



Université du Québec
à Rimouski

Les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez les techniciens ambulanciers paramédics

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)

PAR

© SARAH BOURGET

Mars 2023

Composition du jury :

Charles Côté, président du jury, Université du Québec à Rimouski

Julie Nadeau, T.S., M.S.s., examinatrice externe, Université du Québec à Rimouski

**Andrée-Ann Deschênes, directrice de recherche, Université du Québec à Trois-
Rivières**

Dépôt initial le 28 décembre 2022

Dépôt final le 23 mars 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou 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 rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski 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 Rimouski 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.

« Les héros ont notre langage, nos faiblesses, nos forces. Leur univers n'est ni plus beau ni plus édifiant que le nôtre. Mais eux, du moins, courent jusqu'au bout de leur destin. »
Albert Camus.

REMERCIEMENTS

À mes collègues, que j'ai la chance de côtoyer au quotidien. Votre dévouement, votre bienveillance et votre résilience m'ont été, me sont et me seront une leçon de vie précieuse. Vous me faites grandir à chacune de nos discussions, et vous alimentez mes réflexions. Vous me confiez en toute vulnérabilité vos histoires et vos épreuves, merci. J'en suis devenue plus humaine, plus attentive et plus empathique. Malgré l'usure et les blessures que vous subissez à prendre soin des autres, vous le faites jour après jour, sans attentes et sans jugement. Nous avons beaucoup à apprendre de ceux et celles qui font le choix de consacrer leur vie à aider.

À ma directrice de recherche, la professeure Andrée-Ann Deschênes, une mentore exceptionnelle. Son écoute, sa rigueur et son optimisme me furent d'un grand support et me permettent d'approfondir le sens et l'intérêt que je porte envers ma démarche académique.

À mon employeur Services préhospitaliers Paraxion, merci à ma direction ainsi qu'à la direction générale de croire en la scolarisation de ses ressources et à la portée de ces connaissances pour l'organisation et les partenaires du domaine mais surtout, de reconnaître l'importance à accorder aux professionnels terrain.

À toutes les participantes et à tous les participants à cette étude, vous contribuez concrètement à l'avancement des connaissances et des réflexions portant sur les intervenants d'urgence et les professionnels de la sécurité publique. Les projets de recherche permettent d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux liés à votre profession et leur succès dépendent essentiellement de votre collaboration. Merci de nous aider à vous aider, aussi modeste notre contribution puisse-t-elle être.

À Dominic, tu es la raison pour laquelle je me devais de rédiger ce mémoire. Une chute dans le vide sur un chantier de construction à l'été 2012 a remis en perspective le cours de nos vies. Tu as su te relever de cette épreuve avec force et humilité.

RÉSUMÉ

Reconnu comme un métier hautement exigeant tant au niveau physique que psychologique, le risque de lésion professionnelle pour le secteur d'activité des services d'ambulance est qualifié d'extrême par la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). La présente recherche s'intéresse à la détresse psychologique suite à une lésion professionnelle chez le technicien ambulancier paramédic (TAP). Plus précisément, l'étude souhaite comprendre le lien entre la détresse psychologique (Préville et al., 1995) des TAP et le soutien social (Vaux, 1988; 1992). L'étude suppose que la détresse psychologique est reliée significativement et négativement au soutien social perçu (hypothèse 1) et qu'il existe une différence significative du niveau de soutien social perçu selon le type de lésion professionnelle (hypothèse 2). L'échantillon est composé de professionnels TAP (44), exerçant dans différentes régions administratives du Québec, ayant été victime à courte échéance d'une lésion professionnelle. Les participants ont été sollicités par voie électronique, via la complétion volontaire d'un questionnaire sécurisé en ligne. À la lumière des résultats, la première hypothèse de recherche, validée par un devis de recherche corrélationnel explicatif, s'avère confirmée. Les résultats indiquent un lien fort, significatif et négatif entre la détresse psychologique manifestée par les TAP et le soutien social dont ils ont pu bénéficier. La seconde hypothèse, validée par un devis comparatif, s'avère également confirmée. Les résultats proposent une différence significative du point de vue du soutien social, sous l'angle de la nature de la lésion. La moyenne du soutien social perçu est plus élevée chez les professionnels ayant subi une lésion de nature physique comparativement à ceux ayant subi une lésion de nature psychologique. En conclusion, il est possible de croire que plus le niveau de soutien social est perçu élevé par le TAP, moins il manifeste de détresse psychologique post lésion. Enfin, il serait pertinent que de futures études questionnent les raisons qui expliquent cette différence préoccupante au niveau du soutien social perçu sous l'angle de la nature de la lésion.

Mots-clés : lésion professionnelle, soutien social, détresse psychologique, technicien ambulancier paramédic, sécurité publique.

ABSTRACT

Recognized as a highly demanding occupation both physically and psychologically, the risk of occupational injury for the ambulance services sector is described as extreme by the *Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail* (CNESST). This research focuses on psychological distress following an occupational injury in the paramedic. More specifically, the study aims to understand the link between psychological distress (Préville et al., 1995) of paramedic and social support (Vaux, 1988; 1992). The study assumes that psychological distress is significantly and negatively related to perceived social support (hypothesis 1) and that there is a significant difference in perceived level of social support by type of occupational injury (hypothesis 2). The sample consists of 44 paramedics, practising in various administrative regions of Quebec, who have suffered a short-term occupational injury. Participants were solicited electronically through the voluntary completion of a secure online questionnaire. In the light of the results, the first research hypothesis, validated by an explanatory correlational research design, is confirmed. The results indicate a strong, significant and negative link between the psychological distress experienced by paramedics and the social support they received. The second hypothesis, validated by a comparative estimate, is also confirmed. The results suggest a significant difference from a social support perspective, in terms of the nature of the injury. The average level of perceived social support is higher among professionals with a physical occupational injury compared to those with a psychological injury. In conclusion, it is possible to believe that the higher the level of social support perceived by the paramedic, the less psychological distress there is. Finally, it would be appropriate for future studies to question the reasons for this worrying difference in perceived social support in terms of the nature of the injury.

Keywords : occupational injury, social support, psychological distress, paramedic, public safety.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	viii
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT	xii
TABLE DES MATIÈRES	xiv
LISTE DES TABLEAUX.....	xvii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	2
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE.....	10
2.1 LA LÉSION PROFESSIONNELLE.....	10
2.1.1 L’historique de la lésion professionnelle.....	10
2.1.2 La définition de la lésion professionnelle.....	13
2.2 LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX	13
2.2.1 La définition des facteurs psychosociaux.....	13
2.2.2 La définition de la détresse psychologique.....	15
2.2.3 La définition du soutien social.....	18
2.3 RECENSION DES ECRITS	19
2.3.1 Perception négative de l’état de santé ou de l’incapacité fonctionnelle	20
2.3.2 Détresse psychologique	22
2.3.3 Soutien familial et social	25
2.4 OBJET DE LA RECHERCHE.....	28
2.4.1 Question de recherche	28
2.4.2 Hypothèses de recherche	29
CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE	30

3.1 DEVIS DE RECHERCHE ET ANALYSE	30
3.2 MODE DE COLLECTE DE DONNEES, DE LA POPULATION ETUDIEE ET DE LA CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	31
3.2.1 Mode de collecte de données	31
3.2.2 Description de la population étudiée	32
3.2.3 Déroulement du processus de collecte	33
3.2.4 Constitution de l'échantillon	34
3.2.5 Instruments de mesure.....	44
3.2.6 Considérations éthiques.....	46
CHAPITRE 4 RÉSULTATS	47
4.1 ANALYSES DESCRIPTIVES	47
4.2 ANALYSES CORRELATIONNELLES	48
4.3 ANALYSES COMPARATIVES	48
CHAPITRE 5 DISCUSSION	50
5.1 RAPPEL DE L'OBJECTIF ET DES HYPOTHESES DE RECHERCHE	50
5.2 INTERPRETATION DES RESULTATS	51
5.3 APPORTS THEORIQUES ET APPORTS PRATIQUES	55
5.4 LIMITES DE L'ETUDE ET FUTURES RECHERCHES	58
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	62
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
Annexe I - Questionnaire sociodémographique.....	78
Annexe II – Échelles de mesure	81
Annexe III – Courriel de sollicitation des participants	83
Annexe IV – Formulaire d'information et de consentement	85

LISTE DES TABLEAUX

Figure sociodémographique 1 – Nature de la lésion professionnelle	35
Figure sociodémographique 2 – Âge	35
Figure sociodémographique 3 – Genre	36
Figure sociodémographique 4 – Région administrative principalement desservie	36
Figure sociodémographique 5 – Situation familiale	37
Figure sociodémographique 6 – Enfant-s (incluant contexte de reconstitution)	38
Figure sociodémographique 7 – Nombre d'enfant-s à charge	38
Figure sociodémographique 8 – Expérience professionnelle	40
Figure sociodémographique 9 – Nombre de lésions subies en carrière	40
Figure sociodémographique 10 – Durée de la dernière invalidité	42
Figure sociodémographique 11 – Situation actuelle	42
Figure sociodémographique 12 – Période écoulée depuis le retour au travail	43
Tableau sociodémographique 13 – Analyses descriptives des variables à l'étude	46
Tableau sociodémographique 14 – Analyses corrélationnelles des variables à l'étude	47
Tableau sociodémographique 15 – Analyse de comparaison des moyennes	48

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le technicien ambulancier paramédic (ci-après TAP) occupe un rôle capital dans le déploiement de la chaîne préhospitalière lorsqu'une situation critique survient. Sans égard aux facteurs organisationnels, différents auteurs rapportent que le métier de TAP est un emploi très exigeant, tant au niveau physique que psychologique (Nirel et al., 2008; Sterud et al., 2006). Le support de la famille serait prépondérant pour la réduction des impacts d'un travail hautement stressant pour les intervenants d'urgence. Dans des études menées sur cette population, le support de l'épouse, de la famille et des amis a été significativement et négativement corrélée avec les scores de deux échelles mesurant les symptômes de trauma et de dépression (King et al., 1997; Leffler et Dembert, 1998; Regehr et al., 2002; Weiss et al., 1995). De surcroît, la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail (ci-après CNESST) qualifie désormais le risque de lésion d'*extrême* pour le secteur d'activité des services d'ambulance.

À partir de ce constat et du nombre limité de recherches en la matière, ce projet s'intéresse à la présence de détresse psychologique à la suite d'une lésion professionnelle chez le TAP. Plus précisément, l'étude souhaite comprendre le lien entre la détresse psychologique (Préville et al., 1995) des TAP et le soutien social perçu (Vaux, 1988; 1992). L'étude suppose que la détresse psychologique est reliée significativement et négativement au soutien social perçu et qu'il existe une différence significative du niveau de soutien social perçu selon le type de lésion professionnelle, c'est-à-dire physique ou psychologique.

Cette étude se décompose en cinq chapitres distincts. Le premier expose la problématique de recherche tandis que le deuxième concerne le cadre théorique, avec présentation des variables à l'étude, de l'objectif de recherche et des hypothèses. Le troisième chapitre fait état de la méthodologie de recherche, puis le chapitre quatre expose les résultats quantitatifs obtenus. La présente étude se verra close avec la discussion en cinquième chapitre.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Depuis longtemps, les individus de tous les horizons professionnels consacrent une grande partie de leur temps quotidien à leur occupation de travail. En termes généraux, l'activité de travail se doit d'être, à titre d'activité humaine impérative, conçue et réalisée comme étant un opérateur de vitalité, de santé, de sécurité et de satisfaction légitime pour ceux qui en sont les premiers concernés (Ouellet, 2003). Or, la CNESST, organisme auquel le gouvernement du Québec a confié la promotion des droits et des obligations en matière de travail, identifie six (6) principales sources de risques pouvant être présentes dans l'activité de travail : chimiques, biologiques, physiques, ergonomiques, psychosociaux et liés à la sécurité.

Ces sources de risque se concrétisent parfois en une lésion professionnelle pour l'individu, qui se définit par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (ci-après LATMP) comme étant une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail ou une maladie professionnelle (art. 2, LATMP). Celle-ci est reconnue pour entraîner une invalidité partielle ou totale, de nature physique ou psychologique pour l'individu. L'activité de travail est alors appréhendée sous l'angle d'un opérateur de détriment, de morbidité et de mortalité pour les travailleurs et travailleuses (Ouellet, 2003), ce qui va à l'encontre de l'essence même de l'objectif initialement véhiculé pour l'activité de travail. Certains travailleurs ont alors à conjuguer avec une expérience de travail parfois traumatisante, et plus ou moins satisfaisante.

Le *Forum économique mondial* estime que d'ici 2030, les coûts mondiaux des troubles mentaux devraient atteindre six mille milliards de dollars; environ deux tiers de ces coûts seront attribués à la perte de productivité liée à l'incapacité (Dewa, 2017). Or, l'*Organisation mondiale de la santé* (ci-après OMS) définit la santé mentale comme un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté. L'OMS estimait qu'en 2020, la dépression serait la 2e

cause de maladie et d'incapacité, après les maladies cardiovasculaires. (OMS; Gouvernement du Québec).

Déjà en 1990, le *American Psychological Association* qualifie l'absentéisme de « plaie généralisée du Canada ». En effet, 71 % des 9,4 journées perdues par personne était attribuable à la maladie ou à l'invalidité, le reste étant imputable aux obligations personnelles ou familiales. En France, en 2008, approximativement 70 % des lésions professionnelles généraient des pertes de temps, c'est-à-dire une absence du travail (Leclercq, 2013). Du côté québécois, entre 2018 et 2019, la CNESST dénote une hausse de lésions professionnelles reconnues. Celles-ci passent de 91 711 cas en 2018 à 94 679 cas l'année suivante, soit une hausse de 3,2 % (CNESST, 2019). En 2015, l'exposition à un événement traumatisant dans le cadre de l'exercice de l'emploi représente à lui seul 25.38 % des lésions attribuables au stress en milieu de travail (CNESST, 2015).

Une population ayant vu son nombre de lésions professionnelles augmenter dans les dernières années est celle des services médicaux et sociaux. En effet, elle a subi à elle seule 18 296 lésions en 2019, soit 19,32 % de l'ensemble des lésions indemnisées par la CNESST pour l'année 2019, tous types d'emplois confondus. À titre comparatif, le 1^{er} groupe prioritaire regroupe les catégories d'emplois les plus à risques de lésions selon la LSST : les bâtiments et travaux publics, l'industrie chimique, l'industrie des forêts et scieries, les mines, carrières et puits de pétroles et les industries de fabrication de produits de métal. Pourtant, ils totalisent ensemble 14 120 lésions pour cette même période, soit près de 30 % moins de lésions que la catégorie des services médicaux et sociaux à elle seule.

Classés par la LSST dans la catégorie d'emploi des services médicaux et sociaux, les services d'ambulance ayant à leur emploi des TAP, sont responsables entre 1997 et 2006 de 4 579 lésions indemnisées. Celles-ci ont entraîné une absence du travail d'une durée moyenne de 60 jours et plus (CNESST, 2011), et 47 % touchaient le dos et la colonne vertébrale (Corbeil, 2017). Dans la littérature, les TAP sont effectivement reconnus pour occuper un emploi où il y a prévalence de lésions physiques

au niveau lombaire (Prairie, 2010). L'*Institut national de santé publique du Québec* (INSPQ, 2010) a d'ailleurs brossé un portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) pour les années 1998-2007 pour l'ensemble du Québec. Les services médicaux et sociaux y sont bien représentés puisque les services de soins ambulatoires se retrouvent en 13^e position, derrière les hôpitaux (1^{er} rang).

À présent, les statistiques (CNESST, 2021) font état de 4 828 lésions pour les années 2007 à 2016, avec un risque de lésion qualifié d'*extrême* pour le secteur d'activité des services d'ambulance. Les lésions au niveau du dos et de la colonne représentent pour cette période 47 % des cas alors que celles résultant d'une exposition à un événement traumatisant ou stressant représentent 4,8 % des dossiers indemnisés (trouble ou syndrome mental). Sans distinction entre les deux sièges de lésion précédemment mentionnés, ceux-ci affichent une absence moyenne de 87 jours, soit une durée d'invalidité plus importante que celle des années 1997 à 2006. Lorsque les données sont ventilées par siège de lésion, la moyenne des jours d'absence pour une lésion au niveau du dos est de 77 jours alors que celle pour une lésion découlant de l'exposition à un événement traumatisant ou stressant grimpe à 174 jours (CNESST, 2021).

Selon la CNESST, les services d'ambulance (excepté les services d'ambulance aérienne) sont définis comme suit : « cette classe canadienne comprend les établissements dont l'activité principale consiste à transporter des malades sur la route et à leur dispenser les premiers soins. Les véhicules sont dotés d'appareils servant à sauver les vies qu'utilise un personnel compétent. » Or, la prise en charge du patient par les TAP ne débute pas qu'au moment du transport sur les routes. En effet, le transport rapide du patient vers un centre receveur désigné est tributaire de nombreuses actions préalables à effectuer par l'équipe. Une évacuation est souvent ponctuée de manipulations complexes, d'autant plus que dans certaines situations, chaque minute compte lorsque l'état de santé du bénéficiaire est critique. Lors de la prise en charge, l'équipe peut avoir à se déplacer en terrain accidenté, à faire face aux intempéries, et parfois, l'espace est restreint ou difficile d'accès. Ils ont alors à déplacer, glisser, pousser, tirer, soulever et manipuler des charges pouvant atteindre plus de deux cents

livres, et ce en position penchée, accroupie, à genoux, en utilisant le matériel d'évacuation jugé adéquat en fonction du contexte d'évacuation, et ce tout en s'assurant que chacun de leur geste ne cause pas préjudice au patient (Corbeil et al., 2017).

L'état du patient ainsi que le lieu de prise en charge peuvent en partie dicter l'empressement avec lequel l'équipe se doit d'intervenir; le rythme et l'intensité des efforts à déployer peut alors varier. L'environnement physique et social de la prise en charge, les données organisationnelles ainsi que les caractéristiques propres au bénéficiaire et celles du TAP, sont également toutes des composantes de la situation de travail qui peuvent influencer le degré d'exposition aux facteurs de risques présents dans l'exercice de ses fonctions. (Corbeil et al., 2017) Les risques professionnels identifiés par *l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail* (ci-après IRSST) pour l'emploi de TAP sont variés et s'avèrent plus larges que la dimension des enjeux de nature physique : postures contraignantes, manutention de charges, risques biologiques, horaires irréguliers avec rotation des quarts de travail, situations stressantes et imprévisibles, catastrophes.

En comparaison, dans la catégorie des emplois relatifs à la sécurité publique, les pompiers font état d'une variété de blessures : brûlures, coupures, effondrements et inhalations de fumées lors des incendies, risques de noyade, d'inhalation de produits chimiques et ultimement, de décès dans l'exercice de leurs fonctions (Apud et Meyer, 2011; Beaton et Murphy, 1993). Pour les policiers, l'IRSST recherche activement des solutions aux problématiques de santé et de sécurité les plus souvent soulevées : l'ergonomie des auto-patrouilles, les chutes de même niveau (glissades, trébuchements), les risques biologiques, les horaires rotatifs, le stress post-traumatique, les contraintes ergonomiques liées au port du gilet pare-balles et la conduite automobile. Dans sa thèse portant sur les policiers (2019), Nabiha Benyamina Douma rapporte que : « selon les statistiques de 2012 de la CNESST, les lésions attribuables au stress chez les policiers (agents police et détectives de police officielle) ont subi une augmentation importante entre 2008 et 2011 en passant de 3,5 % à 6,1 % (CNESST, 2012). » Peu de statistiques contemporaines s'avèrent toutefois disponibles concernant le nombre de lésions professionnelles répertoriées et leur nature, tant pour les

pompiers que les policiers. Au moment de la présente recherche, des détails statistiques sur ces groupes sont indisponibles auprès de la CNESST, qui affirme travailler à développer des jeux de données publics plus précis.

