologiques et axiologiques.

Selon les postulats ontologiques du post-positivistes, la réalité est unique, externe et mesurable (Cleland, 2015). La réalité unique est stable et ne dépend pas du contexte. L'extériorité signifie que la réalité repose dans un monde abstrait auquel on ne peut accéder directement. Les manifestations du réel sont toutefois perceptibles par les instruments de mesure.

Épistémologiquement, les connaissances sont des représentations probables de la réalité. L'évolution de la connaissance repose sur l'accumulation des résultats d'études empiriques. La valeur de la connaissance qu'une étude apporte dépend du niveau de respect des critères de rigueur ou de validité du paradigme post-positiviste auxquels répond le devis de recherche utilisé dans ladite étude. Ces critères reflètent la notion d'objectivité que Gauthier et Bourgeois (2016) décrivent comme l'inclusion impartiale des faits pertinents dans la construction de la connaissance. En ce sens, Mellos (2016) propose que « la science a pour objectif la connaissance du monde tel qu'il est, et non tel qu'il devrait être » (p. 542). L'objectivité contribue au développement de connaissances plus fidèles à la réalité qu'au bagage du chercheur. Elle est une condition cruciale pour que les connaissances issues de la recherche reflètent la réalité. Il s'agit donc d'un gage de validité.

Les méthodes du courant post-positiviste se rattachent principalement à l'empirisme. L'approche privilégiée est mixte, c'est-à-dire qu'elle combine les analyses quantitatives et qualitatives. Les méthodes quantitatives sont employées pour atteindre des objectifs tant confirmatoires qu'exploratoires. Les méthodes qualitatives permettent la découverte d'informations qui élargissent le cadre conceptuel revendiqué. La complémentarité de ces approches permet un raisonnement abductif, c'est-à-dire reposant sur la combinaison de la déduction et de l'induction (Krippendorff, 2019).

Les méthodes mixtes semblent négligées en prévention du suicide malgré que les recherches dans ce domaine s'inscrivent majoritairement sous le paradigme post-positiviste. Hjelmeland and Knizek (2010) ont quantifié les études comportant des résultats qualitatifs publiées dans les trois plus importants

périodiques spécialisés sur le suicide. L'étude montre que, entre 2005 et 2007, moins de 3% des études publiées par *Archives of Suicide Research, Crisis* et *Suicide and Life-Threatening Behavior* utilisaient une approche mixte.

Au sujet de l'axiologie, le post-positivisme reconnaît que les connaissances préalables, les valeurs et les croyances peuvent influencer le processus de recherche de l'élaboration du devis à l'interprétation des résultats. Il s'agit d'une menace à la validité. Il convient au chercheur de pratiquer la réflexivité pour prendre acte de ses biais et de minimiser l'influence de ceux-ci dans sa pratique.

2.2 Devis

Il s'agit d'un devis mixte transversal à dominante quantitative, basé sur un seul échantillon. L'étude a recours à une seule collecte de données réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne. Celui-ci a permis la collecte de données quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives ont été analysées de façon corrélationnelle. Les données qualitatives ont été soumises à un processus abductif d'analyses de contenu. Les résultats de ces analyses ont été combinés afin de produire une compréhension globale du risque suicidaire chez les TAP et des recommandations pour la prévention.

2.3 Population

Les services préhospitaliers d'urgence au Québec sont fournis à travers les 18 régions socio-sanitaires par une multitude d'employeurs. Différents modèles d'entreprise ont cours à travers la province, avec un service public, des entreprises privées, des coopératives de paramédics et des organismes à but non lucratif (OBNL). Ces entreprises sont au nombre de 55. La Corporation d'urgences-santé, service public, est centralisée dans les régions de Montréal, soit la métropole de la province, et de Laval. Les coopératives d'employés sont principalement retrouvées dans les villes satellites. Elles couvrent aussi des régions socio-sanitaires entières, comme la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie. Les firmes privées et les OBNL couvrent quant à elles des territoires davantage ruraux. Les types d'horaires varient selon le contexte.

Comme il n'existe pas de liste centralisée de tous les paramédics travaillant dans la province, et pour faciliter la procédure de recrutement, nous avons collaboré avec un des organismes dont l'accès à la population des paramédics au Québec est le plus grand. La Fédération de la santé et des services sociaux affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (FSSS-CSN) est un regroupement syndical représentant 2 396 paramédics au Québec, soit environ la moitié des 5 000 individus. Le secteur du préhospitalier de la FSSS-CSN est constitué de 16 unités syndicales, et chacune d'entre elles représente plusieurs milieux de travail répartis partout au Québec.

Le 23 octobre 2017, l'étudiant responsable du projet a contacté monsieur Dany Lacasse, qui occupait à l'époque le rôle de vice-président de la division des secteurs privés de la FSSS-CSN. Une fois mis au courant de la recherche anticipée, monsieur Lacasse a invité l'étudiant à présenter le projet aux représentants et délégués syndicaux à l'occasion d'une assemblée syndicale tenue dans la ville de Québec le 17 janvier 2018. Les personnes présentes ont massivement voté en faveur du projet, ce qui a confirmé le début de la collaboration avec la FSSS-CSN et les techniciens ambulanciers et paramédics (TAP) qu'elle représente.

2.4 Recrutement

Le recrutement a été effectué par la FSSS-CSN. Celle-ci s'est engagée à ce que chaque unité syndicale actualise sa base de données des coordonnées des paramédics en y inscrivant l'adresse courriel de chaque individu. Ainsi, un bassin de 2 100 participants potentiels a été constitué. Un courriel d'invitation à prendre part à l'étude a été envoyé à toutes ces personnes. Celui-ci, retrouvé à l'Annexe A, comprenait les informations suivantes : l'objectif de l'étude, la durée approximative, les critères d'inclusion et un lien vers l'outil de collecte de données en ligne. L'invitation a été lancée le 20 janvier 2019, et un courriel de rappel a été envoyé le 18 février 2019. Durant la même période, la FSSS-CSN a fait circuler sur ses réseaux sociaux une publicité du projet. Celle-ci comportait les mêmes informations que le courriel, en plus d'inciter les paramédics à vérifier leur boîte de courriel afin de participer à l'étude. La publicité est disponible à l'Annexe B.

2.5 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient le fait de travailler comme paramédic au Québec dans un milieu syndiqué par FSSS-CSN et comprendre le français écrit. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué. Il était aussi stipulé que les participants couraient la chance de gagner une des cinq cartes-cadeau d'une valeur de 50\$ échangeables chez Amazon.

2.6 Outil de collecte de données et mesures

Le recueil des données a été mené par un questionnaire en ligne. L'outil était hébergé sur la plateforme LimeSurvey, et les données étaient emmagasinées sur les serveurs de l'Université du Québec à Montréal, ce qui augmente la protection des données. Le questionnaire était composé de trois sections. La première correspondait à un formulaire d'information et de consentement (Annexe C). La deuxième comportait les mesures socio-démographiques et les caractéristiques du milieu de travail ainsi que des questions ouvertes et questionnaires standardisés mesurant les construits à l'étude (Annexe D). La troisième

section fournissait un lien vers un questionnaire distinct dans lequel les participants pouvaient inscrire leurs coordonnées afin participer au tirage des cartes-cadeau.

Les coordonnées d'une ressource spécifique aux intervenants d'urgence, soit la maison de thérapie La Vigile, étaient visibles au bas de chaque page du questionnaire. Un lien permettant d'accéder aux services de la ressource y figurait aussi. L'équipe clinique de La Vigile a été informée de la tenue de l'étude afin qu'elle soit préparée à un volume d'appels supérieur à la normale durant et après la collecte de données. La procédure a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal. Le certificat d'éthique est disponible à l'Annexe E.

2.6.1 Données socio-démographiques et caractéristiques du milieu de travail.

Les premières mesures correspondaient aux variables sociodémographiques et aux caractéristiques d'emploi comme le type d'horaire travaillé et le type d'employeur. Toutes les questions et choix de réponse sont disponibles à l'Annexe D.

2.6.2 Appartenance au milieu de travail et soutien des collègues et des supérieurs

Le *Perceived Insider Status Scale* (Stamper & Masterson, 2002) mesure l'appartenance au milieu de travail perçue durant les deux semaines précédentes. L'échelle comporte six items dont quatre ont été utilisés dans la présente étude, soit : « Je sens que je fais vraiment partie de cette organisation », « Dans cette organisation, on s'assure que je me sente entièrement inclus », « Je me sens un peu comme un étranger dans cette organisation » et « Je me sens fréquemment mis à l'écart dans cette organisation ». Le format de réponse à l'item est de type Likert allant de 1 (« en désaccord ») à 5 (« en accord »). Les valeurs des troisième et quatrième items sont recodées de façon opposée, puis un score total est calculé en additionnant toutes les valeurs. Deux items sémantiquement identiques à d'autres mentionnés ci-haut ont été éliminés afin de réduire le nombre total d'items dans le questionnaire. EN effet, comme ils mesuraient de l'information apparemment redondante, nous avons jugé approprié de les éliminer.

Il y a peu d'informations disponible sur les propriétés psychométriques du PISS. Dans l'article original sur la version anglaise, on indique que la cohérence interne est de 0,88 (Stamper & Masterson, 2002). Les auteurs précisent que le score est positivement relié à la perception de soutien organisationnel alors que l'âge, le sexe, l'ethnicité, l'expérience de travail et le nombre d'heures travaillées par semaine n'influencent pas significativement l'appartenance perçue à l'organisation. L'outil a été traduit en français par Lapalme, Stamper, Simard et Tremblay (2009), puis passé à 220 employés contractuels travaillant pour un grand conglomérat financier canadien. La valeur de l'alpha sur les quatre items était de 0,90 dans notre étude.

Quatre mesures du soutien social au travail ont été réalisées à l'aide d'items conçus pour la présente étude. Il s'agissait du soutien perçu chez les collègues dans deux items et du soutien perçu chez les supérieurs dans les deux autres. Pour chaque source, un item visait le soutien en réponse à des problèmes rencontrés au travail (p. ex., « Je peux compter sur mes supérieurs quand je rencontre des difficultés au travail »). Ces mesures ont été inspirées d'items issus de la version française du *Questionnaire on the Experience and Assessment of Work* (Lequerre, Gillet, Ragot et Fouquereau, 2013; van Veldhoven, Meijman, Broersen, et Fortuin, 1997). Les sous-échelles « relation avec les collègues » et « relation avec les supérieurs » de cet outil comportent chacune un item très similaire et dont la validité d'apparence est bonne pour le soutien social au travail. Pour chaque source, nous avons dérivé cette formulation afin de capter le soutien pour des problèmes personnels (e.g., « Je peux compter sur mes collègues quand je rencontre des difficultés dans ma vie personnelle »). Les participants indiquaient le niveau de soutien perçu sur une échelle Likert allant de 1 (en désaccord) à 5 (en accord).

2.6.3 Stress chronique au travail

Le stress chronique au travail a été mesuré à l'aide d'une version française du *Emergency Medical Services Chronic Stress Questionnaire* (EMS-CSQ) (Donnelly et al., 2014). Le questionnaire comprend 20 items et porte sur le stress perçu au cours des six derniers mois. Celui-ci mesure les dimensions opérationnelle et organisationnelle du stress chronique au travail chez les paramédics. Le stress opérationnel est lié à l'effort physique et mental requis pour accomplir le travail. Il comprend aussi la réaction aux conditions de travail difficiles, comme les horaires de travail atypiques. Les stressés organisationnels réfèrent aux facteurs interpersonnels qui entravent l'accomplissement du travail. Ils incluent entre autres le manque de personnel, les interactions négatives avec les superviseurs et le favoritisme. Le participant indique le stress perçu sur une échelle Likert allant de 1 (aucun stress) à 7 (stress élevé). Pour chaque échelle, le total des scores varie entre 10 et 70.

L'EMS-CSQ a été développé auprès d'un échantillon de 1 633 paramédics ontariens. La convergence était bonne avec le *Perceived Stress Scale* (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), un outil couramment utilisé dans le développement d'échelles de stress professionnel. Les corrélations s'élevaient à $r = 0,44$ pour le stress opérationnel perçu et à $r = 0,33$ pour le stress organisationnel perçu. Les corrélations inter-items étaient toutes comprises entre 0,30 et 0,80. Dans cette étude transversale, la validité prédictive de l'outil a été vérifiée par son association avec une mesure de réaction de stress : le stress post-traumatique. Les corrélations entre la sévérité des symptômes de stress post-traumatique mesurés à l'aide d'un instrument auto-rapporté étaient de 0,51 pour le stress opérationnel et de 0,37 pour le stress organisationnel, toutes deux significatives à $p < 0,001$ (Donnelly et al., 2014).

Pour les fins de notre étude, une traduction inversée a été faite par deux professionnelles de la traduction spécialisées en psychologie. La traduction inversée a été jugée satisfaisante par l'auteure de l'échelle originale (E. Donnelly, communication personnelle, 9 septembre 2018). Dans cet échantillon, la cohérence interne était excellente pour les deux sous-échelles; les α étaient de 0,90 pour chacune.

2.6.4 Symptômes du trouble de stress post-traumatique

La sévérité des symptômes du TSPT a été évaluée à l'aide du *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5) (Weathers, Litz, et al., 2013) traduit en français canadien par Normand Shields (Anciens Combattants Canada) et Stéphane Guay (Université de Montréal). Ce questionnaire évalue l'intensité perçue dans le dernier mois de 20 indicateurs du TSPT correspondant aux symptômes du trouble retrouvés dans le DSM-5. Les items couvrent les quatre dimensions des symptômes du TSPT, soit l'intrusion, l'évitement persistant des stimuli, l'altération négative des fonctions cognitives et de l'humeur et l'altération de l'éveil et de la réactivité. Chaque élément a été mesuré sur une échelle de Likert à 5 points (0 : pas du tout à 4 : extrêmement). Le score total au PCL-5 est compris entre 0 et 80.

Des informations sur les qualités psychométriques du PCL-5 sont disponibles pour sa version anglaise. Dans un échantillon constitué de policiers, pompiers et paramédics, Morrison, Su, Keck and Beidel (2021) ont obtenu une corrélation inter-item moyenne de 0,45. Morrison et al. (2021) ont aussi rapporté une bonne validité convergente avec le *Clinical-Administered PTSD Scale for DSM-5*, soit le meilleur outil disponible pour l'évaluation du TSPT (Weathers, Blake, et al., 2013). La corrélation de Pearson entre les scores totaux était de 0,72 ($p < 0,01$). La fidélité test-retest a été vérifiée auprès de vétérans américains utilisant les services du *Veterans Affairs Medical Center* (Bovin et al., 2016). En l'espace d'un mois, la corrélation sur le score total était de 0,84.

La cohérence interne sur la base de l'échantillon actuel était de $\alpha = 0,94$. La distribution des données présentait une asymétrie positive et des valeurs extrêmes du côté droit. Une transformation par la racine carrée les a éliminées.

2.6.5 Stratégies d'adaptation

Le *Brief Coping Orientation to Problems Experienced Inventory* (Brief COPE, Carver, 1997) est un outil de 28 items qui mesurent les stratégies d'adaptation déployées par les individus pour faire face au stress. Il s'agit de la version courte d'un instrument à 60 questions (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), dont les items les plus forts ont été retenus afin d'amoindrir la redondance et la durée de passation. Les stratégies sont regroupées en 14 facteurs, soit l'action, la planification, le soutien instrumental, le soutien émotionnel, l'expression des sentiments, la réinterprétation positive, l'acceptation, le déni, le blâme,

l'humour, la religion, la distraction, l'utilisation de substances et le désengagement comportemental. Chaque type de stratégie est capté par deux items. L'outil peut être administré dans le format « dispositionnel » permettant de mesurer comment les gens réagissent habituellement lorsque survient un événement stressant ou dans le format « situationnel » pour une situation spécifique. Nous avons utilisé le premier format. Le score est saisi sur une échelle Likert en quatre points (1 : pas du tout à 4 : beaucoup).

Yusoff, Low et Yip (2010) ont administré la version anglaise du Brief COPE à des femmes asiatiques récemment opérées pour un cancer du sein. L'outil a été complété à deux reprises, à sept ou huit semaines d'intervalle, et les coefficients de corrélations intra-classe se situaient entre 0,05 et 1,00, généralement au-dessus de 0,40. Muller et Spitz (2003) ont validé la version française du Brief COPE auprès 934 étudiants de premier cycle universitaire. Leurs données confirment la structure à 14 facteurs identifiés dans la version anglaise. De plus, ces auteurs soutiennent que la validité convergente du Brief COPE est bonne en raison des corrélations qu'ils ont observées entre certaines de ses sous-échelles et des mesures de l'ajustement psychologique, comme l'estime de soi, le stress perçu et la détresse psychologique (Muller & Spitz, 2003). La mesure de l'utilisation de certaines stratégie d'adaptation est toutefois influencée par le sexe (Muller & Spitz, 2003).

Il n'existe pas de directive stricte sur la façon de calculer les scores au Brief COPE. Afin de réduire le nombre de variables produites par les 28 items de cet outil, nous avons procédé à une analyse par composantes principales à partir des données recueillies dans notre échantillon. Une rotation Varimax a été appliquée. Huit composantes présentaient une eigenvalue égale ou supérieure à 1. Ensemble, elles expliquaient 66,9% de la variance totale. Le tracé du test des éboulis montrait quant à lui que quatre facteurs suffisaient. Certains regroupements de stratégies ainsi formés étaient difficiles à interpréter. Par exemple, les stratégies liées à la spiritualité et celles liées à la planification de solutions saturaient sur le même facteur. Nous avons donc lancé des analyses supplémentaires avec des nombres de composantes fixes jusqu'à ce qu'une solution interprétable soit atteinte. La solution à cinq facteurs présentait le même problème. La solution retenue à six composantes est résumée au Tableau 2.1, et le tableau des indices de saturation et des eigenvalues se trouve à l'Annexe F. Les facteurs obtenus, qui expliquaient 58,8% de la variance totale, étaient interprétés de la sorte : soutien social, résolution de problèmes, désengagement, apaisement, consommation et spiritualité. Les stratégies de soutien social ($\alpha = 0,82$, 21,2% de la variance totale) comprenaient la recherche de soutien émotionnel et instrumental ainsi que l'expression des sentiments. Les stratégies de résolution de problèmes ($\alpha = 0,79$, 12,2% de la variance totale) mobilisaient la recherche de solutions, l'engagement comportemental et l'acceptation. Le désengagement ($\alpha = 0,72$, 8,6% de la variance totale) était formé des items sur l'abandon, le déni et

le blâme de soi. L'apaisement ($\alpha = 0,74$, 6,0% de la variance totale) comprenait le recadrage positif, l'humour et l'auto-distraktion. Les stratégies de spiritualité ($\alpha = 0,80$, 5,9% de la variance totale) portaient sur la religion et la méditation. Les stratégies de consommation ($\alpha = 0,96$, 5,0% de la variance totale) étaient celles centrées sur l'usage de l'alcool et des drogues. Tous les indices de saturation dimensionnelle étaient supérieurs à 0,3, à l'exception de l'item « Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées », dont la saturation n'atteignait cette valeur pour aucune composante. Aucune paire d'items captant le même facteur parmi les 14 facteurs de Carver et al. (1989) n'a été brisée.

Tableau 2.1 Composantes principales du Brief COPE

Composante	Exemples d'items	Eigenvalue	% de variance	α de Cronbach
Soutien social	<i>Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.</i> <i>J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.</i> <i>J'exprime mes sentiments négatifs.</i>	6,0	21,2	0,82
Résolution de problèmes	<i>J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.</i> <i>Je détermine une ligne d'action et je la suis.</i> <i>J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.</i>	3,4	12,2	0,79
Désengagement	<i>J'abandonne l'espoir de faire face.</i> <i>Je me reproche les choses qui m'arrivent.</i> <i>Je refuse de croire que ça m'arrive.</i>	2,4	8,6	0,72
Apaisement	<i>J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.</i> <i>Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.</i> <i>Je prends la situation avec humour.</i>	1,7	6,0	0,74
Consommation	<i>Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.</i>	1,6	5,9	0,96
Spiritualité	<i>J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.</i>	1,4	5,0	0,80

Note. Les colonnes « Eigenvalue » et « % de variance » réfèrent aux valeurs avant la rotation Varimax.

Comme plus de 50% des participants n'utilisaient « pas du tout » les stratégies de consommation et de spiritualité, et que les fréquences étaient également distribuées entre les autres scores possibles, ces

variables correspondantes ont été dichotomisées. La variable « Stratégies désengagées », asymétrique et comportant des valeurs extrêmes, a été transformée par la racine carrée.

2.6.6 Alcool et drogues

Des items portaient sur le nombre d'occasions auxquelles l'alcool et la drogue ont été consommés dans le dernier mois. Un autre item demandait la quantité de consommations alcoolisées prises par occasion. Celui-ci a permis la création de deux variables supplémentaires. La première, résultant de la multiplication du nombre de consommations alcoolisées par occasion par le nombre d'occasions de consommation, fournissait sur le nombre total de consommation d'alcool dans le dernier mois. La transformation par le logarithme a été appliquée à ces variables qui puisqu'elles présentaient toutes les trois une forte asymétrie vers la droite et des valeurs extrêmes. La seconde variable créée indiquait la consommation modérée d'alcool. Cette variable dichotomique permettait de scinder l'échantillon en fonction du respect ou non de la limite d'alcool recommandée par occasion de consommation. Celle-ci est fixée à trois pour les hommes et deux pour les femmes (Éduc'Alcool, n.d.), ce qui a été appliqué au moment de l'analyse des résultats.

Le Rapid Alcohol Problem Screen (RAPS-4) et le Rapid Drug Problem Screen (RDPS-4) (Cherpitel & Borges, 2004) détectent la présence de problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Chaque outil est composé de quatre items dichotomiques mesurant la présence ou l'absence, dans la dernière année, de conséquences psychosociales de la consommation de substances sur l'individu. Celles-ci incluent la culpabilité, la dépendance, l'altération du fonctionnement et la perte de la mémoire en lien avec la consommation. Les scores totaux de ces deux outils sont utilisés comme variables continues ou encore comme variables discrètes. Un score discriminant de 1 indique la présence d'un problème d'alcool ou de drogues (Cherpitel, 2000; Cherpitel & Borges, 2004). Ces outils ont été développés pour une utilisation en contexte d'urgence hospitalière avec les personnes intoxiquées. Leur performance dans la détection des problèmes liés à la consommation est aussi excellente lorsqu'ils sont administrés à l'aide d'un questionnaire en ligne (Cherpitel, 2002).

2.6.7 Harcèlement au travail

Nous avons demandé aux participants d'indiquer s'ils avaient vécu du harcèlement au travail depuis le début de leur carrière comme paramédic. Une relance permettait de préciser à quand remontait le plus récent événement de harcèlement au travail.

2.6.8 Exposition au suicide au travail

La fréquence de l'exposition au suicide a été mesurée à l'aide de l'item « Depuis le début de votre carrière comme paramédic, combien de fois êtes-vous intervenu auprès d'une personne décédée par suicide? ». La distribution des données étant fortement asymétrique vers la droite, une transformation logarithmique a été appliquée.

2.6.9 Idéations suicidaires et tentatives de suicide

L'historique de comportements suicidaires a été mesuré par les items « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider? » et « Avez-vous déjà tenté de vous suicider? ». Ces items étaient suivis de relances pour situer le comportement dans le temps et identifier le ou les moyens envisagés ou utilisés. Les participants pouvaient aussi préciser si les comportements suicidaires étaient survenus « avant », « après » ou « avant et après » la diplomation comme paramédic. Un item supplémentaire permettait de préciser si le comportement avait eu lieu dans la dernière année. Les participants ont été questionnés sur les moyens qu'ils ont envisagé en lien avec leurs idéations suicidaires et utilisés en lien avec leurs tentatives de suicide. Les participants pouvaient indiquer s'ils avaient songé à un moyen pour s'enlever la vie et contacté des personnes ou des ressources en lien avec leurs idéations suicidaires. Ils pouvaient ensuite indiquer si la tentative de suicide avait nécessité des soins médicaux, ce qui constitue un indice de la gravité de la tentative de suicide. Les items sur l'historique de comportements suicidaires et les questions de relance étaient tirées de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (Institut de la statistique du Québec, 2016) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2012).

Les idéations suicidaires actuelles ont été mesurées par deux items. Le premier était : « Dans les deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous songé sérieusement à vous enlever la vie? ». Les choix de réponse étaient « Jamais », « Une fois », « Quelques fois », « Tous les jours ». Comme plus de 90% des participants n'avaient pas eu d'idéations suicidaires sérieuses dans cette période, la fréquence des idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines a été dichotomisée (i.e., absence ou présence). Ensuite, la probabilité d'une tentative de suicide dans l'avenir a été mesurée à l'aide de l'item suivant : « Quelle est la probabilité que vous fassiez une tentative de suicide dans l'avenir? ». Les réponses étaient « Pas du tout probable », « Peu probable », « Probable » et « Certainement ». Personne n'a choisi la dernière option de réponse. Comme moins de 3% des participants considéraient comme probable une tentative de suicide dans le futur, ceux-ci qui ont sélectionné cette option ont été regroupés avec ceux qui ont inscrit « Peu probable » pour les analyses ultérieures.

Nous avons remarqué des incohérences dans certains questionnaires entre les items sur les comportements suicidaires et les items subséquents qui permettant de situer les comportements suicidaires dans le temps. Par exemple, des participants ont indiqué ne jamais avoir eu d'idéations suicidaires sérieuses au premier item, puis ont répondu avoir eu des idéations suicidaires sérieuses depuis la diplomation ou dans la dernière année. Nous avons consulté leurs réponses à d'autres items, soit ceux portant sur les moyens envisagés et les ressources contactées en lien avec leurs idéations suicidaires. En nous basant sur l'ensemble des réponses, nous avons appliqué des corrections dont il sera question dans le prochain chapitre. Les fréquences absolues et relatives corrigées y seront présentées.

2.6.10 Questions ouvertes

Pour le volet qualitatif de l'étude, quatre questions ouvertes avaient pour but d'explorer le point de vue des paramédics par rapport aux facteurs associés aux comportements suicidaires dans leur population. Les trois premières portaient sur les facteurs de risque et les facteurs de protection perçus par les paramédics avec un historique de comportements suicidaires. Ces trois questions étaient formulées ainsi : « Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui a contribué au fait que vous ayez eu des idéations suicidaires sérieuses ou que vous ayez fait une tentative de suicide? », « Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui fait que, malgré que vous ayez songé sérieusement au suicide, vous n'avez pas procédé à une tentative de suicide? » et « Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui fait que vous soyez demeuré en vie suite à votre tentative de suicide? ». La quatrième question permettait à tous les participants d'exprimer leur opinion sur les mesures à favoriser pour prévenir le suicide dans leur population. Il était formulé ainsi : « Selon vous, quelles stratégies devraient être déployées dans les milieux de travail du secteur du préhospitalier afin de diminuer l'incidence du suicide chez les paramédics? ».

2.7 Analyses quantitatives

2.7.1 Analyses univariées

Les statistiques descriptives sont fournies par les moyennes et les écarts types pour les variables continues et par les fréquences et les pourcentages pour les variables discrètes. La progression dans le questionnaire était conditionnelle à la réponse à chaque item. Il n'y avait donc pas de données manquantes. Les personnes qui n'ont pas complété le questionnaire n'ont pas accédé à la page de clôture sur laquelle se trouvait l'option « Envoyer » mettant officiellement fin au questionnaire. Bien que leurs réponses aient été enregistrées, nous avons considéré que ces personnes s'étaient désistées en cours de participation et n'avons pas analysé leurs données.

La distribution des variables a été examinée afin de déterminer quelles variables étaient éligibles aux analyses multivariées et quelles transformations devaient être appliquées le cas échéant. Les variables continues dont l'asymétrie était extrême ont été dichotomisées. La normalité des autres variables indépendantes a été examinée, et ce, pour chaque sous-groupe formé par les variables dépendantes. Tel qu'indiqué dans les sections précédentes, des transformations par la racine carrée ou par le logarithme ont été appliquées lorsque l'asymétrie ou des valeurs extrêmes faisaient diverger les distributions de la normalité (Tabachnick & Fidell, 2019a).

2.7.2 Analyses bivariées

Des corrélations point biserial et des tests du chi carré d'homogénéité ont été effectués afin de trouver les variables qui distinguaient les individus avec et sans comportements suicidaires. La matrice de corrélation et les tests du chi carré sont disponibles en Annexes G et H. Les variables avec les plus fortes tailles d'effet, soit les indices r de Pearson pour les variables continues, et Phi pour les variables discrètes, ont été retenues pour les analyses multivariées.

2.7.3 Analyses discriminantes

L'analyse discriminante est une méthode de statistiques multivariées permettant de classifier des individus dans des groupes à partir d'un ensemble de prédicteurs. Les groupes sont définis par la variable dépendante qui doit être catégorielle. L'appartenance prédite à un groupe est une probabilité calculée à partir de la combinaison linéaire de prédicteurs sur une ou plusieurs fonctions dites « discriminantes ».

Les conditions requises pour conduire une analyse discriminante sont la normalité multivariée, l'absence de données aberrantes univariées et multivariées dans chaque groupe formé par la variable dépendante, l'homogénéité des matrices de variance-covariance, la linéarité entre chaque paire de prédicteur et l'absence de multicollinéarité (Tabachnick & Fidell, 2019b).

En raison de la nature exploratoire du modèle et du fait que nous n'avions pas de présupposés indiquant une entrée hiérarchique, la méthode « pas à pas » a été privilégiée (Tabachnick & Fidell, 2019b). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 26.

2.8 Analyses qualitatives

Les questionnaires des participants ayant répondu à au moins une question ouverte ont été exportés vers le logiciel Nvivo. Par la suite, des analyses de contenu distinctes ont été réalisées à partir des réponses à chacune des questions.

L'analyse de contenu est un procédé visant à mieux comprendre un phénomène à partir de données qualitatives. Vaismoradi, Turunen, et Bondas (2013) définissent l'analyse de contenus qualitatifs comme « une approche systématique de codage et de catégorisation utilisée pour explorer discrètement de grandes quantités d'informations textuelles afin de déterminer les tendances et les modèles de mots utilisés, leur fréquence [et] leurs relations » (p. 400, traduction libre). Cette approche regroupe différentes techniques d'analyse. Parmi celles-ci on compte l'analyse de contenu dirigée, qui s'emploie lorsque le phénomène à l'étude fait l'objet de théories existantes ou, du moins, de recherches antérieures (Hsieh & Shannon, 2005). Dans ce cas, le développement du plan de codage repose sur une approche combinant la déduction et l'induction. Des codes sont prédéterminés par les connaissances antérieures (i.e., une approche déductive), et les nouvelles données peuvent laisser place à la création de nouvelles catégories de codage (i.e., une approche inductive) (Hsieh & Shannon, 2005). L'approche qui résulte de cette combinaison est qualifiée de « abductive » (Krippendorff, 2019). Les comportements suicidaires des paramédics ont été étudiés par le passé, et il existe des cadres conceptuels propres à la prévention du suicide dans la population générale et auprès de cette clientèle. Dans ce contexte, l'analyse de contenu dirigée est appropriée.

Pour Elo et Kyngäs (2008), l'analyse de contenus comprend trois étapes : la préparation, l'organisation et le rapport. La préparation consiste en une familiarisation des avec les données. L'analyste s'immerge par lecture et relectures, détermine l'unité d'analyse et opte pour une stratégie d'analyse des contenus manifestes et latents. L'organisation consiste à catégoriser les données, regrouper les éléments similaires, déterminer les limites des concepts et hiérarchiser l'information. Une grille de codage est développée et appliquée au corpus. L'analyste produit ensuite un rapport synthèse. Il y inclut le processus d'analyse, rend des résultats interprétés sous forme de modèles, cartes conceptuelles ou catégories.

2.8.1 Préparation

L'ensemble du matériel a été consulté jusqu'à ce qu'une compréhension globale et sommaire ait été atteinte. L'unité d'analyse choisie était le groupe de mots. Celui-ci devait se trouver au sein d'une seule réponse à une question par participant. Les entrées qualitatives comprenaient un à plusieurs groupes de mots pouvant être catégorisés différemment.

2.8.2 Organisation

Une grille de codage pour chaque question ouverte a été créée. Des catégories de codage préliminaires correspondant aux facteurs traditionnellement associés au suicide et aux mesures de prévention du suicide ont été incluses *a priori*. Des catégories supplémentaires et des sous-catégories ont bonifié les

grilles jusqu'à ce que celles-ci aient été jugées satisfaisantes (i.e., les catégories de codage étaient exhaustives et mutuellement exclusives).

2.8.3 Codage des questions sur les facteurs de risque et de protection

La fidélité inter-juges de la grille a été testée à l'aide de sous-échantillons de participants sélectionnés au hasard. La taille de chacun d'entre eux correspondait à 50% du nombre de participants ayant répondu à la question. Comme seulement 14 personnes avec tentative de suicide ont répondu à la troisième question ouverte, l'accord inter-juges a été effectué sur l'ensemble des réponses pour cette question seulement. Deux doctorants en psychologie communautaire ont appliqué ensemble la grille sur une première moitié du corpus sélectionnée au hasard. En cas de désaccord, les codeurs ont discuté de leurs divergences dans la compréhension des données et des catégories de codage. Au besoin, les définitions des codes ont été ajustées. La fidélité inter-juges a ensuite été testée sur la seconde moitié du corpus. Pour chaque catégorie de codage, le kappa de Cohen (Hallgren, 2012) a été calculé, et les valeurs obtenues sont présentées dans la section des résultats. La fidélité des grilles a été jugée acceptable comme presque toutes (i.e., 24/25) les valeurs excédaient 0,70.

2.8.4 Codage des suggestions pour la prévention

Une stratégie similaire a été employée pour la question portant sur les stratégies préventives. Les catégories initiales correspondaient approximativement aux différentes composantes du cadre de prévention du suicide de l'Organisation mondiale de la Santé (2014) présenté au chapitre 1. Dans son rapport *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale*, l'OMS propose un cadre conceptuel classant différentes mesures pertinentes pour la prévention du suicide à l'échelle nationale.

L'analyse de contenu a été effectuée à l'aide d'une grille de codage dont les catégories correspondaient aux mesures préventives décrites ci-haut et les facteurs ciblés. L'analyse a été raffinée par l'ajout de sous-catégories afin de quantifier la fréquence des actions spécifiques au secteur préhospitalier québécois. Aucun accord inter-juge n'a été appliqué à ces données puisque les suggestions correspondaient bien au cadre conceptuel de l'OMS. Nous n'avons pas jugé nécessaire de mettre à l'épreuve la fidélité des catégories de ce cadre reconnu internationalement. Le codage a entièrement été effectué par l'étudiant en charge du projet.

2.8.5 Interprétation

L'importance des catégories de codage a été accordée selon deux critères, soit la fréquence et la particularité à la population. Le logiciel Nvivo compile automatiquement les fréquences auxquelles les catégories de codage sont relevées dans les textes. Parmi les types de comptage possibles, nous avons

sélectionné le comptage par unité d'observation. Ainsi, les chiffres reflètent le nombre de participants qui ont énoncé une idée appartenant à la même catégorie de codage (i.e., la fréquence absolue). Nous avons également rapporté la proportion correspondante rapportée sur le nombre de participants ayant répondu à la question (i.e., la fréquence relative). Une fréquence élevée témoigne de l'importance de la catégorie de codage dans l'opinion des participants. Des catégories de codage plus rares renseignaient parfois au sujet de particularités du secteur du préhospitalier devant être considérées pour la prévention du suicide. C'était notamment le cas dans les réponses décrivant comment les facteurs de risque, de protection ou mesures préventives étaient liées entre eux et aux comportements suicidaires des paramédics.

Nous avons exploré, à l'aide de tableaux croisés réalisés dans Nvivo, les besoins particuliers de sous-groupes de TAP formés par des items du volet quantitatif, comme le genre, le type d'employeur, le type de comportement suicidaire vécu et l'occurrence des comportements suicidaires relative au moment de la diplomation. Nous avons aussi cherché des associations entre les facteurs de protection de la tentative de suicide et les facteurs contribuant aux idéations suicidaires.

2.8.6 Rapport

Le rapport consiste en une description du contenu des catégories de codage appuyée par des tableaux de fréquence des codes en fonction de caractéristiques des participants.

2.9 Combinaison des données quantitatives et qualitatives

Les données issues des volets quantitatifs et qualitatifs ont été combinées pour répondre aux objectifs centraux de la recherche et pour proposer un cadre de prévention du suicide adapté aux paramédics québécois. Cette ultime étape d'analyse est rendue sous forme de séquence narrative accompagnée d'une version révisée de la figure illustrant le risque de suicide chez les TAP.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons d'abord un aperçu de l'ampleur du phénomène des comportements suicidaires des TAP ayant participé à ce projet, les moyens qu'ils ont envisagés ou tentés pour s'enlever la vie et les personnes ou ressources qu'ils ont contactées en lien avec leurs idéations suicidaires. Par la suite, nous décrivons les associations entre les comportements suicidaires et les facteurs psychosociaux et liés au travail à l'aide de modèles statistiques bivariés et multivariés.

3.1 Échantillon

Parmi les 2 100 TAP éligibles, 449 (21,3%) ont entamé le questionnaire. De ces personnes, 93 n'ont pas progressé jusqu'à la section portant sur les comportements suicidaires. Leurs réponses ont donc été exclues, ce qui porte la taille d'échantillon finale à 356 questionnaires complets (taux de réponse = 17,0%). La composition de l'échantillon se trouve au Tableau 3.1. Près des deux tiers des participants étaient des hommes, sous 45 ans et en couple non marié ou marié. L'étendue de la variable « Âge en années » était de 20 à 64. Les hommes étaient significativement plus âgés que les femmes ($37,0 \pm 10,3$ c. $32,2 \pm 8,4$; $t = 4,633$; $dl = 273,257$; $p < 0,001$), et la durée de leur expérience de travail était significativement plus longue ($12,9 \pm 9,5$ c. $9,0 \pm 7,3$; $t = 4,310$; $dl = 286,911$; $p < 0,001$).

Certaines données publiques nous permettent de faire des comparaisons afin d'évaluer la représentativité de l'échantillon. C'est notamment le cas pour le sexe et l'âge dont Emploi-Québec présente les distributions pour l'année 2018. L'échantillon est représentatif des paramédics au Québec selon le sexe. La proportion d'hommes dans le présent échantillon (67,4%) ne diffère pas de celle retrouvée à l'échelle de la province, soit 72,0% ($X^2 = 3,711$, $p > 0,05$) (Emploi Québec, n.d.-a). Les participants ne sont pas tout à fait représentatifs des paramédics au Québec selon l'âge. Des différences significatives se situent dans certains groupes, soit les 25-44 ans et les 45-54 ans ($X^2 = 24,818$, $p < 0,05$, en tenant compte des comparaisons multiples). Les 25-44 ans occupent une plus grande proportion dans l'échantillon (70,5%) que dans la population des paramédics québécois (60,0%) (Emploi Québec, n.d.-a). Le groupe des 45-54 est quant à lui moins représenté dans l'échantillon (12,6%) que dans la population (20,0%) (Emploi Québec, n.d.-a). Les participants sont donc probablement plus jeunes que la moyenne des paramédics. La FSSS-CSN a mis à notre disposition des données confidentielles non-divulguées sur la distribution des TAP selon le type d'employeur. La comparaison avec ces données indique que les distributions ne sont pas tout à fait les mêmes ($X^2 = 20,300$, $p < 0,05$, en tenant compte des comparaisons multiples). Les paramédics de la Corporation d'urgences-santé ont répondu en plus petite proportion que les autres types de participants. Les paramédics des compagnies privées et des OBNL ont quant à eux répondu en

plus grand nombre que ce qui était attendu, et cette différence est moins marquée. La proportion de travailleurs en milieux coopératifs est quant à elle similaire à celle de la population des TAP affiliés à la FSSS-CSN.

En utilisant le seuil de 32 à la somme des scores au PCL-5 (National Center for PTSD, n.d.), 59 paramédics (16,7%) présentaient un diagnostic probable de trouble de stress post-traumatique. De ce nombre, 88,1% attribuaient leurs symptômes à un ou des événements survenus au travail.

Tableau 3.1 Caractéristiques sociodémographiques et conditions d'emploi

Caractéristique	Nombre (%)	Moyenne (écart type)
Genre		
Homme		
Femme	240 (67,4)	
Autre	116 (32,6)	
	0 (0,0)	
Âge en années		35,4 (9,9)
Appartenance au groupe d'âges		
18-24 ans	38 (10,7)	
25-44 ans	251 (70,5)	
45-54 ans	45 (12,6)	
55 ans et plus	22 (6,2)	
Nombre d'années d'expérience		11,6 (9,1)
Âge de la diplomation		23,8 (4,4)
Statut civil		
Célibataire	64 (18,0)	
En couple non marié(e)	213 (59,8)	
Marié(e)	67 (18,8)	
Divorcé(e)	12 (3,4)	
Veuf/veuve	0 (0,0)	
Niveau de formation		
150 heures	24 (6,7)	
350 heures	0 (0,0)	
Attestation d'études collégiales	175 (49,2)	
Diplôme d'études collégiales	157 (44,1)	
Diplomation complémentaire		
Programme de reconnaissance des acquis	126 (35,4)	
Paramédic en soins avancés	7 (2,0)	

Caractéristique	Nombre (%)	Moyenne (écart type)
Type d'employeur		
Privé	139 (39,0)	
Public	72 (20,2)	
Coopératif	104 (29,2)	
Organisme à but non lucratif	41 (11,5)	
TSPT probable	59 (16,7)	

Note. TSPT = Trouble de stress post-traumatique

3.2 Prévalence des comportements suicidaires

Le Tableau 3.2 présente la prévalence des comportements suicidaires à vie, dans la dernière année et dans les deux dernières semaines pour l'ensemble des participants, puis selon le genre. Les groupes ne sont pas mutuellement exclusifs. En effet, les comportements suicidaires dans les deux dernières semaines sont inclus dans les comportements suicidaires dans l'année, et ceux-ci sont compris dans les comportements suicidaires à vie. Les items sur les moyens référaient soit au cours de la vie entière ou aux deux dernières semaines. Le tiers des participants ont sérieusement songé au suicide au cours de leur vie. Parmi les personnes avec idéations suicidaires, la majorité a songé à un moyen pour le faire, et le quart a tenté de s'enlever la vie.

Certains questionnaires présentaient des incohérences entre les réponses à l'item « Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider? » et celles à l'item subséquent qui portait sur le ou les moments où sont survenues les idéations suicidaires. Ce dernier visait à déterminer si cela s'était passé « avant », « après » ou « avant et après » la diplomation comme paramédic. Six participants (ID = 43, 78, 276, 315, 393, 439) ont indiqué ne jamais avoir eu d'idéations suicidaires sérieuses au premier item, puis ont répondu avoir eu des idéations suicidaires sérieuses depuis la diplomation. Nous avons consulté leurs réponses à d'autres items, soit ceux portant sur les moyens envisagés et les ressources contactées en lien avec leurs idéations suicidaires. En nous basant sur l'ensemble des réponses aux items, nous avons fait quatre corrections sur des participants de genre masculin (n = 3) et féminin (n = 1). En considérant la correction à ces incohérences, cette prévalence pourrait se situer entre 117/356 et 123/356 (32,8 % — 34,6 %). La différence entre les genres sur la prévalence des idéations suicidaires sérieuses à vie demeurerait significative ($p < 0,01$).

Nous avons appliqué une autre correction à certaines réponses aux items relatifs aux idéations suicidaires sérieuses survenues dans les deux dernières semaines. Quatre hommes (ID = 43, 206, 355, 435) ont d'abord affirmé ne pas en avoir vécu, mais ont songé à un moyen et ont communiqué avec une ou

plusieurs ressources dans cette période. Nous les avons donc considérés comme ayant des idéations suicidaires. La proportion pourrait donc être comprise entre 16/356 (4,5 %) et 20/356 (5,6 %).

Tableau 3.2 Prévalence des comportements suicidaires à vie, dans la dernière année et dans les deux dernières semaines (N=356; 240 hommes et 116 femmes)

Comportement suicidaire	Tous n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)	X ²
Au cours de la vie				
Idéations suicidaires sérieuses	121 (33,9)	93 (38,8)	28 (25,0)	7,442**
Songé à un moyen	90 (25,3)	69 (28,7)	21(18,1)	4,693*
Tentative de suicide	29 (8,1)	19 (7,9)	10 (8,6)	0,052
Dernière année				
Idéations suicidaires sérieuses	47 (13,2)	36 (15,0)	11 (9,5)	2,077
Tentative de suicide	6 (1,7)	4 (1,7)	2 (1,7)	0,002
Deux dernières semaines				
Idéations suicidaires sérieuses	20 (5,6)	15 (6,3)	5 (4,3)	0,555
Songé à un moyen	12 (3,4)	8 (3,3)	4 (3,4)	0,003

Notes. Le test du chi carré est effectué entre les proportions d'hommes et de femmes présentant ou non chacun des comportements suicidaires, avec un degré de liberté de 1.

* p < 0,05

**p < 0,01

Le Tableau 3.3 montre la distribution de fréquences de l'occurrence des comportements suicidaires relativement au moment de la diplomation en soins préhospitaliers d'urgence. Soixante-sept participants (18,8%) ont eu des idéations suicidaires sérieuses après la diplomation uniquement et 28 (7,9%) en ont eu avant et après la diplomation. Ces résultats impliquent que 28/95 (29,5%) personnes avec des idéations suicidaires sérieuses en carrière avaient un historique d'idées suicidaires préalable à la diplomation. Des 29 personnes qui ont fait une tentative de suicide durant leur carrière, cinq (17,2%) en avaient également faite au moins une avant leur diplomation.

Considérant les incohérences mentionnées plus haut, nous avons fait des corrections sur la prévalence des idéations suicidaires sérieuses en carrière de deux cas (un homme et une femme ; ID = 78 et 393). La prévalence de 95/356 (26,7 %) pourrait en fait se situer entre 91/356 (25,6 %) et 97/356 (27,2 %).

Tableau 3.3 Prévalence des comportements suicidaires avant et après la carrière

Comportement suicidaire	Tous n (%)	Hommes n (%)	Femmes n (%)
Avant la diplomation uniquement			
Idéations suicidaires sérieuses	26 (7,3)	19 (7,9)	7 (6,0)
Tentative de suicide	12 (3,4)	7 (2,9)	5 (4,3)
Après la diplomation uniquement			
Idéations suicidaires sérieuses	67 (18,8)	54 (22,5)	13 (11,2)
Tentative de suicide	12 (3,4)	12 (5,0)	5 (4,3)
Avant et après la diplomation			
Idéations suicidaires sérieuses	28 (7,9)	20 (8,3)	8 (6,9)
Tentative de suicide	5 (1,4)	5 (2,1%)	0 (0,0)

Notes. Les fréquences relatives sont calculées par rapport à l'ensemble des participants (N=356), des hommes (N=240) et des femmes (N=116)

La majorité des participants (61,0%) évaluaient comme « pas du tout probable » la probabilité de faire une tentative de suicide dans le futur. Un peu plus du tiers (36,8%) des participants l'ont évaluée comme « peu probable », et 2,2%, comme « probable » (Tableau 3.4).

Tableau 3.4 Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur

Catégorie	Total N (%)	Hommes N (%)	Femme N (%)	X ²
Pas du tout probable	217 (61,0)	142 (59,2)	75 (64,7)	1.237
Peu probable	131 (36,8)	93 (38,8)	38 (32,8)	
Probable	8 (2,2)	5(2,1)	3 (2,6)	
Certain	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Notes. Le test du chi carré est effectué entre les proportions d'hommes et de femmes présentant ou non chacun des comportements suicidaires, avec un degré de liberté de 2.

3.3 Moyens envisagés et utilisés pour tenter de s'enlever la vie

Tel que l'indique le Tableau 3.5, les moyens létaux les plus fréquemment envisagés (i.e., songé par $\geq 25\%$ du sous-échantillon) à vie ou dans les deux dernières semaines étaient les médicaments, la pendaison ou la suffocation et la collision avec un véhicule moteur. Seules des femmes ont songé à la lacération ($p < 0,01$). Parmi les personnes qui ont fait au moins une planification à vie, davantage d'hommes que de femmes ont songé aux médicaments ($X^2 = 4,945$, $dl = 1$, $p < 0,05$). Pour la planification à vie, certaines personnes ont identifié un seul moyen ($n = 51$), deux ($n = 21$), trois ($n = 14$), quatre ($n = 2$) ou encore cinq moyens différents ($n = 2$). En excluant le choix de réponse « Autre », les

combinaisons les plus fréquentes étaient les médicaments et pendaison ou la suffocation (n = 9), les médicaments et la collision (n = 8), médicaments et drogues ou alcool (n = 8) et les médicaments et le gaz (n = 7). Pour les deux dernières semaines, les participants ont identifié un seul moyen (n = 4), deux (n = 3), trois (n = 3) ou quatre moyens différents (n = 2). En excluant le choix de réponse « Autre », les combinaisons les plus fréquentes étaient les médicaments et pendaison ou la suffocation (n = 3), médicaments et drogues ou alcool (n = 3). Il n’y avait pas de différence de genre dans le nombre de moyens envisagés. Les moyens n’étaient pas significativement différents selon qu’ils étaient envisagés avant ou après le début de la carrière. Cependant, l’ordre des moyens est différent. Le premier rang avant la carrière est occupé par les médicaments et, en carrière, par la pendaison.

Tableau 3.5 Moyens envisagés par les répondants ayant songé à un moyen et ayant rapporté des idéations suicidaires sérieuses à vie, en carrière et dans la dernière année

Moyen	Occurrence de la planification			
	À vie N (%)	Avant la carrière uniquement N (%)	En carrière uniquement N (%)	Deux dernières semaines N (%)
Avec des médicaments	33 (36,7) ♂	9 (34,6)	13 (19,4)	10 (83,3)
Par pendaison, suffocation	36 (40,0)	5 (19,2)	20 (29,9)	4 (33,3)
Par collision avec un véhicule moteur	25 (27,8)	6 (23,1)	13 (19,4)	3 (25,0)
Avec les gaz d’échappement d’un véhicule moteur	12 (13,3)	2 (7,7)	4 (6,0)	2 (16,7)
Avec une arme à feu	11 (12,2)	3 (11,5)	5 (7,5)	2 (16,7)
Par un saut dans le vide	8 (8,9)	1 (3,8)	3 (4,5)	2 (16,7)
Avec des drogues ou de l’alcool	8 (8,9)	2 (7,7)	2 (3,0)	3 (25,0)
En se coupant les veines	4 (4,4) ♀	2 (7,7)	1 (1,5)	1 (8,3)
Autre	16 (17,8)	4 (15,4)	8 (11,9)	12 (100,0)

Note. Les fréquences relatives sont exprimées par rapport au nombre total de personnes ayant fait une planification à vie (N = 90), avant la carrière (N = 26), en carrière (N = 67), et dans les deux dernières semaines (N = 12). Le total peut excéder 100% puisque plusieurs choix de réponse pouvaient être sélectionnés. Les comparaisons sont effectuées à l’aide du test du chi carré ou du test exact de Fisher selon la fréquence observée

♀ Femmes > Hommes p < ,05

♂ Hommes > Femmes p < ,05

Le Tableau 3.6 montre que les moyens létaux les plus fréquemment utilisés lors des tentatives de suicide (i.e., tentés par $\geq 25\%$ du sous-échantillon) étaient les médicaments et les drogues ou l’alcool. Des participants ont rapporté avoir utilisé un seul moyen (n = 18), deux moyens (n = 7), trois moyens (n = 3) ou quatre moyens (n = 1). Les combinaisons les plus fréquentes étaient les médicaments et les drogues

ou l'alcool (n = 6), les médicaments et se couper les veines (n = 2) et la pendaison et les drogues ou l'alcool (n = 2). Des 29 personnes qui ont rapporté une tentative de suicide, 12 (41,4%) ont affirmé avoir eu besoin de soins médicaux après cette expérience, dont 11 (84,6%) ayant tenté de s'enlever la vie avec des médicaments. Aucune différence de genre dans les types de moyens utilisés ou dans le nombre de moyens utilisés n'a été trouvée. Les personnes qui avaient tenté de se suicider avant et après la diplomation n'avaient pas sélectionné significativement plus de moyens. Le nombre de moyens sélectionnés ne représente donc pas nécessairement le nombre de tentatives de suicide.

Tableau 3.6 Moyens utilisés pour tenter de se suicider

Moyen	N (%)
Avec des médicaments	13 (44,8)
Avec des drogues ou de l'alcool	9 (31,0)
En se coupant les veines	6 (20,7)
Par pendaison, suffocation	5 (17,2)
Par collision avec un véhicule moteur	2 (6,9)
Avec une arme à feu	2 (6,9)
Avec les gaz d'échappement d'un véhicule moteur	2 (6,9)
Par un saut dans le vide	1 (3,4)
Autre	5 (17,2)

Note. Le total excède 100% puisque plusieurs choix de réponse pouvaient être sélectionnés.

3.4 Personnes ou ressources contactées en lien avec les idéations suicidaires sérieuses

La plupart des participants ont communiqué leurs idéations suicidaires à au moins une personne ou ressource (voir Tableau 3.7). Il s'agissait surtout des psychologues ou médecins, amis et conjoints. Lorsque la période de référence était le cours de la vie, 22,3% des participants ont communiqué leurs idéations suicidaires à une personne ou ressource, et 25,6% ont eu recours à plus d'une ressource (moyenne = $2,7 \pm 1,1$, étendue 2-7). Aussi, près du tiers n'en ont parlé à personne, et la probabilité de garder ses idéations suicidaires pour soi était plus élevée chez les hommes ($X^2 = 4,566$, dl = 1, p = 0,033). Les personnes avec une tentative de suicide étaient plus susceptibles d'avoir confié leurs idéations suicidaires au psychologue ou au médecin ($X^2 = 6,67$, dl = 1, p = 0,009). Lorsque la période de référence était les deux semaines précédentes, 11 des 20 participants avec idéations suicidaires (55,0%) ont approché au moins une personne ou ressource, et les neuf autres (45,0%) n'en ont parlé à personne. Quatre TAP (20,0%) sont entrés en contact avec une personne ou ressource, et sept (35,0%) ont eu recours à plus d'une ressource (moyenne = $3,5 \pm 2,1$, étendue 2-7). Les résultats indiquent de légères préférences chez les femmes pour les ressources informelles (ami.es et conjoint.es) et chez les hommes

pour les ressources formelles (psychologues, médecins et la maison de thérapie La Vigile). Les femmes ont communiqué leurs idéations suicidaires à leur conjoint ou conjointe dans une plus grande proportion que les hommes ($X^2 = 4.356$, $df = 1$, $p=0,037$). Seuls des hommes ont contacté la maison de thérapie La Vigile, et six des sept personnes (71,4%) qui ont parlé de leurs idéations suicidaires récentes à un médecin ou à un psychologue étaient des hommes.

Tableau 3.7 Personnes ou ressources à qui les répondants ont confié leurs idéations suicidaires sérieuses à vie ($n = 121$) et dans les deux dernières semaines ($n = 20$)

Personne ou ressource	Occurrence des idéations suicidaires			
	À vie N (%)	Avant la carrière uniquement N (%)	En carrière uniquement N (%)	Deux dernières semaines N (%)
Psychologue ou médecin	58 (47,9) [⊖]	8 (30,8)	35 (52,2)	7 (35,0)
Ami.e	35 (28,9) [♀]	10 (38,5)	19 (28,4) [♀]	5 (25,0)
Conjoint.e	27 (22,3)	3 (11,5)	16 (23,9)	5 (25,0) [♀]
Collègue	13 (10,7)	0 (0,0)	11 (16,4)	4 (20,0)
La Vigile	12 (9,9)	0 (0,0)	9 (13,4) [⊖]	3 (15,0)
Urgence	8 (6,6)	2 (7,7)	4 (6,0)	1 (5,0)
CPS ou SAM	4 (3,3)	0 (0,0)	2 (3,0)	2 (10,0)
Autre personne ou ressource	12 (9,9)	2 (7,7)	4 (6,0)	2 (10,0)
Aucune	42 (34,7) [♂]	12 (46,2)	22 (32,8) [♂]	9 (45,0)

Note. Le total excède 100% puisque plusieurs choix de réponse pouvaient être sélectionnés.

♀ Femmes > Hommes $p < ,05$

♂ Hommes > Femmes $p < ,05$

⊖ Personnes avec tentative de suicide > personnes sans tentative de suicide $p < ,01$

3.5 Corrélat des comportements suicidaires

Les comportements suicidaires choisis comme variables dépendantes étaient la présence d'idéations suicidaires sérieuses dans l'année (modèle 1), la présence d'idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines (modèle 2) et la probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur (probabilité = 0 versus probabilité > 0; modèle 3). Ces indicateurs du risque suicidaire ont été choisis comme variables dépendantes en raison de la taille des sous-groupes ainsi créés. Afin de sélectionner les prédicteurs des comportements suicidaires, les corrélations point bisérialles d'ordre zéro entre les variables indépendantes potentielles continues et les variables dépendantes dichotomiques ont été examinées et sont disponibles en Annexe G. La condition de normalité et la présence de variables aberrantes univariées ont été vérifiées pour chaque variable indépendante continue, et ce, pour les six groupes formés par les trois variables dépendantes binaires (Tabachnick & Fidell, 2019a). Les

transformations par la racine carrée ou par le logarithme ont été appliquées aux variables qui ne respectaient pas ces conditions. Des tests du chi-carré d'homogénéité ont été effectués, cette fois-ci avec les variables indépendantes potentielles discrètes et les variables dépendantes. Ils sont disponibles en Annexe H.

Les variables indépendantes dont les corrélations avec les comportements suicidaires étaient les plus élevées ont été retenues. Il s'agissait uniquement de variables continues, et les tailles d'effet étaient faibles à moyennes. La matrice de corrélation, qui comporte trois variables dépendantes et cinq variables indépendantes, se trouve au Tableau 3.8. La variable indépendante présentant les plus fortes corrélations avec les comportements suicidaires était la sévérité des symptômes de stress post-traumatique mesurée à l'aide du PCL-5 (PCL_5; $r = 0,405$). Les autres variables étaient la perception de soutien de la part des collègues lors de difficultés personnelles (SS_COLL; $r = -0,273$), l'utilisation de stratégies d'adaptation désengagées (S_DESENGAG; $r = 0,313$), l'utilisation de l'apaisement comme stratégie d'adaptation (S_APAISE; $r = -0,194$) et le stress chronique organisationnel (STRESS_ORG; $r = 0,243$). Les variables indépendantes PCL_5, S_DESENGAG et STRESS_ORG étaient fortement corrélées entre elles.