D'emblée, le métier de TAP comporte également des facteurs hautement corrélés à l'épuisement professionnel. Sans égard aux facteurs organisationnels, différents auteurs rapportent qu'il s'agit d'un emploi très exigeant au niveau physique et psychologique (Nirel et al., 2008; Sterud et al., 2006). En plus d'être dans le milieu de la santé, ces professionnels sont dédiés au service aux personnes, facteurs qui exacerbent la prédisposition à l'épuisement (Breux et al., 2008; Dollard et al., 2003; Maslach et Jackson, 1982). Les TAP sont, parmi les travailleurs de la santé, ceux qui optent le plus tôt pour la retraite. À ces derniers s'ajoutent ceux qui ont quitté précocement la profession pour un autre emploi avec des tâches moins exigeantes physiquement (Corbeil et al., 2017).

Or, les intervenants d'urgence font face dans leur quotidien aux risques inhérents à l'exercice du métier en plus de conditions de travail parfois usables à long terme. En effet, les risques physiques ne sont pas les seuls présents, puisque les individus occupant des métiers dans le domaine de l'urgence sont reconnus par la littérature pour être davantage prédisposés, par leurs fonctions, à être victime de problématiques psychologiques. (Gersons et Carlier, 1992; Carlier et Gersons, 1994). En effet, 20 % et plus des intervenants d'urgence en seront affectés en cours de carrière (Clohessy et Ehlers, 1999; Donnelly 2009; Sterud, 2006). En comparaison, pour 26.4 % de la population des États-Unis exposée à un évènement à potentiel traumatique au cours de sa vie, la prévalence d'être ensuite victime d'un trouble de stress post-traumatique serait de 7.8 % (Kessler et al. 1995; Brunet, 1996). Concernant les TAP, Regehr (2002) affirme que les symptômes traumatiques correspondants à un trouble de stress post-traumatique étaient présents chez 25 à 33 % des professionnels étudiés.

Un autre angle pertinent à la compréhension du métier est abordé par Bourdon (2011), soit celui de la perception du rôle et les attitudes de cynisme et de désengagement chez le TAP québécois dans un contexte d'interventions non urgentes. En effet, l'auteure adresse la confrontation entre la perception et l'expérience du rôle, pouvant entraîner un conflit

correspondant à un stress organisationnel modéré et chronique chez ces travailleurs. Les manifestations de cynisme et de désengagement seraient vraisemblablement liées à l'épuisement professionnel et la qualité des services de santé, pouvant être interprétés comme une conséquence de l'adaptation à ce conflit. En effet, l'origine de celui-ci prendrait assise dans la formation et la définition de la pratique, se rapportant exclusivement à l'urgence, au contraire de l'expérience réelle. Dans son extrême, le cynisme et le désengagement entraînent la dépersonnalisation, la négligence dans la pratique, voire la maltraitance. Considérant l'espérance de vie de la population qui augmente, tout comme la prévalence des maladies chroniques, ce conflit de rôle vient donc s'ajouter aux conditions déjà astringentes du travail de TAP. Il est également souligné dans l'étude que l'épuisement professionnel serait perçu moins noblement que le stress post-traumatique comme problème de santé mentale. L'expérience d'une situation extrême serait mieux acceptée par les pairs que l'épuisement professionnel, interprété comme une incapacité à gérer ses attentes professionnelles (à titre de responsabilité ou d'échec personnel).

Carleton et al. (2018), offrent un regard plus contemporain concernant les estimations relatives à la fréquence et la gravité des symptômes de trouble mental pour le personnel de la sécurité publique canadien (n = 5813). En effet, l'exposition à des événements potentiellement traumatisants dans le cadre du travail contribue au risque de développer des symptômes cliniques significativement corrélés à des troubles mentaux : trouble de stress post-traumatique, dépression majeure, trouble panique, anxiété généralisée, anxiété sociale généralisée et trouble de consommation d'alcool. Les résultats obtenus indiquent qu'une proportion substantielle du personnel à l'étude (44.5%) sont dépistés positivement aux groupes de symptômes correspondant à un ou plusieurs troubles mentaux, c'est-à-dire dans une proportion beaucoup plus élevée que le taux diagnostique pour la population générale (10.1%). Les données obtenues confirment les difficultés en santé mentale rencontrées par le personnel de la sécurité publique canadien, avec des conséquences désormais qualifiées dans le milieu de *blessure de stress opérationnel*.

Les coûts directs découlant de la lésion professionnelle sont tangibles. En effet, ceux-ci concernent les frais médicaux, dommages matériels, services d'urgence ou frais funéraires. Les coûts indirects concernent, quant à eux, les pertes salariales et matérielles, les coûts administratifs, de production, commerciaux, et judiciaires ainsi que d'autres coûts afférents (Brody et al., 1990). À titre d'exemple, il ressort que le coût des lésions professionnelles acceptées survenues au cours d'une année au Québec (2010-2012) est estimé à 4,84 milliards de dollars. De ce montant, environ 1,28 milliard est associé à des coûts financiers (directs et indirects) et 3,28 milliards à des coûts humains, ceux-ci attribuables à la valeur du changement de la qualité de la vie du travailleur et des personnes environnantes (Duguay et al., 2017; Lebeau et Duguay, 2011). Par cette définition, les coûts humains semblent toutefois peu tangibles, difficilement mesurables et facilement contestables. Une définition de ces coûts, provenant d'une étude du professeur David Weil (2001), permet de bien illustrer la problématique :

Quality of life is a difficult concept to define, but here refers to diminishment of health, psychological well-being, and family and social interactions arising from the injury. In some senses quality of life losses overlap with changes in household and other non-work time allocation described above. But they also go beyond this realm to include the burden imposed on the disabled by feelings of depression, anger, and pain arising from limitations in all realms of activity. (Weil, 2001).

Des suites d'une invalidité, plusieurs facteurs psychosociaux prédictifs faisant obstacle au retour au travail ont été identifiés : la perception négative de l'état de santé et de l'incapacité, le degré de détresse élevé, la dépression grave, l'anxiété, les peurs et craintes face à l'activité, le catastrophisme, la présence d'un événement stressant (deuil, maladie d'un proche, etc.), le faible soutien familial et social (Durand et al., 2002, 2008; Dionne et al., 2005; Linton, 2000.)

Le concept de l'incapacité est bien documenté par différents auteurs dont Higgins et al., 2012; Hoefsmit et al., 2012; Steenstra et al., 2011; Coté et Coutu, 2010; Franche et al., 2010, Shaw et al., 2009. De plus, certains modèles sont couramment cités dans la littérature,

notamment le modèle biopsychosocial de Waddell (1998) et le paradigme de l'incapacité au travail de Loisel et al. (2001). Les facteurs psychosociaux sont également documentés par certains auteurs phares dont Karasek, 1979; Lazarus, 1991 et Siegrist, 1996, 2012. Pensons entre autres aux facteurs tels que la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social par les pairs, le stress au travail et la réciprocité sociale (modèle effort-récompense). Toutefois, les facteurs psychosociaux abordés par ces auteurs concernent davantage ceux au travail, plutôt que générés des suites de l'activité de travail, ses conséquences ou impacts collatéraux sur les sphères de vies personnelles du travailleur. Il semble donc exister un vide scientifique concernant les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez l'individu qui en est victime. Les répercussions humaines d'un tel évènement semblent passer sous silence dans la littérature scientifique bien que près de 100 000 travailleurs et travailleuses en soient victimes annuellement au Québec, soit 2,05 % de la population active (94 679 lésions acceptées en 2019 - CNESST, 2019; 4 612 200 individus actifs en 2019, Institut de la Statistique du Québec).

Le second chapitre détaillera les concepts à l'étude puis fera état des connaissances sur le sujet abordé, soit les notions d'incapacité, de lésion professionnelle et des facteurs psychosociaux d'importance pour la présente recherche.

CHAPITRE 2

CADRE THÉORIQUE

2.1 LA LÉSION PROFESSIONNELLE

2.1.1 L'historique de la lésion professionnelle

Certains auteurs affirment que l'intérêt pour la vie, la santé et la sécurité pourrait remonter jusqu'à l'origine de l'humanité, selon la prémisse que tout progrès comporte un risque. En effet, dans son ouvrage consacré à la santé et la sécurité, Florian Ouellet (2003) fait mention que dans le groupe humain qui a domestiqué le feu, il doit bien y avoir eu quelqu'un pour s'y brûler les doigts, soit par curiosité, soit par mégarde. Les prochaines lignes sont d'ailleurs inspirées des recherches de ce même auteur.

L'historique du concept de lésion professionnelle prends assise relativement récemment, soit en 1931 au moment de l'établissement d'une première *Loi sur les accidents du travail*, une loi qui a profondément marqué l'histoire sociale du Québec. Précédent la création de cette loi, les premiers balbutiements documentés dans l'histoire d'une quelconque organisation pour la santé et la sécurité des gens qui accomplissent le travail prend naissance avec la révolution industrielle, au XIX^e siècle. Il s'agit d'une époque effervescente de grandes constructions : chemins de fer, canaux de navigation, manufactures et fabriques, l'organisation du travail et sa gestion se transforme profondément. Avec ces grands changements viennent de grandes répercussions, soit la multiplication des accidents du travail qui provoque dans certaines entreprises la création d'organisations humanitaires destinées à soulager les familles victimes de lésions professionnelles graves, appelées *caisses de secours mutuel*. Or, celles-ci ne sont guère adéquatement gérées et n'apparaissent ni très équitables ni très honnêtes, tant sur le plan financier qu'administratif. En effet, ces organisations sont la plupart des initiatives imposées aux employés par l'employeur, à laquelle l'employé doit contribuer dans une proportion de 80 %. À titre d'exemple, celle du Grand-Tronc inclut une clause au contrat faisant mention que la compagnie impose à ses

employés sa décharge de toute responsabilité en cas de mort par accident de ceux-ci, et ce, sans aucune compensation de sa part (Harvey, 1978). L'esprit de cette clause était fort simple; l'employeur est responsable de la personne avec qui il a un lien contractuel. L'employé étant décédé, ce lien n'existe plus.

C'est en 1885 que l'intervention de l'État s'impose en matière d'accidents du travail. L'industrie offre alors des conditions de travail terriblement dures et les premiers inspecteurs du travail, très mal reçus par les employeurs, font leur apparition. La première intervention législative de l'État dans les entreprises industrielles afin de protéger les employés fût l'*Acte des manufactures du Québec*, également appelé *Acte pour protéger la vie et la santé des personnes : enfants, jeunes filles et femmes surtout – employés dans les manufactures*. Cette première disposition législative concerne uniquement les personnes considérées comme étant non responsables d'elles-mêmes : femmes, jeunes filles et enfants. Les hommes de plus de 14 ans sont entièrement responsables de leur sort. En 1894, celle-ci se transforme pour devenir la *Loi des établissements industriels et commerciaux*, et des inspecteurs avec des pouvoirs bien réels font leur apparition. Quelques années plus tard, en 1909, l'assurance du risque professionnel devient obligatoire. La gestion des conséquences est retenue plutôt que la prévention des lésions en soi. Au XIX^e siècle encore, les accidents du travail, notamment sur les chemins de fer, font tellement de victimes encore que le gouvernement d'Europe doit se poser la question suivante : une société peut-elle tolérer la permanence d'une activité sachant que celle-ci entraîne autant de victimes ? D'ailleurs en 1838, il y a traduction du Code civil en loi s'appliquant aux accidents avec un libellé rendant imputable l'exploitant : tout accident, quel qu'en soit la cause, serait imputable à la faute de l'exploitant (Ewald, 1986).

En 1930 naît le droit universel à l'indemnisation, donnant ainsi accès à l'indépendance économique des victimes du travail; la *Loi des accidents du travail* apparaît. La *Commission des accidents du travail* (CAT) est mandatée par l'État, agissant comme intermédiaire entre le responsable d'une faute et la victime des conséquences de cette faute. L'émergence de la notion de prévention ne vient que plus tard dans l'histoire, au moment de

la Seconde Guerre mondiale. La prévention en matière d'accidents du travail apparaît au même moment où une pénurie de main-d'œuvre est causée par l'envoi massif des hommes au front. Les femmes doivent alors prendre la relève pour assurer la continuité des productions, et l'idée de faire attention aux ressources humaines est alors développée. Les premiers principes d'ergonomie naissent dans le travail des militaires, notamment au niveau de la conception des machines de guerre et la division de l'hygiène industrielle est créée en 1936, constituant la seule avancée législative de l'époque. L'émergence réelle de la santé et de la sécurité du travail ne se fait qu'au début des années 80. Des suites de la tenue d'un sommet en 1977, le *Livre blanc* sur la santé et la sécurité du travail est publié. La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) adoptée en 1979 est mise en application. L'originalité de cette loi repose sur le fait qu'elle tente de résoudre les problèmes pouvant affecter la santé et la sécurité des personnes à l'emploi en donnant aux employeurs et aux syndicats certains moyens de prévention. Des pouvoirs décisionnels sont conférés à la *Commission de la santé et de la sécurité du travail* (CSST) et des droits nouveaux apparaissent : le refus d'un travail dangereux et le retrait préventif. La *Loi des accidents du travail*, qui n'avait pas été modifiée depuis sa promulgation en 1931, est modifiée en 1985 pour devenir la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP).

Principalement basée sur la mitigation et la gestion des conséquences des accidents de travail depuis près de 80 ans, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* s'avère désormais désuète par rapport aux réalités du travail d'aujourd'hui. Or, en septembre 2021, l'*Assemblée nationale* a adopté puis sanctionné le projet de loi no 59 visant la modernisation du régime de santé et de sécurité au travail. L'adoption de ce projet de loi marque un tournant pour le régime, puisqu'il s'agit de la plus importante modernisation de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) depuis leur adoption en 1979 et 1985. Le déploiement des modalités entourant ces nouvelles moutures est en cours, et changera significativement le regard à porter sur la prévention et la reconnaissance des lésions professionnelles.

2.1.2 La définition de la lésion professionnelle

La définition la plus éloquente concernant le concept de lésion professionnelle est celle évoquée dans la loi les régissant, soit la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP). Cette loi a pour objet la réparation des lésions professionnelles et la mitigation des conséquences financières qu'elles entraînent pour les bénéficiaires. Dans la loi, on entend par « lésion professionnelle » : une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation. Celle-ci peut être de nature physique ou psychologique. Il est donc également pertinent de définir le concept duquel la lésion découle, soit celui de l'accident de travail qui se veut un événement bien précis, soit un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle. Le concept précédent doit donc être rencontré afin d'être en présence d'une lésion professionnelle, autrement celle-ci devient une blessure, une lésion, une maladie attribuable au domaine personnel de l'individu.

D'un point de vue plus large, la survenance d'une lésion professionnelle peut entraîner une situation d'invalidité, se soldant par une absence du travail. L'absentéisme fait référence à un contexte d'absence imprévue du travail, pour cause de maladie ou d'invalidité, ou encore pour faire face à des engagements personnels ou à des responsabilités familiales. Toute absence prolongée pour cause d'invalidité entre aussi dans la notion d'absentéisme (American Psychological Association, 1993).

2.2 LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

2.2.1 La définition des facteurs psychosociaux

Un modèle théorique phare apparaît pertinent afin de baser l'établissement du second concept, soit celui des facteurs psychosociaux, intimement interrelié à celui de l'incapacité

au travail d'un point de vue du contexte sociétal tel que défini par Loisel et al. (2001). En effet, plusieurs dimensions ont une influence sur le contexte d'incapacité, notamment : le système de santé, le système entreprise, le système législatif et d'assurances (indemnisation) et le système personnel et de l'adaptation personnelle. Plus précisément, le système personnel et l'adaptation personnelle sont définis par Loisel et al. (2001) comme étant les répercussions physiques, cognitives, affectives et sociales (relations) qui affectent le travailleur en contexte d'incapacité. Pransky et al., (2011) considèrent également la théorie de l'étiologie multifactorielle pour expliquer l'incapacité au travail, incluant des causes individuelles, ainsi que des facteurs environnementaux et sociétaux. Spitzer (1986), à l'occasion d'une étude phare concernant l'incapacité prolongée à la suite d'un trouble musculosquelettique, a été l'un des premiers auteurs à suggérer que l'incapacité à retourner au travail avait des causes de nature biologique, psychologique et sociale, et à proposer que ces deux dernières y jouent un rôle central. Depuis, plusieurs études ont été menées pour tenter de déterminer les variables psychosociales les plus importantes en cause dans ce problème de santé. Schmouth et al. (2013) font d'ailleurs mention qu'à l'heure actuelle, il est difficile de statuer sur les variables psychosociales les plus importantes à considérer dans la prédiction du phénomène de l'incapacité, puisque les études recensées comportent des différences méthodologiques notables qui rendent la comparaison des résultats ardue.

Or, même s'il y a compréhension de l'origine multifactorielle de l'incapacité, il ne semble pas y avoir consensus en ce qui concerne les théories ou les modèles qui traitent d'incapacité au travail. Toutefois, les facteurs psychosociaux sont considérés pour avoir force d'évidence et force de prédiction de l'incapacité de travail prolongée très forte (Linton et Hallden, 1998; Main, 2002; Marhold et al., 2002; Pincus et al., 2002; Turk et Okifuji, 2002; Waddell et al., 2003). Parmi les facteurs psychosociaux les plus étudiés se retrouvent la perception d'incapacité fonctionnelle, la détresse psychologique et le catastrophisme. Le terme « psychosocial » est utilisé de différentes façons par les auteurs. Il s'avère que la classification des facteurs psychosociaux peut inclure à la fois des facteurs de nature « personnelle » et des facteurs « reliés au milieu de travail ». Les études récentes tendent à

classer ces facteurs dans ces deux classes distinctes (Burton, 2005; Main, 2002; Truchon et Fillion, 2000).

Dans la présente étude, le terme « facteurs psychosociaux » fera référence aux facteurs psychosociaux dits « personnels ». Il importe de préciser les principales appellations qui seront utilisées dans le cadre de ce projet, soit facteurs et impacts psychosociaux. On entend par « facteurs » un référant aux différents aspects psychosociaux identifiés dans la présente section tandis que les impacts renvoient à la modélisation de ces mêmes facteurs à titre de conséquence de la lésion professionnelle pour l'individu qui en est victime. Cette orientation est d'ailleurs clairement identifiée à l'occasion de la question de recherche, abordée ultérieurement.