Tableau 3.8 Matrice de corrélations des variables indépendantes (1-3) et les prédicteurs retenus (4-8)

Variable	Moyenne/ N	Écart- type/ %	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Présence d'idéations suicidaires sérieuses (dernière année)	47	13,2%	1	-	-	-,171**	,377**	,221**	-,127*	,230**
2 Présence d'idéations suicidaires sérieuses (deux dernières semaines)	20	56,2%		1	-	-,273**	,341**	,313**	-,194**	,243**
3 Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur	139	39,0%			1	-,037	,289**	,247**	-0,088	,172**
4 SS_COLL	3,69	1,33				1	-,227**	-,216**	,171**	-,232**
5 PCL_5	3,57	2,07					1	,566**	-,237**	,566**
6 S_DESENGAG	1,95	0,79						1	-,181**	,467**
7 S_APAISE	15,40	3,40							1	-,114*
8 STRESS_ORG	37,45	12,69								1

Notes. SS_COLL = perception de soutien de la part des collègues lors de difficultés personnelles; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5 transformé par la racine carrée; S_DESENGAG = utilisation de stratégies d'adaptation désengagées transformées par la racine carrée; S_APAISE = utilisation de l'apaisement comme stratégie d'adaptation; STRESS_ORG = stress chronique organisationnel.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

3.6 Analyses discriminantes

Quatre analyses discriminantes de type « *pas à pas* » ont été effectuées avec pour variables dépendantes catégorielles: la présence d'idéations suicidaires sérieuses dans l'année (modèle 1), la présence d'idéations suicidaires sérieuses ou songer à un moyen dans les deux dernières semaines (modèle 2) et la probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur (probabilité = 0 vs probabilité > 0) (modèle 3). Nous avons aussi conçu un modèle global du risque suicidaire (modèle 4) à l'aide d'une combinaison des variables « Idéations suicidaires sérieuses dans l'année » et « Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur ». Trois groupes ont été formés : TAP sans comportements suicidaires (groupe 1, n = 205), TAP qui perçoivent la tentative de suicide comme « peu probable » ou « probable » ou qui ont eu des idéations suicidaires sérieuses dans l'année (groupe 2, n = 108), et TAP qui présentent à la fois ces deux indicateurs du risque suicidaire (groupe 3, n = 42). Les TAP avec idéations suicidaires sérieuses récentes faisaient tous partie du groupe 3.

Les variables indépendantes étaient les mêmes pour chaque modèle, soit la sévérité des symptômes de stress post-traumatique (PCL_5), la perception de soutien de la part des collègues lors de difficultés personnelles (SS_COLL), l'utilisation de stratégies d'adaptation désengagées (S_DESENGAG), l'utilisation de l'apaisement comme stratégie d'adaptation (S_POSIT) et le stress chronique organisationnel (STRESS_ORG). Les conditions nécessaires à la réalisation de l'analyse discriminante énoncées par Tabachnick and Fidell (2019b) ont été vérifiées comme suit :

3.6.1 Normalité multivariée Cette condition est probablement respectée parce que la taille d'échantillon est grande (n = 356), que l'on compte au moins 20 participants par groupe et que les modèles ne contiennent que cinq variables indépendantes, trois conditions qui favorisent la robustesse de l'analyse discriminante (Tabachnick & Fidell, 2019b).

3.6.2 Absence de données aberrantes univariées et multivariées dans chaque groupe

La présence de données extrêmes univariées dans chaque groupe a été examinée à l'étape 3.4. La présence de données aberrantes multivariées a été vérifiée dans chaque groupe à l'aide de la distance de Mahalanobis. Les groupes sans idéations suicidaires des modèles 1 et 2 comportaient chacun un cas aberrant multivarié, soit les cas 287 et 401. Les analyses correspondantes ont été réalisées en éliminant ces cas, et le nombre minimum de participants requis dans chaque groupe pour la condition vérifiée au point 1 était toujours respecté.

3.6.3 Homogénéité des matrices de variance-covariance

Le test d'inégalité des matrices de covariance est non significatif pour chaque modèle.

3.6.4 Linéarité

Les variables indépendantes sont tout au plus linéairement associées entre elles. Il n'y a pas de problème lié à la curvilinearité.

3.6.5 Absence de multicollinéarité

Il n'y a pas de redondance liée à la multicollinéarité. Les facteurs d'inflation de la variance n'excèdent pas la valeur de 2,5.

3.7 Description des modèles

3.7.1 Modèle 1 - Idéations suicidaires sérieuses dans l'année

Une fonction discriminante a été déterminée, avec un $F(1, 353) = 58.491$, $\eta^2 = 0,05$. Le R^2 canonique = 0,14, ce qui indique que le modèle explique 14% de la variance des idéations suicidaires sérieuses dans la dernière année. Toutes les données se trouvent aux Tableaux 3.9 et 3.10.

Tableau 3.9 Sommaire des fonctions canoniques discriminantes : eigenvalues et corrélations canoniques pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines), 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur) et 4 (Risque suicidaire global).

Modèle	Eigenvalues			Corrélation canonique	R ²
	Fonction	Eigenvalue	% de la variance		
1. Idéations suicidaires sérieuses dans l'année	1	,166	100,0	0,377	0,14
2. Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines	1	,210	100,0	0,417	0,17
3. Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur	1	,103	100,0	0,306	0,09
4. Risque global	1	,235	93,3	0,436	0,19
	2	,017	6,7	0,129	0,02

La fonction discriminante correspond à l'unique variable retenue dans le modèle, soit la sévérité des symptômes de stress post-traumatique (voir le Tableau 3.11 pour la matrice complète de la structure canonique de la fonction). En moyenne, les participants avec idéations suicidaires dans l'année

rapportent des symptômes de stress post-traumatiques plus sévères ($34,09 \pm 18,33$) que les autres ($14,50 \pm 14,32$).

Tableau 3.10 Lambda de Wilks pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines), 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur) et 4 (Risque suicidaire global).

Modèle	Pas	Lambda de Wilks								
		Lambda	dl1, dl2, dl3	η^2	F exact			Chi carré		
					Statistique	dl1, dl2	Sig.	Statistique	dl	Sig.
1	1	0,858	1, 1, 353	0,05	58,491	1, 353	p < 0,001	54,045	1	p < 0,001
2	1	0,883	1, 1, 353	0,05	46,982	1, 353	p < 0,001	-	-	-
	2	0,840	2, 1, 353	0,06	33,423	2, 352	p < 0,001	-	-	-
	3	0,826	3, 1, 353	0,06	24,626	3, 351	p < 0,001	67,143	3	p < 0,001
3	1	0,917	1, 1, 354	0,03	32,194	1, 354	p < 0,001	-	-	-
	2	0,906	2, 1, 354	0,03	18,227	2, 353	p < 0,001	34,692	2	p < 0,001
4	1	0,814	1, 2, 352	0,07	40,146	2, 352	p < 0,001	-	-	-
	2	0,796	2, 2, 352	0,07	21, 153	4, 702	p < 0,001	80,001	4	p < 0,001

Le tableau de classification et des indices de fiabilité (Tableau 3.12) montre que, en tout, 86,5% des participants ont correctement été classés. Parmi les 308 paramédics sans idéations suicidaires sérieuses dans l'année, 300 ont été identifiés comme tel, ce qui implique une spécificité de 97,4%. La sensibilité est de 14,9%, avec 7 vrais positifs sur 47 participants identifiées comme tel.

En somme, le modèle suggère que les personnes sans symptômes de stress post-traumatique sont généralement moins à risque de présenter des idées suicidaires dans l'année. Le risque augmente avec les scores au PCL-5, mais la majorité de la variance des idéations suicidaires est expliquée par des facteurs non étudiés. Néanmoins, la taille d'effet de la fonction discriminante est moyenne.

Tableau 3.11 Matrice de la structure canonique et coefficients de la fonction discriminante pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses

dans les deux dernières semaines), 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur) et 4 (Risque suicidaire global).

Variables	Matrice de la structure canonique				
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	
				Fonction 1	Fonction 2
PCL_5	1,000 ^a	0,795 ^a	0,938 ^a	0,985 ^a	0,175 ^a
S_DESENGAG	0,530	0,719 ^a	0,793 ^a	0,528	0,006
SS_COLL	-0,190	-0,626 ^a	-0,250	-0,364 ^a	0,931 ^a
S_POSIT	-0,215	-0,198	-0,227	-0,206	0,066
STRESS_ORG	0,535	0,521	0,576	0,496	-0,012

Variables	Coefficients standardisés de la fonction canonique discriminante				
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	
				Fonction 1	Fonction 2
PCL_5	1,000	0,535	0,720	0,858	0,335
S_DESENGAG	-	0,368	0,409	-	-
SS_COLL	-	-0,496	-	-0,137	0,772

^a Signifie que la variable est retenue dans le modèle.

3.7.2 Modèle 2 – Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines

La fonction discriminante déterminée présente un $F(3, 351) = 24,626$, $\eta^2 = 0,06$. La variance expliquée des idéations suicidaires dans les deux dernières semaines précédentes est de 17%.

Trois variables indépendantes composent le modèle, soit la sévérité des symptômes de stress-post-traumatique, l'utilisation de stratégies d'adaptation désengagées et la perception de soutien chez les collègues lors de difficultés personnelles. Les corrélations entre la fonction discriminante et les prédicteurs sont fortes et positives pour les scores au PCL-5 ($r = 0,880$) et pour l'utilisation de stratégies désengagées ($r = 0,719$). Pour la perception de soutien social chez les collègues, elle est forte et négative ($r = -0,626$). En moyenne, les participants avec idéations suicidaires récentes rapportent des symptômes de stress post-traumatiques plus sévères ($43,37 \pm 16,51$) que les autres ($15,39 \pm 14,86$). La perception de soutien chez les collègues lors de difficultés personnelles est plus élevée chez les participants sans idéations suicidaires récentes ($3,79 \pm 1,27$) que ceux avec idéations suicidaires récentes ($2,20 \pm 1,28$). Les stratégies désengagées étaient davantage utilisées par les participants avec idéations suicidaires récentes ($15,10 \pm 3,63$ c. $10,15 \pm 2,90$). Les coefficients standardisés de la fonction canonique discriminante sont présentés au Tableau 3.9.

Tableau 3.12 Résultats de classification pour les modèles 1 (Idéations suicidaires sérieuses dans l'année), 2 (Idéations suicidaires sérieuses dans les deux dernières semaines) et 3 (Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur)

		Classification ^a			
Modèle		Idéations suicidaires sérieuses (12 mois)	Probabilité prédite		Total
			Non	Oui	
1	Nombre	Non	300	8	308
		Oui	40	7	47
	%	Non	97,4	2,6	100,0
		Oui	85,1	14,9	100,0
Idéations suicidaires sérieuses (14 jours)					
2	Nombre	Non	329	6	335
		Oui	12	8	20
	%	Non	98,2	1,8	100,0
		Oui	60,0	40,0	100,0
Probabilité perçue d'une tentative de suicide dans le futur					
3	Nombre	Probabilité = 0	184	33	217
		Probabilité > 0	93	46	139
	%	Probabilité = 0	84,8	15,2	100,0
		Probabilité > 0	66,9	33,1	100,0

^a La classification présentée est celle produite par validation croisée seulement.

En tout, 94,9% des participants ont bien été classés. La spécificité est de 98,2%, avec 331/335 participants bien classés comme sans idéations suicidaires récentes, et la sensibilité est de 40,0%, avec 8/20 vrais positifs.

En somme, le modèle indique que le risque d'idées suicidaires sérieuses est particulièrement élevé chez les personnes avec des scores plus élevés au PCL-5, une utilisation marquée des stratégies désengagées et une faible perception de soutien des collègues. Bien que la majorité de la variance des idéations suicidaires soit expliquée par des facteurs non étudiés, la taille d'effet de la fonction discriminante est moyenne.

3.7.3 Modèle 3 - Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur

La fonction discriminante présente un $F(2, 352) = 18,227$, $\eta^2 = 0,03$. Cette fonction a une eigenvalue de 0,103. La variance expliquée de la probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur est de 9%.

Les deux variables retenues dans le modèle sont la sévérité des symptômes de stress-post-traumatique et l'utilisation de stratégies désengagées. Leurs corrélations de Pearson avec la fonction discriminante sont de 0,938 et de 0,793. En moyenne, les participants qui considèrent probable ou peu probable une tentative de suicide future rapportent des symptômes de stress post-traumatique plus sévères ($21,96 \pm 16,57$) que les participants affirmant qu'une tentative de suicide future n'est pas du tout probable ($13,89 \pm 15,36$). Ils rapportent aussi une utilisation plus marquée de stratégies d'adaptation désengagées ($11,37 \pm 3,32$) que les autres ($9,81 \pm 2,89$).

Le modèle classe 64,6% des participants correctement. Les participants du groupe Probabilité = 0 ont bien été identifiés à 84,8% (184/217). Les participants du groupe Probabilité > 0 ont été correctement identifiés à 33,1% (46/139).

En somme, le modèle suggère que la probabilité perçue d'une tentative de suicide dans le futur est plus élevée chez les personnes avec des scores plus élevés au PCL-5 et une plus grande tendance à recourir aux stratégies désengagées. Les facteurs étudiés expliquent peu de variance, et la taille d'effet de la fonction discriminante est petite.

3.7.4 Modèle 4 – Risque suicidaire global

Pour ce modèle, un seul cas aberrant multivarié a été détecté (ID = 401). Deux fonctions discriminent les groupes. Ensemble, elles présentent un $F(4, 702) = 21,153$, $\eta^2 = 0,07$. La première fonction explique 19% du risque suicidaire global. La contribution de la seconde fonction est marginale, mais significative ($p = 0,015$). À l'extérieur de la dimension de la première fonction, une faible association demeure entre les prédicteurs et l'appartenance aux groupes ($\eta^2 = 0,005$), avec 2% de la variance expliquée.

La première fonction est corrélée fortement et positivement aux scores du PCL-5 ($r = 0,985$) et moyennement et négativement corrélée au soutien social chez les collègues ($r = -0,364$). Cette combinaison pourrait donc représenter la frustration du besoin de soutien chez les personnes qui vivent des symptômes. La seconde fonction est positivement et presque uniquement informée par le soutien social perçu ($r = 0,972$)

La MANOVA, dont le rapport complet est en Annexe I, est significative avec un $F(4, 702) = 20,452$, $p < ,001$; Λ de Wilks = 0,802, η^2 partiel = 0,07. Les groupes se distinguent sur la sévérité des symptômes de stress post-traumatique, avec un $F(2, 352) = 38,851$ ($p < 0,001$) et sur la perception de soutien social chez les collègues $F(2, 352) = 8,048$ ($p < 0,001$). Plus le risque suicidaire est élevé, plus les scores moyens au PCL-5 sont sévères (groupe 3 > groupe 2 > groupe 1; tous les $p < 0,001$). Les membres du

groupe 3 se démarquent par une moindre perception moyenne de soutien des collègues que ceux des groupes 1 et 2 (tous les $p < 0,001$).

Comme l'indique le Tableau 3.13, 58,6% des participants ont bien été classés. Cent quatre-vingt-six (90,7%) personnes sans idéations suicidaires ont bien été classées. À l'instar des modèles 1 et 3, les TAP avec idéations suicidaires dans l'année ou percevant comme peu probable ou probable la tentative de suicide étaient classés comme sans comportements suicidaires. Le modèle a d'intéressant que 12 des 15 personnes bien classées dans le groupe 3 avaient eu des idéations suicidaires sérieuses récentes. Donc le modèle identifie bien les personnes les plus à risque.

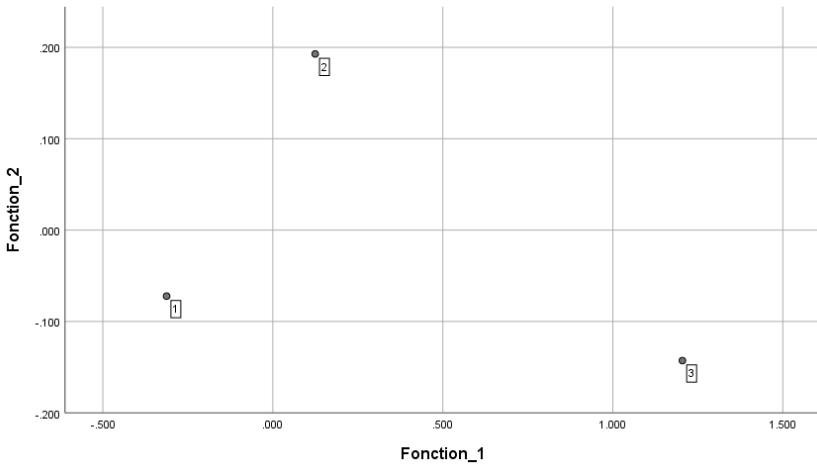
Tableau 3.13 Résultats de classification pour le modèle du risque global

		Classification ^a			
		Groupe prédit			Total
Risque global (groupe)		1	2	3	
Nombre	1	186	5	14	205
	2	94	7	7	108
	3	22	5	15	42
%	1	90,7	2,4	6,8	100,0
	2	87,0	6,5	6,5	100,0
	3	52,4	11,9	35,7	100,0

^a La classification présentée est celle produite par validation croisée seulement.

La Figure 3.1 situe les centroïdes des groupes sur les deux fonctions. La première fonction suit la croissance du risque et distance particulièrement le groupe 3 chez qui les scores au PCL-5 étaient plus forts et chez qui le soutien social plus faiblement perçu. En dehors de la première dimension, la seconde fonction montre une perception de soutien social nettement plus grande dans le groupe 2 que dans les autres groupes.

Figure 3.1 Centroïdes des groupes 1, 2 et 3 pour le modèle du risque global



En somme, le modèle suggère que le risque d'idéations suicidaires sérieuses est particulièrement élevé chez les TAP avec des scores plus élevés au PCL-5 et une faible perception de soutien des collègues. Bien que la majorité de la variance des idéations suicidaires soit expliquée par des facteurs non étudiés, la taille d'effet est moyenne.

3.8 Analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes quant aux facteurs ayant contribué aux comportements suicidaires sérieux

Des 121 TAP ayant eu des comportements suicidaires à vie, 72 (59,5%) ont répondu à la question « Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui a contribué au fait que vous ayez eu des idéations suicidaires sérieuses ou que vous ayez fait une tentative de suicide ? ». Parmi ceux-ci, 20 avaient fait une tentative de suicide à vie et 52 avaient eu des idéations suicidaires sérieuses à vie. Les comportements suicidaires avaient eu lieu avant la diplomation (n = 17), après la diplomation (n = 37) et avant et après la diplomation (n = 18). Les Tableaux 3.11 et 3.12 synthétisent les analyses de contenu effectuées sur les réponses en fonction du type de comportements suicidaires (Tableau 3.14) et de l'occurrence des comportements suicidaires par rapport au moment de diplomation (Tableau 3.15). Les nombres dans les colonnes représentent les fréquences absolues et relatives de participants ayant rapporté chaque catégorie et sous-catégorie de réponse. Les fréquences de certaines catégories ne sont pas toujours égales à la somme des fréquences de leurs sous-catégories. Les réponses dont le niveau de précision ne permettait pas d'inclure dans une sous-catégorie ont été incluse dans les catégories générales. Ceci explique les fréquences totales qui excèdent la somme des fréquences de leurs sous-catégories (p. ex., la catégorie « Problèmes relationnels hors travail » et ses sous-catégories). En revanche, comme chaque participant

pouvait rapporter plusieurs types de facteurs de risque par catégorie, certaines fréquences totales sont moindres que le total des fréquences (p. ex., la catégorie « Problèmes au travail » et ses sous-catégories). De plus, le kappa de Cohen calculé pour chaque catégorie est présenté.

Tableau 3.14 Fréquences des problèmes auxquels les TAP ont attribué leurs idéations suicidaires sérieuses selon que les répondants ont fait ou non une tentative de suicide

Catégorie	Sans tentative n (%)	Avec tentative n (%)	Total n (%)	K
Problèmes relationnels hors travail	30 (57,7)	11 (55,0)	41 (56,9)	0,91
Conflits	18 (34,6)	3 (15,0)	21 (29,2)	0,77
Isolement	9 (17,3)	6 (30,0)	15 (20,8)	0,88
Pertes	10 (19,2)	3 (15,0)	13 (18,1)	0,88
Problèmes au travail	21 (40,4)	6 (30,0)	27 (37,5)	0,83
Relations	8 (15,4)	2 (10,0)	10 (13,9)	0,73
Conditions	6 (11,5)	2 (10,0)	8 (11,1)	1,00
Interventions difficiles	5 (9,6)	0 (0,0)	5 (6,9)	0,85
Problèmes de santé	16 (30,8)	10 (50,0)	26 (36,1)	1,00
Mentale	10 (19,2)	9 (45,0)	19 (26,4)	0,89
Physique	6 (11,5)	4 (20,0)	10 (13,9)	0,95
Problèmes financiers	7 (13,5)	2 (10,0)	9 (12,5)	1,00
Impuissance et désespoir	3 (5,8)	3 (15,0)	6 (8,3)	0,76
Autre	16 (30,8)	6 (30,0)	22 (30,5)	0,29

3.8.1 Problèmes relationnels hors travail

La principale catégorie se référait aux problèmes relationnels partagés avec des personnes extérieures au milieu de travail. Les conflits correspondaient principalement aux disputes de couple et aux climats familiaux tendus. Lorsque les comportements suicidaires n'avaient eu lieu qu'avant la diplomation, il s'agissait surtout de « problèmes familiaux ». Les autres participants faisaient parfois référence au stress du travail ramené à la maison et au stress parental lié aux horaires de travail imprévisibles.

L'isolement a été nommé dans deux contextes. Le premier était le fait de se sentir seul, comme le fait d'être privé de contacts sociaux et d'un sentiment d'appartenance de façon générale. Le second était le fait de manquer de soutien, souvent sans que soit précisé le problème pour lequel du soutien aurait été souhaité.

Plusieurs événements relatés étaient des pertes relationnelles, comme des séparations et des décès. Les ruptures étaient mentionnées davantage avant la carrière et les divorces semblaient plus fréquents après la diplomation. Ces événements s'apparentent à des facteurs précipitants de la tentative de suicide.

Toutefois, les participants avec tentative de suicide ne rapportaient pas ce facteur dans une plus grande proportion que les participants avec idéations suicidaires seulement (19,2 % c. 15,0 %).

3.8.2 Problèmes au travail

Alors que certaines réponses ciblaient le travail de façon générale, d'autres comportaient des détails permettant de créer les sous-catégories « Relations de travail », « Conditions de travail » et « Interventions difficiles ». Les problèmes relationnels au travail, qui incluaient les conflits, les tensions, le harcèlement, les problèmes de communication et un mauvais climat de travail, étaient le type de problème au travail le plus fréquent. Les personnes avec qui les répondant avaient eu ces ennuis n'étaient pas systématiquement identifiées. Il s'agissait principalement des employeurs et des supérieurs, mais les collègues étaient parfois mentionnés. Des participants ont déploré une absence de soutien organisationnel alors qu'ils faisaient face à ces problèmes interpersonnels ainsi qu'à d'autres problèmes, notamment des interventions difficiles et des démarches liées à l'invalidité. Le travail était une source de problèmes surtout pour les participants ayant eu des comportements suicidaires en carrière et sans tentative de suicide.

La catégorie de codage « Conditions de travail » correspondait aux stressseurs liés à la charge de travail et à l'horaire de travail. Ceux-ci entravent parfois la qualité de vie et le bien-être en général des paramédics. La charge de travail qui dépasse les ressources empêche de répondre à ses propres besoins physiologiques, comme le fait de se nourrir durant le quart de travail. La surcharge liée à des interventions non-urgentes cause aussi des débordements de quart de façon récurrente. Des participants ont associé ces circonstances à la fatigue et à l'épuisement. Des problèmes liés à la conciliation travail-vie personnelle ont aussi été détaillés. Ils mettaient en relation l'impact des horaires atypiques et des débordements de quarts à l'isolement, à l'épuisement et aux tensions familiales. L'impact sur l'isolement survenait chez les paramédics travaillant sur appel ou selon un horaire de faction. Comme les assignations à des interventions peuvent survenir à n'importe quel moment, elles peuvent interrompre les activités sociales et de loisirs. Cela dissuade certains paramédics de prendre part à ces activités. Chez des parents de jeunes enfants, les horaires atypiques et les débordements de quarts contraignent à un rythme de vie effréné qui, à la longue, entraîne l'épuisement. Les débordements de quarts peuvent aussi accentuer le stress maintenu à la maison, ce qui nuit à la dynamique familiale.

Des participants avec idéations suicidaires sans tentative de suicide se sont prononcés sur les interventions effectuées dans leur travail de paramédic. Les éléments classés dans cette catégorie se référaient à des événements potentiellement traumatiques, comme les tentatives infructueuses de sauver

quelqu'un de la mort et le fait d'être témoin de souffrance humaine sévère. Encore une fois, le manque de soutien de la part de l'organisation a été déploré en lien avec ces événements.

3.8.3 Problèmes de santé

Dans la plupart des cas, il était question de santé mentale, et ce type de problème était mentionné par les TAP avec tentative de suicide dans une plus grande proportion que ceux avec idéations suicidaires seulement. L'attribution aux problèmes de santé mentale était faite par les participants indépendamment du moment où se sont produits les comportements suicidaires. Les problèmes de santé mentale étaient décrits de façon similaire d'un groupe à l'autre. La manière d'aborder les troubles de santé mentale était variée. Certains mentionnaient des psychopathologies diagnostiquées ou répertoriées dans le DSM-5 (e.g., dépression majeure, TSPT) alors que d'autres nommaient des symptômes apparentés à des problèmes de santé mentale (e.g., abus de substances et souvenirs intrusifs liés à des interventions dans le cadre du travail).

Parmi les problèmes de santé physique, la fatigue a été mentionnée dans tous les groupes de participants avec comportements suicidaires. L'épuisement a quant à lui été nommé à quelques reprises, et ce, uniquement chez les participants avec tentative de suicide et avec comportements suicidaires en carrière. Les autres problèmes de santé physique, qui incluaient des blessures musculosquelettiques handicapantes, étaient retrouvées davantage chez les participants sans tentative de suicide. Trois personnes ont explicitement attribué leur problème physique au travail (épuisement, fatigue et blessure musculosquelettique).

3.8.4 Impuissance et désespoir

Des participants ont mentionné s'être sentis impuissants face à des problématiques rencontrées au travail ou dans la vie personnelle ou avoir perdu espoir que ces situations changent un jour.

3.8.5 Problèmes financiers

Dans quelques cas, des problèmes financiers ou un manque d'argent ont été rapportés. Certains contextes ont été décrits, comme suite à un divorce ou en lien avec un revenu d'emploi insuffisant pour répondre à ses propres besoins ou à ceux de sa famille.

Tableau 3.15 Fréquences des problèmes auxquels les TAP ont attribué leurs idéations suicidaires sérieuses selon l'occurrence des comportements suicidaires relative au moment de la diplomation

Catégorie	Avant la diplomation n (%)	Après la diplomation n (%)	Avant et après la diplomation n (%)	Total n (%)
Problèmes relationnels hors travail	12 (70,6)	20 (54,1)	9 (50,0)	41 (56,9)
Conflits	7 (41,2)	9 (24,3)	5 (27,8)	21 (29,2)
Isolement	5 (29,4)	8 (21,6)	2 (11,1)	15 (20,8)
Pertes	3 (17,6)	7 (18,9)	3 (16,7)	13 (18,1)
Problème au travail	1 (5,9)	19 (51,4)	7 (38,9)	27 (37,5)
Relations	0 (0,0)	8 (21,6)	2 (11,1)	10 (13,9)
Conditions	0 (0,0)	4 (10,8)	4 (22,2)	8 (11,1)
Interventions difficiles	0 (0,0)	5 (13,5)	0 (0,0)	5 (6,9)
	2			
Problèmes de santé	(11,8)	16 (43,2)	8 (44,4)	26 (36,1)
Mentale	0 (0,0)	12 (32,4)	7 (38,9)	19 (26,4)
	2			
Physique	(11,8)	5 (13,5)	3 (16,7)	10 (13,9)
Problèmes financiers	2 (11,8)	3 (8,1)	4 (22,2)	9 (12,5)
Impuissance et désespoir	1 (5,9)	2 (5,4)	3 (16,7)	6 (8,3)
Autre	11 (64,7)	8 (21,6)	3 (16,7)	22 (30,5)

3.8.6 Autres

Des informations ont été placées dans une catégorie « Autre » pour deux raisons principales. Des éléments de réponses se référaient à des concepts abstraits qui ne correspondaient pas à un problème précis ou à un état. La notion d'accumulation des problèmes non définis en faisait partie (par exemple, un participant a seulement répondu « multifactoriel »). D'autres étaient précis, mais trop rares pour constituer une catégorie à part entière.

Nous remarquons néanmoins que, pour les participants ayant eu des comportements suicidaires avant la diplomation, des échecs et des transitions de vie étaient mentionnés. Pour les autres, le stress en général était impliqué. Aussi, la connaissance des protocoles employés lorsqu'une personne du public est jugée comme un danger envers soi-même a été identifiée par une personne comme un facteur qui dissuade de confier sa détresse ou ses idéations suicidaires.

3.9 Facteurs de protection contre la tentative de suicide

Le Tableau 3.16 se réfère aux raisons de vivre identifiées à l'aide des réponses à la question « Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui fait que, malgré que vous ayez songé sérieusement au suicide, vous n'avez pas procédé à une tentative de suicide ? », à laquelle 70 participants ont répondu.

Tableau 3.16 Fréquences des raisons de vivre auxquelles les TAP ont attribué le fait qu'ils n'ont pas fait de tentative de suicide alors qu'ils vivaient des idéations suicidaires sérieuses

Catégorie	Sans tentative de suicide n (%)	Avec tentative de suicide n (%)	Total n (%)	K
Responsabilité envers les autres	30 (53.6)	10 (71.4)	40 (57,1)	85,9
Stratégies d'adaptation	14 (25.0)	5 (35.7)	19 (28,6)	88,4
Soutien social	14 (25.0)	3 (21.4)	17 (24,3)	93,7
Informel	9 (16.1)	2 (14.3)	11 (15,7)	90,9
Formel	6 (10.7)	0 (0.0)	6 (8,6)	87,6
Attitudes envers la tentative de suicide	6 (10.7)	1 (7.1)	7 (10,0)	84,5
Enjeux de planification	5 (8.9)	0 (0.0)	5 (7,1)	84,5
Autres	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (1,4)	0,0

Note. Le total en pourcentage excède 100% car chaque participant pouvait évoquer plus d'un facteur de protection.