2.2.2 La définition de la détresse psychologique

Avant de faire état du concept de la détresse psychologique, il s'avère pertinent de définir ce qu'est la santé psychologique. Déjà en 1908 naît la *1^{ère} Société d'hygiène mentale* aux États-Unis. Son mouvement avait pour but de promouvoir « une attitude plus bienveillante et confiante dans l'espoir de guérison » des maladies mentales dans la population. Il s'agissait des premiers balbutiements de la notion de santé mentale après-guerre. La toute première définition positive de la santé mentale est proposée par l'OMS. L'essence de celle-ci était que la santé mentale suppose chez l'individu « l'aptitude à nouer des relations harmonieuses avec autrui et à participer [...] de façon constructive, aux modifications du milieu social ou physique. » Sa définition évolue ensuite pour devenir un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale a une signification plus grande que de souligner uniquement l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. Selon cette interprétation, il s'avère donc juste d'affirmer qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale. De plus, selon la définition de l'OMS, la santé mentale se veut vectrice de bienfaits sociétaux.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. (Site web de l'OMS, 2022)

Le trouble mental, quant à lui, est un état de santé qui se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, ce qui perturbe son fonctionnement et entraîne de la détresse. Doron (2015), historien et philosophe, rapporte dans son article que les ouvrages des aliénistes du XIXe siècle sont déjà habiles pour faire état de la description, la définition, la distinction des différents types de troubles et maladies mentales et qu'elles s'avèrent extrêmement détaillées pour des écrits de l'époque. Toutefois, la notion de santé n'y occupe pas beaucoup de place. Lorsqu'un individu en est affecté, on dit alors que sa santé mentale est troublée et qu'il faut la restaurer, ou bien que l'harmonie de toutes ses facultés (volonté, raison, instincts, etc.) est troublée. Les frontières entre l'état de santé et l'état de maladie dans la folie sont confuses, et sans distinction entre les deux concepts à l'époque.

La période de l'après-guerre offre un terreau fertile pour une meilleure compréhension de la santé mentale. La psychologie devient alors une science dévouée à la guérison des individus affligés de troubles mentaux, on y aborde même la prévention et le traitement des maladies mentales. Les bases de la psychologie positive sont jetées, largement documentées par Seligman depuis les années 90. Cette nouvelle approche est articulée autour de la mesure des expériences positives de l'individu : le bien-être et la satisfaction (passé), le « *flow* », la joie, le plaisir et le bonheur (présent), puis la capacité de ressentir de l'optimisme, de l'espoir et de la foi face au futur. La psychologie devient désormais l'étude de la force et de la vertu des individus. Le traitement ne vient plus que réparer ce qui ne fonctionne pas, mais permet également de construire ou renforcer ce qui fonctionne bien (Seligman, 2002).

Antérieurement à cette période, les interventions et les recherches des psychologues portaient principalement sur les pathologies, centrées sur l'anormalité et les troubles de

fonctionnement déjà documentés. Les études et les modèles théoriques de la santé psychologique élaborés étaient alors davantage axés sur les problèmes de santé tels que la détresse psychologique, le stress et le burnout (Baba et al., 1998; Seligman, 2002). Les échelles de santé mentale cherchaient alors à estimer indirectement la prévalence des pathologies psychiatriques en identifiant les personnes ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe désigné comme « très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessiterait une intervention » (Radloff, 1977). Certains auteurs ont toutefois démontré ensuite que les échelles de santé mentale mesuraient autre chose que ce qu'elles étaient censées mesurer. En effet, elles se révélaient d'excellents instruments de mesure pour l'identification d'une entité que ces auteurs nomment « *demoralization* » (Dohrenwend, 1980). Par la suite, certains chercheurs utilisent le concept de détresse psychologique non spécifique comme un synonyme de la démoralisation.

Dans Prévile et al. (1995), les auteurs cités en viennent à un consensus concernant la définition de la détresse psychologique. Celle-ci implique deux syndromes fortement corrélés, soit la dépression et l'anxiété. Chacun de ces syndromes ont deux composantes, à la fois psychologiques et somatiques. La cooccurrence des symptômes, psychologiques et somatiques, fait d'ailleurs partie intégrante de la description clinique de la dépression et de l'anxiété, justifiant ainsi la présence de la dimension somatique dans les échelles mesurant la détresse psychologique. La détresse psychologique se traduit alors par l'amalgame de sentiments négatifs, de pensées autodestructives, de fatigue émotionnelle et d'isolement (Leiter et Durup, 1994 dans Baba et al. 1998) combinée à la manifestation de tensions, de nervosité, d'appréhensions et d'inquiétudes (Greenglass, 1993 dans Baba et al. 1998). Au niveau de leur expression somatique, l'anxiété et la dépression sont reconnues pour générer des symptômes variés (Prévile et al. 1995).

2.2.3 La définition du soutien social

Le soutien social est identifié comme une variable déterminante en santé physique et mentale par Bozzini et Tessier (1985). Le soutien social se décline en de multiples dimensions selon les auteurs et la terminologie utilisée. Pour n'en nommer que quelques-unes, le réseau de soutien, les comportements de soutien et l'appréciation subjective de soutien se divisent ensuite en différentes terminologies. Pierce, Sarason et Sarason (1996), font état quant à eux des notions de réseau de soutien, des relations de soutien et de la perception du soutien social. Déjà en 1998, Beauregard et Dumont sont en mesure de relever plus d'une quarantaine d'instruments construits dans le but de mesurer le soutien social.

Par définition, le soutien social consiste en un soutien soit tangible ou intangible qu'un individu reçoit d'autres individus. Il peut provenir de différentes sources, soit les collègues de travail, les supérieurs, et des proches; ces derniers constituent le soutien social hors-travail (Sargent et Terry, 2000). Deux types de soutien social sont documentés : le soutien instrumental et le soutien émotionnel. Le soutien instrumental fait référence à l'assistance en termes de conseils ou de connaissances afin d'aider une autre personne à réaliser ses tâches (Fenlason et Beehr, 1994). Le soutien instrumental consiste à procurer les ressources dont une autre personne a besoin pour atteindre ses objectifs. Le soutien émotionnel, quant à lui, fait référence à l'attention, à l'écoute et à toute autre action qui montre à la personne visée qu'elle est considérée. Le soutien social se définit aussi comme étant la capacité des amis et des membres de la famille à pourvoir aux besoins psychologiques et matériels de l'individu. Il existe une distinction entre le support perçu et le support reçu.

Ce qui nous intéresse dans le cadre de la présente recherche est davantage la présence ou non d'un réseau ou filet social pouvant apporter soutien et réconfort à un proche éprouvé. Or, Vaux (1988, 1992) définit le réseau de soutien comme un sous-ensemble du réseau social, vers qui la personne se tourne (ou pourrait se tourner) pour obtenir de l'aide (Vaux dans Beauregard et Dumont, 1996).

Les instruments qui mesurent les ressources du réseau identifient les rapports qui relient la personne à sa famille, à ses amis, à ses pairs. Ces rapports sont vus comme un indicateur des ressources sociales qui, lors d'une crise, sont susceptibles d'offrir du soutien (Streeter et Franklin, 1992; dans Beaugard et Dumont, 1996).

Ainsi, lors de la mesure du réseau de soutien ou réseau social, deux facteurs sont à considérer. La présence de ressources (statut conjugal, fratrie, appartenance à des groupes), puis les propriétés structurelles du réseau, soit sa densité, sa complexité et son accessibilité. Toutefois, des limites sont identifiées par différents auteurs concernant la mesure du réseau : « [...] on ne peut prétendre que les relations identifiées par une analyse de réseau sont automatiquement des relations de soutien. » (Wellman, 1981 ; dans Beaugard et Dumont, 1996).

2.3 RECENSION DES ECRITS

Peu d'études scientifiques à ce jour se sont intéressées aux impacts psychosociaux de la lésion professionnelle. Cette recension considère donc à la fois le phénomène de lésion professionnelle, mais aussi celui de l'invalidité et de l'incapacité afin d'obtenir un regard plus large de la problématique étudiée. Les recherches sont effectuées à l'aide des bases de données scientifiques *Sofia*, *CAIRN*, *Psy Info*, *Erudit*, *ProQuest* et *Google Scholar*, avec les mots-clés suivants, parfois combinés : *lésion professionnelle*, *accident de travail*, *invalidité*, *incapacité*, *facteurs psychosociaux (ou personnels)*, *impacts psychosociaux (ou conséquences psychosociales)*. Certaines publications scientifiques de l'*Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail* (ci-après IRSST) disponibles en ligne ont également été consultées. La présente recension des écrits regroupe les facteurs psychosociaux sous différentes grandes thématiques, puis les décline ensuite en plusieurs notions plus détaillées. Les grandes thématiques sont : la perception négative de l'état de santé, la détresse psychologique et le soutien familial et social. Les études entre 1979 et 2021

ont principalement été survolées, la motivation du présent thème de recherche prenant toutefois assise au départ sur un article de Baril et Martin, 1993.

2.3.1 Perception négative de l'état de santé ou de l'incapacité fonctionnelle

L'expérience de la maladie, du nouveau rôle social de malade s'y rattachant et l'acceptation d'un nouveau statut social ou handicap social contribuent à moduler la perception de son état de santé pour le travailleur en situation d'incapacité. Certaines études démontrent que les travailleurs victimes d'une incapacité sont préoccupés par la façon dont ils sont perçus par leur employeur et leurs collègues de même que par les conséquences de leur condition sur leur sécurité d'emploi. Les travailleurs ressentent le besoin de justifier leur condition par un diagnostic médical et des preuves (Coole et al., 2010). Concernant le nouveau rôle social de malade, certains auteurs dénotent un manque d'acceptation de l'état chronique, faisant ainsi obstacle au retour au travail (Varekamp et Van Dijk, 2010).

Giddens (1991), en référence au processus d'engouffrement, mentionne que la lésion professionnelle serait initiatrice d'un vide identitaire profond chez plusieurs travailleurs, sur la base de leur insécurité professionnelle et de leur non-conformité au modèle dominant du travailleur qui mène une vie normale et qui gagne sa vie.

Baril et Martin (1993) font mention que l'individu victime d'une lésion professionnelle s'expose à plusieurs facteurs psychosociaux à redéfinir, et qui affectent sa perception de son contexte de lésion professionnelle, notamment : l'expérience de la maladie et du rôle social de malade, la mobilisation des membres du réseau de sociabilité, la perception de l'impact du processus sur l'entourage, le changement perçu de statut social et le handicap social éventuel. La perception qu'a le travailleur de lui-même avant le fait accidentel est déterminante dans ce processus, en particulier sur le plan physique (perception de capacité) et professionnel (métier ou compétences). L'image de soi que le travailleur souhaite projeter auprès des autres, les préjugés et la stigmatisation dévalorisante entourant la lésion professionnelle font en sorte qu'il est remarqué chez plusieurs travailleurs le refus

du rôle de malade et d'handicapé que leur propose la société. Ce refus, à long terme, peut avoir des conséquences sociales et psychologiques importantes, et le camouflage de son état réel dénoterait l'incapacité du travailleur d'accepter son état (Baril et al., 1993).

Concernant le vécu de l'invalidité, De Vries et al. (2011) ont exploré pourquoi des personnes avec une douleur non spécifique en phase chronique à cause de troubles musculosquelettiques restent au travail en dépit de la douleur et comment elles gèrent la douleur tout en travaillant. Cette dynamique serait basée sur le principe de motivateurs, influencée par des facteurs de succès. Ils ont ainsi identifié des motivateurs présents de manière intrinsèque chez certains individus, soit que le travail est considéré à titre de valeur, de thérapie, générateur de revenus ou qu'il est une responsabilité. Ces motivateurs ainsi perçus, permettraient à certaines personnes, alors que d'autres ne le peuvent pas, de maintenir leur statut d'emploi malgré la douleur ressentie.

Certaines études font également des distinctions à l'égard du sexe de l'individu, par exemple, Mellegård et al. (2001) font état que les femmes utilisent le pessimisme comme stratégie d'adaptation à leur douleur. Celles-ci seraient alors plus enclines à avoir de la détresse psychologique et des incapacités dues à leur douleur. Elles consommeraient également plus de médicaments contre la douleur et consultent plus de spécialistes de la santé.

Lorsqu'il est question d'incapacité, les auteurs font également référence au processus de réadaptation à envisager, incluant la notion de retour au travail et des obstacles en faisant partie. Relativement à la perception de l'état de santé, les croyances, qu'elles concernent les exigences physiques ou psychologiques, peuvent influencer la condition d'invalidité. Par exemple, Marois et Durand (2009) identifient dans leur étude que les croyances liées aux exigences physiques de l'emploi (i.e. adoption de postures contraignantes, le maintien des postures statiques et l'absence des tâches légères), puis les croyances liées aux exigences psychologiques de l'emploi telles que la perception par le travailleur de l'insuccès de l'intervention de réadaptation, a une influence significative sur le retour au travail. Les croyances liées aux exigences physiques de l'emploi sont également soulevées par Lydell et

al. (2009) dans une étude traitant des troubles musculosquelettiques. Lasiné et al. (2012) concluent quant à eux en étudiant des travailleurs indemnisés par la CNESST que les croyances liées aux exigences psychologiques influent également sur l'invalidité. Ceux-ci documentent peu d'attentes concernant la réintégration et peu d'importance accordée au travail, en plus d'une diminution des chances de retour au travail pour les travailleurs invalides pour une durée de deux à huit mois. Les croyances liées à la douleur sont soulevées par De Vries et al. (2011), selon le fait que le seuil de douleur jugé acceptable peut être perçu différemment d'un individu à l'autre.

2.3.2 Détresse psychologique

La détresse, reconnue par l'individu ou manifeste, est définie par Spitzer et Endicott (2018) par la plainte par ce dernier de la détresse qu'il éprouve, ou par une détresse déduite de son comportement manifeste. La détresse peut prendre la forme d'une douleur physique ou de tout affect dysphorique tel que l'anxiété, la dépression ou la colère.

De prime abord, le lien entre la tension vécue au travail et la démonstration de détresse psychologique est claire selon plusieurs études, avec une corrélation nettement supérieure lorsque celle-ci implique la combinaison d'une forte exigence psychologique et d'une faible latitude décisionnelle (Bourbonnais et al., 1996; Bourbonnais et al., 1998; Wilkins et Beaudet, 1998). La mise en lumière de cette même combinaison de facteurs est également documentée comme étant liée à l'épuisement professionnel, au burnout, à des problèmes psychosomatiques et physiques, à de l'insatisfaction en emploi et à un état de bien-être psychologique faible (De Jonge et al., 2000). L'exigence psychologique se qualifie aussi dans certaines études comme un niveau de tension élevée au travail, influencé par la variable du support social (Van der Doef et Maes, 1999; Vermeulen et Mustard, 2000). La combinaison de ces deux éléments (tension et support) aurait selon ces auteurs, plus d'effets sur la détresse psychologique.

Certains affects dysphoriques étaient également déjà identifiés par Karasek (1979); l'auteur affirmait dès lors, qu'une corrélation positive entre les exigences psychologiques élevées et une faible latitude décisionnelle chez les travailleurs pouvait occasionner de l'épuisement après le travail, un état de dépression, de la nervosité, de l'anxiété, de l'insomnie et un sommeil agité. De plus, le risque de souffrir de détresse psychologique décline avec le temps et certaines études suggèrent ainsi que la détresse psychologique n'est pas une maladie chronique (Marchand et al., 2005).

Les employés subissant du stress de façon continue ont plus de risque de développer une mauvaise santé mentale (Godin et al., 2005). Plus l'individu rapporte être exposé à des stressors au travail, notamment une surcharge, un conflit de rôle ou une ambiguïté de rôle, plus il éprouve de détresse psychologique. Il en est de même pour ceux et celles vivant un événement stressant en dehors du travail récemment ou au cours des 12 derniers mois (Bourbonnais et al., 1996; Dompierre et al., 1993; Godin et al., 2005; Niedhammer et al., 1998; Vézina et Gingras, 1996). Par rapport aux événements de vie stressants, Wilkins et Beaudet (1998) font mention qu'une association entre les événements négatifs de la vie et la manifestation de problèmes de santé est courante, exception faite pour les blessures liées au travail.

La corrélation entre la détresse psychologique et les maux physiques a également été documentée à maintes reprises par les auteurs, notamment que les symptômes dépressifs, la dépression et la détresse psychologique (à titre de conséquence) est associée aux troubles musculosquelettiques, augmente la prévalence des douleurs physiques, augmente le risque de rapporter davantage de douleur et que l'expression de ces facteurs psychologiques prédisent l'invalidité. (Jorgensen et al., 2000; Leino et Magni, 1993; Linton, 2005; Manninen et al., 1997; Marchand et al., 2005; Nahit et al., 2001, 2003; Parkes, 2005; Strine et Hootman, 2007; Vézina et Gingras, 1996). Les problèmes de santé longue durée sont également associés à un niveau élevé de détresse psychologique (Légaré et al., 2000). Les problèmes de santé physique sont corrélés avec le risque d'un premier épisode de détresse et d'épisodes répétés par la suite. (Marchand et al., 2005).

La détresse psychologique est aussi abordée sous l'angle de la comorbidité, de la somatisation et de l'exacerbation de l'expression de la douleur par l'individu; soit le fait que plus il y a des symptômes physiques rapportés, plus la détresse psychologique est présente. À contrario, le fait d'éprouver de la détresse psychologique est associé au développement de symptômes physiques, les auteurs l'ayant documenté selon différents sièges de lésion. (Hotopf et al. 1998; Hurwitz, 2003.) Sous le point de vue de la douleur, en présence d'autres symptômes physiques ou psychologiques, celle-ci conduit à la détresse (McBeth, 2002). Certaines études ne peuvent toutefois pas confirmer que la détresse psychologique cause le développement subséquent des douleurs musculosquelettiques ou vice et versa (Jorgensen, 2000). D'autres auteurs affirment toutefois une corrélation unilatérale, dans le sens démontré et non l'inverse, soit que c'est la détresse psychologique qui mène à l'expression de problèmes musculosquelettiques (Leino et Magni, 1993).

Concernant la pression du métier exercée sur la santé mentale des intervenants d'urgence, la misère sociale, les événements bouleversants, exceptionnels et potentiellement traumatisants font partie du quotidien du TAP en service. Certaines études font mention que l'exposition aux situations stressantes peuvent être la cause de burnout pour ces derniers et les autres premiers répondants (Kaplan et al., 2017; Lambert, 2018; Smith, 2014). La littérature a également documenté les facteurs de risques pour les premiers répondants basés sur les stressés en emploi qui ont une influence sur les troubles de santé mentale, incluant l'anxiété, la dépression, l'abus de substance et les tendances suicidaires. Les symptômes traumatiques correspondants à un trouble de stress post-traumatique étaient présents chez 25 à 33 % des TAP étudiés (Regehr, 2002; Lambert, 2018; Regehr, 2005).

One study of paramedics reported that more than 80 % of those in a large urban area had experienced each of the following events: the death of a patient while in their care, the death of a child, events involving multiple casualties, and events involving violence perpetrated by one individual against another. In addition, the same study reported that 70 % had been assaulted on the job and 56 % reported experiencing

events on the job that they believed could potentially have resulted in their own death.
(Lambert, 2018)

L'état civil fait partie intégrante des variables étudiées dans certaines recherches relativement à son impact sur la détresse psychologique. Légaré et al. (2000), puis Marchand et al. (2005) font mention que les célibataires souffrent plus de détresse psychologique et qu'à l'inverse, les personnes mariées en souffrent moins. Niedhammer et al. (1998) et Vermeulen et Mustard (2000), appuient également le fait que d'être marié ou d'avoir un conjoint diminue la détresse psychologique. Néanmoins, les nouveaux mariés en souffrent davantage que les célibataires ou les mariés (Cairney et Krause, 2005).

2.3.3 Soutien familial et social

Le soutien familial et social du travailleur est documenté par différentes études et auteurs, que ce soit dans le cadre du travail ou hors-travail. Peu d'études ne font toutefois référence à la mesure du support social à la suite d'une lésion professionnelle. La présente recension des écrits sera donc plutôt présentée ici sous un angle plus général, puis sous l'angle de contextes d'invalidité variés. Les sujets abordés sont l'épuisement des réseaux, les conflits conjugaux, la solitude et l'isolement social. Il est souligné par certains auteurs (Baril et al., 1993; Corin, et al., 1990) que l'expérience de la lésion professionnelle oblige l'individu à se resituer tant face à lui-même que par rapport aux autres, qui réagissent à ce qui lui arrive.

En corrélation avec la thématique précédemment abordée, il est documenté par différents auteurs qu'un pauvre soutien social dans le cadre du travail peut contribuer à un état de détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1996, 1998). Le fait d'avoir peu de support social hors-travail est également tout autant associé à la détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1996; Légaré et al., 2000; Marchand et al., 2005; Vézina et Gingras, 1996; Wilkins et Beaudet, 1998). À l'inverse, la présence de soutien social est associée à une diminution du niveau de dépression, autant chez les hommes que les femmes (Karasek et

Theorell, 1990). Un bon nombre de chercheurs ont étudié les effets du soutien social sur la santé mentale et le mieux-être des individus (Shumaker et Brownell, 1984), et mettent en évidence que le soutien social a des effets bénéfiques pour l'individu, tant au niveau de la santé physique que le bien-être psychologique (House, 1981 dans Ashton, 1993). La satisfaction exprimée quant à la vie sociale est d'ailleurs hautement corrélée avec la détresse psychologique (Légaré et al., 2000).

Marchand et al., (2005), repris par Catherine Vincent (2009), font état que le soutien social hors travail préviendrait le risque d'épisode répété de détresse, mais ne préviendrait pas le premier épisode. Celui-ci n'agirait pas comme effet modérateur sur les stressés au travail, mais comme protecteur de la détresse psychologique. Toujours selon les mêmes auteurs, les contraintes associées à la famille et au soutien social hors-travail ne modèrent pas l'effet des stressés au travail sur la détresse psychologique. Ils protègent l'individu contre la détresse psychologique pour ceux qui ont des bonnes relations. Il est également documenté dans une étude de Stansfeld et al. (1999) que le manque de support social de la part des collègues et des superviseurs est associé à des risques de maladie mentale plus élevés et qu'à contrario, le support social au travail a des effets protecteurs contre la maladie mentale au travail.

Woods (2005) documente pour sa part une relation significative entre le manque de support social et les problèmes musculosquelettiques, en regard de la prise de congés de maladie pour ce type de problème de santé. Selon ce même auteur, le soutien social joue un rôle protecteur contre les problèmes musculosquelettiques, puisque l'aide apportée à ces individus par leur réseau social réduit la prise de congés de maladie.

Une situation de tension élevée combinée à un faible support social laisse sous-entendre une faible santé physique et des plaintes psychosomatiques selon Van der Doef et Maes (1998). Le faible support social au travail est associé à des prévalences plus fortes des problèmes musculosquelettiques, et à un risque plus élevé de rapporter davantage de douleur (Cole et al., 2001; Nahit et al., 2003). À l'opposé, certains auteurs ne sont pas en mesure de

reconnaître l'apport d'un faible soutien social dans un contexte d'invalidité, notamment lors de douleurs au dos et au cou (Hoofman et al., 2004; Linton, 2001; Parkes, 2005).

Certains auteurs ont abordé la problématique des troubles musculosquelettiques et des maux de dos en phase chronique. Leurs études permettent d'affirmer que les travailleurs qui subissent des conflits entre leur vie professionnelle et leur vie privée présentent plus de risque d'incapacité de longue durée (De Souza et Frank, 2011; Franche et al., 2010; Hämmig et al., 2011; Varekamp et Van Dijk, 2010). De Souza et Frank (2011) poursuivent en faisant mention que ces conflits seraient notamment dus à l'anxiété ressentie vis-à-vis l'impact des douleurs de l'individu sur les autres membres de la famille. En effet, ceux-ci regrettent d'avoir perdu leur capacité de travail et craignent les conséquences financières liées à leur perte de revenu. Il est documenté par les auteurs que les répercussions de la douleur n'affectent pas seulement l'individu qui en est victime, mais que celle-ci a également des répercussions sociales de plus grande ampleur, impliquant la famille proche et élargie, les amis et les collègues de travail. Baril et al. (1993) font également mention que les travailleurs blessés sont confrontés à l'épuisement de leurs réseaux de support ou encore à des conflits conjugaux. Leur invalidité les place en situation de précarité et les rend plus vulnérables à la solitude et à l'isolement social. Le support social fait d'ailleurs partie des sept facteurs clés identifiés pour une détection précoce des cas à risque d'incapacité par Shaw et al. (2009).

Le support de la famille serait prépondérant pour la réduction des impacts d'un travail hautement stressant pour les intervenants d'urgence. Dans une étude menée sur les intervenants d'urgence, le support de l'épouse, de la famille et des amis a été significativement corrélée négativement avec les scores de deux échelles mesurant les symptômes de trauma et de dépression (King et al., 1997; Leffler et Dembert, 1998; Regehr et al., 2002; Weiss et al., 1995). Les membres de la famille ne sont toutefois pas immunisés contre le stress vécu par leurs proches.

Les recherches ont démontré à quel point les stresseurs présents en emploi peuvent être transmis aux membres de la famille. En général, les études suggèrent que le stress lié à l'emploi influence la qualité des interactions matrimoniales et causent au conjoint un

sentiment de négativité plus fort envers la relation. Aussi, le facteur de tensions dans le mariage aurait plus d'impact sur la santé mentale que les exigences psychologiques au travail à proprement dit (Larson et Almeida, 1999; Marchand et al., 2006; Thompson et Bolger, 1999). Une étude sur les officiers de police a également dénoté qu'un statut émotif négatif chez les officiers de police est davantage associé à des conflits matrimoniaux ou familiaux (Burke, 1993).

2.4 OBJET DE LA RECHERCHE

2.4.1 Question de recherche

Bien que les facteurs de détresse psychologique et de soutien social aient été documentés dans le cadre du travail des intervenants d'urgence, peu d'études se concentrent sur les possibles impacts psychosociaux de la lésion professionnelle. Il s'avère pertinent de mesurer puis comparer les facteurs de détresse psychologique et de soutien social, largement documentés, mais rarement corrélés selon le type d'invalidité et sa nature. Le facteur mesuré, si sa présence est ensuite significativement corrélée, peut alors être qualifié d'impact psychosocial.

À partir de ce constat, des motivations précédemment exposées et du nombre limité de recherches en la matière, l'objectif principal de la présente étude consiste à comprendre, dégager puis décrire les impacts psychosociaux identifiés des suites de la lésion professionnelle chez les TAP. Il s'avère de prime à bord pertinent de brosser un portrait de la situation d'invalidité pour cause de lésion professionnelle chez la population étudiée, puis d'aborder plus finement la problématique à l'étude par une question de recherche d'ordre générale : la lésion professionnelle génère-t-elle des impacts psychosociaux chez les TAP ? Une fois le portrait brossé puis la question principale répondue, des objectifs secondaires ont été établis. En effet, pour répondre plus amplement à la question initialement posée, il

apparaît pertinent de cibler la nature du lien entre la variable de détresse psychologique et celle de soutien social. Ensuite, il y a lieu de questionner l'influence de ces variables sous l'angle de la nature de la lésion, qu'elle soit d'ordre physique ou psychologique. Selon cette nature, y'a-t-il une différence au niveau de la variable de détresse psychologique, puis celle du soutien social chez les TAP ?

2.4.2 Hypothèses de recherche

À la lumière de la littérature consultée, la première hypothèse de recherche soutient qu'un lien fort sera démontré entre la détresse psychologique manifestée par les TAP et le soutien social dont ils ont pu bénéficier. À cet effet, rappelons que les études précédentes proposent que le fait d'avoir peu de support social hors travail est associé à la manifestation de détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1996; Légaré et al., 2000; Marchand et al., 2005; Vézina et Gingras, 1996; Wilkins et Beudet, 1998) et qu'à l'inverse, la présence de soutien social est associée à une diminution du niveau de dépression, autant chez les hommes que les femmes (Karasek et Theorell, 1990).

La seconde hypothèse, quant à elle, soutient qu'une différence significative du point de vue du soutien social sera démontrée selon la nature de la lésion. À cet égard, il est documenté que le soutien social a des effets bénéfiques pour l'individu, tant au niveau de la santé physique que le bien-être psychologique (House, 1981; dans Ashton, 1993). Baril et al. (1993), font mention que les travailleurs blessés peuvent toutefois être confrontés à l'épuisement de leurs réseaux de support ou encore à des conflits conjugaux. Leur invalidité les place en situation de précarité et les rend plus vulnérables à la solitude et à l'isolement social. Des études sont également citées dans le présent ouvrage concernant une relation significative présente entre le manque de support social et la prévalence de problèmes musculosquelettiques (Woods, 2005; Cole et al. 2001; Nahit et al., 2003). Toutefois, peu d'études mettent en évidence une différence significative du point de vue du soutien social sous l'angle de la nature de la lésion professionnelle subie.

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre concerne la méthodologie employée dans la présente étude. Premièrement, le devis de recherche ainsi que son analyse seront présentés. Ensuite, le mode de collecte de données, de la population étudiée et de la constitution de l'échantillon seront exposés. Le chapitre sera clos avec la section concernant les instruments de mesure puis celle faisant état des considérations éthiques associées au projet.

3.1 DEVIS DE RECHERCHE ET ANALYSE

L'approche méthodologique privilégiée pour réaliser le présent projet est de nature quantitative. Afin de valider l'hypothèse 1, un devis de recherche corrélationnel explicatif est choisi. Quant à l'hypothèse 2, un devis comparatif est utilisé.

Afin de vérifier les hypothèses sous-jacentes à cette recherche, le logiciel statistique SPSS mis à disposition par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) par l'intermédiaire de Pre Andrée-Ann Deschênes, a été utilisé afin de pratiquer les analyses nécessaires pour obtenir les résultats. Dans un premier temps, l'hypothèse 1 fût validée par un devis de recherche corrélationnel explicatif, permettant d'explorer les relations entre les différentes variables. Dans le cadre de la seconde hypothèse, l'analyse par comparaison a permis de mesurer la différence entre les deux variables, soit la variable indépendante de la lésion professionnelle, et les variables dépendantes que sont celles de la détresse psychologique et le soutien social. À cet effet, la technique Test-T pour échantillons indépendants (*Independent sample t test*) est privilégiée. Elle se calcule à partir de deux moyennes provenant de deux échantillons (ou sous-groupes) indépendants avec un intervalle de confiance à 95 %. Ce coefficient permet de comparer deux groupes et de déterminer s'il existe une relation linéaire significative entre la lésion professionnelle (selon sa nature), et les variables de détresse psychologique et de soutien social.

3.2 MODE DE COLLECTE DE DONNEES, DE LA POPULATION ETUDIEE ET DE LA CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

3.2.1 Mode de collecte de données

Le sondage (de type questionnaire web), à titre d'outil de collecte de données, tel que documenté par Durand et Blais (2016) permet « la collecte puis la mise en forme de l'information, fondé sur l'observation des réponses à un ensemble de questions posées à un échantillon de population. » Cet outil est reconnu pour sa grande flexibilité et constitue un raccourci commode qui épargne les énergies dépensées par le chercheur tout en facilitant l'accumulation d'informations dans l'optique de pouvoir brosser un portrait de la situation étudiée. Sa réussite dépend par contre de la collaboration de la population sondée, et de l'obtention d'un taux de réponse significatif. Les personnes non jointes et celles qui refusent de participer peuvent représenter une proportion importante de l'échantillon cible. De rendre le sondage attrayant et de rejoindre un maximum d'individus devient alors essentiel. Le sondage peut s'avérer être un outil pertinent dans le cadre du présent thème puisque Durand et Blais (2016) mentionnent que plus un évènement est marquant, plus il est possible d'obtenir les renseignements fiables remontant loin dans le temps, en opposition avec la cueillette d'informations en lien avec des évènements banals, pouvant altérer la viabilité des résultats obtenus puisque peu de considération est alors accordée au sondage. Or, il apparaît que la survenue d'une lésion professionnelle pourrait faire partie de la catégorie des évènements marquants.

Les avantages du sondage de type questionnaire web sont : le coût très faible de la collecte d'information, sa rapidité, sa facilité d'accès, son enregistrement instantané de l'information, sa facilité de traitement des questions ouvertes et la possibilité de présenter des informations visuelles, orales, vidéo, etc. (Durand et Blais, 2016). L'avantage principal est la possibilité de rejoindre un grand nombre de personnes lorsque le chercheur a un accès privilégié à des banques de courriels, ou des personnes ressources clefs pouvant permettre une transmission massive du sondage à l'échantillon étudié. Cet outil est également dénoncé

considérant certains inconvénients : son utilisation massive en sciences sociales, et sa complétion individuelle est remise en question au niveau méthodologique puisque la collecte d'informations initiale repose sur l'étude d'un phénomène social, essentiellement collectif. Encore faut-il que les individus ciblés acceptent de répondre aux questions posées par le chercheur, dans l'absence de l'établissement d'un lien de confiance comme le veulent les outils de collecte qualitatifs.

3.2.2 Description de la population étudiée

Les témoins privilégiés respectant les critères de sélection minimaux ont été retenus dans le cadre de la présente étude. En effet, les individus doivent avoir subi une lésion professionnelle afin de pouvoir partager leur expérience, source de données significatives. De cette façon, l'échantillon est de type non probabiliste, puisque le choix de l'échantillon dépend de l'accessibilité aux individus concernés par le thème. Ce type d'échantillon est privilégié lorsqu'il s'avère difficile d'interroger des individus sur des thèmes considérés délicats. Selon Beaud (2016) « l'utilisation de cette technique suscite des débats [...] puisque les volontaires ont généralement des caractéristiques psychologiques particulières (volonté de plaire, désir de connaître, besoin de régler des problèmes, etc.) et que, par conséquent, toute généralisation est hasardeuse », Il sera donc important dans cette optique de contrôler les caractéristiques des individus retenus et s'abstenir de toute généralisation hâtive. Des individus pourraient s'ajouter à l'échantillon via un effet boule de neige, puisque les individus ciblés initialement pourraient mener, par leur réseautage, à d'autres individus correspondant à l'échantillon initial.

La population visée est donc les TAP, ayant été victime à courte échéance (36 mois) d'une lésion professionnelle, qu'elle soit de nature physique ou psychologique. L'échantillon initial sera celui des professionnels de *Paraxion*, entreprise privée en soins préhospitaliers d'urgence au Québec. Ceux-ci seront sollicités par voie électronique via l'employeur, puis au besoin et selon le taux de réponse, le bassin des répondants pourra être revu à la hausse

avec l'implication d'autres employeurs du même domaine et ce, par l'intermédiaire de la *Corporation des services d'ambulances du Québec (CSAQ)*. Concrètement, afin de répondre à la population identifiée précédemment, les individus retenus devront répondre aux critères suivants :

Critères de sélection – inclusion :

- Être un TAP;
- Être ou avoir été victime d'une lésion professionnelle, de nature physique ou psychologique, indemnisée par la CNESST dans les 36 derniers mois;
- Être ou ne pas être de retour au travail lors de la réponse au sondage;
- Être ou avoir été en invalidité lors de cette période.

Critères de sélection – exclusion :

- Ne pas être un TAP;
- Ne pas avoir été victime d'une lésion professionnelle, de nature physique ou psychologique, indemnisée par la CNESST dans les 36 derniers mois;
- Avoir subi une lésion professionnelle sans perte de temps (sans invalidité).

3.2.3 Déroulement du processus de collecte

Un courriel de sollicitation fût transmis à l'ensemble des membres de l'entreprise *Paraxion*, puis cascadié en parallèle par une ressource tierce de la *Corporation des services d'ambulances du Québec (CSAQ)* aux entreprises membres afin que ceux-ci cascadié à leur tour dans leurs entreprises respectives, et ce, afin de maximiser les chances d'atteinte d'un plus grand nombre de participants se qualifiant pour la présente étude.

Dans ce courriel de sollicitation, les informations nécessaires à la compréhension de l'étude furent exposées, soit un texte présentant l'étude, ses objectifs, l'implication attendue, ainsi qu'un lien menant le participant vers un questionnaire informatisé sur la plateforme

NoviSurvey. La première page du questionnaire expose le formulaire de consentement. Celui-ci présente à nouveau l'étude, ses objectifs, l'implication attendue, les risques et avantages, ainsi que les retombées probables. S'en suit trois sections : les renseignements nominatifs (caractéristiques du répondant) et sociodémographiques, puis les outils utilisés dans le cadre de l'étude pour mesurer la détresse psychologique et le soutien social des participants.

Le formulaire de consentement en ligne est intégré en première page du questionnaire et permet aux participants de manifester leur intérêt et leur accord à participer à cette étude. Les coordonnées de l'équipe de recherche sont fournies afin qu'ils puissent communiquer avec celle-ci s'ils ont des questions entourant la recherche. Les TAP sont donc recrutés sur une base volontaire, et ont accès aux informations nécessaires pour favoriser une prise de décision libre et éclairée.

3.2.4 Constitution de l'échantillon

La première partie du questionnaire ou talon sociologique de l'enquête permet d'identifier les profils des répondants. En ce qui concerne les données générales d'ordre nominatives et sociodémographiques, les données colligées sont les suivantes : nature de la lésion professionnelle, âge, genre, région administrative principalement desservie dans le cadre du travail, situation familiale, enfants et nombre d'enfants à charge. Ces trois derniers éléments permettent d'obtenir un aperçu des composantes du filet social immédiat disponible au répondant. Par la suite, les caractéristiques liées à l'emploi ayant été documentées concernent l'expérience professionnelle, le nombre de lésions professionnelles subies en carrière, la durée de la dernière invalidité (résolue ou active), la situation de travail actuelle, puis la période écoulée depuis le retour au travail (si retour effectué).

À partir des données recueillies dans ce talon sociologique, l'échantillon est composé de 44 participants. Vingt-trois sont des hommes (52 %) et vingt sont des femmes (46 %). Une personne a préféré ne pas préciser ou s'attribuer de genre (2 %). Parmi celles-ci, trente-trois personnes ont subi une lésion de nature physique (75 %), et dix répondants une lésion

de nature psychologique (23 %). Une personne a préféré ne pas préciser la nature de sa lésion (2 %). Les participants se répartissent majoritairement et proportionnellement dans trois tranches d'âge, soit la portion des 18-29 ans (12 personnes, 27 %), 30-39 ans (13 personnes, 30 %), 40-49 ans (12 personnes, 27 %). Les autres participants se répartissent ainsi : 5 personnes pour la tranche d'âge 50-59 ans (12 %), une personne de 60-69 ans (2 %), et une personne ne souhaitant pas identifier sa tranche d'âge.

Bien que le présent questionnaire ait été distribué auprès d'employeurs du domaine ambulancier couvrant vastement la province, ce sont principalement des participants de la région du Bas-St-Laurent et de la Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine qui ont fait suite au courriel de sollicitation reçu. En effet, ce sont 19 personnes sur 44 (43 %) qui desservent principalement ces régions administratives dans le cadre de leurs fonctions de TAP. Le Saguenay-Lac-St-Jean, Lanaudière et les Laurentides, puis l'Estrie et la Montérégie sont également représentés à hauteur de neuf (21 %), sept (16 %) et cinq (11 %) participants.