3.9.1 Responsabilité envers les autres

Ces raisons de vivre étaient la catégorie de réponse repérée chez le plus grand nombre de participants. Les personnes correspondaient aux proches, principalement les enfants. La communauté servie dans le cadre des fonctions de TAP a aussi été nommée par une personne.

3.9.2 Stratégies d'adaptation

Les participants ont déployé des efforts pour éliminer les problèmes ou ont changé leur façon de les percevoir. Principalement, ils ont relativisé la gravité des problèmes, se sont concentrés sur le caractère temporaire de ces derniers, vu le côté positif des choses et cultivé une motivation à vouloir s'en sortir. L'utilisation de ces stratégies d'adaptation semble plus marquée lorsque les idéations suicidaires avaient eu lieu après la diplomation.

3.9.3 Soutien social

Il s'agit du soutien social reçu de la part de proches ou d'amis (i.e., soutien informel) ou d'expériences satisfaisantes d'utilisation avec les soins et services (i.e., soutien formel).

Tableau 3.17 Fréquences des raisons de vivre auxquelles les TAP ont attribué le fait qu'ils n'ont pas fait de tentative de suicide alors qu'ils vivaient des idéations suicidaires sérieuses selon l'occurrence des comportements suicidaires relative au moment de la diplomation

Catégorie	Avant la diplomation n (%)	Après la diplomation n (%)	Avant et après la diplomation n (%)	Total n (%)
Responsabilité envers les autres	6 (46.2)	20 (52.6)	14 (73.7)	40 (57,1)
Stratégies d'adaptation	7 (53.8)	7 (18.4)	6 (31.6)	19 (28,6)
Soutien social	1 (7.7)	12 (31.6)	4 (21.1)	17 (24,3)
Informel	1 (7.7)	7 (18.4)	3 (15.8)	11 (15,7)
Formel	0 (0.0)	4 (10.5)	2 (10.5)	6 (8,6)
Attitudes envers la tentative de suicide	2 (15.4)	3 (7.9)	2 (10.5)	7 (10,0)
Enjeux de planification	2 (15.4)	2 (5.3)	1 (5.3)	5 (7,1)
Autres	1 (2,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)

Note. Le total en pourcentage excède 100% car chaque participant pouvait évoquer plus d'un facteur de protection.

3.9.4 Attitudes envers la tentative de suicide

Plusieurs participants ont mentionné qu'ils n'ont pas fait de tentative de suicide puisque cela allait contre leurs valeurs ou que cela n'était pas un geste qui correspond à leur personne.

3.9.5 Enjeux de planification

Les éléments correspondant à cette catégorie se référaient à un manque d'accès au moyen songé, à la peur liée à la tentative et au fait de ne pas savoir comment se tuer sans qu'un un proche ou un collègue ne trouve le corps.

3.9.6 Autres

Un seul élément de réponse a été classé dans cette catégorie (texte du participant : « temps »). Ce fut à l'étape de l'accord inter-juges, et un désaccord est survenu. Le coefficient kappa était donc nul. Suite à une discussion entre les juges, dont la conclusion fut que trop d'interprétation était nécessaire pour bien classer l'élément, celui-ci a été maintenu dans cette catégorie.

3.10 Facteurs ayant prévenu le décès suite à une tentative de suicide

Quatorze participants ont fourni des explications sur le fait qu'ils soient demeurés en vie malgré une tentative de suicide. Dans la moitié des cas ($n = 7$; $k = 1,00$), une intervention extérieure avait prévenu le décès. Les participants ont décrit avoir été trouvés, aidés et soignés. Pour quatre personnes ($k = 0,83$),

la méthode employée avait failli à causer la mort. Il s'agissait d'un dosage insuffisant dans le contexte d'une tentative de suicide par médicaments dans deux cas. Quatre personnes ont changé d'idée ($k = 0,77$), notamment à cause de l'anticipation des conséquences du décès sur les proches.

3.11 Combinaison des résultats quantitatifs et qualitatifs en lien avec le risque suicidaire

Ensemble, les volets quantitatif et qualitatif nous permettent de mieux comprendre la construction du risque suicidaire des TAP. La Figure 3.2 synthétise notre conceptualisation du risque suicidaire dans cette population. D'abord, les données sur la prévalence des comportements suicidaires montrent qu'environ le tiers des personnes avec idéations suicidaires sérieuses en carrière en avaient aussi vécues avant la diplomation. Qualitativement, l'adversité vécue avant la diplomation et à laquelle les participants attribuaient leurs comportements suicidaires incluait des facteurs de risque connus du suicide. Les problèmes familiaux et les ruptures en faisaient partie. Les amis étaient alors les confidents vers qui ils se tournaient lorsqu'ils vivaient des idéations suicidaires.

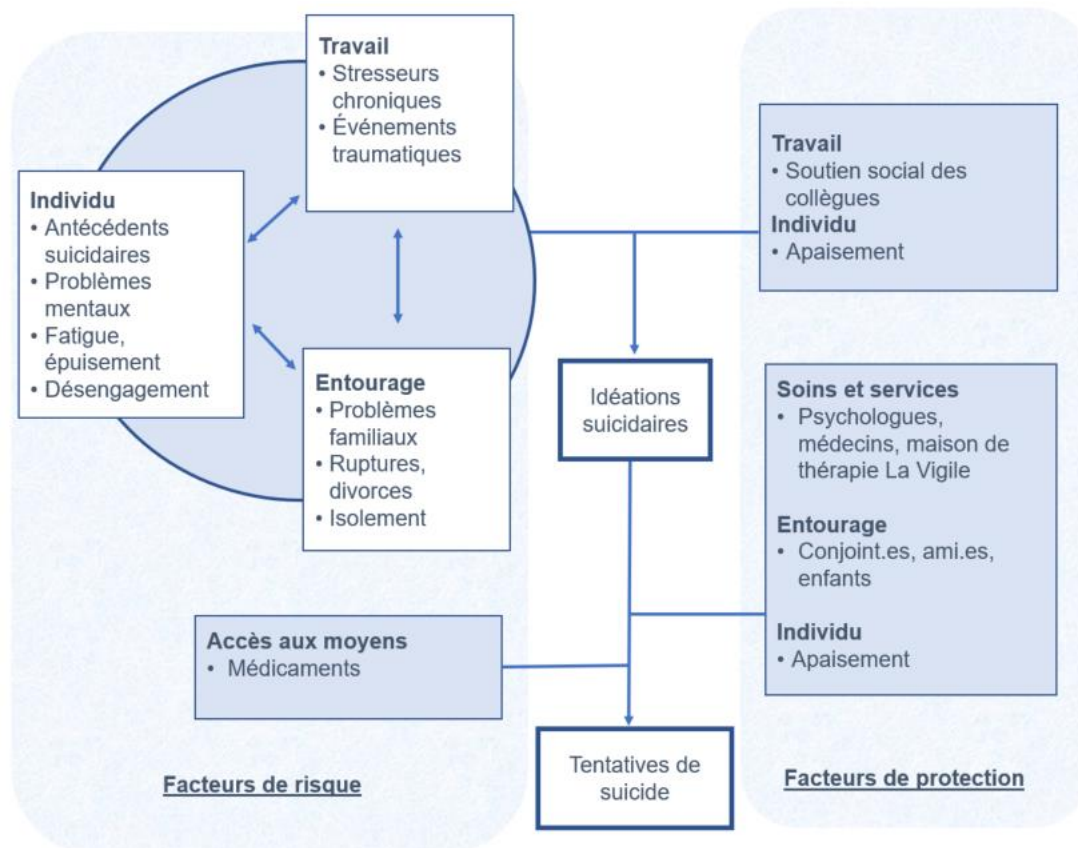
À ces difficultés s'ajoutent d'autres problèmes qui surviennent au cours de la carrière. Au niveau individuel, il est principalement question de problèmes de santé. Qualitativement, plusieurs paramédics attribuent leurs comportements suicidaires à l'épuisement et au stress post-traumatique. Quantitativement, les corrélations les plus fortes unissaient la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et le désengagement aux idéations suicidaires. Au niveau du milieu de travail, les relations et les conditions de travail affectent le bien-être des paramédics. Les analyses quantitatives montrent que le stress chronique lié au travail est aussi associé aux idéations suicidaires, mais pas en-dehors des dimensions de la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et du désengagement. Une proportion importante de participants considère les relations conflictuelles, le manque de soutien et la surcharge de travail comme des facteurs ayant contribué à leurs idéations suicidaires. Certains problèmes de la sphère personnelle semblent liés à ce qui se produit dans l'environnement de travail : les symptômes de stress post-traumatique sont attribués à des événements pour la plupart liés au travail; la surcharge de travail alimente l'épuisement; et certains horaires de travail sont difficile à concilier avec la vie personnelle et familiale, ce qui accentue les difficultés personnelles.

Les moyens les plus souvent envisagés ou utilisés pour s'enlever la vie étaient les médicaments, et l'accès à ces derniers est accru dans l'environnement de travail des paramédics.

Des facteurs de protection des idées suicidaires et de la tentative de suicide ont été identifiés. L'apaisement et la perception de soutien social des collègues réduisaient la probabilité de vivre des idéations suicidaires récentes. Les proches et les cliniciens étaient les personnes ou ressources les plus

fréquemment contactées en lien avec les idéations suicidaires. Dans certains cas, leur soutien a empêché des passages à l'acte. Les données qualitatives montraient aussi la responsabilité envers les enfants et les stratégies d'adaptation apparentées à l'apaisement comme des facteurs de protection importants de la tentative de suicide.

Figure 3.2 Modèle écologique révisé du risque suicidaire des TAP



2.10 Opinions sur les stratégies de prévention du suicide requises

En tout, 177 participants (49,7%) ont proposé des mesures de prévention du suicide en répondant à la question ouverte « Selon vous, quelles stratégies devraient être déployées dans les milieux de travail du secteur du préhospitalier afin de diminuer l'incidence du suicide chez les paramédics? ». D'entre eux, 93 n'avaient eu aucun comportement suicidaire, 63 avaient eu des idéations suicidaires sans tentative, et 21 avait fait une tentative de suicide.

Tableau 3.18 Fréquences des types de mesures que les paramédics jugent pertinentes pour la prévention du suicide dans leurs milieux

Catégorie de réponse	Type de comportement suicidaire			Total
	Aucun	Idéations	Tentative	
Qualité de l'environnement de travail	42 (45,1)	36 (57,1)	12 (57,1)	90 (50,8)
Relations de travail	31 (33,3)	16 (25,4)	7 (33,3)	54 (30,5)
Conditions de travail	16 (17,2)	13 (20,6)	6 (28,6)	35 (19,8)
Reconnaissance au travail	10 (10,8)	9 (14,3)	2 (9,5)	21 (11,9)
Interventions suivant les EPT au travail	36 (38,7)	19 (30,2)	4 (19,0)	59 (33,3)
Augmenter l'accès aux services	29 (31,2)	15 (23,1)	4 (19,0)	48 (27,1)
Coûts et dosage	14 (15,1)	7 (11,1)	4 (19,0)	25 (14,1)
Spécialisation	16 (17,2)	5 (7,9)	3 (14,3)	24 (13,6)
Consultations de routine	10 (10,8)	1 (1,6)	2 (9,5)	13 (7,3)
Disponibilité	2 (2,2)	4 (6,3)	1 (4,8)	7 (4,0)
Indépendance et confidentialité	1 (1,1)	2 (3,2)	0 (0,0)	3 (1,7)
Publicité	0 (0,0)	2 (6,0)	0 (0,0)	2 (1,1)
Sensibilisation	15 (16,1)	10 (15,9)	4 (19,0)	29 (16,4)
Sentinelles ou pairs-aidants	16 (17,2)	5 (7,9)	2 (9,5)	23 (13,0)
Prise en charge du TSPT	7 (7,5)	1 (1,6)	0 (0,0)	8 (4,5)
Autres	6 (6,5)	3 (4,8)	1 (4,8)	10 (5,6)

Note. Les totaux en pourcentage excèdent 100% car chaque participant pouvait évoquer plus d'une solution. EPT = Événements potentiellement traumatiques; TSPT = Trouble de stress post-traumatique

3.11.1 Mesures universelles

3.11.1.1 Faire de l'environnement de travail un milieu favorable à la santé mentale

Le type de stratégies ayant été mentionné par le plus grand nombre visait la qualité de l'environnement de travail, et il était question de relations interpersonnelles, de conditions de travail et de reconnaissance. Ces mesures semblaient particulièrement importantes selon les participants travaillant pour la Corporation d'urgences-santé. Les réponses codées dans la catégorie « Relations de travail » traitaient principalement des relations avec les employeurs et les gestionnaires. Dans la plupart des cas, les participants réclamaient davantage de soutien de la part de l'organisation. Du soutien était souhaité lors des démarches en lien avec l'arrêt de travail pour maladie professionnelle puisqu'il s'agit d'un processus ardu et que le travailleur qui l'entreprend est mal en point. De plus, certains répondants ont rapporté avoir vécu des entraves de la part de leur organisation, perçu une réticence à ce qu'ils partent en arrêt de travail et ressenti une pression à réintégrer le travail alors qu'ils n'étaient pas prêts à le faire. Ces comportements ont été décrits comme des obstacles au rétablissement et des facteurs accentuant la détresse. Dans d'autres cas, les propositions visaient à réduire le stress causé par des interactions négatives dans un contexte d'organisations dysfonctionnelles, et il était question des compétences et des

valeurs des personnes travaillant dans leur secteur. Certains TAP prétendaient que les gestionnaires, ne connaissant pas la réalité du terrain, leur font des demandes auxquelles ils se sentent opérationnellement et humainement incapables de répondre. De plus, d'autres ont affirmé être constamment blâmés pour des problèmes dont l'origine leur semble plutôt découler de l'organisation défaillante des services préhospitaliers. Certains soupçonnent même que leur employeur n'a pas le bien-être des paramédics et du public à cœur.

La surcharge de travail était la notion principalement retrouvée dans les suggestions liées aux conditions de travail. Les stratégies visant à diminuer la charge de travail incluaient la réduction des tâches administratives qui incombent aux TAP, l'embauche de personnel, le nombre limité d'appel par quart de travail et une révision des critères d'évaluation de la nécessité des transports par ambulance. Encore une fois, des participants ont lié la charge de travail au risque suicidaire via l'épuisement causé par la surcharge. La modification des conditions de travail comprenait aussi la notion de conciliation travail-vie personnelle. L'implantation de politiques était la stratégie principalement nommée en ce sens. D'autres participants ont proposé des périodes de repos obligatoire afin de diminuer *l'impact* de la surcharge de travail sur le bien-être. Au cours du quart de travail, une pause permettrait aux TAP de manger et, à la fin du quart de travail, de décompresser avant le retour à la maison. L'abolition des horaires de travail de type « faction » a aussi été nommée, mais aucune explication n'a été fournie sur la contribution de ce type de mesure à la prévention du suicide.

Au sujet de la reconnaissance, quatre types d'actions ont été proposées. Il y avait premièrement les activités formelles de reconnaissance au travail. Celles-ci, auxquelles des TAP ont proposé d'inclure d'autres membres du personnel de la sécurité publique et les membres de la famille, visaient à souligner les bons coups. Deuxièmement, certains ont discuté de l'importance des encouragements et des félicitations. Ces gestes du quotidien nourrissent le sentiment d'être un bon employé et un bon être humain. Troisièmement, certains ont proposé la reconnaissance des compétences des TAP de façon à leur donner davantage d'autonomie professionnelle. Quatrièmement, d'autres ont proposé des activités d'information au public afin d'avoir une plus grande reconnaissance de la part de celui-ci.

3.11.1.2 Augmenter l'accès aux services

Des façons d'augmenter l'accès aux services en santé mentale spécifiquement pour les TAP ont été proposées. La plupart des réponses étaient en lien avec les aspects structurels de l'accès aux services (p. ex., les coûts des services, le dosage de l'intervention) et la qualité des services (p. ex., la spécialisation des intervenants). Les mesures en ce sens se réfèrent à la bonification des programmes d'aide aux employés (PAE). Si certains participants déplorent que leur employeur n'offre aucun service

psychologique, d'autres affirment qu'ils ont un accès facile à un PAE. Le nombre de séances gratuites permises est toutefois un enjeu. Par exemple, des participants travaillant à Urgences-santé ont mentionné que le service psychosocial offert dans le cadre du PAE est de qualité, mais que les cinq rencontres auxquelles ils ont droit s'avèrent insuffisantes pour répondre convenablement à certains besoins. La spécialisation du service faisait référence à des psychologues connaissant leur population, compétents en stress-post-traumatique et aptes à accueillir leurs témoignages des événements horribles, tristes ou violents auxquels ils ont été exposés dans le cadre de leur travail. Les éléments de réponses traitant de la disponibilité des services se référaient à la facilité de rejoindre les services en cas de besoin, comme par l'embauche de professionnels par les employeurs, l'implantation d'une ligne d'écoute spécialisée opérationnelle 24h/24, et la création de ressources en ligne. Certains répondants souhaitent que des consultations avec des médecins ou des psychologues soient rendues obligatoires. Celles-ci auraient lieu de façon annuelle ou ponctuelle après une intervention difficile. Des personnes qui ont fait cette proposition ont précisé que les TAP qui hésitent à demander de l'aide pourraient bénéficier de l'opportunité pour confier notamment des idées suicidaires. Trois répondants ont aussi exprimé des craintes par rapport à des brèches de confidentialité et aux répercussions de la demande d'aide sur la carrière. Par manque de confiance envers l'employeur, assurer la confidentialité du processus de demande d'aide semble être un enjeu crucial à l'utilisation du PAE. Certains ont indiqué ne pas savoir à quoi ils ont accès en cas de besoin et que la promotion des ressources faciliterait le contact.

3.11.1.3 Sensibilisation

Des répondants ont mentionné qu'il fallait réduire les tabous autour de la santé mentale et du suicide, réduire la stigmatisation de la demande d'aide et éliminer la culture du TAP comme « super-héros » infaillible. Des exemples de moyens pour y parvenir incluaient les campagnes de sensibilisation et la transmission d'information par le biais de conférences. Quatre paramédics ont ajouté que de telles mesures devraient être implantées dès la formation en services préhospitaliers d'urgence.

3.11.2 Mesures sélectives

3.11.2.1 Interventions suivant les événements potentiellement traumatiques

Un peu plus d'un participant sur trois a suggéré des actions en lien avec les conséquences des événements potentiellement traumatiques (EPT) sur la santé mentale. Il s'agissait principalement de l'implantation de procédures systématiques préventives suivant un EPT, comme le retrait de la route, le débriefing psychologique et les premiers soins psychologiques. Les besoins pour de telles interventions étaient particulièrement sentis par les participants issus des milieux privés. Les personnes sans comportements

suicidaires nommaient ces mesures dans une plus grande proportion que les personnes avec tentative de suicide.

3.11.2 Sentinelles

Les collègues de travail ont été identifiés comme des personnes clés dans la détection de la détresse et du risque suicidaire dans le cadre de programme de sentinelles et de pairs-aidants. Les supérieurs et gestionnaires ont aussi été nommés, mais dans une moindre mesure.

3.11.3 Mesures indiquées

3.11.3.1 Prise en charge de l'état de stress post-traumatique

Des participants, pour la plupart sans comportements suicidaires, souhaitent que le TSPT soit reconnu comme maladie professionnelle pour leur population.

3.11.4 Autres réponses

Certains éléments de réponse pointaient l'amélioration de la qualité de la formation en soins préhospitaliers d'urgence (e.g., une meilleure préparation à la réalité de la route et sur les meilleures façons d'intervenir lors de situations complexes). D'autres en revanche prétendaient que la prévention du suicide était vaine en général ou chez les TAP en particulier.

3.12 Correspondances entre les stratégies préventives proposées et le modèle du risque suicidaire

Les opinions des paramédics sur la prévention du suicide s'accordent avec le modèle du risque suicidaire présenté à la Figure 3.2. Notamment, ils réclament des changements dans les conditions et les relations de travail de façon à diminuer les stressés chroniques, à augmenter le soutien organisationnel et à augmenter la reconnaissance. La sensibilisation est souhaitée pour réduire la stigmatisation des problèmes de santé mentale et de la recherche d'aide. De plus, celle-ci serait facilitée par l'accès à des services adaptés aux besoins liés aux horaires, à la confidentialité et à l'exposition aux EPT. Ils suggèrent que le soutien entre pairs via les premiers soins psychologiques et les sentinelles peut contribuer à la prévention des traumatismes et du suicide. Ils considèrent le TSPT comme un facteur de risque important du suicide et sont en faveur de mesures facilitant la reconnaissance de ce trouble comme maladie professionnelle.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous comparons nos résultats à ceux d'études antérieures. Nous faisons émerger des thèmes transversaux issus des données quantitatives et qualitatives. Ces thèmes reflètent des facteurs clés pour la prévention du suicide chez les techniciens ambulanciers et paramédics (TAP) au Québec. Nous présentons brièvement les interventions basées sur les données probantes qui agissent sur chacun de ces leviers. À partir des résultats et des interventions pertinentes, nous présentons un cadre pour la prévention du suicide chez les TAP. Nous exposons ensuite les limites et les forces de l'étude et proposons des pistes de recherches futures.

4.1 Retour sur les résultats, comparaison avec les études antérieures et identification d'interventions pertinentes

4.1.1 Ampleur du phénomène

La prévalence des comportements suicidaires mesurés dans la présente étude est particulièrement élevée comparativement à des données issues d'autres populations. La prévalence à vie des idéations suicidaires chez les paramédics québécois (34,0 %) était nettement plus élevée que parmi les paramédics norvégiens (10,4 %) (Sterud et al., 2008) et les Québécois âgés de 18 et 64 ans en 2014-2015 (14,5 %) (Infocentre de santé publique, 2022b). C'est aussi le cas lorsque la période de référence est la dernière année. La prévalence à vie des tentatives de suicide chez les TAP au Québec (8,1 %) semble aussi plus élevée que chez les TAP norvégiens (3,1 %) (Sterud et al., 2008) et les Québécois âgés de 18 et 64 ans (4,4 %) (Infocentre de santé publique, 2022a). Elle est cependant comparable à la prévalence trouvée chez les TAP canadiens (9,8 %) (Carleton et al., 2018).

Près du tiers des participants avec idéations suicidaires en carrière en avaient aussi vécu avant la diplomation. De façon similaire, Stanley, Hom, Spencer-Thomas et Joiner (2017) ont trouvé que le risque d'idéations suicidaires en carrière était près de cinq fois plus élevé chez des pompiers américains avec idéations suicidaires avant la carrière en comparaison à ceux qui n'en avaient pas eu avant la carrière. Ces résultats montrent que la prévention devrait commencer le plus rapidement possible, soit lors du programme de formation en soins préhospitaliers d'urgence et dès l'arrivée sur le marché du travail. Une autre implication est l'importance de considérer les facteurs préalables à l'emploi afin de comprendre le risque suicidaire chez les TAP. Face à ces résultats, les organisations du préhospitalier pourraient envisager de modifier les critères de sélection en écartant les TAP avec un historique

personnel de comportements suicidaires. Dans une perspective de la prévention du suicide, cela n'est pas approprié. Le fait d'écarter les TAP avec des antécédents de comportements suicidaires pourrait accentuer le risque suicidaire de ces derniers. Le refus pourrait être vécu comme un échec professionnel, soit un facteur de risque précipitant du suicide documenté chez les policiers (Barron, 2010). Aussi, des déclinés dans les taux de suicide de travailleurs ont été documentés en l'absence de modifications des critères de sélection du personnel (Witt et al., 2017), comme ce fut le cas chez les policiers du SPVM (Mishara & Fortin, 2021).

Dans l'échantillon, les hommes rapportaient dans une plus grande proportion que les femmes des idéations suicidaires sérieuses à vie. Chez les Québécois âgés de 18 et 64 ans, la prévalence est légèrement plus élevée chez les femmes que les hommes (15,5 % c. 13,5 %). L'âge plus élevé en moyenne chez les hommes dans notre étude pourrait en partie expliquer cette différence. En effet, la probabilité de rapporter des idéations suicidaires *au cours de la vie* augmente avec l'âge.

Nous constatons que, chez les paramédics québécois, la prévalence des tentatives de suicide *durant la carrière seulement* (4,8 %) est comparable à celle des Québécois âgés de 18 et 64 ans *au cours de leur vie entière* (4,4 %) (Infocentre de santé publique, 2022a). Ce constat illustre le besoin de mesures préventives et de mesures de soutien dans le retour au travail suivant une tentative de suicide.

Les quelques contradictions entre certaines réponses aux questions sur l'historique de comportements suicidaires nous poussent à réfléchir à la validité des outils de mesure utilisés et à ce qui pourrait expliquer ces incohérences. Premièrement, les questions sur les comportements suicidaires paraissaient à la fin du questionnaire, et celui-ci était relativement long. La fatigue pourrait avoir affecté la validité de certaines réponses. Deuxièmement, le questionnaire pouvait être rempli à l'aide de téléphones intelligents. L'affichage des choix de réponses sur de petites surfaces, combiné à la saisie tactile, pourrait avoir conduit à des erreurs dans l'entrée des données. Troisièmement, les sujets sensibles, comme les comportements suicidaires, peuvent provoquer l'hésitation et le déni. À ce sujet, Shea (1998) observe que la façon d'évaluer les comportements suicidaires influence les réponses. Cet auteur suggère que les questions génériques peuvent susciter un déni initial et que des questions spécifiques subséquentes peuvent faciliter le dévoilement du comportement suicidaire. Ceci pourrait expliquer pourquoi des réponses négatives aux questions génériques comme « Avez-vous déjà sérieusement songé au suicide ? » étaient suivies de réponses qui indiquaient qu'ils avaient eu des idéations suicidaires ont eu lieu à des occasions précises, envisagé des moyens et contacté des personnes.

4.1.2 Moyens envisagés et utilisés pour s'enlever la vie

Les médicaments étaient le moyen le plus souvent envisagé par les participants avec une planification suicidaire dans les deux dernières semaines et le second moyen pour les planifications à vie. Les TAP ont des contacts étroits avec le public, ce qui leur permet parfois de manipuler des médicaments potentiellement létaux. C'est le cas lors des services offerts aux personnes souffrantes qui disposent d'antidouleurs et aux consommateurs de drogues illicites. Dans le contexte canadien de la crise des opioïdes, l'accès à cette substance s'accroît chez les répondants d'urgence. En outre, les TAP sont de plus en plus autorisés à administrer des substances potentiellement létales. Au Québec, certains TAP peuvent désormais administrer le fentanyl, un opioïde, et le midazolam, une benzodiazépine. Cet accès aux substances létales peut faciliter la tentative de suicide. La prévention des idées suicidaires est d'autant plus importante puisque cette exposition est difficilement évitable. Le moyen le plus envisagé pour le groupe ayant eu des idéations suicidaires avant la carrière seulement était les médicaments, alors que c'était la pendaison pour le groupe en ayant eu après seulement. Or, la pendaison est la méthode qui fait le plus de décès au Québec chaque année (Lévesque et al., 2022). L'exposition aux suicides pourrait influencer les méthodes envisagées par les TAP.

4.1.3 Ressources, obstacles et facilitateurs à leur utilisation

La majorité des participants avec idéations suicidaires ont contacté des personnes ou des ressources, et les psychologues ou médecins étaient les plus fréquemment utilisées. Ces résultats concordent avec ceux de Sterud et al. (2008) sur la recherche d'aide pour des problèmes de santé mentale parmi les TAP norvégiens avec idéations suicidaires. Ces constats soulignent l'importance de mesures facilitant l'utilisation de ces services. De plus, les personnes avec tentative de suicide à vie étaient plus susceptibles d'avoir contacté un médecin ou un psychologue que les TAP avec idéations suicidaires seulement. Deux explications sont plausibles. La première est que les TAP avec un risque suicidaire plus élevé consultent davantage. Par exemple, la tentative de suicide pourrait avoir précédé le contact avec le professionnel. L'outil de collecte de données ne permettait cependant pas de déterminer l'ordre chronologique des événements. La seconde est que les services n'aident pas tous les TAP suicidaires et n'empêchent pas le passage à l'acte. Lorsqu'interrogés sur les facteurs ayant empêché la tentative de suicide, les TAP mentionnaient plus rarement les ressources formelles. Les services obtenus pourraient ne pas avoir répondu aux besoins ou aux attentes de certains participants qui, malgré l'aide reçue, ont progressé à une tentative de suicide. En ce sens, Calear et Batterham (2019) ont trouvé dans la population générale australienne que la sévérité des idéations suicidaires était associée à une plus faible probabilité de considérer les services reçus des médecins et des psychologues comme aidante. La satisfaction à

l'égard des services chez les paramédics pourrait être étudiée davantage afin de mieux comprendre ces résultats.

Les résultats qualitatifs montrent que des barrières structurelles et la stigmatisation entravent l'usage des services en santé mentale par les TAP. Les barrières liées aux coûts et à la difficulté de prendre rendez-vous figuraient parmi les réponses aux questions ouvertes, et des participants ont nommé des moyens permettant de contourner ces barrières. En particulier, l'offre de programmes d'aide à l'employé (PAE) était un thème transversal à la plupart de ces moyens. Ce service peut soutenir les TAP face à des problèmes communs comme les stressés chroniques au travail et les problèmes relationnels à l'extérieur du travail. De plus, l'accès gratuit au PAE élimine la barrière des coûts.