Figure sociodémographique 1 – Nature de la lésion professionnelle

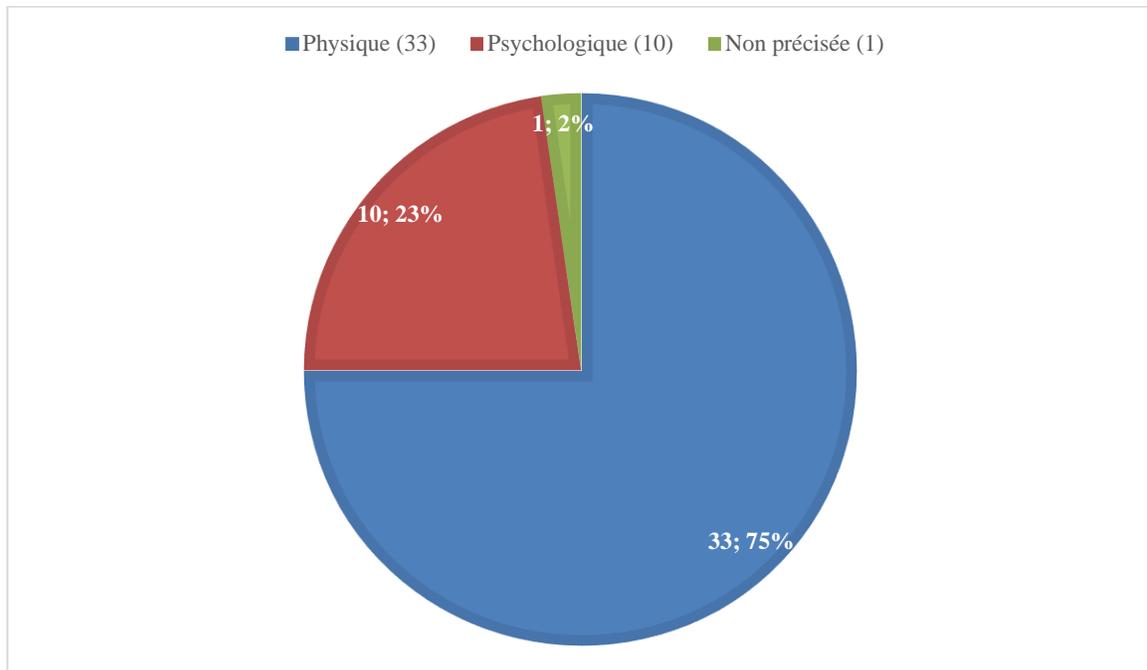


Figure sociodémographique 2 – Âge

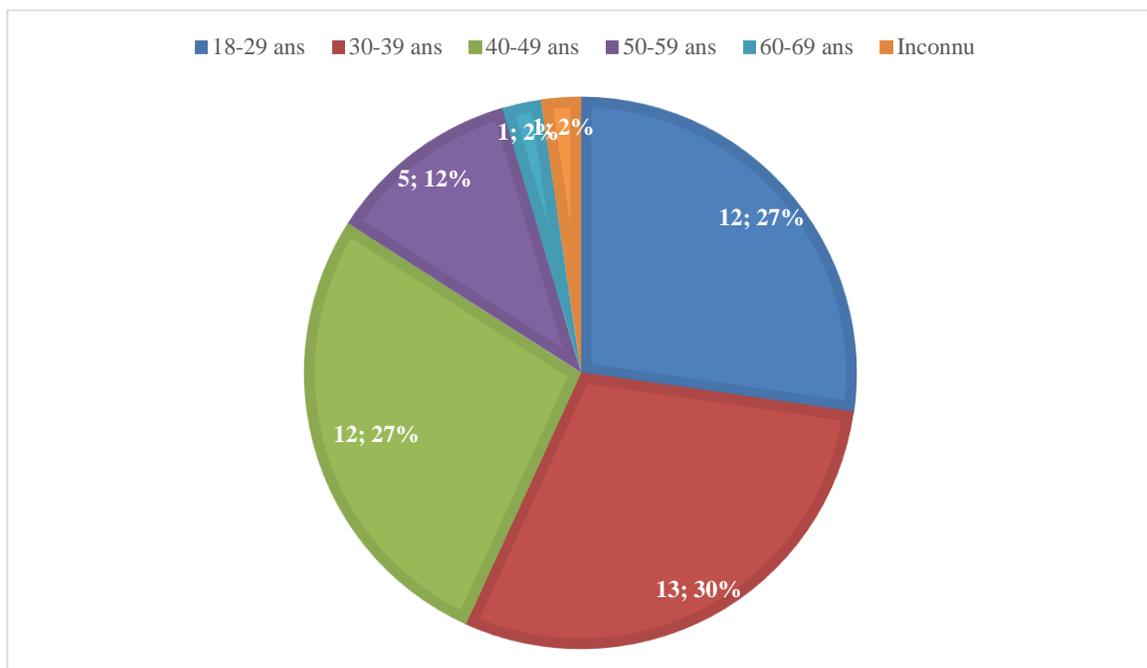


Figure sociodémographique 3 – Genre

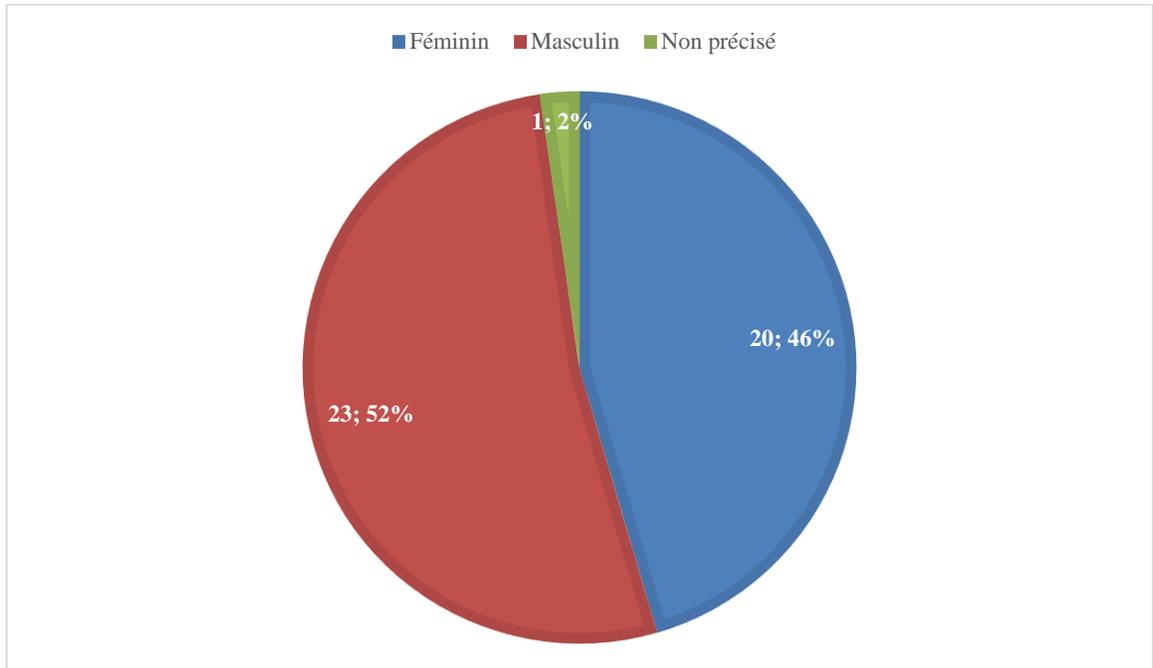
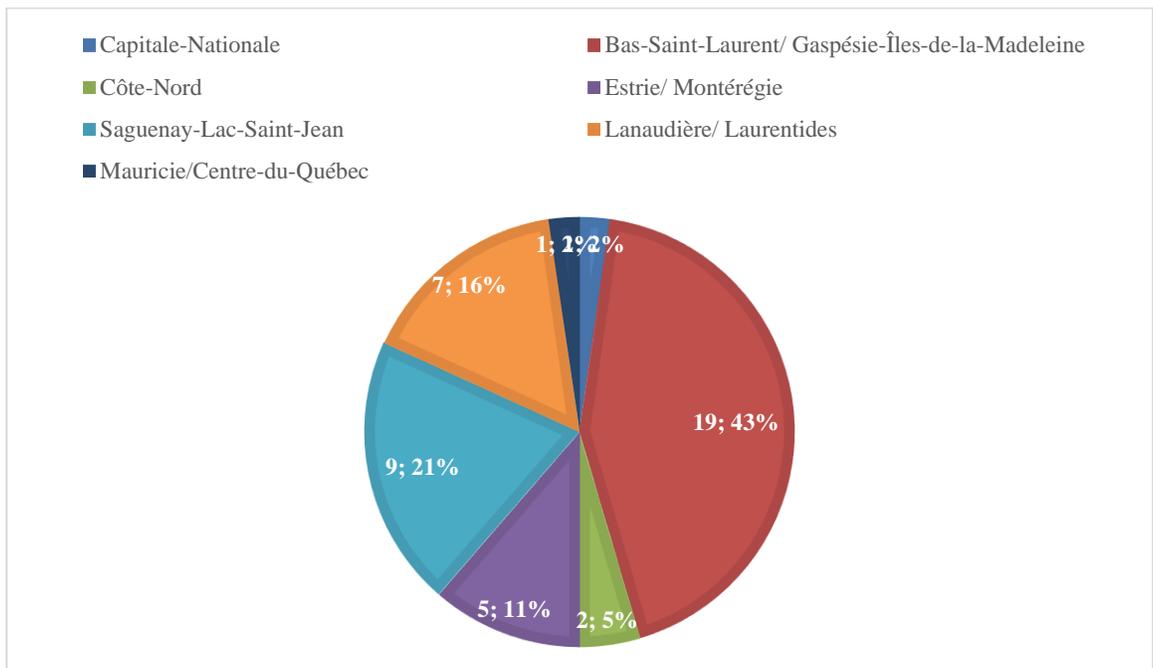


Figure sociodémographique 4 – Région administrative principalement desservie



Concernant les données observées lors de la collecte d'informations sociodémographiques, celles concernant la situation familiale, les enfants et le nombre d'enfants à charge permettent d'obtenir un aperçu des composantes du filet social immédiat disponible au répondant. Rappelons que le support de la famille serait prépondérant pour la réduction des impacts d'un travail hautement stressant pour les intervenants d'urgence (King et al., 1997; Leffler et Dembert, 1998; Regehr et al., 2002; Weiss et al., 1995). Concernant le contexte d'incapacité, le support social fait partie des sept facteurs clés identifiés pour une détection précoce des cas à risque (d'incapacité) par Shaw et al. (2009).

La situation familiale (état civil) des participants est en grande majorité qualifiée « d'en couple », et ce, à hauteur de 66 % (29 participants). Une personne est divorcée (4 %), six mariées (14 %) et sept sont célibataires (16 %). Un seul participant a préféré ne pas répondre.

39 % de l'échantillon (17 participants) sont sans enfants contre 59 % qui en ont (26 participants). Un seul participant a préféré ne pas répondre. De ceux-ci, la majeure partie des répondants ont deux enfants à charge (12 participants, 27 %). D'autres en ont entre 1 (6 participants, 27 %), 3 (5 participants, 14 %), et 4 et plus (3 participants, 7 %). Plusieurs répondants ont préféré ne pas préciser cette information (18 participants, 41 %).

Figure sociodémographique 5 – Situation familiale

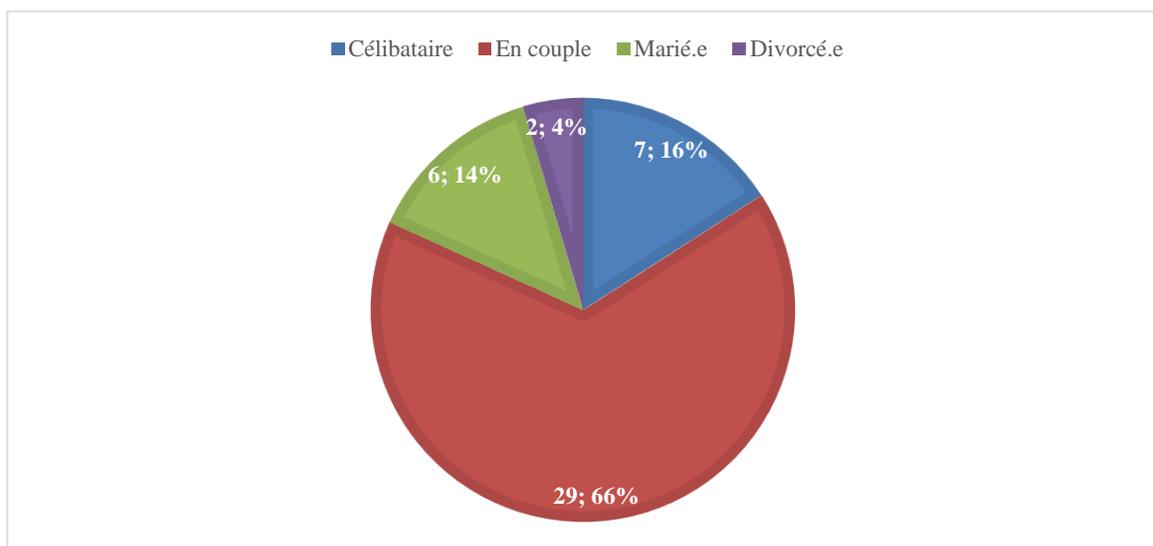


Figure sociodémographique 6 – Enfant-s (incluant contexte de reconstitution)

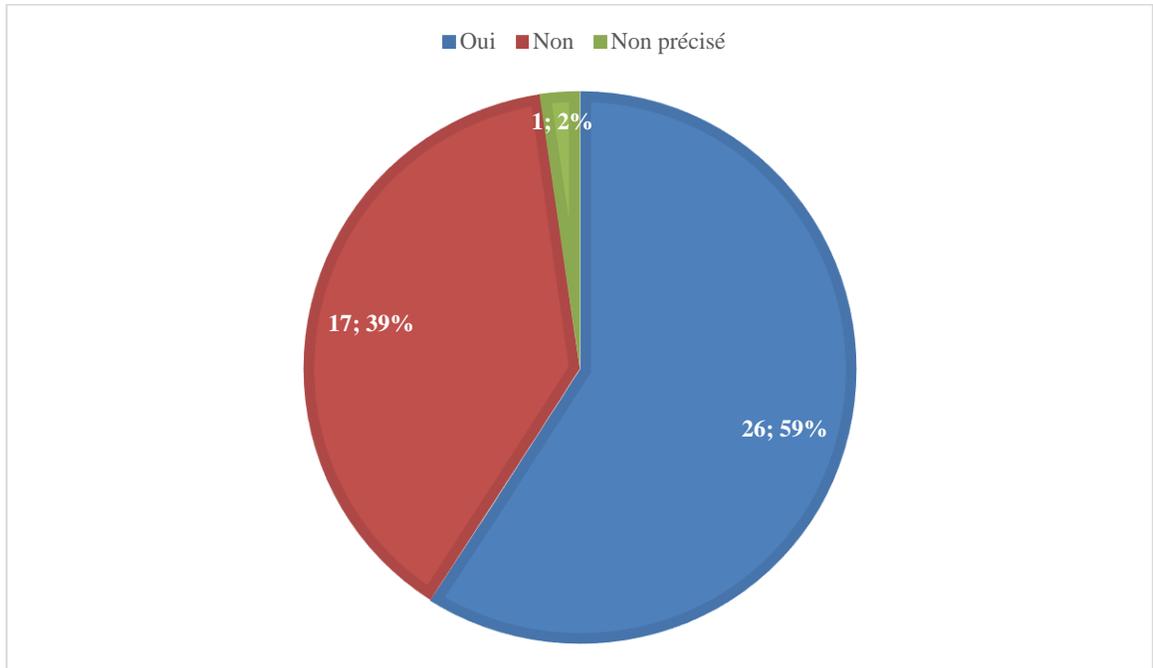
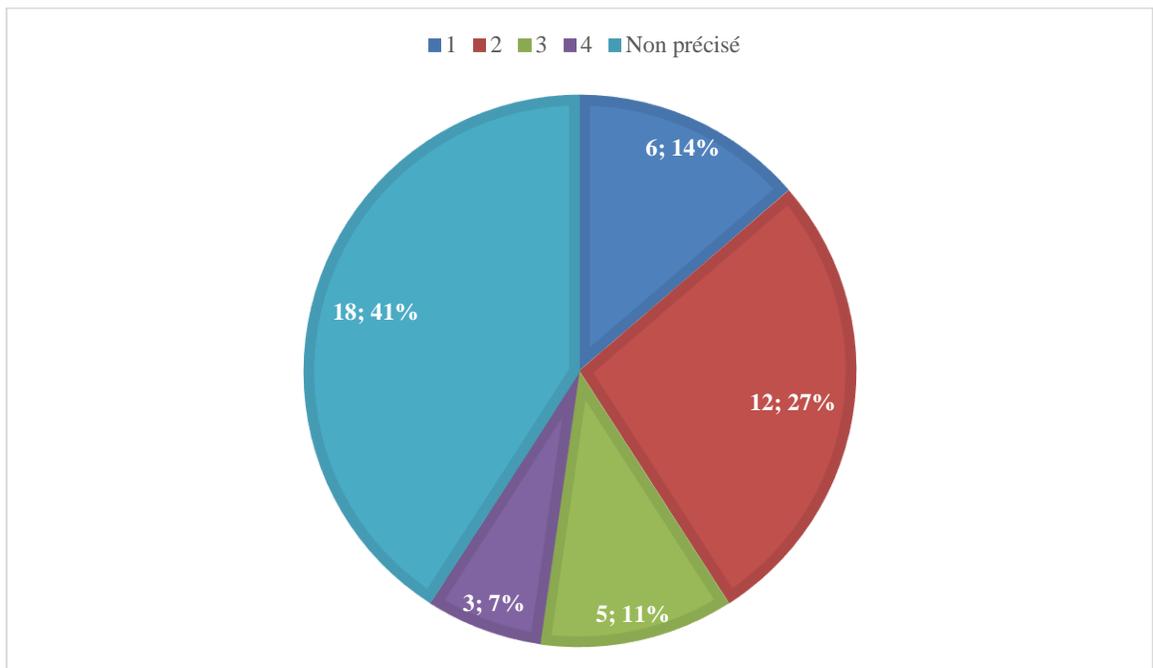


Figure sociodémographique 7 – Nombre d'enfant-s à charge



Quelques autres informations pertinentes furent également tirées du talon sociologique des données sociodémographiques colligées.

- L'expérience professionnelle des participants à l'étude est variée. Deux participants ont moins d'un an d'expérience (10 %), neuf participants ont de 6 à 10 ans d'expérience (21 %), neuf participants ont de 11 à 15 ans d'expérience (21 %), cinq entre 16 et 20 ans (17 %), puis cinq participants (11 %) détiennent plus de 21 ans d'ancienneté dans le domaine ambulancier. La catégorie la plus représentée est celle des 1 à 5 ans d'expérience professionnelle, avec 30 % du groupe à l'étude, soit 14 participants.
- Le nombre de lésion(s) professionnelle(s) subie(s) en carrière sont fractionnées en trois groupes de données, dont deux se partagent presque à part égale les répondants, soit une seule lésion (45 %, 20 participants), puis de deux à cinq lésions (48 %, 21 participants). Deux participants (7 %) affirment avoir subi de 6 à 10 lésions professionnelles, tandis qu'un participant a préféré ne pas répondre. Aucun participant n'affirme avoir subi 11 lésions professionnelles ou plus en carrière.

Figure sociodémographique 8 – Expérience professionnelle

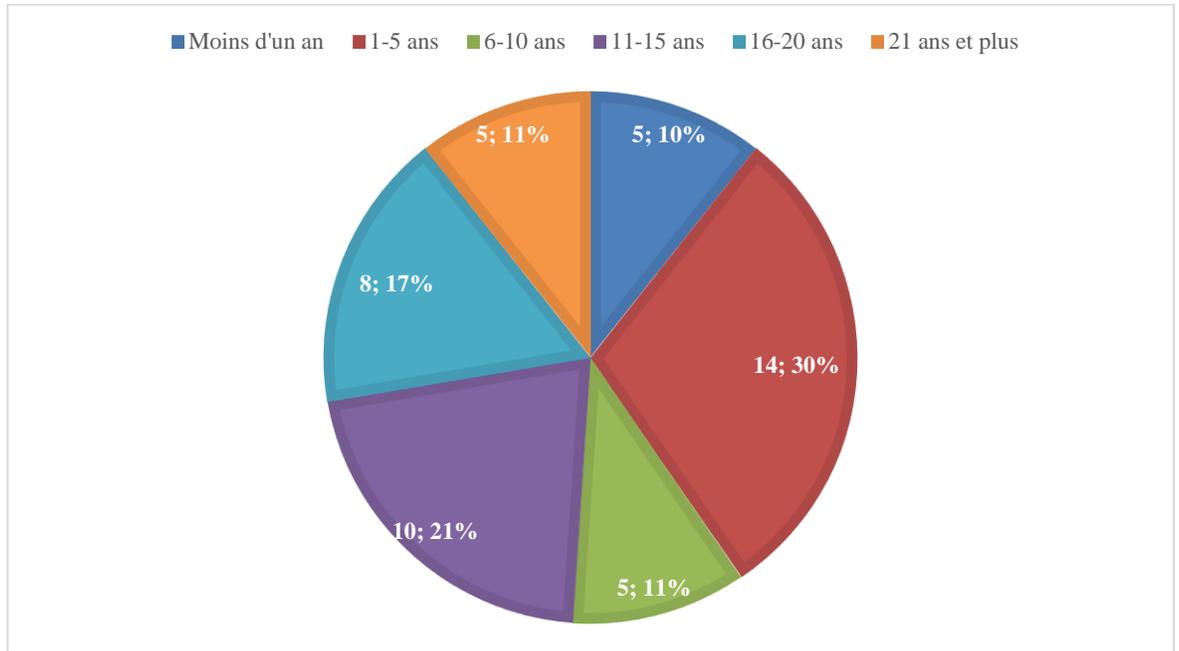
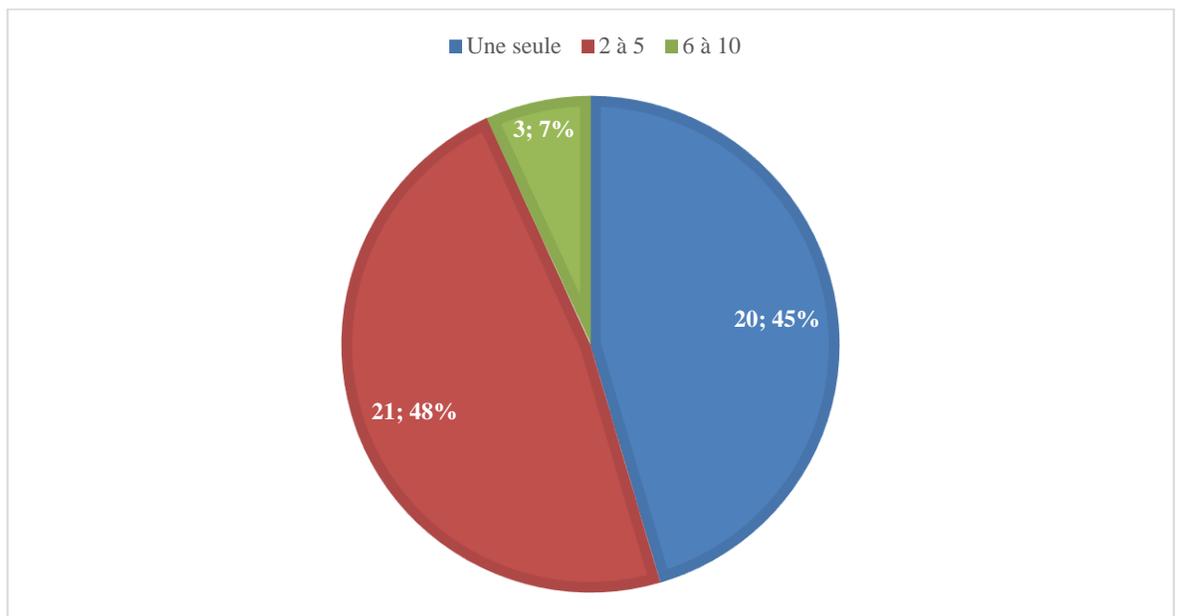


Figure sociodémographique 9 – Nombre de lésions subies en carrière



Concernant le portrait actuel de ces répondants, trois énoncés étaient questionnés concernant la situation d'invalidité actuelle ou la plus récente (36 derniers mois) :

- La durée de la dernière invalidité – Dans les durées d’invalidité les plus fréquemment observées, 30 % des participants ont subi une invalidité d’une durée de moins d’un mois, 27 % de 1 à 3 mois, 16 % de 3 à 6 mois, et 14 % de 12 mois et plus.
- La situation actuelle – Les gens de retour au travail régulier représentent en majeure partie la situation actuelle des participants (33 personnes sur 44, soit 75 %). Huit personnes sont toujours en invalidité (18 %) alors que deux sont en contexte de retour progressif (5 %). Une personne a préféré ne pas répondre.
- La période écoulée depuis le retour au travail (si retour au travail il y avait eu depuis la dernière invalidité) – Les gens sont majoritairement de retour au travail régulier depuis plus de 12 mois (37 %, 16 personnes). 25 % déclarent un retour au travail régulier plus récent, soit entre 0 et 6 mois (25 %, 11 personnes), tandis que le troisième groupe le plus représenté déclare un retour au travail il y a entre 6 et 12 mois (16 %, 7 personnes). Cinq personnes se déclarent toujours en invalidité tandis que cinq personnes ont préféré ne pas répondre, ce qui rejoint l’énoncé précédent confirmant que huit personnes se déclaraient toujours en invalidité concernant leur situation actuelle. Nous pouvons alors prétendre que trois personnes sur cinq dans celles ayant préféré ne pas répondre pourraient s’avérer toujours invalides au moment de la collecte de données.

Figure sociodémographique 10 – Durée de la dernière invalidité

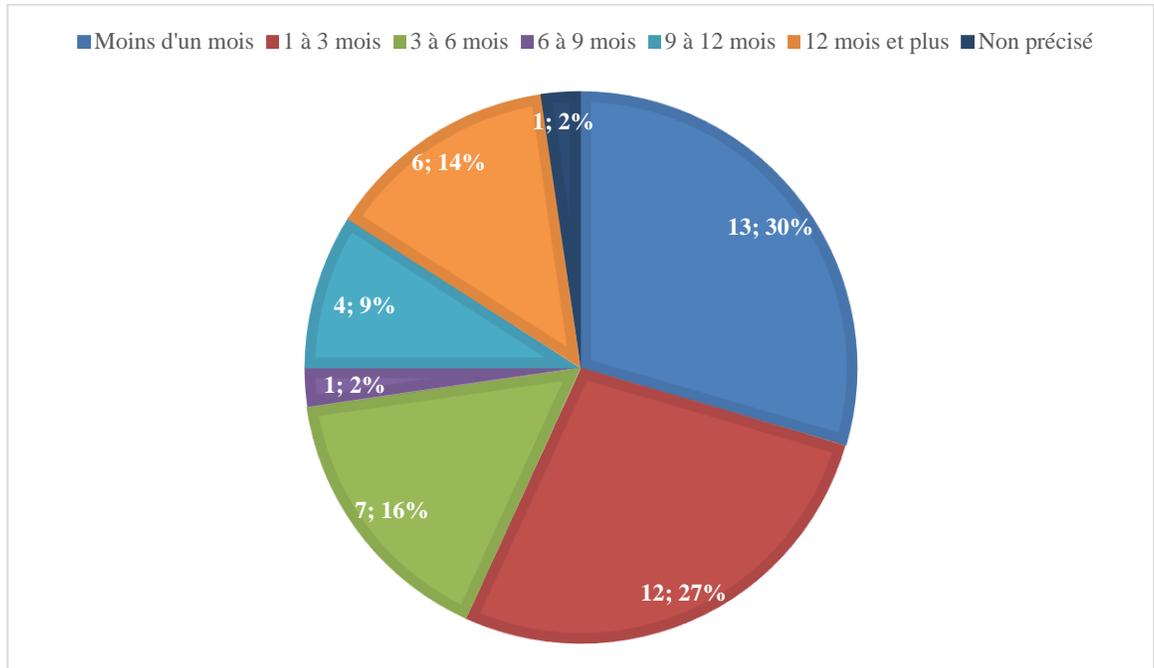


Figure sociodémographique 11 – Situation actuelle

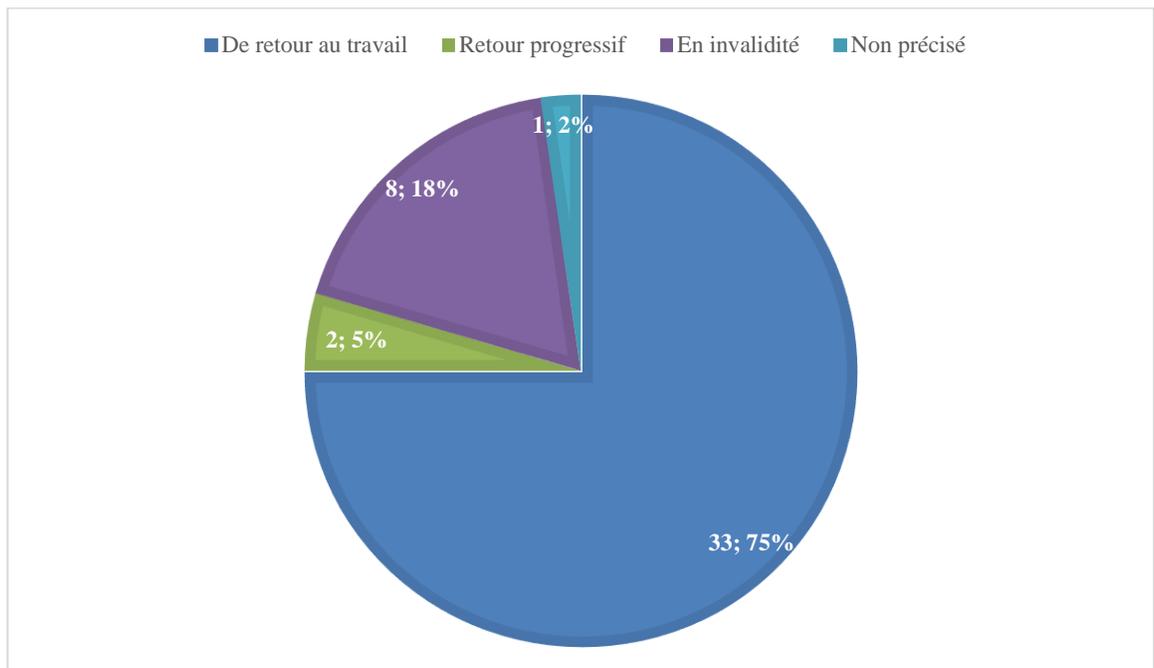
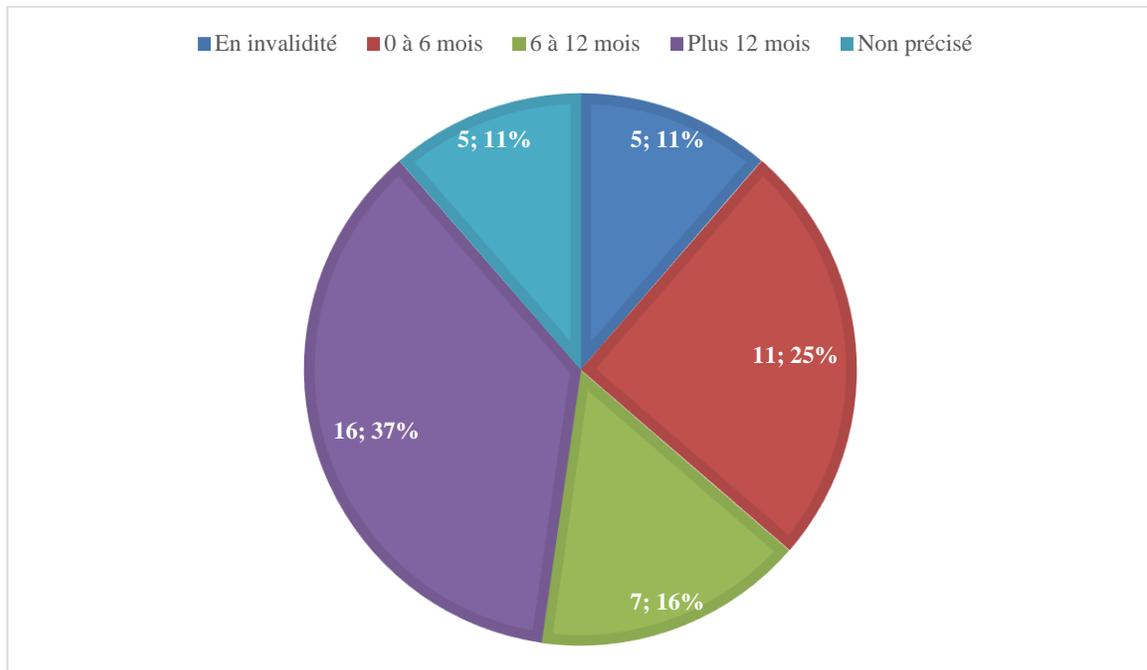


Figure sociodémographique 12 – Période écoulée depuis le retour au travail



3.2.5 Instruments de mesure

Cette étude quantitative se fera à partir d'échelles mesurant la détresse psychologique et le soutien social. L'échelle de Henry et al. (2005) *The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21) permettra de déterminer la présence ou non (et dans quelle mesure) de détresse psychologique chez les TAP victimes d'une lésion professionnelle tandis que l'échelle de Denis et al. (2015) *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) permettra de déterminer la présence ou non (et dans quelle mesure) de soutien social chez les TAP victimes d'une lésion professionnelle.

L'outil DASS-21 comporte 21 items à répondre par des énoncés gradués sur une échelle de Likert en 4 points. Cet instrument vise à mesurer trois indicateurs, soit l'anxiété, la dépression et le stress du répondant. Il s'agit d'une version écourtée de l'outil de Lovibond et Lovibond (1995), mesurant initialement 42 items. Il est demandé au participant de prendre connaissance de chaque énoncé et d'indiquer lequel correspond le mieux à son expérience

(c'est-à-dire, l'intensité des symptômes) au cours de la dernière semaine, et ce pour chacune des questions. Les trois sphères évaluées se traduisent avec des items tels que, pour la dépression (7 items au total, p. ex. : « j'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive »), l'anxiété (7 items au total, p. ex. : « j'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche ») et le stress (7 items au total, p. ex. : « j'ai trouvé difficile de décompresser »). Les valeurs à sélectionner sur l'échelle de Likert se situent de (1) *Pas du tout*, à (4) *Tout le temps*. L'alpha global du DASS-21 est de 0,93, ce qui atteste de la bonne cohérence interne de cette mesure. Selon Henry et Crawford (2005), l'outil DASS-21 présente une bonne validité de convergence et de discrimination quand elle est comparée avec les autres outils validés mesurant l'anxiété et la dépression.

L'outil MSPSS comporte 12 items à répondre par des énoncés gradués sur une échelle de Likert en 7 points. Cet outil vise à mesurer la perception du soutien social provenant de trois sources : la famille (4 items), les amis (4 items) et les personnes significatives (4 items). Les items représentant chacune de ces trois sources sont placés aléatoirement dans le questionnaire. Par exemple, l'énoncé « Il y a une personne importante dans ma vie qui se préoccupe de mes sentiments » donne de l'information concernant la perception du soutien de personnes significatives dans l'environnement du répondant. De la même façon, l'énoncé « Je peux discuter de mes problèmes avec ma famille », donne de l'information sur la perception du soutien social apporté par la famille du répondant. Il est demandé au participant de lire attentivement chacun des mots et, pour chacun des énoncés, de cocher le chiffre (1 à 7) correspondant à son niveau d'accord ou de désaccord. Les valeurs à sélectionner sur l'échelle de Likert se situent de (1) *Fortement en désaccord*, à (7) *Fortement en accord*. L'alpha global du MSPSS est de 0,92, ce qui, tout comme le premier outil utilisé dans le cadre de cette étude, atteste de la bonne cohérence interne de cette mesure.

3.2.6 Considérations éthiques

L'objectif de la recherche est de contribuer au développement des connaissances scientifiques et de choisir comme objet d'investigation, un phénomène important. À cet effet, plusieurs dimensions éthiques sont à considérer lors de la tenue d'un projet de recherche, notamment : le financement, le respect des chercheurs impliqués, la véracité, la confidentialité et le consentement. Le chercheur est donc appelé à composer avec les valeurs de la société et démontrer sa responsabilité éthique envers les participants, notamment du point de vue des effets possibles. Les effets sur les participants sont multiples, d'une part il s'agit pour eux d'une occasion de parler de soi, de satisfaire un besoin altruiste en aidant à science. En contrepartie, le chercheur demande l'obtention d'informations personnelles, confidentielles et même sensibles par rapport à l'individu. Celles-ci ne se livrent pas sans stress, notamment en lien avec la vulnérabilité ainsi exposée et le dévoilement d'émotions vécues au chercheur, un inconnu. Une relation de confiance doit être créée et maintenue par le respect du droit à la vie privée, le consentement éclairé et la confidentialité octroyée en contrepartie au participant. À ces fins, différentes mesures ont été prises dans le cadre de la présente recherche, soit des objectifs de recherche clairs présentés en début de questionnaire, la conservation des données sur un serveur sécurisé, l'anonymat des participants, des coordonnées pour des ressources d'aide au besoin, en plus de celles de l'équipe de recherche. Afin de répondre aux exigences éthiques de la recherche à l'Université du Québec à Rimouski, un formulaire de certification éthique a été obtenu (UQAR, # Projet : 2023-204, 122-CER-22-286-07.03). Il fût de même pour l'UQTR (CER-22-286-07.03).

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Le présent chapitre aborde les résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Il expose les analyses descriptives, puis les analyses corrélationnelles et comparatives permettant de répondre à la question de recherche.

4.1 ANALYSES DESCRIPTIVES

Les tableaux suivants présentent les résultats des analyses descriptives qui ont été faites afin de dégager les moyennes et les écarts types des différentes variables étudiées en premier lieu, soit la détresse psychologique et le soutien social. Le second tableau expose les scores obtenus lorsque corrélé avec la nature de la lésion, c'est-à-dire physique ou psychologique. Ces analyses permettent de vérifier la distribution des données, en plus d'éliminer celles qui sont aberrantes.

Nous remarquons, par exemple, que les scores obtenus à l'échelle du soutien social sont plus élevés que ceux obtenus pour l'échelle de détresse psychologique. Ceci s'explique par le fait que les valeurs à sélectionner sur l'échelle de Likert concernant la détresse psychologique se situent de (1) *Pas du tout*, à (4) *Tout le temps*. Alors que concernant le soutien social, les valeurs à sélectionner sur l'échelle de Likert se situent de (1) *Fortement en désaccord*, à (7) *Fortement en accord*.

Tableau 13 – Analyses descriptives des variables à l'étude (N = 44)

Variabes	M	ÉT
Détresse psychologique	1,8321	0,52362
Soutien social	5,7121	1,10327

M = Moyenne ; ÉT = Écart type.