Comme l'exposition aux EPT est inhérente au métier de TAP, il est important que ces derniers puissent se tourner vers des ressources spécifiques de soutien afin de les aider à y faire face. Toutefois, certains TAP ne semblent pas confiants que les PAE peuvent répondre à leurs besoins en lien avec l'exposition aux EPT. Les données ne permettent pas de déterminer si ces perceptions sont basées sur des expériences vécues ou s'il s'agit seulement d'une croyance répandue parmi les TAP. Nous pouvons néanmoins identifier une barrière à l'utilisation des services chez les paramédics, soit la perception de la compétence des intervenants en santé mentale. Cette barrière structurelle ne figurait pas parmi celles recensées dans la revue de la littérature par Haugen et al. (2017) sur les facteurs qui entravent l'utilisation des services par les membres du personnel de la sécurité publique et les militaires. Par contre, un modèle de l'intention de chercher l'aide professionnelle en santé mentale comporte un élément similaire. White et al. (2018) proposent qu'une dimension de ce construit est la perception du soutien, des conseils ou de l'assistance. Ces auteurs suggèrent aussi que cette dimension comporte des facettes qui reflètent l'évaluation subjective de la compétence du professionnel et de la valeur de l'aide en lien avec la nature du problème. Il serait intéressant d'examiner plus en profondeur les liens qui unissent la nature des services disponibles, l'attitude envers ces services et l'utilisation qu'en font les TAP afin de mieux connaître les façons de répondre à leurs besoins.

Outre les barrières à l'accès aux services formels, la stigmatisation pourrait expliquer pourquoi une minorité importante de participants avec des idéations suicidaires sérieuses se sont abstenus de confier leur détresse à quiconque. En répondant aux questions ouvertes sur les facteurs de risque et les stratégies à implanter, certains ont déploré la stigmatisation des problèmes de santé mentale et du suicide. Notamment, ils ont mentionné des facteurs entravant l'expression de la détresse et la demande d'aide comme les enjeux liés à la confidentialité dans l'utilisation des services, les tabous, la médisance au sujet

des collègues qui vivent de la détresse et les discours qui entretiennent l'image du paramédic comme un « héros » invulnérable.

Des mesures comme les visites de routine, la sensibilisation et la pair-aidance peuvent limiter la stigmatisation et son effet sur l'accès aux services en santé mentale. Les visites de routine consistent à planifier des séances à intervalles réguliers avec un professionnel de la santé. Cette mesure proactive réduit l'effet de la stigmatisation sur l'utilisation des services puisque le contact avec le service n'indique pas nécessairement la présence de détresse chez l'utilisateur (Haugen et al., 2017). Cette façon de rejoindre les TAP est préférée aux procédures d'autoréférencement selon une enquête réalisée dans le secteur du préhospitalier en Colombie-Britannique (Ambulance Paramedics of British Columbia, 2015).

Les activités de sensibilisation visent quant à elles à diminuer la stigmatisation des troubles mentaux et à augmenter l'intention de demander de l'aide chez ceux qui en ressentent le besoin (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Une campagne de sensibilisation et des formations sur la nature du suicide, les signes précurseurs et les façons d'aider font partie du programme « Ensemble pour la vie » du SPVM, reconnu pour avoir fait diminuer le taux de suicide dans cette population (Mishara & Fortin, 2021; Mishara & Martin, 2012). Le besoin de sensibilisation est aussi indiqué par des réponses aux questions ouvertes montrant l'adhésion à des mythes liés au suicide, comme le fait que les personnes suicidaires le restent toute leur vie, que les personnes « vraiment suicidaires » vont passer à l'acte et que rien ne peut être fait pour le prévenir. Il est donc important de défaire les mythes auxquels les TAP adhèrent et appliquent à eux-mêmes sur le suicide afin de favoriser la demande d'aide et le soutien entre pairs.

Dans leur communauté, les pairs-aidants offrent du soutien social en cas de besoin. Les premiers soins psychologiques sont une forme intéressante de pair-aidance considérant la fréquence élevée de l'exposition aux EPT dans le milieu préhospitalier. Les premiers soins psychologiques ont pour buts de diminuer la stigmatisation et d'augmenter l'accès aux services en plus de réduire la détresse initiale suivant un EPT et de favoriser l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation à court et à long termes (Tessier, Lamothe, & Geoffrion, 2021). L'intervention consiste généralement en un entretien semi-structuré volontaire, soutenante, individuelle, conduite par un pair, et elle vise à évaluer le besoin de services en fonction de la détresse observée et à orienter vers les services professionnels requis le cas échéant (Greenberg & Wignall, 2012). Des suivis sont offerts selon l'ajustement de la personne. Les participants chez qui la détresse persiste ou chez qui l'on suspecte le développement d'un problème de santé mentale sont dirigés vers des soins basés sur les données probantes. Après de policiers britanniques, Watson et Andrews (2018) ont trouvé que les policiers qui travaillent dans un département

où les premiers soins psychologiques sont implantés depuis plusieurs années perçoivent moins de stigmatisation par rapport aux services en santé mentale.

Un autre facteur pouvant expliquer l'absence de dévoilement des idées suicidaires est la préférence dans la façon de gérer les problèmes. Chez les policiers du SPVM, l'utilisation passée des services en santé mentale était négativement associée à la préférence pour gérer ses problèmes seul (Bernier, 2021). Ce facteur demeurerait significatif dans un modèle comprenant aussi la stigmatisation perçue et des barrières structurelles à l'accès aux services. Nous avons réalisé une analyse supplémentaire afin de vérifier si le recours au soutien était associé au comportement de demander de l'aide en lien avec les idéations suicidaires. Parmi les TAP avec un historique d'idéations suicidaires sérieuses à vie, ceux qui ne se sont confiés à personne avaient en moyenne moins recours aux stratégies orientées vers le soutien social que ceux qui ont contacté au moins une personne ou ressource ($t=-4,006$; $df=119$; $p<0,001$). La préférence pour gérer ses problèmes seul pourrait expliquer ces résultats.

4.1.4 Stress post-traumatique

Dans la présente étude, la sévérité des symptômes du TSPT était le principal prédicteur des comportements suicidaires des TAP. Des études préalables auprès d'autres membres du PSP ont aussi montré l'importance de ce facteur (Bartlett et al., 2018; Bing-Canar et al., 2019; Boffa et al., 2017; Kydonieus, 2017; Maia et al., 2007; Martin, Tran, & Buser, 2017; Noor, Pao, Dragomir-Davis, Tran, & Arbona, 2019; Park, Kim, Min, Oh, & Kim, 2019). Ces résultats soulignent la pertinence pour la prévention du suicide de référer de façon précoce les TAP qui sont confrontés à des EPT avant qu'ils ne développent des symptômes du TSPT, comme les premiers soins psychologiques, et de faciliter l'accès au traitement pour ceux qui présentent des symptômes précoces associés à ce trouble.

Compenser les TAP aux prises avec le TSPT par l'indemnité de remplacement du revenu, le retour prioritaire à l'emploi et l'offre de traitements efficaces peuvent réduire les conséquences financières et liées à l'emploi ainsi que le risque de chronicisation du trouble. En ce sens, la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (LMRSST) reconnaît désormais le TSPT comme une maladie professionnelle pour les travailleurs à risque. Auparavant, pour être accepté comme lésion psychologique par les compagnies d'assurance, le TSPT devait être attribuable à un seul événement. Ce trouble était alors reconnu comme un accident de travail seulement. Les compensations sont désormais plus accessibles en particulier pour les TAP dont les symptômes de TSPT résultent d'une accumulation d'événements. Ceci est opportun puisque les TAP sont généralement exposés plus d'une fois à un même type d'événement potentiellement traumatique, (Carleton et al., 2019), une caractéristique particulière du développement du TSPT chez le PSP (Bryant, 2021b).

Des recherches empiriques montrent que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est efficace pour traiter le TSPT chez le PSP (Alghamdi, Hunt, & Thomas, 2015; Bryant et al., 2018; Gramlich & Neer, 2018; Smid, der Meer, Olf, & Nijdam, 2018). Ces recherches soutiennent également l'acceptabilité de cette approche psychothérapeutique pour cette population. Selon l'OMS (2014), le traitement des problèmes de santé mentale est une forme de prévention indiquée du suicide. S'il n'existe pas de données sur l'impact du traitement du TSPT sur la mortalité par suicide, des études rapportent des effets sur les idéations suicidaires. Gradus, Suvak, Wisco, Marx et Resick (2013) ont trouvé que la TCC réduisait davantage les symptômes de TSPT, les symptômes de dépression ainsi que les idéations suicidaires chez les patients traités que chez les patients assignés à la liste d'attente. Dans cette étude, les patients traités recevaient soit la thérapie par exposition prolongée, soit la thérapie par traitement de l'information. Des deux approches, la seconde était associée à une plus grande diminution des idéations suicidaires. Cox et al. (2016) ont identifié un mécanisme en jeu chez des vétérans traités par l'exposition prolongée : la réduction des idéations suicidaires était expliquée par la réduction des symptômes du TSPT. Dans l'étude de Gradus et al. (2013), ce mécanisme était identifié pour la thérapie par traitement de l'information, mais pas pour l'exposition prolongée. Bien qu'il ne soit pas tout à fait clair quelle approche de la TCC privilégier, ces types de traitements dont pourraient bénéficier les TAP présentant des symptômes de TSPT et des idéations suicidaires sont prometteurs.

4.1.5 Soutien social

Les résultats quantitatifs et qualitatifs appuient l'importance du soutien social. Dans la sphère personnelle, des TAP ont confié leurs idéations suicidaires aux proches et aux amis. Ces sources de soutien figuraient aussi parmi les principaux facteurs de protection de la tentative de suicide rapportées par les participants. La sphère professionnelle comporte des personnes à qui les TAP suicidaires semblent être à l'aise de se confier. Cette forme de soutien pourrait prendre une importance particulière lorsque le réseau social est fragilisé, comme lors de ruptures et de conflits interpersonnels à l'extérieur du travail.

Un résultat marquant de notre étude est que la perception de soutien chez les collègues pour des raisons personnelles peut réduire le risque suicidaire, et ce, en tenant compte de la sévérité des symptômes de stress post-traumatique. Dans la littérature scientifique sur le personnel de la sécurité publique, le soutien des collègues a été décrit comme un facteur de protection potentiel du suicide (Stanley et al., 2016). Avant la présente étude, seuls Carpenter et al. (2015) en ont vérifié empiriquement l'effet. Ces auteurs ont trouvé que le soutien perçu atténuait la relation entre le stress professionnel et la sévérité des idéations suicidaires. Les TAP pourraient donc bénéficier d'interventions misant sur le soutien social comme la pair-aidance. D'autres mesures de soutien par les pairs sont aussi indiquées : les lignes

d'écoute et les sentinelles. Ces deux mesures composent aussi le programme de prévention du suicide du SPVM (Mishara et Fortin, 2021; Mishara et Martin, 2012).

Les données qualitatives montraient l'importance du soutien des supérieurs et du soutien organisationnel en général pour la prévention du suicide. Au sujet des supérieurs, des participants ont affirmé que des interactions plus soutenantes pourraient préserver le bien-être des paramédics. C'est ce qu'indiquent des études antérieures réalisées auprès de TAP européens. Dans l'une, le soutien perçu chez les superviseurs était associé négativement aux symptômes du TSPT (Ogińska-Bulik, 2015). Dans l'autre, le manque de soutien des superviseurs prédisait la sévérité de la fatigue et de l'épuisement professionnel (van der Ploeg & Kleber, 2003). Au sujet du soutien organisationnel, des participants à notre étude ont suggéré que ce facteur de protection opère lorsque des difficultés personnelles interfèrent avec le fonctionnement au travail. Ce résultat fait écho à une étude sur l'interaction entre la sévérité des symptômes du TSPT et le soutien organisationnel sur le désespoir chez des officiers américains. Violanti et al. (2016) ont trouvé que le manque de soutien perçu était positivement corrélé au désespoir chez les policiers avec des symptômes du TSPT plus sévères. La relation n'était pas significative chez ceux dont les symptômes du TSPT étaient moins sévères. Ensemble, ces résultats montrent l'importance de pratiques organisationnelles qui soutiennent les TAP affectés par des symptômes du TSPT, en particulier dans le contexte d'invalidité et des démarches liées à l'indemnisation.

4.1.6 Stratégies d'adaptation

Notre étude montre que le désengagement est un prédicteur significatif de certains comportements suicidaires. Les items du Brief COPE qui composent ce construit sont liés au déni, à l'abandon de l'espoir, au blâme et à la critique de soi. D'autres études ont associé ces stratégies au risque suicidaire. Par exemple, les vétérans américains qui utilisaient l'autopunition étaient plus sujets à penser qu'il vaudrait mieux être mort et à envisager de se faire du mal (Pietrzak, Russo, Ling, & Southwick, 2011). Chez des adolescents et des jeunes adultes admis à un département d'urgence psychiatrique, le blâme de soi était associé à la sévérité des idées suicidaires dans la dernière semaine (Horwitz, Czyz, Berona, & King, 2018). Dans cette étude, le désengagement comportemental était associé aux idéations suicidaires quatre mois plus tard. Pour Pietrzak et al. (2011), utiliser des stratégies contre-productives et ne pas chercher à régler ses problèmes peut avoir pour effet d'aggraver ceux-ci, ce qui augmente la sévérité des idéations suicidaires. Le modèle motivationnel-volitionnel du suicide proposé par O'Connor, Cleare, Eschle, Wetherall et Kirtley (2016) explique un lien similaire entre les stratégies d'adaptation contre-productives, la détresse et éventuellement la suicidalité. Selon ces auteurs, les personnes qui emploient des stratégies comme la rumination ressassent leurs problèmes, comparent leur situation à une situation

souhaitée sans toutefois agir pour la changer. Ce contexte est propice à l'émergence du sentiment d'être piégé qui, en l'absence de soutien social, peut conduire aux idéations suicidaires (O'Connor et al., 2016).

Le désengagement pourrait aussi contribuer à la construction du risque suicidaire des TAP par l'entremise du stress post-traumatique. Dans notre étude, ces deux facteurs étaient corrélés entre eux et avec les idéations suicidaires récentes. Des recherches antérieures réalisées auprès de membres du PSP montrent que des stratégies d'adaptation apparentées au désengagement prédisent le stress post-traumatique. La rumination à propos d'événements survenus au travail et dans la sphère personnelle était corrélée au stress post-traumatique chez les paramédics (Clohessy & Ehlers, 1999; Shepherd & Wild, 2014). Aussi, les paramédics recrues qui ont tendance à ruminer étaient plus à risque de développer un TSPT deux ans plus tard (Wild et al., 2016). Chez des pompiers recrues, le blâme de soi, mesuré préalablement à l'exposition aux EPT, était associé au développement de symptômes du TSPT six mois plus tard (Bryant & Guthrie, 2005) et quatre ans plus tard (Bryant & Guthrie, 2007). Le stress post-traumatique pourrait donc agir comme médiateur sur la relation entre les stratégies désengagées et les idéations suicidaires. Comme ces deux facteurs de risque contribuaient significativement aux idéations suicidaires dans les modèles multivariés de la présente étude, la médiation serait partielle.

L'effet protecteur des stratégies d'adaptation orientées vers l'apaisement a été constaté à deux reprises. Dans le volet quantitatif, ces stratégies rassemblant l'humour, le recadrage positif et la distraction étaient associées négativement aux idéations suicidaires sérieuses. La corrélation dont la taille d'effet était faible à moyenne et n'était cependant plus significative dans les modèles multivariés. Le volet qualitatif nous a appris que le recadrage positif et le fait de cultiver la motivation à vouloir s'en sortir ont contribué à prévenir la tentative chez les TAP avec un historique d'idéations suicidaires sérieuses. Ces stratégies d'adaptation pourraient davantage protéger de la tentative de suicide que des idéations suicidaires. De futures études devraient investiguer cette hypothèse.

Compte tenu de ces résultats, les cliniciens qui travaillent auprès des TAP les plus à risque d'une tentative de suicide pourraient renforcer l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation. La thérapie cognitive pour les patients avec tentatives de suicide (Berk, Henriques, Warman, Brown, & Beck, 2004), la thérapie cognitive pour les patients avec un TSPT (Bryant, 2021a) et la thérapie dialectique comportementale (Linehan, 1987) modifient les stratégies d'adaptation. De plus, les cliniciens pourraient encourager l'utilisation comme complément thérapeutique d'applications mobiles qui renforcent certaines stratégies d'adaptation chez les personnes à risque de suicide. L'application RÉSO#adulte, développée au Québec par des centres de prévention du suicide, permet aux utilisateurs d'enregistrer des stratégies d'adaptation qu'ils considèrent comme efficaces, des souvenirs positifs d'êtres chers et des

personnes et ressources à contacter en cas de crise. En combinaison avec la psychothérapie, une application similaire nommée « Virtual Hope Box » a permis de réduire les idéations suicidaires sur une période de douze semaines chez des vétérans américains (Bush et al., 2017). Une autre publication montre que cet outil numérique augmente l'efficacité personnelle à s'adapter aux stressors, ce qui a pour effet indirect de réduire les idées suicidaires (Denneson, Smolenski, Bauer, Dobscha, & Bush, 2019).

4.1.7 Stress chronique professionnel

Quantitativement, le stress chronique organisationnel était parmi les principaux corrélats des idéations suicidaires récentes. Ce facteur, qui était fortement corrélé à la sévérité des symptômes de stress post-traumatique, n'expliquait pas davantage de variance des idéations suicidaires que le stress post-traumatique, les stratégies désengagées et le soutien social des collègues. Qualitativement, la surcharge de travail et les conflits travail-vie personnelle semblaient engendrer la fatigue et l'épuisement, et tous deux contribuaient aux idéations suicidaires selon les participants.

Des recherches antérieures aident à comprendre la contribution du stress organisationnel au risque suicidaire. En particulier, le stress chronique est un important prédicteur du stress post-traumatique chez les TAP (Donnelly, Bradford, Davis, Hedges, & Klingel, 2016; Reti, de Terte, & Stephens, 2021; van der Ploeg & Kleber, 2003). Le stress chronique organisationnel pourrait donc être relié aux idéations suicidaires par l'entremise du stress post-traumatique. Aussi, le manque de soutien aux tâches, la charge de travail qui excède les ressources et les horaires de travail atypiques ont été associés à l'épuisement professionnel, la fatigue, l'insomnie et la dépression dans cette population (Khan, Conduit, Kennedy, & Jackson, 2020; Nirel, Goldwag, Feigenberg, Abadi, & Halpern, 2008; Ogińska-Bulik, 2015; Sofianopoulos et al., 2011). Ces problèmes de santé physique et mentale contribuent aux idéations suicidaires chez le PSP (Carpenter et al., 2015; Chopko, Palmieri, & Facemire, 2014; Chu et al., 2017; Kim, Park, & Kim, 2018; Martin et al., 2017; Sterud et al., 2008).

Ces résultats montrent la pertinence d'agir sur les stressors organisationnels. Ceux-ci sont modifiables, et ils pourraient être corrigés par l'application de politiques organisationnelles et par l'aménagement des conditions de travail. Ensuite, aider les TAP à composer avec des stressors communs comme les conflits interpersonnels, le harcèlement, la charge de travail qui excède les ressources et les conflits travail-vie personnelle pourrait être envisagé. Les interventions en ce sens incluent le soutien psychologique via le PAE et la pair-aidance.

4.1.8 Bien-être psychologique au travail

Les données qualitatives montrent le besoin d'augmenter le bien-être psychologique au travail, défini comme une expérience subjective positive du travail (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012). Deux composantes principales du bien-être psychologique au travail paraissent davantage dans nos résultats: la reconnaissance au travail et l'adéquation interpersonnelles. La reconnaissance survient lorsque le travailleur perçoit une appréciation de la part des autres envers sa prestation de travail et sa personne (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012). Nous avons repéré ce besoin lorsque les participants suggéraient des gestes concrets d'appréciation au travail pour la prévention du suicide. L'adéquation interpersonnelle correspond aux relations positives avec les personnes avec lesquelles le travailleur interagit dans le contexte professionnel (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012). Les éléments de réponses qui reflétaient ce besoin traitaient du climat de travail et de l'esprit de groupe. Nous les avons regroupés sous le thème des « Relations de travail ». Augmenter le bien-être psychologique au travail est pertinent puisque le bien-être psychologique en général est un facteur de protection du suicide (OMS, 2014) et une cible pour la prévention du suicide en milieu de travail (OMS, 2006).

4.2 Recommandations pour la prévention du suicide chez les TAP

Les résultats précédents et les pistes d'action correspondantes nous permettent de formuler des recommandations pour la prévention. Chaque action recommandée tient compte des spécificités psychosociales des TAP par rapport aux autres PSP et par rapport à la population générale ainsi que de leurs contextes de travail et de vie personnelle. Elles adressent les facteurs associés aux comportements suicidaires décrits dans le modèle général du risque suicidaire chez les TAP (Figure. 3.2) et font écho aux suggestions de ceux-ci (Tableau 3.18).

La somme des actions constitue un cadre pour la prévention du suicide chez les TAP. Ce cadre se décline en trois niveaux : l'environnement de travail, le réseau et les ressources ainsi que les individus les plus à risque de suicide (Figure 4.2). L'application des recommandations est une responsabilité collective. Elle concerne les TAP eux-mêmes, les employeurs, les syndicats, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) la CNESST et les experts en prévention du suicide.

4.2.1 Structurer une stratégie de prévention du suicide chez les TAP

Nous recommandons d'abord la création d'un comité de travail chargé de développer une stratégie de prévention du suicide chez les TAP basée sur ce cadre. Des représentants de chacun des milieux énumérés plus haut devraient siéger sur ce comité que devrait piloter l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, Secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Ensemble, les membres du comité

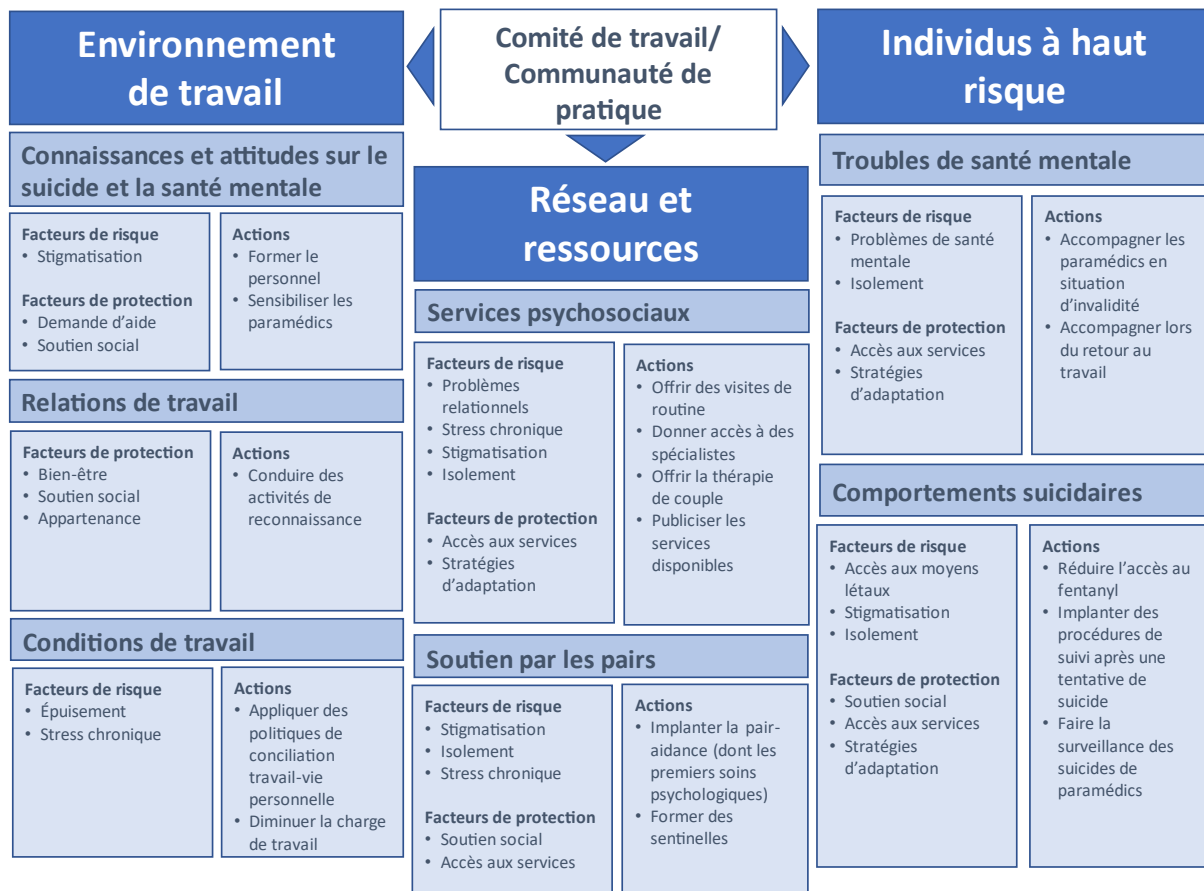
pourraient voir à la faisabilité et à la répartition des responsabilités liées aux recommandations proposées dans le cadre.

Nous recommandons aussi d'organiser une communauté de pratique centrée sur la prévention du suicide pour le secteur du préhospitalier. Celle-ci permettrait aux milieux de partager leurs expériences d'implantation des mesures en termes d'obstacles et de facilitateurs à l'implantation et en termes de processus d'adaptation des mesures mises en place.

4.2.2 Environnement de travail : améliorer le quotidien des paramédics

Ce niveau correspond aux cibles qui touchent l'ensemble des paramédics québécois, et les recommandations qui s'y retrouvent sont propres au contexte de travail du secteur du préhospitalier au Québec. Les actions proposées ont pour objectifs de réduire la stigmatisation par rapport au suicide et à la santé mentale ainsi que de favoriser le bien-être psychologique au travail. Ces changements devraient faciliter l'implantation des stratégies des niveaux suivants qui reposent en partie sur le soutien social dans le milieu de travail.

Figure 4.1 Cadre de prévention du suicide pour les techniciens ambulanciers et paramédics au Québec



4.2.2.1 Connaissances et attitudes sur le suicide et la santé mentale

Nous recommandons que des activités de sensibilisation à la santé mentale et au suicide soient développées et implantées dès la formation en soins préhospitaliers d'urgence. Premièrement, tous les TAP, gestionnaires et représentants syndicaux devraient participer à une formation sur les comportements suicidaires et les problèmes de santé mentale chez les TAP. Les apprentissages devraient inclure leur nature, leur prévalence et les facteurs de risque et de protection communs dans l'optique de normaliser et de démystifier ces problématiques. Ceux qui assisteront à cette formation devraient pouvoir évaluer sommairement le risque de passage à l'acte et orienter les TAP vers les services appropriés. Ils devraient aussi être en mesure de reconnaître les réactions de stress post-traumatique et la dépression. Une formation adaptée à la réalité des services préhospitaliers d'urgence devrait être développée par des paramédics d'expérience et des experts. Deuxièmement, une campagne de sensibilisation devrait être déployée dans les milieux fréquentés par les TAP. Ce type d'activité en prévention du suicide se concentre sur des troubles spécifiques, se matérialise sous de multiples formes et véhicule des messages spécifiques adaptés aux populations visées (OMS, 2014). Les messages devraient cibler les problèmes de santé mentale, les idéations suicidaires et faire la promotion des services disponibles. En particulier, le stress post-traumatique et l'épuisement devraient être mis de l'avant, et leurs liens avec les facteurs de risque psychosociaux du travail pourraient être expliqués. Aussi, l'archétype du « héros » invulnérable devrait être démenti afin d'augmenter l'acceptabilité de la demande d'aide. La campagne pourrait prendre des formes matérielles et numériques, comme des affiches distribuées dans les milieux de travail et des publications sur les réseaux sociaux.

Un autre enjeu de sensibilisation concerne les demandes de réclamation aux assurances en cas de maladie professionnelle. Les demandes déposées plus de six mois après la tombée d'un diagnostic sont non-recevables selon la LMRSSST. Nous recommandons à la CNESST de diffuser de l'information à ce sujet aux paramédics et à d'autres parties prenantes en santé psychologique au travail, comme les employeurs, les gestionnaires et les syndicats.

4.2.2.2 Relations de travail

Les employeurs de paramédics devraient diminuer les sources de conflits, créer des relations soutenantes au sein de leurs organisations et favoriser la reconnaissance des TAP et de leur travail. Les situations conflictuelles identifiées dans les données incluent le harcèlement et les problèmes de communication et de coopération entre les paramédics et les gestionnaires. Nous recommandons que le comité de travail sur la prévention du suicide explore des façons de réduire ou d'éliminer ces sources de conflits ainsi que d'autres situations que ce projet n'aurait pas documentées.

Cultiver des relations soutenantes au travail est un élément crucial pour favoriser le bien-être psychologique au travail chez les TAP et la demande d'aide. Des activités devraient être organisées régulièrement afin d'améliorer la qualité des interactions, de resserrer les liens et d'augmenter la perception de reconnaissance au travail. Améliorer les relations de travail pourrait aussi augmenter la confiance qu'on les TAP envers les autres membres de leur organisation de travail. Un climat de soutien et de confiance est un facteur propice à l'application des politiques contre le harcèlement (Hodgins et al., 2020) et à l'implantation de programmes de pairs-aidants (Tessier et al., 2021) qui sont à leur tour des outils de prévention du suicide.

4.2.2.3 Conditions de travail

Les employeurs devraient aménager les conditions de travail et implanter des politiques visant à diminuer la surcharge de travail et les conflits travail-vie personnelle. Nous recommandons que le comité de travail explore des mesures qui permettent de diminuer la surcharge de travail. Des exemples incluent l'embauche de personnel et la réévaluation de la nécessité de procéder à des transports par ambulance en situation non urgente. Identifier des moyens pour permettre de la flexibilité dans les horaires de travail est aussi indiqué.

Améliorer les conditions de travail pourrait engendrer des bénéfices pour les individus et les organisations, comme augmenter le bien-être psychologique au travail et réduire le roulement du personnel (Boies, 2015). De plus, réduire à la source les stresseurs chroniques pourrait réduire le fardeau associé au TSPT sur les paramédics et les organisations en services préhospitaliers d'urgence. En effet, la combinaison des EPT et des stresseurs chroniques favorise l'émergence de ce trouble (Donnelly et al., 2016; Reti et al., 2021; Van der Ploeg et Kleber, 2003).

4.2.3 Réseau et ressources : soutenir les paramédics vivant des problèmes courants

Les stratégies situées à ce niveau sont destinées aux personnes qui vivent des difficultés communes, comme les problèmes relationnels, les pertes et le stress professionnel. Elles ciblent aussi des problèmes plus spécifiques dont l'exposition aux EPT. Elles visent à augmenter le soutien social, accroître l'accès aux ressources ainsi qu'à réduire la stigmatisation du recours aux soins et services en santé mentale.

4.2.3.1 Services psychosociaux

Nous recommandons que chaque service ambulancier soit doté d'un PAE qui donne accès à un service de soutien psychologique et des visites de routine. La disponibilité des services devrait comprendre des plages horaires cohérentes avec les horaires parfois atypiques ainsi que des systèmes ayant la capacité de répondre rapidement aux demandes. Comme les déplacements vers les services constituent une

barrière structurelle à leur accès, les organismes qui livrent les PAE devraient être équipés pour offrir du soutien à distance, surtout dans les territoires moins bien desservis en termes de ressources.

Nous recommandons que les intervenants chargés du soutien psychologique comptent parmi eux des professionnels expérimentés en matière de réactions de stress post-traumatique et familiales avec le travail des paramédics. Le nombre d'intervenants compétents est limité, et les actions visant à réduire les obstacles à l'accès aux services pourraient entraîner une augmentation de la demande de consultation. Nous encourageons donc les milieux de formation à préparer davantage de professionnels issus de disciplines telles que la psychologie, le travail social et la psychoéducation, à intervenir auprès des membres du PSP. Créer des programmes de deuxième cycle centrés sur le soutien en contexte de trauma au travail, comme les programmes courts en psychologie et les diplômes d'études supérieures spécialisées, pourrait augmenter l'offre de services.

Nous recommandons également que la thérapie de couple soit offerte par l'entremise des PAE afin de réduire le stress dans la sphère familiale et de prévenir les ruptures et les divorces. Ceux-ci constituent des déclencheurs importants des comportements suicidaires associés aux difficultés de conciliation travail-vie privée.

Un organisme offre des services pour les personnes en uniforme et dans les métiers d'aide et de soins : la maison de thérapie La Vigile. Celle-ci a pour mission d'aider ces personnes lorsqu'elles présentent un problème lié à l'usage de substances à adopter de saines habitudes de vie. Cet organisme offre aussi une ligne d'écoute accessible en tout temps. Les personnes qui opèrent cette ligne sont formées à l'intervention auprès de la personne suicidaire. Nous recommandons de publiciser les services de la maison de thérapie La Vigile dans le secteur du préhospitalier. Les milieux de formation devraient inviter des représentants de cet organisme à présenter leurs services annuellement aux finissants des programmes de soins préhospitaliers d'urgence, mais aussi auprès des syndicats et des employeurs.

4.2.3.2 Soutien par les pairs

Chaque service ambulancier devrait choisir un format de pairs-aidants à implanter, identifier les personnes qui assumeront ce rôle, inscrire ces personnes à une formation reconnue, surveiller leurs activités et offrir le soutien nécessaire aux pairs-aidants.

Selon leurs besoins, les organisations peuvent choisir parmi les modèles de pair-aidance spécifiquement destinés aux PSP (Greenberg & Wignall, 2012; Milliard, 2020; Scully, 2011). Pour répondre aux besoins en matière d'exposition aux EPT, nous recommandons que les programmes de pairs-aidants comprennent minimalement un volet de premiers soins psychologiques. Dans certains milieux, les pairs-

aidants sont surtout sollicités en lien avec les stressseurs organisationnels (Milliard, 2020). Le soutien par les pairs ne devrait pas être offert qu'en réaction aux stressseurs aigus.

Les pairs-aidants devraient répondre à des critères tels qu'avoir au moins cinq ans de service, être nommés par au moins un collègue et participer à une évaluation de la candidature par une équipe de pairs et de cliniciens (Milliard, 2020; Scully, 2011; Tessier et al., 2021).

Le rôle de pair-aidant sollicite les ressources personnelles de ceux qui l'occupent. À Urgences-santé, l'évaluation du programme a montré que le fait d'occuper ce rôle augmente la charge de travail (Tessier et al., 2021). Sursollicités, certains pairs-aidants ont investi du temps personnel afin de répondre aux demandes, ce qui a entraîné de l'épuisement. Puisque la fatigue abonde chez les TAP et que des participants à la présente étude ont attribué leurs idéations suicidaires à l'épuisement, la répartition du travail et le bien-être des pairs-aidants devraient être surveillés.

Dans une perspective de prévention du suicide, nous recommandons que les pairs-aidants soient formés comme sentinelles. L'impact d'une telle mesure pour la prévention du suicide pourrait atteindre la population générale québécoise. Les paramédics sillonnent les communautés et entrent régulièrement en contact avec des citoyens en détresse. Ils pourraient utiliser leurs compétences de sentinelles auprès des bénéficiaires de leurs services autant qu'avec leurs collègues de travail.

4.2.4 Individus à haut risque

Les formations sur les façons de porter assistance aux TAP en détresse décrites précédemment devraient faciliter la prise en charge des TAP les plus à risque. Au troisième niveau, d'autres stratégies ciblent les paramédics avec troubles de santé mentale ou comportements suicidaires.

4.2.4.1 Accès aux moyens létaux

Les organisations devraient établir une liste de situations indiquant que la possession de fentanyl peut représenter un danger pour le TAP, et qui entraîneraient une évaluation de la nécessité de restreindre l'accès au fentanyl dans l'équipement de travail, comme : l'expression d'idéations suicidaires sérieuses, une tentative de suicide récente, l'expression d'une détresse psychologique marquée en raison d'une situation personnelle ou professionnelle, une absence du travail pour un problème de santé mentale, une absence du travail de plus de 14 jours et sur recommandation d'un professionnel de la santé (Corthésy-Blondin, Poirier, & Genest, 2023).

4.2.4.2 Troubles de santé mentale

Nous recommandons que les gestionnaires et les représentants syndicaux réalisent des suivis réguliers auprès des paramédics qui s'absentent du travail pour des raisons de santé pour une longue durée. En collaboration avec des TAP, les organisations devraient produire des lignes directrices afin que les suivis soient soutenant et qu'ils n'exercent pas de pression supplémentaire sur les travailleurs en rétablissement. De plus, des procédures d'accompagnement pour le retour au travail devraient être développées afin de ne pas freiner ou renverser le rétablissement. De telles procédures seront discutées dans la prochaine section.

4.2.4.3 Comportements suicidaires

Dans l'éventualité d'une tentative de suicide par un TAP, le milieu de travail peut faciliter le rétablissement. Roy (Juin 2019) recommande aux gestionnaires des pratiques à adopter dans un tel contexte. La première consiste à maintenir un contact positif avec les personnes qui ont fait une tentative de suicide. Les gestionnaires devraient être à l'écoute des besoins, faire preuve d'empathie, respecter le rythme de rétablissement et mettre en place des moyens pour faciliter les démarches administratives. La deuxième pratique est de planifier le retour au travail. Celle-ci correspond à évaluer les attentes et les craintes de la personne et à déterminer ce qui peut répondre aux attentes et diminuer les craintes; discuter des limitations et recommandations du professionnel de la santé et faire des aménagements si nécessaire; discuter des conditions de travail antérieures qui ont contribué à la détérioration du bien-être et voir ce qui peut être fait pour les modifier; élaborer un plan de retour avec l'employé et le supérieur; et s'assurer de la collaboration des collègues et des supérieurs en fonction des attentes et des craintes exprimées par la personne. La troisième pratique survient au moment du retour au travail. Elle correspond à réserver un accueil chaleureux et respectueux au travailleur, s'assurer que les recommandations médicales sont respectées et faire un suivi formel sur l'état de bien-être de l'employé et s'ajuster au besoin.

Ces recommandations peuvent aussi s'appliquer au rétablissement d'un TAP qui s'est absenté du travail pour un problème de santé, mais sans tentative de suicide. Qui plus est, une personne en arrêt de travail pourrait avoir tenté de se suicider sans le dévoiler à l'organisation. Ces procédures seront plus faciles à appliquer si les conditions de travail et le climat de travail sont favorables au bien-être psychologique et que tout le personnel est sensibilisé à la santé mentale et au suicide.

Enfin, nous recommandons au Bureau du coroner du Québec de compiler systématiquement les décès par suicide des paramédics afin d'en faciliter la surveillance.

4.3 Limites de l'étude

4.3.1 Devis

Une limite importante est l'incapacité d'inférer la causalité. En effet, le devis transversal employé ne permet pas de déterminer la direction de la relation entre les variables étudiées puisque celles-ci sont mesurées en même temps. Prenons par exemple la relation entre le soutien social et les idéations suicidaires. Notre étude ne permet pas de déterminer si le soutien social réduit l'incidence des idéations suicidaires, ou si le fait d'être suicidaire rend moins enclin à percevoir le soutien social. Un devis longitudinal permettrait de vérifier la direction de la relation. De plus, manipuler le soutien social à l'aide d'une intervention permettrait de déterminer si la probabilité de rapporter des idéations suicidaires sérieuses résulte effectivement du soutien social perçu.

Malgré ses limites, le devis corrélationnel est utile dans certains contextes. C'est le cas lorsque l'objectif est d'explorer les liens entre certaines variables préalablement à des études plus approfondies (Vallerand, 2006). Le peu de documentation existante sur la problématique justifie le devis corrélationnel de cette étude exploratoire.

4.3.2 Population

Les résultats de cette étude ne sont a priori généralisables qu'aux TAP. Les autres PSP présentent possiblement des caractéristiques qui les distinguent de nos participants. Par exemple, les pompiers sont presque tous des hommes alors que près du quart des paramédics sont des femmes (Emploi Québec, n.d.-a, n.d.-c). La participation à l'étude était volontaire. Les thèmes annoncés de l'étude pourraient avoir favorisé la participation de certains sous-groupes. Ceci limite la généralisation des résultats, notamment ceux en lien avec la prévalence des comportements suicidaires. En effet, nous avons eu recours à un échantillon de convenance assemblé dans le cadre d'une étude portant spécifiquement sur les comportements suicidaires. Les TAP avec un historique de comportements suicidaires pourraient s'être sentis particulièrement concernés par l'étude et avoir participé dans une proportion non représentative des TAP en général au Québec. L'étude canadienne de Carleton et al. (2018), qui présentait des taux élevés de comportements suicidaires, présentait la même limite. Des études basées sur des échantillons probabilistes et couvrant des sujets plus variés ont rapporté des taux plus bas. C'était notamment le cas pour l'étude chez les TAP norvégiens (Sterud et al., 2008) et l'EQSP (Institut de la statistique du Québec, 2016). Afin d'estimer plus rigoureusement la prévalence des comportements suicidaires chez les TAP au Québec et au Canada, des méthodes de recrutement aléatoires sont nécessaires. Nous avons présenté les taux à titre informatif dans la description de l'échantillon. Établir la prévalence des comportements suicidaires chez les TAP québécois n'était pas un objectif de la présente étude.

Des 449 personnes qui ont entamé le questionnaire, 93 (20,7 %) n'ont pas progressé jusqu'à la dernière section de l'enquête, soit celle sur les comportements suicidaires. Comme nous n'avons pas recueilli les adresses IP, les participants devaient remplir le questionnaire en une seule séance. Nous ne pouvons expliquer avec certitude ces abandons, mais la longueur du questionnaire pourrait avoir dissuadé les paramédics de terminer la tâche. Le taux d'abandon se compare avantageusement à celui obtenu dans l'étude canadienne de Carleton et al (2018) qui atteignait 39,6 %.

4.3.3 Méthode de collecte de données

Nous avons eu recours à une collecte de données autorapportées, et celles-ci sont sujettes au biais de rappel. Pour les participants dont les comportements suicidaires remontaient à plusieurs années, répondre avec exactitude aux questions ouvertes sur les circonstances qui entouraient les comportements suicidaires pouvait s'avérer difficile.

Des items référaient à des construits qui pouvaient être perçus de façons différentes selon la définition implicite que possède chaque individu de ce construit. Par exemple, le harcèlement était mesuré par l'item « Depuis le début de votre carrière comme paramédic, avez-vous été victime de harcèlement au travail ? ». Aucune définition du harcèlement n'était fournie dans le questionnaire. Le harcèlement possède des caractéristiques particulières que certains participants ne connaissaient peut-être pas. Le sous-groupe de participants qui ont rapporté du harcèlement pourrait donc contenir des personnes qui auraient plutôt vécu des incivilités qui ne se qualifient pas comme du harcèlement psychologique au travail. À l'avenir, les chercheurs devraient utiliser les fonctions des plateformes de collecte de données en ligne qui permettent d'afficher des informations supplémentaires comme les définitions des termes employés, ou encore demander aux participants de décrire l'expérience de harcèlement qu'ils ont vécue.

La collecte de données qualitatives par questionnaires a aussi ses limites. Des entrevues individuelles auraient pu générer des réponses plus riches.

4.3.4 Variables choisies

Nous n'avons pas mesuré tous les facteurs qui peuvent affecter le risque suicidaire des TAP. Une fois contrôlés, des facteurs pourraient atténuer, voir éliminer les relations observées dans la présente étude. La dépression en est un, et ses associations avec le suicide et le trouble de stress post-traumatique sont connues (Arsenault-Lapierre et al., 2004; Van Ameringen et al., 2008). Certaines recherches sur le PSP ont montré que le stress post-traumatique n'expliquait pas plus de variance des comportements suicidaires que les symptômes de dépression (Chopko et al., 2014). D'autres ont montré que chacun de ces facteurs de risque y contribuait de façon unique (Bing-Canar et al., 2019). Il serait intéressant de

vérifier si l'association entre le stress post-traumatique et les comportements suicidaires demeure en tenant compte de la dépression chez les paramédics. Nous n'avons pas inclus la dépression parmi les variables à l'étude puisque son association avec le risque suicidaire est bien connue et puisque nous voulions nous concentrer sur des facteurs moins souvent étudiés et plus spécifiques au contexte des paramédics.

Le projet de thèse a pour objectif ultime de contribuer à la prévention du suicide chez les TAP. La plupart des résultats sont basés sur des facteurs liés aux idéations suicidaires seulement, et les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et le décès par suicide sont des phénomènes différents. Les idéations suicidaires demeurent un facteur de risque important d'une éventuelle tentative de suicide (Nock et al., 2008). Connaître les facteurs impliqués dans le développement des idéations suicidaires est donc pertinent pour la prévention. Aussi, les idéations suicidaires indiquent une détresse psychologique. Leur prévention est donc pertinente. Qui plus est, réduire la prévalence des idéations suicidaires est une cible de la Stratégie nationale de prévention du suicide (Gouvernement du Québec, 2022a). La proportion de personnes avec tentatives de suicide était trop petite pour réaliser des analyses quantitatives multivariées avec une puissance statistique acceptable. Il sera important que des études futures comprennent plus de TAP avec tentative de suicide pour effectivement distinguer les trajectoires de ceux avec idéations suicidaires seulement de celles des TAP avec tentatives de suicide.

4.3.5 Analyses qualitatives

Les analyses de contenu ont mené à la création de catégories de codage dont la fréquence était parfois faible. De plus, nous avons scindé l'échantillon en fonction du type de comportement suicidaire ou du moment d'occurrence de ces derniers. Une fois divisées en sous-groupes, les fréquences diminuaient davantage. Nous n'avons donc pas toujours pu faire des inférences basées sur les différences de groupes observées.

La dernière question ouverte demandait de proposer des mesures préventives à déployer « dans les milieux de travail du secteur du préhospitalier ». Cette formulation limitait les réponses au contexte du travail. Des participants ont tout de même proposé des mesures qui dépassaient l'environnement de travail, comme la reconnaissance du TSPT comme maladie professionnelle.

4.4 Forces de l'étude

Ceci est une des rares études explorant les facteurs associés aux comportements suicidaires des TAP, une population au risque de suicide élevé et pour laquelle aucune intervention spécifique en prévention du suicide n'existe. Dans une perspective exploratoire, des variables reliées à l'individu et son

environnement ont été considérées en lien avec les comportements suicidaires. Les approches essentiellement quantitatives contraignent les participants à ne s'exprimer que sur les thématiques sélectionnées par le chercheur. En revanche, les questions ouvertes permettent aux participants d'exprimer des idées qui peuvent enrichir les analyses. C'est pourquoi nous avons adopté le volet supplémentaire qualitatif qui nous a permis de mieux comprendre le processus suicidaire des TAP dans son ensemble. Une autre force du projet est que celui-ci est issu de la volonté des milieux à produire des connaissances à mieux comprendre la problématique. Au surplus, le cadre de prévention proposé repose en grande partie sur les suggestions formulées par les TAP eux-mêmes.

4.5 Pistes de recherches futures

Des études de réplication permettraient de vérifier si les résultats observés se répètent chez d'autres paramédics et dans des populations similaires. De plus, des recherches sur les facteurs qui distinguent, parmi les paramédics avec idéations suicidaires, ceux qui font des tentatives de suicide seraient utiles. Ces recherches pourraient vérifier quantitativement si l'apaisement et l'utilisation des services protègent de la tentative de suicide comme le propose le modèle du risque suicidaire présenté dans les résultats.

Des études futures pourraient vérifier comment se construit le risque suicidaire des TAP en fonction du désengagement, du stress chronique, des symptômes de TSPT et du soutien social. Nos données et des recherches antérieures permettent de poser l'hypothèse que les stratégies d'adaptation désengagées et le stress chronique organisationnel pourraient être liés aux comportements suicidaires par l'entremise des symptômes du TSPT. D'autres recherches indiquent que le soutien social exerce un effet modérateur sur la relation entre le stress post-traumatique et le risque suicidaire (DeBeer, Kimbrel, Meyer, Gulliver, & Morissette, 2014). Un projet futur pourrait tester simultanément ces effets au sein d'un seul modèle de médiation-modération.

Des études antérieures ont montré que la mortalité par suicide est plus élevée chez les TAP que dans la population générale (Milner et al., 2012; Vigil et al., 2019). Nous ignorons si c'est aussi le cas au Québec et au Canada. Avant qu'il cesse ses activités et ferme ses ressources en ligne, le Tema Conter Memorial Trust publiait des données sur le suicide chez les TAP au Canada. Cet organisme validait auprès des coroners les décès du personnel de la sécurité publique qui lui étaient signalés et calculait les taux de suicide. De 2015 à 2017, les taux de suicide chez les 33 500 paramédics canadiens variaient entre 47,2 et 56,7 par 100 000 personnes. Ces taux étaient nettement plus élevés que le taux canadien en 2015, soit 12,3 par 100 000 personnes (Statistique Canada, 2018). De plus, certains suicides pourraient avoir été omis par la compilation de l'organisme. Ainsi, les taux présentés pourraient même sous-estimer les taux réels de suicide chez les TAP. Compiler systématiquement les suicides de paramédics permettrait de

calculer des taux réels et de les ajuster pour l'âge et pour le sexe afin de vérifier le risque relatif de mortalité dans cette population.

Une pléthore de publications porte sur la prévalence des comportements suicidaires du PSP. Les littératures grise et scientifique contiennent aussi plusieurs modèles de prévention. Les recherches évaluatives sont quant à elles beaucoup plus rares. Des projets devraient développer, implanter et évaluer des mesures de prévention spécifiques aux TAP et au reste du PSP. Par exemple, des interventions qui modifient les stratégies d'adaptation et augmentent la résilience ciblent spécifiquement cette population (Anshel & Brinthaup, 2014; Arble, Daugherty, & Arnetz, 2018; Chitra & Karunanidhi, 2018; Christopher et al., 2016; Kaplan, Bergman, Christopher, Bowen, & Hunsinger, 2017). Les recherches évaluatives montrent ensemble que modifier les stratégies d'adaptation a des effets bénéfiques sur la résilience, le bien-être psychologique et les symptômes de certains problèmes de santé mentale (Corthésy-Blondin et al., 2021). Bien que ces interventions soient recommandées pour la prévention du suicide (International Association of Chiefs of Police, 2018), leurs effets sur les comportements suicidaires et la prévalence des troubles mentaux sont méconnus. Si des études soutenaient l'efficacité de ces interventions à réduire les comportements suicidaires, les inclure dans les cadres de prévention à venir serait d'autant plus pertinent.

CONCLUSION

La présente thèse avait pour objectifs d'identifier des facteurs associés aux comportements suicidaires des TAP québécois et de formuler des recommandations dans une perspective de prévention du suicide adaptée à leur contexte.

Les résultats liés au premier objectif nous ont permis de produire un modèle du risque suicidaire pour cette population. Les idéations suicidaires étaient favorisées par des facteurs situés dans les sphères individuelle, professionnelle et interpersonnelle. Les facteurs liés à l'individu incluaient les antécédents suicidaires, les problèmes de santé mentale, la fatigue, l'épuisement et l'utilisation du désengagement comme stratégie d'adaptation. Le travail des paramédics, situé à l'intersection entre le personnel de la sécurité publique et le personnel de la santé, expose à des stressseurs aigus et chroniques. En effet, les TAP sont régulièrement confrontés à des événements potentiellement traumatiques. Ils sont aussi soumis à des conditions de travail néfastes pour le bien-être, comme la charge de travail qui excède les ressources, les débordements de quart et les horaires atypiques. Selon les participants en général, les relations interpersonnelles à l'extérieur du travail étaient la principale source de problèmes liés aux idéations suicidaires. Il s'agissait de conflits familiaux, de problèmes de couple et d'isolement.

Ces problèmes sont aussi liés entre eux. Les stressseurs chroniques et aigus au travail favorisent l'émergence de certains problèmes de santé auxquels contribue l'utilisation de stratégies d'adaptation apparentées au désengagement. Les conditions de travail ont un impact sur la vie sociale et familiale pour les paramédics qui travaillent selon des horaires atypiques, qui sont maintenus au travail suite à la fin de leur quart et qui transportent le stress du travail à la maison.

En contrepartie, l'apaisement est associé à moins d'idéations suicidaires, et le soutien social perçu chez les collègues pour des problèmes personnels semble atténuer l'effet de la sévérité des symptômes du TSPT sur le risque suicidaire. La tentative de suicide est moins probable chez les paramédics qui utilisent l'apaisement, qui ont eu des expériences satisfaisantes avec les soins et services de santé, qui ont un réseau social soutenant et qui ont des enfants sous leur responsabilité.

L'accès aux médicaments potentiellement létaux pourrait faciliter le passage à l'acte chez les paramédics suicidaires. Ceci s'applique particulièrement dans le contexte où circule le fentanyl dans le secteur du préhospitalier.

Les résultats liés au second objectif montrent que les paramédics suicidaires se confient surtout aux cliniciens, mais aussi à leur entourage et parfois à leurs collègues. Conséquemment, ils pensent

qu'augmenter l'accès aux services et former des pairs-aidants et des sentinelles sont des façons de prévenir le suicide dans leurs milieux. Les recommandations les plus fréquentes visaient l'amélioration des relations de travail et des conditions de travail. Comme ce sont des facteurs importants dans le développement et le maintien du TSPT, et que celui-ci expliquait la plus grande portion de variance des comportements suicidaires, ces recommandations sont d'un grand intérêt pour la prévention.

Ensemble, ces résultats et ceux d'études antérieures sur le suicide chez le PSP nous ont permis de bâtir un cadre global de prévention du suicide spécifique aux TAP. Une lacune dans la littérature est ainsi comblée. Le cadre comprend des mesures qui répondent aux besoins des paramédics en général, de ceux qui vivent des problèmes communs et du nombre qui sont aux prises avec un trouble de santé mentale ou des comportements suicidaires. Dans l'ensemble, les mesures visent à façonner des environnements de travail à la fois favorables au bien-être psychologique et soutenant en cas de problème.

Les résultats indiquent aussi des piste de recherches futures. D'abord, des études de réplication devraient être conduites dans d'autres groupes du PSP afin de vérifier la validité externe des résultats. Ensuite, afin de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans le développement des idéations suicidaires sérieuses des TAP, des recherches pourraient vérifier de façon prospective comment les symptômes du TSPT et le soutien social influencent la relation entre les stratégies d'adaptation désengagées, le stress chronique au travail et les idéations suicidaires. Malgré l'ampleur des problèmes de santé mentale et des comportements suicidaires chez les TAP, peu d'activités de prévention ciblent ces travailleurs. Or, la littérature comporte des interventions qui semblent répondre à leurs besoins spécifiques. Dans ce contexte, il convient d'implanter ces interventions dans le cadre de programmes globaux de prévention du suicide dans les milieux de travail des TAP et d'évaluer ces programmes. Sur le plan de l'implantation, il faudrait documenter comment s'opérationnalisent concrètement les modèles logiques dans le secteur du préhospitalier. Ceci faciliterait l'implantation de programmes de prévention du suicide dans d'autres population de TAP à travers le monde et d'autres organisations où œuvre le PSP. Sur le plan des effets, il faudrait mesurer l'impact des programmes sur le bien-être psychologique et sur les taux de trouble mentaux et de comportements suicidaires.

Pour terminer, les méthodes traditionnelles de prévention du suicide pourraient ne pas suffir. La sensibilisation, le soutien par les pairs et l'accès accru à des soins et services en santé mentale vont certainement répondre à des besoins importants en lien avec le TSPT et la stigmatisation. Toutefois, même si les obstacles à l'accès aux services diminuent, la préférence pour gérer ses problèmes seul pourrait faire en sorte que des paramédics ne confieront à personne leurs idéations suicidaires. Pour cette raison, les mesures qui visent à améliorer le bien-être psychologique au travail sont cruciales. En

particulier, corriger les stressseurs chroniques organisationnels pourrait avoir pour effet additionnel de réduire un facteur de risque mis en relief par cette étude, soit le stress post-traumatique. Il s'agirait d'une approche novatrice du point de vue de la prévention du suicide en milieu de travail. Encore une fois, c'est ce qu'ont recommandé le plus grand nombre de paramédics ayant participé à cette étude.

ANNEXE A
COURRIEL D'INVITATION À PARTICIPER

Objet : Enquête Hercule – Invitation

Bonjour à tous,

Nous vous invitons à participer au projet Hercule, une enquête qui porte sur **le bien-être psychologique, le stress professionnel et les comportements suicidaires chez les paramédics québécois**. Ce projet, développé en collaboration avec l'Université du Québec à Montréal, a été approuvé par vos représentants et délégués syndicaux lors de l'assemblée syndicale du secteur préhospitalier du 17 janvier 2018. La participation se fait en ligne et prendra environ 30 minutes. En participant, vous pourrez courir la chance de gagner une des **5 cartes-cadeau d'une valeur de 50 \$** échangeables chez Amazon.

Nous cherchons des participants:

- ✓ Paramédics;
- ✓ Employés dans un milieu syndiqué FSSS-CSN;
- ✓ Qui sont en mesure de comprendre le français écrit.

Il n'y a pas d'avantage immédiat à participer à l'enquête. Toutefois, votre participation pourrait contribuer à la science et à améliorer les conditions de travail des paramédics au Québec. Le projet a été approuvé par Le Comité d'éthique pour les projets étudiants impliquant des êtres humains, certificat # 2938.

Pour prendre connaissance du formulaire d'information et de consentement ainsi que pour accéder à l'enquête, cliquez sur le lien ci-dessous. Notez que nous enverrons à tous un courriel de rappel dans 10 jours afin de nous assurer que tous les participants potentiels aient vu l'invitation avant l'expiration de l'enquête.

Voici le lien : <https://limesurvey.uqam.ca/index.php/686519?lang=fr>

Nous vous remercions pour votre participation et vous souhaitons une excellente journée.

ANNEXE B
PUBLICITÉ SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



Projet **HERCULE**

Enquête sur le bien-être des
paramédics québécois

Nous vous avisons de l'enquête Hercule qui porte sur le **bien-être, le stress professionnel et les comportements suicidaires chez les paramédics québécois**. La participation se fait en ligne et prend entre 20 et 30 minutes. Vous pourriez gagner une des **5 cartes-cadeau de 50 \$** échangeables chez Amazon.

Nous recherchons des participants:

- ✓ Paramédics;
- ✓ Employés dans un milieu syndiqué FSSS-CSN;
- ✓ Comprenant le français écrit.

Pour participer, trouvez l'invitation dans vos courriels. Si vous n'avez pas reçu l'invitation, demandez-la à votre syndicat! Vous avez jusqu'au vendredi 8 mars 23h59 pour participer.

Il n'y a pas d'avantage immédiat à participer; mais cela pourrait contribuer à la science et à améliorer les conditions de travail des paramédics au Québec. Projet approuvé par Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de L'Université du Québec à Montréal (certificat #2938).



Centre de recherche et d'intervention
sur le suicide, enjeux éthiques et
pratiques de fin de vie

ANNEXE C

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Bonjour!