4.2 ANALYSES CORRELATIONNELLES

Le tableau 14 présente les résultats reliés à l'hypothèse 1. Rappelons que celle-ci a pour objectif de déterminer quelle est la nature du lien entre la variable de détresse psychologique et celle de soutien social. À cet effet la première hypothèse suppose que la détresse psychologique est reliée significativement et négativement au soutien social perçu. Les analyses corrélationnelles permettent de vérifier l'hypothèse 1 de l'étude. Les résultats identifient une corrélation négative forte et significative entre la détresse psychologique et le soutien social ($r = -,49 < P : 0.01$). Ces derniers permettent donc de confirmer l'hypothèse.

Tableau 14 - Analyses corrélationnelles des variables à l'étude (N = 44).

Variable	Soutien social
Détresse psychologique	-,492 **

** $p < 0,01$

4.3 ANALYSES COMPARATIVES

Le tableau 15 présente les résultats reliés à l'hypothèse 2. Rappelons que celle-ci a pour objectif de déterminer si une différence est présente au niveau de la variable de la détresse psychologique, par rapport à celle du soutien social, et ce sous l'angle de la nature de la lésion (physique ou psychologique). À cet effet, la deuxième hypothèse suppose qu'il existe une différence significative du niveau de soutien social perçu selon le type de lésion professionnelle. Afin d'extraire les résultats, une analyse par Test-T a été privilégiée. Cette analyse permet de vérifier s'il y a une différence de moyenne entre les TAP ayant identifié avoir subi une lésion professionnelle de nature physique et ceux ayant identifié avoir subi une lésion professionnelle de nature psychologique. Cette comparaison est associée à la moyenne relative à la détresse psychologique et le soutien social perçu du travailleur.

Les résultats du test T indiquent une différence significative sur le niveau de détresse psychologique entre les TAP ayant subi une lésion professionnelle de nature physique et ceux ayant subi une lésion professionnelle de nature psychologique. $t(42) = -3,52, p = < 0,01$.

Les résultats du test T indiquent une différence significative sur le niveau de soutien social perçu entre les TAP ayant subi une lésion professionnelle de nature physique et ceux ayant subi une lésion professionnelle de nature psychologique. $t(42) = 2,32, p = < 0,05$.

Tableau 15 – Analyse de comparaison des moyennes

Variable	<i>Nature</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>T</i>
Détresse psychologique	Physique	33	1,69	0,08	-3,52**
	Psychologique	11	2,26	0,16	
Soutien social	Physique	33	5,92	0,18	2,32*
	Psychologique	11	5,08	0,33	

M = Moyenne ; ÉT = Écart type. (N = 44). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Le dernier chapitre de ce mémoire se compose de cinq grands thèmes de discussion. Premièrement, un rappel de l'objectif et des hypothèses de recherche sera fait. Ensuite, l'interprétation des résultats sera effectuée en comparant ceux-ci avec la littérature précédemment exposée. Les apports théoriques et pratiques de la recherche seront abordés, puis pour terminer les limites de l'étude seront partagées, en plus des pistes envisageables pour de futures recherches.

5.1 RAPPEL DE L'OBJECTIF ET DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

L'objectif principal de la présente étude consiste à comprendre, dégager puis décrire les impacts psychosociaux découlant d'une lésion professionnelle chez les TAP. Il s'avère de prime à bord pertinent de brosser un portrait de la situation d'invalidité pour cause de lésion professionnelle chez la population étudiée, puis d'aborder plus finement la problématique à l'étude par une question de recherche d'ordre générale : la lésion professionnelle génère-t-elle des impacts psychosociaux chez les TAP ?

Une fois le portrait brossé puis la question principale répondue, des objectifs secondaires ont été établis. En effet, pour répondre plus précisément à la question initialement posée, il apparaît pertinent de cibler la nature du lien entre la variable de détresse psychologique et celle de soutien social. Ensuite, il y a lieu de questionner l'influence de ces variables sous l'angle de la nature de la lésion, qu'elle soit d'ordre physique ou psychologique. Selon cette nature, y a-t-il une différence au niveau de la variable de détresse psychologique, puis celle du soutien social chez les TAP ? À la lumière de la littérature consultée, la première hypothèse de recherche soutient qu'un lien fort sera démontré entre la détresse psychologique manifestée par les TAP et le soutien social dont ils ont pu bénéficier.

La seconde hypothèse, quant à elle, soutient qu'une différence significative du point de vue du soutien social sera démontrée sous l'angle de la nature de la lésion.

5.2 INTERPRÉTATION DES RESULTATS

Considérant les résultats obtenus dans le cadre de ce projet de recherche, la première hypothèse s'avère confirmée. Les résultats indiquent effectivement un lien fort, significatif et négatif entre la détresse psychologique manifestée par les TAP et le soutien social dont ils ont pu bénéficier. Il est possible de croire que plus le niveau de soutien social est perçu élevé par le TAP, moins il manifeste de détresse psychologique. Les résultats obtenus vont donc de pair avec ce qui avait été annoncé par les auteurs précédents, soit que le fait d'avoir peu de support social hors-travail est associé à la manifestation de détresse psychologique (Bourbonnais et al., 1996; Légaré et al., 2000; Marchand et al., 2005; Vézina et Gingras, 1996; Wilkins et Beaudet, 1998) et qu'à l'inverse, la présence de soutien social est associée à une diminution du niveau de dépression, autant chez les hommes que les femmes (Karasek et Theorell, 1990). C'est en ce sens que les résultats de la présente étude se concrétisent.

Dans les études de Shumaker et Brownell (1984) et House (1981) dans Ashton (1993) ainsi que Légaré et al. (2000), le soutien social est considéré être un facteur de protection. En effet, ces auteurs mettent en évidence que le soutien social a des effets bénéfiques pour l'individu, tant au niveau de la santé physique que le bien-être psychologique. Qui plus est, la satisfaction exprimée quant à la vie sociale est hautement corrélée avec la détresse psychologique. Les conclusions de la première hypothèse de la présente étude portent à croire que plus le niveau de soutien social est perçu élevé par le TAP, moins il manifeste de détresse psychologique. Notre résultat est donc superposable à ceux précédemment exposés.

Afin d'aller plus loin dans l'interprétation des résultats, l'étude de Lynch (2015), se rapprochant de nos intérêts de recherche, fût consultée. Celle-ci avait pour but de répondre à la question de recherche : « Quel rôle le soutien social joue-t-il dans le développement des séquelles psychologiques, à la suite d'un accident de travail subi par des travailleurs recevant

des services de la CSST de l' Abitibi-Témiscamingue ? » Dans le cadre de cette étude menée auprès de neuf travailleurs accidentés, l'auteure mentionne que les participants, suite à la survenance d'une lésion professionnelle, ressentent un sentiment d'inutilité qui les amène à penser qu'ils sont devenus un fardeau pour leur entourage. Bien que cette étude aborde le sentiment d'appartenance au groupe et à une culture organisationnelle ainsi qu'à l'importance de la socialisation en milieu de travail, il est également question de la densité du réseau social personnel. En effet, des travailleurs accidentés rapportent qu'ils ont connu des ruptures de liens avec des amis et des membres de la famille, ruptures de liens qu'ils expliquent essentiellement par le fait de se sentir différents, inintéressants et exclus. Ils verbalisent que leur attitude a largement contribué à faire le vide autour d'eux. Lynch (2015) effectue le parallèle que les attitudes attribuables à l'irritabilité et à l'isolement sont des symptômes connus du trouble de stress post-traumatique (Brillon, 2007).

L'une des sections de l'étude de Lynch (2015), concerne également l'attitude de l'entourage suite à l'accident. En effet, il est mentionné que la famille a le réflexe d'assumer au maximum les tâches domestiques et l'entretien des lieux, de peur que les mouvements et l'effort physique aggravent l'état du proche blessé. Toutefois, l'essoufflement des proches se fait vite sentir, engendrant par le fait même des tensions supplémentaires au sein du couple. Les proches posent des gestes de compassion et de surprotection contribuant à fragiliser l'état de vulnérabilité et le sentiment de faiblesse du travailleur accidenté. Certains participants rapportent avoir connu une distanciation et des ruptures de liens avec des membres de leur famille à la suite de l'accident, principalement expliqué par des changements d'attitudes de leur part. Irritables et sensibles aux commentaires pouvant s'apparenter à des jugements, ils ont choisi d'éviter les contacts avec certains membres de leur famille, contribuant par le fait même à appauvrir leur réseau de soutien. Deux participants à l'étude de Lynch mentionnent vivre une absence de soutien et de compassion totale de leurs proches depuis l'accident, ce qui les blesse profondément. Sept participants sur neuf verbalisent avoir perdu le contact avec des amis proches suite à l'accident. Pour eux, les ruptures des liens sont principalement initiées par les amis (ce que l'auteure dément). Un seul travailleur a reçu du soutien de la part

d'une amie, qui l'a accompagné vers des services professionnels. L'absence de soutien ou le mauvais soutien peut entraîner ou maintenir le trouble de stress post-traumatique (Foa, 2000; Guay et al., 2006; Maximehand et Brillon, 1999; Williams et Poijula, 2006). À contrario, les recherches de Guay et al. (2006) ont montré l'influence positive du soutien sur la santé mentale. Les études indiquent que plus les individus ont un réseau social développé et reçoivent un soutien adéquat, meilleure est leur santé mentale (dans Lynch, 2015).

Dans une seconde étude pouvant se rapprocher des intérêts de recherche, celle de Dubeau (2017), a pour sujet *les travailleurs victimes de lésions professionnelles : du processus d'indemnisation aux problèmes de santé mentale*. L'étude réalisée a révélé que les différents acteurs ont une influence sur la trajectoire de ces travailleurs (n = 12) et que plusieurs facteurs du soutien social ont un impact sur le niveau de bien-être ou de détresse psychologique ressentis. En effet, le fait d'avoir un soutien émotionnel, d'estime, d'affiliation que ce soit tangible, instrumental et/ou encore informationnel, d'être intégré socialement, d'avoir l'occasion de se sentir utile et nécessaire, de pouvoir confirmer sa valeur ainsi que d'obtenir de l'aide concrète et matérielle sont des facteurs du soutien social qui agissent comme protecteur contre la détresse psychologique. À l'inverse, le fait d'être en marge du marché du travail et de ne pas avoir accès à ces différentes formes de soutien ou simplement le fait de penser que c'est le cas sont des facteurs qui font augmenter significativement le niveau de détresse psychologique. Dubeau (2017) fait mention que les entretiens effectués dans le cadre de sa recherche viennent appuyer la littérature lorsqu'il est question de l'impact du manque de soutien conjugal et familial. Certains réussissaient à obtenir du soutien de la part de leur famille, de leurs amis, de leurs collègues alors que bien d'autres ne réussissaient pas à obtenir ce soutien si nécessaire. Il est également mentionné que le soutien social évolue en cours de parcours (suite à la lésion). Parfois présent en début de parcours, certains participants affirment l'avoir perdu ensuite.

Concernant l'hypothèse 2, celle-ci s'avère également confirmée. Les résultats proposent une différence significative du point de vue du soutien social sous l'angle de la

nature de la lésion. La moyenne du soutien social perçu est plus élevée chez ceux ayant subi une lésion professionnelle de nature physique, comparativement à ceux ayant subi une lésion de nature psychologique. À cet égard, il avait été précédemment documenté que le soutien social a des effets bénéfiques pour l'individu, tant au niveau de la santé physique que le bien-être psychologique (House, 1981 dans Ashton, 1993). Baril et al. (1993) font mention que les travailleurs blessés peuvent toutefois être confrontés à l'épuisement de leurs réseaux de support ou encore à des conflits conjugaux. Leur invalidité les place en situation de précarité et les rend plus vulnérables à la solitude et à l'isolement social. Des études sont également citées dans cette étude concernant une relation significative présente entre le manque de support social et la prévalence de problèmes musculosquelettiques (Woods, 2005; Cole et al., 2001; Nahit et al., 2003). Toutefois, peu d'études mettent en évidence une différence significative du point de vue du soutien social selon la nature de la lésion professionnelle subie, notamment pour la lésion de nature psychologique. Le prochain paragraphe mettra en lumière certains éléments de réflexion à cet effet.

Il est mentionné dans l'étude de Lynch (2015) que les personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique trouvent souvent que leurs proches ne comprennent pas tout à fait ce qu'elles vivent (Brillon, 2007; Guay et al., 2006). Quant aux proches, certains affirment ressentir de l'amertume à l'égard de la personne aux prises avec un trouble de stress post-traumatique, à la blâmer pour sa condition, à la forcer à affronter les situations évitées ou à l'accuser d'exagérer ses symptômes. D'autres peinent à bien comprendre les symptômes d'anxiété, les peurs de la personne blessée. Il semble alors moins facile pour les proches d'offrir un support adéquat, et à contrario, les personnes blessées se fient sur leur entourage pour les soutenir et les aider à passer à travers cette épreuve (Brillon, 2007; Guay et al., 2006).

De prime à bord, bien que cette différence puisse sembler logique, soit une moyenne de soutien social perçu plus élevée pour les TAP victimes d'une lésion professionnelle de nature physique, il est tout de même pertinent de se questionner davantage sur les raisons qui expliquent cette différence. En effet, pour quelle raison les TAP victimes d'une lésion de nature physique ont été en mesure de percevoir un niveau de soutien social plus élevé que les

TAP ayant été victime d'une lésion de nature psychologique ? D'emblée, nous pourrions avoir tendance à penser que les travailleurs atteints d'une lésion professionnelle de nature psychologique ont accès à davantage de ressources et de support de professionnels dédiés en santé mentale. Ces soins sont-ils réellement accessibles et adaptés selon la nature de la lésion subie et les particularités spécifiques du métier exercé ? Il s'agit d'une dimension pertinente à explorer dans de futures recherches.

5.3 APPORTS THEORIQUES ET APPORTS PRATIQUES

Sur le plan théorique, les résultats du présent projet ajoutent aux connaissances sur les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez les TAP. Ces nouvelles connaissances ouvrent une voie de réflexion sur les enjeux entourant les répercussions humaines de la lésion professionnelle pour les intervenants d'urgence. Bien que la détresse psychologique soit souvent mesurée en contexte de travail, peu d'études s'intéressent à la détresse post-lésion professionnelle, la corrélation de celle-ci avec le soutien social perçu des individus et surtout, aucune étude à ce jour ne porte de regard sur les différences mesurables de ces deux variables sous l'angle de la nature de la lésion subie. Qui plus est, avec les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude, il y a lieu de questionner les raisons qui expliquent cette différence préoccupante au niveau du soutien social perçu sous l'angle même de cette nature. En effet, rappelons que la moyenne du soutien social perçu est plus élevée chez les professionnels ayant subi une lésion professionnelle de nature physique, comparativement à ceux ayant subi une lésion de nature psychologique.

Sur le plan pratique, ces découvertes scientifiques permettent de démontrer l'importance cruciale à accorder à la prévention des lésions professionnelles et à un accompagnement soutenu lors la survenance de celle-ci pour le TAP, occupant un métier déjà reconnu pour être très exigeant, tant au niveau physique que psychologique (Nirel et al., 2008; Sterud et al., 2006). En juxtaposant les résultats de la présente étude aux notions de prévention en santé et sécurité, et en santé psychologique, soit aux niveaux de prévention

primaire, secondaire et tertiaire, plusieurs avenues s'avèrent pertinentes à explorer. La première serait de se questionner sur l'offre et l'accessibilité à de l'aide psychologique spécialisée pour les TAP, tant à titre préventif que suite à la survenance d'une lésion professionnelle. Du côté des employeurs en soins préhospitaliers d'urgence, les résultats obtenus démontrent la pertinence de mettre en place des actions de prévention concrètes et concertées, de maximiser et d'adapter les pratiques actuelles à tous les niveaux, et ce dans le but d'apporter un soutien pertinent et efficace selon la nature de la lésion subie. Plusieurs pistes s'offrent à l'employeur :

- Déployer une politique de prévention en santé et sécurité afin de prévenir les lésions professionnelles et maximiser l'atteinte de comportements et d'habitudes préventives;
- Mettre en place un programme de prévention encadrant les risques psychosociaux;
- Promouvoir un engagement clair et sincère de la direction et de ses représentants pour une prévention active en santé psychologique pour les intervenants d'urgence;
- Créer un comité santé et sécurité, et désigner des personnes responsables de la prévention;
- Former et informer les TAP sur les risques psychosociaux présents dans l'emploi, en insistant sur une détection et une prise en charge précoce des symptômes de détresse, favoriser le développement des facteurs de protection et une meilleure connaissance des facteurs de vulnérabilité personnels, etc.
- Établir un programme de gestion des invalidités avec un suivi médico-administratif adapté selon la nature de la lésion, incluant un protocole de retour au travail personnalisé avec différentes mesures thérapeutiques, favorisant un accompagnement bienveillant et préservant le lien de communication et de soutien avec l'employé en invalidité.

La présente étude met également en lumière l'importance de prendre en compte l'environnement personnel du TAP (soutien des proches) dans la démarche d'aide. À cet effet, de distribuer des informations relatives à l'accompagnement d'un TAP en contexte de lésion professionnelle et/ou de détresse psychologique pourrait permettre au réseau de proximité d'agir promptement en amont, et de mieux réagir en contexte post-lésion. En effet, il est mentionné dans l'étude de Lynch (2015) que les personnes souffrant d'un trouble

de stress post-traumatique trouvent souvent que leurs proches ne comprennent pas tout à fait ce qu'elles vivent (Brillon, 2007; Guay et al., 2006). Cette incompréhension vient fragiliser l'apport du tissu social post-lésion.

Il est également possible d'optimiser l'environnement de travail et la dynamique organisationnelle, axé sur ce même principe de prévention. À titre d'exemple, l'employeur peut préconiser l'établissement d'une meilleure communication avec ses TAP, avoir recours à des pratiques de gestion davantage démocratiques, participatives et favorisant la libre expression des employés afin que ceux-ci se sentent davantage soutenus et reconnus dans le cadre de leurs fonctions et ainsi, contribuer au renforcement du tissu social et du lien de confiance en milieu de travail. En complément, l'employeur pourrait partager son engagement à accompagner les TAP en contexte de détresse ou de lésion professionnelle, et présenter les ressources d'aide mises à la disposition des employés. À cet effet, les représentants de l'employeur ont également un rôle à jouer, en étant adéquatement formés à accompagner leurs TAP, notamment lors de situations à potentiel traumatique ou dans le cadre d'interventions plus complexes (tant du point de vue technique, physique, clinique que psychologique). De cette même dynamique organisationnelle peut émerger la création d'un réseau de soutien social interne, en identifiant des personnes-ressources (pairs aidants, réseaux de soutien internes ou externes) qui peuvent accompagner puis transmettre l'information sur les ressources disponibles aux TAP en contexte de détresse psychologique (à titre préventif ou post-lésion professionnelle).

En dernier lieu et dans un contexte de lésion professionnelle, l'employeur doit collaborer de manière proactive avec les différents acteurs engagés dans la réadaptation du TAP. Il s'agit d'une étape essentielle à une meilleure reconnaissance des enjeux relatifs aux métiers d'urgence. En effet, de transmettre des informations concernant le milieu de travail, la nature du métier et les particularités de celui-ci à la CNESST ou aux intervenants et professionnels de la santé impliqués permet des actions concertées, une

prise en charge optimisée et des mesures de réadaptation mieux adaptées au contexte du métier. Le processus de réadaptation et l'accompagnement s'en voit ainsi bonifié.