Merci d'avoir accédé à la plateforme en ligne du projet Hercule, une enquête qui vise à mieux comprendre la réalité professionnelle des techniciens ambulanciers et paramédics québécois en lien avec leurs comportements suicidaires. Votre participation est importante pour accéder à une meilleure compréhension des changements organisationnels à apporter afin de favoriser le bien-être des techniciens ambulanciers et paramédics québécois et de prévenir le suicide parmi ceux-ci.

IDENTIFICATION

Chercheur principal: Laurent Corthésy-Blondin, candidat Ph.D. recherche & intervention, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, corthesy-blondin.laurent@courrier.uqam.ca

Directeur: Brian L. Mishara, Ph.D. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Co-directrice : Cécile Bardon, Ph.D. Département de psychologie, Université du Québec à

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

But général du projet

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui vise à mieux comprendre les facteurs associés aux comportements suicidaires des techniciens ambulanciers et paramédics québécois et de proposer des pistes de prévention. Nous nous intéressons, entre autres, aux idéations suicidaires, aux tentatives de suicide et aux variables individuelles et reliées à l'environnement de travail pouvant influencer le bien-être.

Participants recherchés

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

1. Être techniciens ambulancier ou paramédic
2. Travailler en milieu syndiqué FSSS-CSN
3. Être en mesure de lire le français

Tâche demandée

Le projet implique de répondre à un questionnaire en ligne portant principalement sur votre

bien-être. Par exemple, nous vous poserons des questions sur le stress vécu au travail, sur vos habitudes de consommation, sur le soutien dont vous disposez au travail et sur votre historique de comportements suicidaires. Le temps requis pour compléter le questionnaire est d'environ 30 minutes.

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 (voir ce qu'on veut configurer). **Pour cette raison, il ne vous sera pas possible de retourner à votre questionnaire une fois la fenêtre fermée.** 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 d'identifier quiconque y ayant participé. Elles ne seront visualisées que par le chercheur principal, son directeur et sa co-directrice.**

Les résultats de cette étude serviront à des fins de rapports de recherche (destinés à la Fédération de la santé et des services sociaux et à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail) et de publications scientifiques. Ils pourraient être communiqués dans les médias scientifiques généraux (colloques, revues scientifiques).

Conservation des données

Nous souhaitons 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 éthique approprié ainsi que par la Fédération de la santé et des services sociaux affiliée à la Centrale de syndicats nationaux

Avantages et risques

Il est impossible de vous assurer que votre participation au projet vous procure un avantage personnel. Il est probable qu'il soit bénéfique d'avoir la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances en prévention du suicide.

Les inconvénients sont le temps requis pour répondre et le malaise pouvant être lié à certaines questions. Si vous ressentez le besoin de parler de votre expérience, il vous est possible de contacter les ressources décrites dans l'onglet **Ressources d'aide**.

Participation volontaire

Votre participation se fait sur une base entièrement volontaire. **Vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment et fermer la fenêtre de votre navigateur sans aucun préjudice.**

Compensation

Pour vous remercier de votre temps, nous vous offrirons de participer à un tirage de 5 cartes cadeaux d'une valeur de 50 \$ échangeable sur la plateforme Amazon. Pour participer au tirage, vous devrez nous laisser, à la fin du questionnaire, une adresse courriel pour vous rejoindre. **Cette adresse ne sera en aucun cas liée à vos réponses aux questions**, car elle sera enregistrée séparément de vos réponses au questionnaire et sera détruite suite au tirage.

Des questions sur le projet ou sur vos droits?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Chercheur principal: Laurent Corthésy-Blondin, candidat Ph.D. recherche & intervention, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, corthesy-blondin.laurent@courrier.uqam.ca

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ 4 : sergent.julie@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642].

FORMULE D'ADHÉSION À L'ÉTUDE ET SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

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 dans un **milieu de travail syndiqué par la FSSS-CSN** 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.

En cliquant sur SUIVANT vous acceptez ces conditions et débuterez le questionnaire

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE

A1. Êtes-vous

- Un homme
- Une femme
- Autre / aucun des deux

A2. Quel âge avez-vous?

A3. Quel est votre statut civil?

- Célibataire
- En couple non marié(e)
- Marié(e)
- Divorcé
- Veuf/veuve

A4. Depuis combien de temps travaillez-vous comme paramédic, en excluant les années de formation? (ex. inscrivez « 2 » à années et « 8 » à mois si vous travaillez depuis 2 ans et 8 mois)

Années : _____

Mois : _____

A5. Pour quel type d'employeur travaillez-vous actuellement?

- Privé
- Public
- Coopératif
- Organisme à but non lucratif

A6. Dans quelle région sociosanitaire travaillez-vous actuellement?

- Abitibi-Témiscamingue
- Bas-Saint-Laurent
- Capitale-Nationale
- Chaudière-Appalache
- Côte-Nord
- Estrie
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Lanaudière
- Laurentides
- Laval
- Mauricie et Centre-du-Québec
- Montérégie
- Montréal
- Nord-du-Québec
- Nunavik
- Outaouais
- Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Terres-Cris-de-la-Baie-James

A7. Selon quel type d'horaire occupez-vous présentement vos fonctions de paramédic?

- Jour - Régulier
- Soir - Régulier
- Nuit - Régulier
- Faction, ou 7/14
- Moitié à l'heure, moitié faction
- Je suis présentement en arrêt de travail

A8. Pour quelle raison êtes-vous présentement en arrêt de travail?

- Santé physique

- Santé mentale
- Je ne suis pas en arrêt de travail
- Autre raison (veuillez spécifier)

A9. (Si cela s'applique) Depuis combien de mois êtes-vous en arrêt de travail?

A10. Comment avez-vous eu accès à ce questionnaire

- Je l'ai reçu par courriel, automatiquement
- Je l'ai reçu par courriel, mais j'ai demandé à ce que l'on me l'envoie

Vous trouverez ci-dessous une liste d'éléments décrivant les différents aspects du travail de technicien(ne) ambulancier(-ière), ambulancier(-ière) paramédical(e).

B1. Veuillez indiquer à quel point chacun de ces facteurs vous a amené du stress au cours des six derniers mois.

	Aucun stress		Stress modéré			Stress élevé	
Sentiment que des règles différentes s'appliquent à différentes personnes (p. ex. le favoritisme)	1	1	1	1	1	1	1
Sentiment que vous devez toujours vous prouver à l'employeur	1	1	1	1	1	1	1
Changements constants dans la politique / législation	1	1	1	1	1	1	1
Pénurie de personnel	1	1	1	1	1	1	1
Lourdeur des formalités bureaucratiques	1	1	1	1	1	1	1
Manque de formation sur le nouvel équipement	1	1	1	1	1	1	1
Relations avec les superviseurs	1	1	1	1	1	1	1
Manque de ressources	1	1	1	1	1	1	1
Partage inégal des responsabilités professionnelles	1	1	1	1	1	1	1
Gestionnaires qui mettent trop l'accent sur les aspects négatifs (évaluations des superviseurs, plaintes du public, etc.)	1	1	1	1	1	1	1
Travail par horaires de faction	1	1	1	1	1	1	1
Risque de vous blesser au travail	1	1	1	1	1	1	1
Gestion de votre vie sociale en dehors du travail	1	1	1	1	1	1	1
Amis / proches ressentant les effets de la stigmatisation associée à votre travail	1	1	1	1	1	1	1
Manger sainement au travail	1	1	1	1	1	1	1
Fatigue	1	1	1	1	1	1	1
Manque de compréhension de vos amis et de votre famille concernant votre travail	1	1	1	1	1	1	1
Se faire des amis en dehors du travail	1	1	1	1	1	1	1
Commentaires négatifs de la part du public	1	1	1	1	1	1	1
Sentiment que vous ne quittez jamais vraiment le travail	1	1	1	1	1	1	1

Nous sommes intéressés par la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux événements difficiles ou stressants dans leur vie. Il y a beaucoup de manières d'essayer de faire face au stress. Ce questionnaire vous demande d'indiquer ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant.

D1. Comment réagissez-vous habituellement lorsque survient un événement stressant?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.	1	1	1	1

Je détermine une ligne d'action et je la suis.	;	;	;	;
Je me dis que ce n'est pas réel.	;	;	;	;
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	;	;	;	;
Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.	;	;	;	;
Je renonce à essayer de résoudre la situation.	;	;	;	;
J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	;	;	;	;
J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.	;	;	;	;
J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	;	;	;	;
Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	;	;	;	;
J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.	;	;	;	;
Je me critique.	;	;	;	;
J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.	;	;	;	;
Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	;	;	;	;
J'abandonne l'espoir de faire face.	;	;	;	;
Je prends la situation avec humour.	;	;	;	;
Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).	;	;	;	;
J'exprime mes sentiments négatifs.	;	;	;	;
J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.	;	;	;	;
Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.	;	;	;	;
Je refuse de croire que ça m'arrive.	;	;	;	;
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation	;	;	;	;
J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.	;	;	;	;
Je planifie les étapes à suivre.	;	;	;	;
Je me reproche les choses qui m'arrivent.	;	;	;	;
Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.	;	;	;	;
Je prie ou médite.	;	;	;	;
Je m'amuse de la situation	;	;	;	;

Les prochaines questions porteront sur la consommation d'alcool et de drogues. Indiquez si oui ou non les événements suivants se sont produits ou non.

E1. Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool?

- Oui
- Non

E2. Dans les 30 derniers jours, à combien d'occasions avez-vous consommé de l'alcool?

E3. Durant les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de consommations avez-vous prises en moyenne?

E4. Au cours de l'année précédente, avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de remord après avoir bu ?

- Oui
- Non

E5. Au cours de l'année précédente, est-ce qu'un ami ou un membre de la famille vous a raconté des choses que vous auriez dites ou faites sous l'emprise de l'alcool et dont vous ne vous souveniez plus ?

- Oui
- Non

E6. Au cours de l'année précédente, l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait habituellement de vous ?

- Oui
- Non

E7. Vous arrive-t-il de prendre un verre d'alcool dès le lever ?

- Oui
- Non

E8. Vous arrive-t-il de consommer de la drogue ?

- Oui
- Non

E9. Dans les 30 derniers jours, à combien d'occasions avez-vous consommé de la drogue?

E10. Au cours de l'année précédente, avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de remord après avoir consommé de la drogue ?

- Oui
- Non

E11. Au cours de l'année précédente, est-ce qu'un ami ou un membre de la famille vous a raconté des choses que vous auriez dites ou faites sous l'emprise de la drogue et dont vous ne vous souveniez plus ?

- Oui
- Non

E12. Au cours de l'année précédente, la drogue vous a-t-elle empêché de faire ce qu'on attendait habituellement de vous ?

- Oui
- Non

E13. Vous arrive-t-il de prendre de la drogue dès le lever ?

- Oui
- Non

Les prochaines questions traitent des relations de travail.

F1. En pensant à la place que vous occupez au sein de votre organisation (milieu de travail), à quel point êtes-vous en accord avec les affirmations suivantes?

	En désaccord	Un peu en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Un peu en accord	En accord
Je sens que je fais vraiment partie de cette organisation.	i	i	i	i	i
Dans cette organisation, on s'assure que je me sente entièrement inclus.	i	i	i	i	i
Je me sens un peu comme un « étranger » dans cette organisation.	i	i	i	i	i
Je me sens fréquemment mis à l'écart dans cette organisation.	i	i	i	i	i
Je peux compter sur mes supérieurs lorsque je rencontre des difficultés au travail	i	i	i	i	i
Je peux compter sur mes supérieurs lorsque je rencontre des difficultés dans ma vie personnelle	i	i	i	i	i
Je peux compter sur mes collègues lorsque je rencontre des difficultés au travail	i	i	i	i	i
Je peux compter sur mes collègues lorsque je rencontre des difficultés dans ma vie personnelle	i	i	i	i	i

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois à la suite d'une expérience très stressante. Veuillez s'il-vous-plait lire chaque problème soigneusement et indiquer à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois. Assurez-vous de baser vos réponses sur des problèmes qui sont apparus ou se sont aggravés après l'évènement.

G1. Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par...

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante?	i	i	i	i	i
Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante?	i	i	i	i	i
L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là en train de le revivre)?	i	i	i	i	i
Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante?	i	i	i	i	i
De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration)?	i	i	i	i	i
L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associés à l'expérience stressante?	i	i	i	i	i
L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations)?	i	i	i	i	i
Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante (pour quelque raison que ce soit à l'exception d'une blessure à la tête, ou de consommation d'alcool ou de drogue)?	i	i	i	i	i
Le fait d'avoir de fortes croyances négatives au sujet de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que «Je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux»)?	i	i	i	i	i
Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre (qui n'a pas directement causé l'évènement ou ne vous a pas fait de tort) pour l'expérience stressante ou pour ce qui s'est produit par la suite?	i	i	i	i	i
La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte?	i	i	i	i	i
La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant?	i	i	i	i	i
Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres?	i	i	i	i	i
Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches)?	i	i	i	i	i
Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive?	i	i	i	i	i
Le fait de prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient vous blesser?	i	i	i	i	i
Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant ou sur vos gardes?	i	i	i	i	i

Le fait de vous sentir agité ou de sursauter facilement?	i	i	i	i	i
Des difficultés de concentration?	i	i	i	i	i
Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	i	i	i	i	i

G2. En répondant à la liste de questions précédente, vous êtes-vous basés sur vos réactions suivant un événement survenu sur votre milieu de travail en tant que paramédic?

- Oui
- Non

Voici quelques questions portant sur des événements de vie que vous auriez pu rencontrer durant le début de votre carrière comme paramédics.

H1. Depuis le début de votre carrière comme paramédic, avez-vous été victime de harcèlement au travail?

- Oui
- Non

H2. Quelle était la relation entre vous et la ou les personnes qui vous harcelaient?

- C'était un collègue
- C'était un supérieur
- C'était une personne du public
- C'était un travailleur d'un service connexe
- Autre / Je ne préfère pas répondre
- Je n'ai jamais vécu de harcèlement au travail

H3. À quand remonte le dernier événement de harcèlement au travail?

- C'était il y a plus d'un an
- C'était dans la dernière année
- Cela se passe actuellement
- Ne s'applique pas à moi

H4. Depuis le début de votre carrière comme paramédic, combien de fois êtes-vous intervenu auprès d'une personne décédée par suicide?

H5. De quelle(s) méthode(s) de décès par suicide avez-vous témoigné dans le cadre de votre travail de paramédic?

- Avec des médicaments
- Par collision avec un véhicule moteur
- Avec une arme à feu
- Par pendaison, suffocation
- En se coupant les veines
- Avec les gaz d'échappement d'un véhicule moteur
- Par un saut dans le vide
- Avec des drogues ou de l'alcool
- Autre
- Ça ne m'est jamais arrivé

Nous allons maintenant aborder un sujet délicat, celui de votre historique de comportements suicidaires. Pour des raisons de compilation fiable des données, même si vous n'avez jamais songé au suicide, veuillez lire chaque question et sélectionner la réponse appropriée.

I1. Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider?

- Oui
- Non

I2. Est-ce que cela s'est produit avant ou après votre diplomation comme technicien ambulancier paramédic?

- Avant
- Après
- Avant ET après
- Je n'ai jamais songé sérieusement à me suicider

I3. Est-ce que cela s'est produit dans les 12 derniers mois?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais songé sérieusement à me suicider

I4. Avez-vous songé à un moyen pour le faire?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais songé sérieusement à me suicider

I5. Quel était ce moyen?

- Avec des médicaments
- Par collision avec un véhicule moteur
- Avec une arme à feu
- Par pendaison, suffocation
- En se coupant les veines
- Avec les gaz d'échappement d'un véhicule moteur
- Par un saut dans le vide
- Avec des drogues ou de l'alcool
- Autre
- Je n'ai pas envisagé de moyen pour le faire
- Je n'ai jamais songé sérieusement à me suicider

I6. Avez-vous contacté une ou plusieurs des personnes/ressources suivantes en lien avec vos idées suicidaires?

- Conjoint.e
- Ami
- Collègue de travail
- La Vigile
- Urgence
- Psychologue ou médecin
- Un centre de prévention du suicide/SAM
- Un autre personne / une autre ressource
- Aucune personne/ressource
- Je n'ai jamais songé sérieusement au suicide

I7. Avez-vous déjà tenté de vous suicider?

- Oui
- Non

I8. Est-ce que cela s'est produit avant ou après votre diplomation comme technicien ambulancier paramédic?

- Avant
- Après
- Avant ET après
- Je n'ai jamais tenté de me suicider

I9. Est-ce que cela s'est produit dans les 12 derniers mois?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais fait de tentative de suicide

I10. Par quel moyen avez-vous tenté de le faire?

- Avec des médicaments
- Par collision avec un véhicule moteur
- Avec une arme à feu
- Par pendaison, suffocation
- En se coupant les veines
- Avec les gaz d'échappement d'un véhicule moteur
- Par un saut dans le vide
- Avec des drogues ou de l'alcool
- Autre

- Je n'ai jamais fait de tentative de suicide

I11. Avez-vous eu besoin de soins médicaux suite à cette expérience?

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais fait de tentative de suicide

I12. Dans les deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous songé sérieusement à vous enlever la vie?

- Jamais
- Une fois
- Quelques fois
- Tous les jours

I13. Avez-vous songé à un moyen pour le faire?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas pensé sérieusement au suicide

I14. Quel était ce moyen?

- Avec des médicaments
- Par collision avec un véhicule moteur
- Avec une arme à feu
- Par pendaison, suffocation
- En se coupant les veines
- Avec les gaz d'échappement d'un véhicule moteur
- Par un saut dans le vide
- Avec des drogues ou de l'alcool
- Autre
- Je n'ai pas pensé à un moyen
- Je n'ai pas pensé sérieusement au suicide

I15. Avez-vous parlé à une ou plusieurs des personnes/ressources suivantes à propos de vos idées suicidaires récentes?

- Conjoint.e
- Ami
- Collègue de travail
- La Vigile
- Urgence
- Psychologue ou médecin
- Un centre de prévention du suicide/SAM
- Une autre personne / une autre ressource
- Aucune personne / ressource
- Je n'ai pas pensé au suicide

I16. Quelle est la probabilité que vous fassiez une tentative de suicide dans l'avenir?

- Pas du tout probable
- Peu probable
- Probable
- Certain

I17. Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui a contribué au fait que vous ayez eu des idées suicidaires sérieuses ou que vous ayez fait une tentative de suicide?

I18. Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui fait que, malgré que vous ayez songé sérieusement au suicide, vous n'avez pas procédé à une tentative de suicide?

I19. Si cela s'applique à vous, qu'est-ce qui fait que vous soyez demeuré en vie suite à votre tentative de suicide?

I20. Selon vous, quelles stratégies devraient être déployées dans les milieux de travail du secteur du préhospitalier afin de diminuer l'incidence du suicide chez les paramédics?

Cliquez sur ce lien afin d'accéder à la plateforme de tirage. Après avoir participé, n'oubliez surtout pas de revenir sur cette enquête, de poursuivre à la page finale et de cliquer sur « ENVOYER » pour nous faire parvenir votre questionnaire!

C'est terminé!

Nous vous remercions pour votre participation. La Fédération de la santé et des services sociaux transmettra à ses membres paramédics les résultats saillants du projet Hercule en temps opportun. Les gagnants aux cinq cartes-cadeaux Amazon seront informés de leur prix le [jour mois année].

Nous sommes conscients que certains sujets abordés dans le questionnaire pourraient avoir fait surgir des souvenirs déplaisants et nous avons à coeur leur bien-être et la sécurité de chacun de ceux et celles qui y ont répondu. Si vous vivez de la détresse et ressentez le besoin d'en 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 de l'une ou l'autre de ces deux façons : Par téléphone, 24h/24, au 1 888-315-0007 ou encore, vous pouvez laisser vos coordonnées sur son portail en ligne situé au <https://lavigile.qc.ca/contact/> ce après quoi la Maison de thérapie la Vigile vous contactera dans les plus bref délais.

De plus, les Centres québécois de prévention du suicide disposent d'une ligne téléphonique 24h/24 spécialisée en prévention du suicide. Vous pouvez les rejoindre au 1 866-APPELLE (1 866-277-3553).

Nous vous remercions encore pour votre participation et pour votre travail formidable.

Rappel :

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Chercheur principal: Laurent Corthésy-Blondin, candidat Ph.D. recherche & intervention, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, corthesy-blondin.laurent@courrier.uqam.ca. Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ 4 : sergent.julie@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642].

ANNEXE E

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

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* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Facteurs de risque et de protection du suicide chez les techniciens ambulanciers et paramédics : modélisation et recommandations pour la prévention
Nom de l'étudiant:	Laurent CORTHÉSY-BLONDIN
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche:	Brian L. MISHARA
Codirection:	Cécile BARDON

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. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.


Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE F

INDICES DE SATURATION PAR COMPOSANTE PRINCIPALE DU BRIEF COPE

Item	Facteur					
	1	2	3	4	5	6
Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	0.810					
Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	0.793					
Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.	0.769					
J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.	0.748					
J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	0.688					
J'exprime mes sentiments négatifs.	0.595					
Je planifie les étapes à suivre.		0.805				
J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.		0.747				
Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.		0.690				
Je détermine une ligne d'action et je la suis.		0.645				
J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.		0.599				
J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.		0.440				
J'abandonne l'espoir de faire face.			0.741			
Je me reproche les choses qui m'arrivent.			0.652			
Je refuse de croire que ça m'arrive.			0.641			
Je me dis que ce n'est pas réel.			0.628			
Je renonce à essayer de résoudre la situation.			0.614			
Je me critique.			0.537			
Je m'amuse de la situation				0.791		
Je prends la situation avec humour.				0.755		
Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.				0.485		
Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).				0.431		
J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.				0.423		
Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.				0.174		
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.					0.953	
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.					0.953	
J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.						0.780
Je prie ou médite.						0.750
Eigenvalue (avant la rotation)	6,0	3,4	2,4	1,7	1,6	1,4
% de variance (avant la rotation)	21,2	12,2	8,6	6,0	5,9	5,0

Note : Facteur 1= Recherche de soutien social; Facteur 2= Résolution de problèmes; Facteur 3=Désengagement;

Facteur 4=Apaînement; Facteur 5=Consommation; Facteur 6=Spiritualité.

ANNEXE G
MATRICE DE CORRÉLATIONS – VARIABLES CONTINUES

	Idéations suicidaires (Dernière année)	Idéations suicidaires (Deux dernières semaines)	Probabilité perçue de faire une tentative de suicide
Âge en années	.082	.160**	.008
Nombre d'années d'expérience	.060	.173**	.018
Stress chronique opérationnel	.109*	.186**	.064
Stress chronique organisationnel	.230**	.243**	.172**
Sentiment d'appartenance à l'organisation	-.103	-.142**	-.038
Sévérité des symptômes de stress posttraumatique (transformée)	.405**	.381**	.260**
Soutien des supérieurs (problèmes au travail)	-.073	-.080	-.002
Soutien des supérieurs (problèmes personnels)	-.054	-.089	-.005
Soutien des collègues (problèmes au travail)	-.114*	-.132*	-.014
Soutien des collègues (problèmes personnels)	-.171**	-.273**	-.037
Stratégies orientées vers le soutien social	-.055	-.051	-.103
Stratégies de résolution de problèmes	-.108*	-.112*	-.105*
Stratégies désengagées (transformées)	.221**	.313**	.247**
Stratégies d'apaisement	-.127*	-.194**	-.088
Nombre d'occasions de consommation d'alcool mensuel (transformé)	.041	.038	.062
Nombre de consommations par occasion (transformé)	-.026	.008	.073
Nombre de consommations alcoolisées dans le dernier mois (transformé)	.020	.053	.089
Nombre d'expositions au suicide en carrière (transformé)	.110*	.127*	-.003

Notes. Il s'agit de corrélation de type point biserial.

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

ANNEXE H
MATRICE DE CORRÉLATIONS – VARIABLES DISCRÈTES

Variable	Idéations suicidaires (Dernière année)		Idéations suicidaires (Deux dernières semaines)		Probabilité perçue de faire une tentative de suicide dans le futur	
	X ²	Phi	X ²	Phi	X ²	Phi
COMPLET	.904	.05	.104	.075	.254	.084
Genre	2.077	.076	.555	.039	.990	.053
Statut civil	7.085**	.141	7.06**	.141	2.813	.094
Formation (dl = 2)	5,157	.120	10,677**	.173	.125	.019
Reconnaissance des acquis	.014	.006	3.562	.1	1.394	.063
Programme de soins avancés	5.48	.124	1.012	.053	6.534	.135
Type d'employeur	.945	.052	5.136*	.120	.610	.041
Type d'horaire (dl = 5)	4.109	.107	0.461	.036	9.683	.165
Arrêt de travail	5.813*	.128	5.936*	.129	.067	.014
RAPS-4	2.967	.091	.546	.039	2.367	.082
RDPS-4	1.321	.061	7.542**	.146	2.810	.089
ALCOOL_MODÉRÉ	.024	.008	.771	.047	8.673**	.156
S_CONSO	9.908**	.167	.216	.025	3.265	.096
S_SPIRIT	3.399	.098	9.908**	.167	.216	.025
Harcèlement au travail à vie	1.699	.069	4.265*	.109	.760	.046
Harcèlement au travail dans l'année	1.420	.063	6.747**	.138	.767	.046
Harcèlement au travail actuel	1.508	.065	8.798**	.157	.036	.010

Notes. Tous les tests sont effectués avec un degré de liberté, excepté lorsqu'indiqué autrement.

COMPLET : Le participant a soumis ses réponses avant ou après le courriel de rappel; RAPS-4 : Au moins un problème de consommation d'alcool dans l'année; RDPS-4 : Au moins un problème de consommation drogue dans l'année; ALCOOL_MODÉRÉ : respect ou non du nombre maximum recommandé de consommation d'alcool par occasion de consommation, soit trois pour les hommes et deux pour les femmes; S_CONSO : utilisation de la consommation comme stratégie d'adaptation; S_SPIRIT : utilisation de la spiritualité comme stratégie d'adaptation

^a * p < 0,05

**p < 0,01

ANNEXE I
MANOVA – MODÈLE DU RISQUE GLOBAL

Multivariate Tests^a

Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Risque global	Pillai's Trace	.201	19.625	4.000	704.000	.000
	Wilks' Lambda	.802	20.452 ^b	4.000	702.000	.000
	Hotelling's Trace	.243	21.278	4.000	700.000	.000
	Roy's Largest Root	.228	40.116 ^c	2.000	352.000	.000

a. Design: Intercept + Indice_Risque_8

b. Exact statistic

c. The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Risque_global	PCL5	16943.092	2	8471.546	38.851	.000
	SS-COLL	27.249	2	13.624	8.048	.000
Error	PCL5	76753.717	352	218.050		
	SS-COLL	595.895	352	1.693		
Total	PCL5	195860.957	355			
	SS-COLL	5472.000	355			
Corrected Total	PCL5	93696.810	354			
	SS-COLL	623.144	354			

a. R Squared = .181 (Adjusted R Squared = .176)

b. R Squared = .044 (Adjusted R Squared = .038)

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
	Risque_ global	Risque_ global				Lower Bound	Upper Bound
PCL5	1	2	-6.4102*	1.75575	.000	-9.8632	-2.9571
		3	-21.6810*	2.50107	.000	-26.5999	-16.7621
	2	1	6.4102*	1.75575	.000	2.9571	9.8632
		3	-15.2708*	2.68527	.000	-20.5520	-9.9897
	3	1	21.6810*	2.50107	.000	16.7621	26.5999
		2	15.2708*	2.68527	.000	9.9897	20.5520
SS-COLL	1	2	-.11	.155	.461	-.42	.19
		3	.80*	.220	.000	.37	1.24
	2	1	.11	.155	.461	-.19	.42
		3	.92*	.237	.000	.45	1.38
	3	1	-.80*	.220	.000	-1.24	-.37
		2	-.92*	.237	.000	-1.38	-.45

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 1.693.

*. The mean difference is significant at the .05 level.

RÉFÉRENCES

- Alghamdi, M., Hunt, N., & Thomas, S. (2015). The effectiveness of narrative exposure therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.008>
- Ambulance Paramedics of British Columbia. (2015). *Health wellness survey British Columbia results* http://www.apbc.ca/files/3814/3935/0710/APBC_Mental_Health_Injury_British_Columbia_Data_August_12_2015.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed, text revision*. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (n.d.). *Depressive disorders*. In *APA Dictionary of psychology*. Retrieved September 1, 2022, from <https://dictionary.apa.org/depressive-disorders>
- Anshel, M. H., & Brinthaup, T. M. (2014). An exploratory study on the effect of an approach-avoidance coping program on perceived stress and physical energy among police officers. *Psychology*, 5(7), 676-687. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.57079>
- Arble, E., Daugherty, A. M., & Arnetz, B. B. (2018). Models of first responder coping: Police officers as a unique population. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 34(5), 612-621. <https://doi.org/10.1002/smi.2821>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail - Secteur des affaires sociales. (n.d.). *Fentanyl : Mesures préventives pour les techniciens ambulanciers et les premiers répondants*. Retrieved September 1, 2022 from <http://asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/fentanyl-mesures-preventives-pour-les-techniciens-ambulanciers-et-les-premiers#>
- Barron, S. (2010). Police officer suicide within the New South Wales police force from 1999 to 2008. *Police Practice & Research: An International Journal*, 11(4), 371-382. <https://doi.org/10.1080/15614263.2010.496568>
- Bartlett, B. A., Jardin, C., Martin, C., Tran, J. K., Buser, S., Anestis, M. D., & Vujanovic, A. A. (2018). Posttraumatic stress and suicidality among firefighters: The moderating role of distress tolerance. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 483-496. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9892-y>

- Beehr, T. A., Johnson, L. B., & Nieva, R. (1995). Occupational stress: Coping of police and their spouses. *Journal of Organizational Behavior*, 16(1), 3-25. <https://doi.org/10.1002/job.4030160104>
- Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., Loeb, M., & Ekeberg, O. (2003). Suicidal ideation and attempts in Norwegian police. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 302-312. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.302.23215>
- Berger, W., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M. P., Neylan, T. C., Marmar, C. R., & Mendlowicz, M. V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001-1011. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
- Berk, M. S., Henriques, G. R., Warman, D. M., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(3), 265-277. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(04\)80041-5](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(04)80041-5)
- Bernier, L. (2021). *Stigmate public et barrières à la consultation: étude sur des facteurs pouvant influencer l'utilisation des services d'aide psychologique chez les policiers et les policières* [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke].
- Beshai, S., & Carleton, R. N. (2016). *Peer support and crisis-focused psychological intervention programs in canadian first responders: Blue paper*. University of Regina Collaborative Centre for Justice and Safety. https://www.justiceandsafety.ca/rsu_docs/blue_paper_full_web_final_production_aug_16_2016.pdf
- Bing-Canar, H., Ranney, R. M., McNett, S., Tran, J. K., Berenz, E. C., & Vujanovic, A. A. (2019). Alcohol use problems, posttraumatic stress disorder, and suicide risk among trauma-exposed firefighters. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 207(3), 192-198. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000947>
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Boffa, J. W., Stanley, I. H., Hom, M. A., Norr, A. M., Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2017). PTSD symptoms and suicidal thoughts and behaviors among firefighters. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.014>
- Boies, V. (2015). *L'influence des dimensions de la satisfaction au travail sur l'intention de quitter la profession chez les techniciens ambulanciers/paramédics (TAP) du Québec* [Mémoire de maîtrise, Université Laval].

- Boucher, K., & Laprise, R. (2012). Le soutien social selon une perspective communautaire. In *Agir au coeur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social* (pp. 117-156). Presses de l'Université Laval.
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD checklist for diagnostic and statistical manual of mental disorders—fifth edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment, 28*(11), 1379-1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Bryant, R. A. (2021a). Strategies for treating PTSD in first responders. In *Treating PTSD in first responders: A guide for serving those who serve*. (pp. 103-142). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000255-009>
- Bryant, R. A. (2021b). *Treating PTSD in First Responders*. American Psychological Association.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study of trainee firefighters. *Psychological Science, 16*(10), 749-752. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01608.x>
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 812-815. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.812>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Rawson, N., Cahill, C., Joscelyne, A., Garber, B., Tockar, J., Dawson, K., & Nickerson, A. (2018). Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: A randomised clinical trial. *Psychological Medicine, 49*(9), 1565-1573. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002234>
- Bush, N. E., Smolenski, D. J., Denneson, L. M., Williams, H. B., Thomas, E. K., & Dobscha, S. K. (2017). A Virtual Hope Box: Randomized controlled trial of a smartphone app for emotional regulation and coping with distress. *Psychiatric Services, 68*(4), 330-336. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600283>
- Calear, A. L., & Batterham, P. J. (2019). Suicidal ideation disclosure: Patterns, correlates and outcome. *Psychiatry Research, 278*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.024>
- 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. (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., LeBouthillier, D. M., Duranceau, S., 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., Hatcher, S., Keane, T. M., Stewart, S. H., & Asmundson, G. J. G. (2018). Suicidal ideation, plans, and attempts among public safety personnel in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 59(3), 220-231. <https://doi.org/10.1037/cap0000136>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., Vaughan, A. D., Anderson, G. S., Ricciardelli, R., MacPhee, R. S., Cramm, H. A., Czarnuch, S., Hozempa, K., & Camp, R. D. (2020). Mental health training, attitudes toward support, and screening positive for mental disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 55-73. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1575900>
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Carpenter, G. S., Carpenter, T. P., Kimbrel, N. A., Flynn, E. J., Pennington, M. L., Cammarata, C., Zimering, R. T., Kamholz, B. W., & Gulliver, S. B. (2015). Social support, stress, and suicidal ideation in professional firefighters. *American Journal of Health Behavior*, 39(2), 191-196. <https://doi.org/10.5993/ajhb.39.2.5>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (n.d.). Programmes santé et sécurité. In *Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail*. Retrieved September 1, 2022, from <https://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/eap.html#:~:text=Un%20PAE%20ou%20programme%20d,qui%20nuisent%20%C3%A0%20leur%20rendement.>
- Cerel, J., Jones, B., Brown, M., Weisenhorn, D. A., & Patel, K. (2019). Suicide exposure in law enforcement officers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1281-1289. <https://doi.org/10.1111/sltb.12516>
- Chamberland, J.-P. (2018). *Rapport d'investigation du coroner concernant le décès de Andréanne Leblanc*. Bureau du Coroner du Québec (2018-01637).

- Cherpitel, C. J. (2000). A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: the RAPS4. Rapid Alcohol Problems Screen. *Journal of studies on alcohol*, 61(3), 447-449. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.447>
- Cherpitel, C. J. (2002). Screening for alcohol problems in the US general population: comparison of the CAGE, RAPS4, and RAPS4-QF by gender, ethnicity, and service utilization. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(11), 1686-1691. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02471.x>
- Cherpitel, C. J., & Borges, G. (2004). Screening for drug use disorders in the emergency department: performance of the rapid drug problems screen (RDPS). *Drug and Alcohol Dependence*, 74(2), 171-175. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.12.010>
- Chitra, T., & Karunanidhi, S. (2018). The impact of resilience training on occupational stress, resilience, job satisfaction, and psychological well-being of female police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36, 8-23. <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9294-9>
- Chopko, B. A., Palmieri, P. A., & Adams, R. E. (2015). Critical incident history questionnaire replication: Frequency and severity of trauma exposure among officers from small and midsize police agencies. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 157-161. <https://doi.org/10.1002/jts.21996>
- Chopko, B. A., Palmieri, P. A., & Facemire, V. C. (2014). Prevalence and predictors of suicidal ideation among U.S. law enforcement officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 29, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11896-013-9116-z>
- Christopher, M. S., Goerling, R. J., Rogers, B. S., Hunsinger, M., Baron, G., Bergman, A. L., & Zava, D. T. (2016). A pilot study evaluating the effectiveness of a mindfulness-based intervention on cortisol awakening response and health outcomes among law enforcement officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 31(1), 15-28. <https://doi.org/10.1007/s11896-015-9161-x>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E., Jr. (2016). A test of the interpersonal theory of suicide in a large sample of current firefighters. *Psychiatry Research*, 240, 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.041>
- Chu, C., Hom, M. A., Rogers, M. L., Stanley, I. H., Ringer-Moberg, F. B., Podlogar, M. C., Hirsch, J. K., & Joiner, T. E. (2017). Insomnia and suicide-related behaviors: A multi-study investigation of thwarted belongingness as a distinct explanatory factor. *Journal of Affective Disorders*, 208, 153-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.065>
- Cleland, J. (2015). Exploring versus measuring: considering the fundamental differences between qualitative and quantitative research. In *Researching Medical Education* (pp. 1-14). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch1>

- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 251-265. <https://doi.org/10.1348/014466599162836>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Corporation d'urgences-santé. (2021). *Rapport annuel de gestion: Urgences-santé 2020-2021*. Bibliothèque et archives nationales du Québec. [En ligne]. . <https://www.urgences-sante.qc.ca/wp-content/uploads/2021/09/RAG-2020-2021-Final-Web.pdf>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- Corthésy-Blondin, L., Genest, C., Dargis, L., Bardon, C., & Mishara, B. L. (2021). Reducing the impacts of exposure to potentially traumatic events on the mental health of public safety personnel: A rapid systematic scoping review. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000572>
- Corthésy-Blondin, L., Poirier, M.-H., & Genest, C. (2023). *Guide d'information sur la prévention du suicide chez le personnel policier* (Guide n° RG-1180-fr). Montréal, QC: IRSST. Accessible à <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG-1080-fr.pdf?v=2023-12-09>
- Cox, K. S., Mouilso, E. R., Venners, M. R., Defever, M. E., Duvivier, L., Rauch, S. A. M., Strom, T. Q., Joiner, T. E., & Tuerk, P. W. (2016). Reducing suicidal ideation through evidence-based treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 80, 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.05.011>
- Cramer, R. J., & Kapusta, N. D. (2017). A social-ecological framework of theory, assessment, and prevention of suicide. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01756>
- Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 659-684. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3>
- DeBeer, B. B., Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2014). Combined PTSD and depressive symptoms interact with post-deployment social support to predict suicidal ideation in Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom veterans. *Psychiatry Research*, 216(3), 357-362. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.010>
- Denneson, L. M., Smolenski, D. J., Bauer, B. W., Dobscha, S. K., & Bush, N. E. (2019). The mediating role of coping self-efficacy in Hope Box use and suicidal ideation severity. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 234-246. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456383>

- Dodeler, N. L., & Tremblay, D.-G. (2014). Conciliation emploi-famille et horaires chez les paramédics (ambulanciers) : des différences selon l'âge et le genre. *Management & Avenir*, 73(7), 171-187. <https://doi.org/10.3917/mav.073.0171>
- Donnelly, E. A., Bradford, P., Davis, M., Hedges, C., & Klingel, M. (2016). Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 205-212. <https://doi.org/doi:10.1017/cem.2015.92>
- Donnelly, E. A., Chonody, J., & Campbell, D. (2014). Measuring chronic stress in the emergency medical services. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 29(4), 333-353. <https://doi.org/10.1080/15555240.2014.965824>
- Durkheim, E. (1897/1951). *Le suicide*. Félix Alcan.
- Éduc'Alcool. (n.d.). La modération en quatre chiffres : 2-3-4-0. In *Éduc'Alcool*. Retrieved September 1, 2022, from <https://www.educalcool.qc.ca/faits-et-effets/alcool-et-sante/la-moderation-en-quatre-chiffres-2-3-4-0-2/>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Emploi Québec. (n.d.-a). *Personnel ambulancier et paramédical* [En ligne]. In *Gouvernement du Québec*. Retrieved September 1, 2022, from <https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/3234-personnel-ambulancier-et-paramedical#salaire-horaire>
- Emploi Québec. (n.d.-b). *Policiers / policières* [En ligne]. In *Gouvernement du Québec*. Retrieved September 1, 2022, from <https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/4311-policiers-policieres>
- Emploi Québec. (n.d.-c). *Pompiers / pompières* [En ligne]. In *Gouvernement du Québec*. Retrieved September 1, 2022, from <https://www.quebec.ca/emploi/metiers-professions/explorer-metiers-professions/4312-pompiers-pompieres>
- Evarts, B., & Stein, G. P. (2019). *US fire department profile 2017*. National Fire Protection Association Quincy.
- Everly Jr, G. S., Phillips, S. B., Kane, D., & Feldman, D. (2006). Introduction to and overview of group psychological first aid. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(2), 130-136. <https://doi.org/doi:10.1093/brief-treatment/mhj009>

- Finney, E. J., Buser, S. J., Schwartz, J., Archibald, L., & Swanson, R. (2015). Suicide prevention in fire service: The Houston Fire Department (HFD) model. *Aggression and Violent Behavior, 21*, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.12.012>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Gallagher, S., & McGilloway, S. (2008). Living in critical times: the impact of critical incidents on frontline ambulance personnel: a qualitative perspective. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 9*(3), 215-224, Article 9291.
- Gauthier, B. t., & Bourgeois, I. (2016). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (6e édition. ed.). Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2022a). *Rallumer l'espoir: Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2022b). Technicien ambulancier paramédic. In *Préhospitalier Québec*. Retrieved September 1, 2022, from <https://www.prehospitalierquebec.ca/prehospitalier/technicien-ambulancier-paramedic/>
- Gradus, J. L., Suvak, M. K., Wisco, B. E., Marx, B. P., & Resick, P. A. (2013). Treatment of posttraumatic stress disorder reduces suicidal ideation. *Depression and Anxiety, 30*(10), 1046-1053. <https://doi.org/10.1002/da.22117>
- Gramlich, M. A., & Neer, S. M. (2018). Firefighter-paramedic with posttraumatic stress disorder, horrific images, and depression: A clinical case study. *Clinical Case Studies, 17*(3), 150-165. <https://doi.org/10.1177/1534650118770792>
- 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* (pp. 181-198). John Wiley & Sons.
- Hallgren, K. A. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial. *Tutorials in quantitative methods for psychology, 8*(1), 23-34. <https://doi.org/10.20982/tqmp.08.1.p023>
- Hatcher, S. (2022). *First responder suicides compared with the general population in Ontario: A case control study of coroner records*. Congrès national en prévention du suicide Ensemble pour la vie, Montréal. <https://www.congrespreventionsuicide-montreal2022.ca/wp-content/uploads/2022/05/Programmation-3mai2022.pdf>

- Haugen, P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E., & 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>
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*(1), 74-80. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Hodgins, M., Lewis, D., MacCurtain, S., McNamara, P., Hogan, V., & Pursell, L. (2020). “. . . A bit of a joke”: Policy and workplace bullying. *SAGE Open*, *10*(2). <https://doi.org/10.1177/2158244020934493>
- Holland, M. (2011). The dangers of detrimental coping in emergency medical services. *Prehospital Emergency Care*, *15*(3), 331-337. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.561406>
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2018). Prospective associations of coping styles with depression and suicide risk among psychiatric emergency patients. *Behavior Therapy*, *49*(2), 225-236. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.07.010>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, *15*(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Infocentre de santé publique. (2022a). *Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie pour l'ensemble du Québec, EQSP 2014-2015*. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique.
- Infocentre de santé publique. (2022b). *Proportion de la population qui a déjà songé sérieusement au suicide ou tenté de se suicider au cours de sa vie pour l'ensemble du Québec, EQSP 2014-2015*. Rapport produit par l'Infocentre de santé publique.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015. Recueil statistique. Partie 2 : État de santé physique et mentale (in French only)*. <https://statistique.quebec.ca/en/document/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015>
- International Association of Chiefs of Police. (2018). *Comprehensive Framework for Law Enforcement Suicide Prevention*. Retrieved September 1, 2022 from https://www.theiacp.org/sites/default/files/2021-09/NOSI_Framework_Final%20Copy%2001.pdf
- Janik, J., & Kravitz, H. M. (1994). Linking work and domestic problems with police suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *24*(3), 267-274. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1994.tb00751.x>

- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. <https://doi.org/10.2105/ajph.78.10.1336>
- Kaplan, J. B., Bergman, A. L., Christopher, M., Bowen, S., & Hunsinger, M. (2017). Role of resilience in mindfulness training for first responders. *Mindfulness*, 8(5), 1373-1380. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0713-2>
- Karasek, R., & Theorell, T. r. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Khan, W. A. A., Conduit, R., Kennedy, G. A., & Jackson, M. L. (2020). The relationship between shift-work, sleep, and mental health among paramedics in Australia. *Depression and Anxiety*, 6(3), 330-337. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.12.002>
- Kim, J. I., Park, H., & Kim, J. H. (2018). Alcohol use disorders and insomnia mediate the association between PTSD symptoms and suicidal ideation in Korean firefighters. *Depression and Anxiety*, 35(11), 1095-1103. <https://doi.org/10.1002/da.22803>
- Kimbrel, N. A., Pennington, M. L., Cammarata, C. M., Leto, F., Ostiguy, W. J., & Gulliver, S. B. (2016). Is cumulative exposure to suicide attempts and deaths a risk factor for suicidal behavior among firefighters? A preliminary tudy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(6), 669-677. <https://doi.org/10.1111/sltb.12248>
- Krippendorff, K. (2019). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). Sage Publications, Inc.
- Kydonieus, A. R. (2017). *PTSD as an exacerbating factor of external stressors in law enforcement* [Thèse de doctorat, Alliant International University].
- Langhinrichsen-Rohling, J., Snarr, J. D., Slep, A. M. S., & Heyman, R. E. (2019). Risk for suicide attempts among United States Air Force active duty members with suicide ideation: An ecological perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(12), 1124-1136. <https://doi.org/10.1037/ccp0000435>
- Lapalme, M. È., Stamper, C. L., Simard, G., & Tremblay, M. (2009). Bringing the outside in: Can “external” workers experience insider status? *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 30(7), 919-940. <https://doi.org/10.1002/job.597>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lebeau, M. (2022). Valeurs estimées par le Groupe connaissance et surveillance statistique (GCSS) de la Direction de la recherche de l'IRSST (CNESST; 2014-2019). Montréal, QC: IRSST. Données non publiées.
- Leclerc, A. (2010). *Le processus de construction identitaire chez les personnes atteintes de troubles mentaux* [Thèse de doctorat, Université de Montréal].
- Lévesque, P., Genest, C., & Rassy, J. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2842>
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 328-333. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.4.328>
- Lupien, S. (2012). *Well stressed: Manage stress before it turns toxic*. John Wiley & Sons Ltd.
- Lyra, R. L., McKenzie, S. K., Every-Palmer, S., & Jenkin, G. (2021). Occupational exposure to suicide: A review of research on the experiences of mental health professionals and first responders. *PLoS One*, 16(4), Article e0251038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251038>
- Madsen, B. Å. (2013). *A short measure of reality weakness personality characteristics. Evaluation of the validity in Norwegian medical students* [Mémoire de maîtrise, Université d'Oslo].
- Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S., & Figueira, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.004>
- Mars, B., Hird, K., Bell, F., James, C., & Gunnell, D. (2020). Suicide among ambulance service staff: a review of coroner and employment records. *British Paramedic Journal*, 4(4), 10-15. <https://doi.org/10.29045/14784726.2020.12.4.4.10>
- Martin, C. E., Tran, J. K., & Buser, S. J. (2017). Correlates of suicidality in firefighter/EMS personnel. *Journal of Affective Disorders*, 208, 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.078>
- Mellos, K. (2016). Une science objective? In *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5th ed., pp. 571-589). Presses de l'Université du Québec.

- Milliard, B. (2020). Utilization and impact of peer-support programs on police officers' mental health. *Frontiers in Psychology, 11*, Article 1686. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01686>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H., & LaMontagne, A. D. (2017). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work, 57*(2), 281-287. <https://doi.org/10.3233/wor-172554>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence* [En ligne]. Accédé à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001173/>.
- Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2016). Why mental illness is a risk factor for suicide: implications for suicide prevention. In *International handbook of suicide prevention* (2nd ed., pp. 594-608). John Wiley & Sons, Ltd.
- Mishara, B. L., & Fortin, L.-F. (2021). Long-term effects of a comprehensive police suicide prevention program: 22-year follow-up. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000774>
- Mishara, B. L., & Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 33*(3), 162-168. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000125>
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Presses de l'Université de Montréal.
- Mitchell, J. (1983). *Guidelines for psychological debriefing. Emergency management course manual*. Federal Emergency Management Agency, Emergency Management Institute.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (2001). *Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services* (3rd ed.). Chevron Publishing Corporation.
- Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002>
- Morrison, K., Su, S., Keck, M., & Beidel, D. C. (2021). Psychometric properties of the PCL-5 in a sample of first responders. *Journal of Anxiety Disorders, 77*, Article 102339. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102339>
- Mrazek, P., & Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/2139>

- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. *L'encéphale*, 29(6), 507-518.
- National Center for PTSD. (n.d.). *Using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)* Retrieved September 1, 2022 from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/using-PCL5.pdf>
- Nielsen, M. B., Nielsen, G. H., Notelaers, G., & Einarsen, S. (2015). Workplace bullying and suicidal ideation: A 3-wave longitudinal Norwegian study. *American Journal of Public Health*, 105(11), e23-e28. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302855>
- Nirel, N., Goldwag, R., Feigenberg, Z., Abadi, D., & Halpern, P. (2008). Stress, work overload, burnout, and satisfaction among paramedics in Israel. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(6), 537-546. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00006385>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., De Girolamo, G., & Gluzman, S. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nogalski, A., Kucmin, T., & Turska, D. (2018). Coping styles and dispositional optimism as predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms intensity in paramedics. *Psychiatria Polska*, 52(3), 557-571. <https://doi.org/10.12740/PP/68514>
- Noor, N., Pao, C., Dragomir-Davis, M., Tran, J., & Arbona, C. (2019). PTSD symptoms and suicidal ideation in US female firefighters. *Occupational Medicine*, 69(8-9), 577-585. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz057>
- O'Connor, R. C., Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., & Kirtley, O. J. (2016). The Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behavior. In *International handbook of suicide prevention* (pp. 220-240). John Wiley & Sons, Ltd.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency service workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 21(2), 119-127. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1028232>
- Organisation mondiale de la santé. (2006). *Preventing suicide: A resource at work*. Accédé à <https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/suicide-prevention-employers.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide: L'état d'urgence mondial*. Accédé à <http://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>

- Park, H., Kim, J. I., Min, B., Oh, S., & Kim, J. H. (2019). Prevalence and correlates of suicidal ideation in Korean firefighters: a nationwide study. *BMC Psychiatry*, *19*(1), Article 428. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2388-9>
- Patterson, G. T., Chung, I. W., & Swan, P. W. (2014). Stress management interventions for police officers and recruits: A meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, *10*(4), 487-513. <https://doi.org/10.1007/s11292-014-9214-7>
- Pearce, N., Checkoway, H., & Kriebel, D. (2007). Bias in occupational epidemiology studies. *Occupational and Environmental Medicine*, *64*(8), 562-568. <https://doi.org/10.1136/oem.2006.026690>
- Pienaar, J., Rothmann, S., & Van De Vijver, F. J. R. (2007). Occupational stress, personality traits, coping strategies, and suicide ideation in the south african police service. *Criminal Justice and Behavior*, *34*(2), 246-258. <https://doi.org/10.1177/0093854806288708>
- Pietrzak, R. H., Russo, A. R., Ling, Q., & Southwick, S. M. (2011). Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of coping strategies, resilience, and social support. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(6), 720-726. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.015>
- Pilgrim, J. L., Dorward, R., & Drummer, O. H. (2017). Drug-caused deaths in Australian medical practitioners and health-care professionals. *Addiction*, *112*(3), 486-493. <https://doi.org/10.1111/add.13619>
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, *38*(3), 403-417. <https://doi.org/10.1002/jcop.20371>
- Quarshie, E. N.-B., Odame, S. K., & Annor, F. (2021). Suicidal behaviors in the Ghana Police Service: Prevalence and correlates in the Greater Accra Region. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *42*(3), 194-201. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000707>
- 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>
- Regehr, C., & Millar, D. (2007). Situation critical: High demand, low control, and low support in paramedic organizations. *Traumatology*, *13*(1), 49-58. <https://doi.org/10.1177/1534765607299912>
- Reti, T., de Terte, I., & Stephens, C. (2021). Traumatic exposure, work-related stressors and gender as risk factors in the development of psychological distress for ambulance personnel. *Traumatology*, *28*(1), 46-55. <https://doi.org/10.1037/trm0000315>

- Revicki, D. A., & Gershon, R. R. M. (1996). Work-related stress and psychological distress in emergency medical technicians. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(4), 391-396. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.4.391>
- Richards, N. K., Suarez, E. B., & Arocha, J. F. (2021). Law enforcement officers' barriers to seeking mental health services: A scoping review. *Journal of Police and Criminal Psychology, 36*(3), 351-359. <https://doi.org/10.1007/s11896-021-09454-x>
- Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002*(2), Article CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Rouse, L. M., Frey, R. A., López, M., Wohlers, H., Xiong, I., Llewellyn, K., Lucci, S. P., & Wester, S. R. (2015). Law enforcement suicide: Discerning etiology through psychological autopsy. *Police Quarterly, 18*(1), 79-108. <https://doi.org/10.1177/1098611114563083>
- Roy, F. (Juin 2019). *Facteurs facilitants et obstacles à la réintégration professionnelle après une tentative de suicide : outiller les intervenants et les gestionnaires pour favoriser le retour et le maintien en emploi* Institut d'été 2019 - Suicide, santé mentale et milieu de travail, Montréal. <https://vimeo.com/343076640/101fe0b68b>
- Scully, P. J. (2011). Taking care of staff: A comprehensive model of support for paramedics and emergency medical dispatchers. *Traumatology, 17*(4), 35-42. <https://doi.org/10.1177/1534765611430129>
- Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(20), 58-72.
- Sheehan, L. R., Lane, T. J., & Collie, A. (2020). The impact of income sources on financial stress in workers' compensation claimants. *Journal of Occupational Rehabilitation, 30*(4), 679-688. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09883-1>
- Shepherd, L., & Wild, J. (2014). Cognitive appraisals, objectivity and coping in ambulance workers: a pilot study. *Emergency Medicine Journal, 31*(1), 41-44. <https://doi.org/10.1136/emered-2011-200511>
- Smid, G. E., der Meer, C. A. I., Olf, M., & Nijdam, M. J. (2018). Predictors of outcome and residual symptoms following trauma-focused psychotherapy in police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 31*(5), 764-774. <https://doi.org/10.1002/jts.22328>

- Sofianopoulos, S., Williams, B., Archer, F., & Thompson, B. (2011). The exploration of physical fatigue, sleep and depression in paramedics: a pilot study. *Australasian Journal of Paramedicine*, 9(1), 1-33. <https://doi.org/10.33151/ajp.9.1.37>
- Stack, S. (2001). Occupation and suicide. *Social Science Quarterly*, 82(2), 384-396. <https://doi.org/10.1111/0038-4941.00030>
- Stamper, C. L., & Masterson, S. S. (2002). Insider or outsider? How employee perceptions of insider status affect their work behavior. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 23(8), 875-894. <https://doi.org/10.1002/job.175>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Gai, A. R., & Joiner, T. E. (2018). Wildland firefighters and suicide risk: Examining the role of social disconnectedness. *Psychiatry Research*, 266, 269-274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.017>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2015). Career prevalence and correlates of suicidal thoughts and behaviors among firefighters. *Journal of Affective Disorders*, 187, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.007>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Spencer-Thomas, S., & Joiner, T. E. (2017). Suicidal thoughts and behaviors among women firefighters: An examination of associated features and comparison of pre-career and career prevalence rates. *Journal of Affective Disorders*, 221, 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.016>
- Statistique Canada. (2012). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC). In *Statistique Canada*. Retrieved September 3, 2021, from https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=119789
- Statistique Canada. (2016). Le suicide au Canada. In *Statistique Canada*. Retrieved June 6, 2021, from <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/healthy-living-vie-saine/suicide-canada-infographic/alt/infographic-infographique-fra.pdf>
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, O. (2008). Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Health*, 50(5), 406-414. <https://doi.org/10.1539/joh.18025>

- Steyn, R., Vawda, N., Wyatt, G. E., Williams, J. K., & Madu, S. N. (2013). Posttraumatic stress disorder diagnostic criteria and suicidal ideation in a South African Police sample. *African Journal of Psychiatry*, *16*(1), 19-22. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v16i1.3>
- Syed, S., Ashwick, R., Schlosser, M., Jones, R., Rowe, S., & Billings, J. (2020). Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: A systematic review and meta-analysis. *Occupational & Environmental Medicine*, *77*(11), 737-747. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106498>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019a). Cleaning up your act: Screening data prior to analysis. In *Using multivariate statistics* (6th ed., pp. 60-116). Pearson.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019b). Discriminant analysis. In *Using multivariate statistics* (6th ed., pp. 377-438). Pearson.
- Tessier, M., Lamothe, J., & Geoffrion, S. (2021). Adherence to psychological first aid after exposure to a traumatic event at work among EMS workers: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), Article 11026. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111026>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, *15*(3), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, *14*(3), 171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- van der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, *60*(suppl 1), i40-i46. https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i40
- Vigil, N. H., Grant, A. R., Perez, O., Blust, R. N., Chikani, V., Vadeboncoeur, T. F., Spaite, D. W., & Bobrow, B. J. (2019). Death by suicide-The EMS profession compared to the general public. *Prehospital Emergency Care*, *23*(3), 340-345. <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1514090>
- Violanti, J. M. (2004). Predictors of police suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior* *34*(3), 277-283. <https://doi.org/10.1521/suli.34.3.277.42775>
- Violanti, J. M. (2007). *Police suicide: Epidemic in blue*. Charles C Thomas Publisher.

- Violanti, J. M., Andrew, M. E., Mnatsakanova, A., Hartley, T. A., Fekedulegn, D., & Burchfiel, C. M. (2016). Correlates of hopelessness in the high suicide risk police occupation. *Police Practice and Research* 17(5), 408-419. <https://doi.org/10.1080/15614263.2015.1015125>
- Watson, L., & Andrews, L. (2018). The effect of a Trauma Risk Management (TRiM) program on stigma and barriers to help-seeking in the police. *International Journal of Stress Management*, 25(4), 348-356. <https://doi.org/10.1037/str0000071>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P., Kaloupek, D., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). Outil disponible au National Center for PTSD, www.ptsd.va.gov
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- White, M. M., Clough, B. A., & Casey, L. M. (2018). What do help-seeking measures assess? Building a conceptualization framework for help-seeking intentions through a systematic review of measure content. *Clinical Psychology Review*, 59, 61-77. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.001>
- Wild, J., El-Salahi, S., & Esposti, M. D. (2020). The effectiveness of interventions aimed at improving well-being and resilience to stress in first responders: A systematic review. *European Psychologist*, 25(4), 252-271. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000402>
- Wild, J., Smith, K. V., Thompson, E., Béar, F., Lommen, M. J. J., & Ehlers, A. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychological Medicine*, 46(12), 2571-2582. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000532>
- Witt, K., Milner, A., Allisey, A., Davenport, L., & LaMontagne, A. D. (2017). Effectiveness of suicide prevention programs for emergency and protective services employees: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(4), 394-407. <https://doi.org/10.1002/ajim.22676>.
- Yusoff, N., Low, W. Y., & Yip, C. H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: A Malaysian study. *Medical Journal of Malaysia*, 65(1), 41-44.