Les TAP sont, parmi les travailleurs de la santé, ceux qui optent le plus tôt pour la retraite. À ces derniers s'ajoutent ceux qui ont quitté précocement la profession pour un autre emploi avec des tâches moins exigeantes physiquement (Corbeil et al., 2017). Qui plus est, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre atteignant des sommets inégalés à ce jour, il y a lieu de revoir les mécanismes de prévention en place et les ressources d'aide et de soutien accessibles aux TAP, intervenants de première ligne essentiels à la pérennité de la sécurité publique.

5.4 LIMITES DE L'ETUDE ET FUTURES RECHERCHES

Des limites sont à prendre en considération suite à la réalisation de la présente étude. En effet, l'état psychologique des répondants au sondage s'avère hors de notre contrôle. Le contexte professionnel au moment de la réponse au sondage, la gravité de la lésion et la durée de l'invalidité peuvent avoir teinté les réponses obtenues. Par exemple, le fait de répondre au questionnaire entre deux appels si le répondant est au travail, ou du moins, en contexte de concentration diffuse lors de la saisie des réponses peut influencer la véracité des données entrées. Il en va de même pour le contexte personnel de l'individu au moment de la complétion du sondage. Il y a lieu de souligner également le fait que les participants ont été sollicités à l'été 2022, période à laquelle la pandémie SRAS-CoV-2 est toujours présente, d'autant plus pour les travailleurs de la santé qui subissent depuis 2019 une pression importante, tant au niveau du maintien du service (temps supplémentaire offert sur une base quotidienne), qu'au niveau cognitif. En effet, chacune des interventions expose le TAP au risque de contracter l'infection, et une infobésité importante est toujours présente concernant les consignes sanitaires et organisationnelles en vigueur. De plus, les protocoles d'intervention sont constamment mis à jour encore à ce moment-là. La sollicitation à la présente étude, sur une base volontaire, était alors une information reçue parmi tant d'autres.

Concernant le mode de collecte de données de type sondage, rappelons que cet outil est dénoncé considérant certains inconvénients : son utilisation massive en sciences sociales, et sa complétion individuelle est remise en question au niveau méthodologique puisque la collecte d'informations initiale repose sur l'étude d'un phénomène social, essentiellement collectif. Encore faut-il que les individus ciblés acceptent de répondre aux questions posées par le chercheur et ce, considérant l'absence de l'établissement d'un lien de confiance comme le veulent les outils de collecte qualitatifs. En second lieu, par rapport à la population étudiée, une limite importante est à considérer. En effet, rappelons que la réussite du sondage dépend de la collaboration de la population sondée et de l'obtention d'un taux de réponse significatif. Les personnes non jointes et celles qui refusent de participer peuvent représenter une proportion importante de l'échantillon cible. À cet effet, un échantillon de 90 individus aurait assuré une meilleure validité et rigueur dans le cadre de la présente étude. Toutefois, ce sont uniquement 44 participant-es qui se sont engagé-es dans la complétion du questionnaire transmis. À cet effet, Beaud (2016) mentionne que lorsqu'il est question de taille d'échantillon, plusieurs facteurs sont à considérer : le degré d'homogénéité de la population à analyser, la technique choisie et la précision souhaitée. L'auteur considère que pour pouvoir généraliser les mesures effectuées sur un échantillon ou toute partie de celui-ci, il faut généralement un minimum de cent cas dans l'échantillon ou le sous-échantillon considéré. Il s'agit toutefois d'une règle pratique qu'il convient d'utiliser avec prudence.

De prochaines études pourraient également s'intéresser à plusieurs autres angles qui n'ont pu être abordés dans la présente étude. Effectivement, dû au nombre de répondants limité, des analyses plus poussées ne sont pas envisageables. En effet, de nouvelles avenues de recherche seraient pertinentes à tirer d'une analyse plus poussée suivant la quantité importante et la richesse potentielle des données sociodémographiques obtenues. En effet, il aurait pu être pertinent de comparer les deux variables dépendantes de soutien social et de détresse psychologique par rapport aux données sociodémographiques obtenues, soit l'âge des travailleurs étudiés, leur genre, la région administrative desservie, la situation familiale ou la présence d'enfants. À titre d'exemple, les deux dernières composantes pourraient venir appuyer la densité, la complexité et l'accessibilité du réseau social des travailleurs étudiés

(Wellman, 1981 dans Beaugard et Dumont, 1996). Concernant les données sociodémographiques liées à l'expérience professionnelle, le nombre de lésions subies en carrière, la durée de la dernière invalidité, la situation actuelle et la période écoulée depuis le retour au travail, elles pourraient permettre de brosser un portrait plus précis du profil des travailleurs ayant subi une lésion. Des corrélations par rapport à ces différents éléments pourraient d'ailleurs laisser place à de nouvelles hypothèses à étudier.

Au niveau des limites, il est important de noter que cette étude s'avère bien précise en termes de population étudiée, soit les TAP. Ainsi, il pourrait être difficile de généraliser les résultats à une autre population considérant les caractéristiques bien précises de l'objet de l'étude. Nous pourrions toutefois mettre en relation les résultats que nous avons obtenus avec ceux des autres travailleurs d'urgence ou du domaine de la sécurité publique.

Rappelons aussi qu'à titre de méthode d'échantillonnage, le fait de retenir les témoins privilégiés respectant les critères de sélection minimaux pourrait être critiqué. Selon Beaud (2016) « l'utilisation de cette technique suscite des débats [...] puisque les volontaires ont généralement des caractéristiques psychologiques particulières (volonté de plaire, désir de connaître, besoin de régler des problèmes, etc.) et que, par conséquent, toute généralisation est hasardeuse. » Il sera donc important dans cette optique de contrôler les caractéristiques des individus retenus, et s'abstenir de toute généralisation hâtive.

Les recherches faites auprès d'êtres humains comportent leur lot de défis. À cet effet, il aurait pu être pertinent de prévoir à la présente étude une section qualitative afin d'évaluer plus en profondeur les liens existants entre la détresse psychologique et le soutien social et ainsi, comprendre davantage le sens des données sous l'angle de la nature de la lésion professionnelle. Par exemple, des entrevues semi-dirigées auraient permis d'aborder avec beaucoup plus de finesse les enjeux liés au contexte de lésion professionnelle chez les TAP étudiés. L'investissement dans la création d'un lien de confiance et la discussion aurait pu apporter une dimension plus profonde et humaine au sujet étudié. En bref, une juste combinaison du quantitatif et du qualitatif aurait permis une collecte d'information plus

grande, une étude plus fine et une compréhension plus complète du sujet et des enjeux qui le composent. Il faut donc rester prudent quant à l'interprétation des résultats.

Les prochains bassins devront considérer un devis mixte d'étude et ce, dans le but d'ajouter davantage de sens aux résultats ici exprimés, une approche plus humaine des dimensions abordées ainsi qu'une meilleure interprétation des risques du sujet. Il est ainsi proposé d'approfondir les recherches liées aux impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez le TAP en croisant deux types de collectes de données à la fois, soit une entrevue semi-dirigée de nature qualitative jumelée avec un sondage de nature quantitatif. Les prochaines études devront également tenter d'identifier les distinctions et nuances qu'il serait possible de tirer au niveau des renseignements sociodémographiques précédemment obtenus. Plusieurs avenues pourraient alors être envisagées afin d'approfondir le présent sujet sous forme de thèse de doctorat. En effet, de tester l'efficacité d'un programme de soutien social, ou bien de mettre en place un programme permettant d'optimiser les facteurs de protection chez la clientèle à l'étude, permettraient possiblement un apport significatif et des plus pertinents aux connaissances scientifiques à ce jour disponibles.

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de la présente étude consiste à comprendre, dégager puis décrire les impacts psychosociaux identifiés des suites de la lésion professionnelle chez les TAP. Cette recherche a pour but de répondre à la question suivante : la lésion professionnelle génère-t-elle des impacts psychosociaux chez les TAP ? Plus précisément, l'étude souhaite comprendre le lien entre la détresse psychologique (Préville et al., 1995) des TAP et le soutien social perçu (Vaux, 1988; 1992). De plus, celle-ci suppose que la détresse psychologique est reliée significativement et négativement au soutien social perçu et qu'il existe une différence significative du niveau de soutien social perçu selon le type de lésion professionnelle. En conclusion, les deux hypothèses de recherche s'avèrent confirmées. Les résultats indiquent un lien fort, significatif et négatif entre la détresse psychologique manifestée par les TAP et le soutien social dont ils ont pu bénéficier, en plus d'obtenir des résultats proposant une différence significative du point de vue du soutien social, et ce sous l'angle de la nature de la lésion.

Considérant l'objectif de la présente étude atteint, il y a ensuite lieu de se questionner fondamentalement sur l'interprétation à tirer des résultats obtenus. En effet, l'obtention d'une différence significative du point de vue du soutien social sous l'angle de la nature de lésion contribue à générer plusieurs interrogations additionnelles. Est-ce la survenance d'une lésion professionnelle de nature psychologique qui influence la perception du soutien social reçu, ou si ces travailleurs pourraient avoir souffert d'isolement en amont à la survenance de cette lésion ? Quels étaient les facteurs de protection et de vulnérabilité de ces travailleurs en contexte pré-lésion, avaient-ils été adéquatement outillés en ce sens ? L'accompagnement et le soutien de ces personnes est-il suffisant et adapté au type de lésion subie ? Il s'agit de questions cruciales, lesquelles pourront être abordées dans de futures études.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Apud, E., & Meyer, F. (2011). Factors influencing the workload of forest fire-fighters in Chile. *Work (Reading, Mass.)*, 38(3), 203–209. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1124>
- Ashton, W.A., Fuehrer, A. (1993). Effects of gender and gender role identification of participant and type of social support resource on support seeking. *Sex Roles*. 28, 461–476. <https://doi.org/10.1007/BF00289608>
- Baba, V. V., Jamal, M., & Tourigny, L. (1998). Work and mental health: A decade in Canadian research. *Psychologie Canadienne/Canadian Psychology*, 39, 94-107.
- Martin, J.-C. & Baril, R. (1993). Isolement et vulnérabilité des travailleurs accidentés. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (29), 109–120. <https://doi.org/10.7202/1033720ar>
- Barrera, M. (1986). « Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models », *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, no 4, p. 413-445.
- Benyamina Douma, N. (2019). *Épidémiologie de la lombalgie et qualité de vie chez les policiers du Québec*. [Thèse de doctorat]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et Université de Sherbrooke.
- Beaud, J.-P. dans Bourgeois, I. et Gauthier, B. (2016). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. 6e éd. Les Presses de l'Université Laval. p. 265.
- Beauregard, L. & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55–76. <https://doi.org/10.7202/706737ar>
- Beaton, R. D., & Murphy, S. A. (1993). Sources of occupational stress among firefighter/EMTs and firefighter/paramedics and correlations with job-related outcomes. *Prehospital and disaster medicine*, 8(2), 140–150. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00040218>
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Moisan, J. et Vézina, M. (1996). Job strain and psychological distress in white-collar workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 22: 139-145.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M. et Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine* 34 : 20-28.

- Bourdon, E., et Leduc, N. (2011). La perception du rôle et les attitudes de cynisme et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédic québécois dans le contexte des interventions non urgentes. [Université de Montréal]. WorldCat.org. [Montréal]. <http://hdl.handle.net/1866/8525>
- Bozzini, L., et R. Tessier. (1985). *Support social et santé*, dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, *Traité d'anthropologie médicale*. L'Institution de la santé et de la maladie, Québec : Presses de l'Université du Québec, IQRC ; Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Breaux, D. M., Meurs, J. A., Zellars, K. L., & Perrewé, P. L. (2008). Burnout in Health Care: When Helping Hurts. Dans J. R. B. Halbesleben (dir.), *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Brody, B., Létourneau, Y. et Poirier, A. (1990). Le coût des accidents du travail. *Relations industrielles*, vol. 45, N° 1, pp. 94-117.
- Brunet, A. (1996). Expositions récurrentes aux événements traumatiques: inoculation ou vulnérabilité croissante ? *Santé mentale au Québec*, 21(1), 145–162. <https://doi.org/10.7202/032384ar>
- Burke, R.J. (1993). Work-family stress, conflict, coping, and burnout in police officers. *Stress Medicine*, 9, 171-180.
- Burton, A. K., Balagué, F., Cardon, G., Eriksen, H. R., Henrotin, Y., Lahad, A., Leclerc, A., Müller, G., van der Beek, A. J., & COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain (2005). How to prevent low back pain. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 19(4), 541–555. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2005.03.001>
- Carleton, R. et al. (2018). Mental Disorder Symptoms among Public Safety Personnel in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(1), 54-64. <https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
- Carlier, I. et Gersons, B. (1994). Trauma at work: Posttraumatic stress disorder as occupational hazard. *Journal of occupational health safety Australia and New Zealand*, 19, 264-266.
- Clohessy, S., & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251 – 265

- Cairney, J., & Krause, N. (2005). The social distribution of psychological distress and depression in older adults. *Journal of aging and health, 17*(6), 807–835. <https://doi.org/10.1177/0898264305280985>
- CNESST (Commission des normes, de l'équité de la santé et de la sécurité du travail), 2011, 2015. Principaux risques de lésion par secteur d'activité, outil consulté en ligne.
- CNESST (Commission des normes, de l'équité de la santé et de la sécurité du travail), 2019. La CNESST en bref. Année 2019. 39 pages.
- CNESST (Commission des normes, de l'équité de la santé et de la sécurité du travail), 2019. Statistiques annuelles 2021 – Version finale. 180 pages.
- Cole, D. C., Ibrahim, S. A., Shannon, H. S., Scott, F., & Eyles, J. (2001). Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health survey (NPHS) 1994-5 data. *Occupational and environmental medicine, 58*(11), 728–734. <https://doi.org/10.1136/oem.58.11.728>
- Coole, C., Drummond, A., Watson, P. J., & Radford, K. (2010). What concerns workers with low back pain? Findings of a qualitative study of patients referred for rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation, 20*(4), 472–480. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9237-5>
- Corbeil, P. et al. (2017). *Mesure de l'exposition du technicien ambulancier paramédical aux facteurs de risque de troubles musculosquelettiques*. Rapport R-944. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Montréal.
- Corin, E., G. Bibeau, J.-C. Martin Et R. Laplante. (1990). *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Côté, D., & Coutu, M. F. (2010). A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation? *Disability and rehabilitation, 32*(2), 87–102. <https://doi.org/10.3109/09638280903026572>
- De Jonge, J., Reuvers, M., Houtman, L. D. I., Bongers, M. P. et Kompier, A. J. M. (2000). Linear and Nonlinear Relations Between Psychosocial Job Characteristics, Subjective Outcomes, and Sickness Absence: Baseline Results From SMASH. *Journal of Occupational Health Psychology 5* (2): 256-268.
- De Souza, L., & Frank, A. O. (2011). Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disability and rehabilitation, 33*(4), 310–318. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.490865>

- De Vries, H. J., Brouwer, S., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H., & Reneman, M. F. (2011). Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. *BMC musculoskeletal disorders*, *12*, 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-126>
- Dewa, C. S. (2017). Les coûts des troubles mentaux en milieu de travail peuvent-ils être réduits ? *Santé mentale au Québec*, *42*(2), 31–38. <https://doi.org/10.7202/1041912ar>
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., & Larocque, I. (2005). A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, *172*(12), 1559–1567. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1041159>
- Dollard, M. F., Dormann, C., Boyd, C. M., Winefield, H. R., & Winefield, A. H. (2003). Unique Aspects of Stress in Human Service Work. *Australian Psychologist*, *38*(2), 84-91. doi:10.1080/00050060310001707087
- Donnelly, E., & Siebert, D. (2008). Occupational risk factors in the emergency medical services. *Prehospital and disaster medicine*, *24*(5), 422-429
- Donnelly, E. (2012). Work-related stress and posttraumatic stress in emergency medical services. *Prehospital Emergency Care*, *16*(1), 76- 85. doi:10.3109/10903127.2011.621044
- Doron, C.-O. L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique, *Pratiques en santé mentale*, vol. 61, no. 1, 2015, pp. 3-16.
- Duguay., P., Boucher, A., Prud'homme, P., Busque, M.-A., Lebeau, M. (2017). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2010-2012, Profil statistique par industrie-catégorie professionnelle*. R-963. Direction scientifique, IRSST.
- Durand, M. J., Loisel, P., Hong, Q. N., & Charpentier, N. (2002). Helping clinicians in work disability prevention: the work disability diagnosis interview. *Journal of occupational rehabilitation*, *12*(3), 191–204. <https://doi.org/10.1023/a:1016846712499>
- Durand, M.-J. (2008). Incapacité prolongée et retour au travail. *Le Médecin du Québec*, volume 43, numéro 8, août 2008, 43-45. <https://lemedecinduquebec.org/Media/99516/073-075MT0808.pdf>
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G., & Mendelsohn, F. S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Measures for use in the general population. *Archives of general psychiatry*, *37*(11), 1229–1236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780240027003>

- Dompierre, L., Lavoie, F. & Pérusse, M. (1993). Les déterminants individuels, interpersonnels et organisationnels de la détresse psychologique en milieu de travail, *Canadian psychology*, 34(4) : 365-381.
- Edwald, F. (1986). *L'État providence*, Bernard Grasset, Paris, p. 15.
- Fenlenson J.K. & Beehr A.T. (1994) Social support and occupational stress: Effects of talking to others. *Journal of Organizational Behavior* 15, 157-175.
- Franché RL, Murray EJ, Ostry A, Ratner PA, Wagner SL, Harder HG. (2010). Work disability prevention in rural healthcare workers. *Rural Remote Health*; 10 (4) : 1502.
- Gersons, B. & Carlier, I. (1992). Post-traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept. *British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, Stanford University Press. 264 p.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-67>
- Greenglass, E. R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. In Special Issue on Women and Management, Guest Editors: Esther R. Greenglass and Judi Marshall. *Applied Psychology: An International Review*, 42, (4), 323-340.
- Hämmig, O., Knecht, M., Läubli, T. et al. (2011). Work-life conflict and musculoskeletal disorders: a cross-sectional study of an unexplored association. *BMC Musculoskeletal Disord.* 12, 60. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-60>
- Harvey, F. (1978). *Révolution industrielle et travailleur*. Montréal. Boréal express, p. 220.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *The British journal of clinical psychology*, 44(Pt 2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Higgins, A., O'Halloran, P., & Porter, S. (2012). Management of Long Term Sickness Absence: A Systematic Realist Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 322-332.
- Hoefsmit N, Houkes I, Nijhuis FJ. (2012). Intervention characteristics that facilitate

return to work after sickness absence: a systematic literature review. *J Occup Rehabil*; 22(4):462-77.

Hooftman, W. E., van Poppel, M. N. M., van der Beek, A. J., Bongers, P. M., & van Mechelen, W. (2004). Gender differences in the relations between work-related physical and psychosocial risk factors and musculoskeletal complaints. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 30(4), 261–278. <https://doi.org/10.5271/sjweh.794>

Hotopf, M., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (1998). Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. Results from a national birth cohort. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 173, 255–261. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.3.255>

Hurwitz, E. L., Morgenstern, H., & Yu, F. (2003). Cross-sectional and longitudinal associations of low-back pain and related disability with psychological distress among patients enrolled in the UCLA Low-Back Pain Study. *Journal of clinical epidemiology*, 56(5), 463–471. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(03\)00010-6](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(03)00010-6)

Institut de la statistique du Québec. (2019). *Le bilan démographique du Québec, Édition 2019*. Gouvernement du Québec.

Jørgensen, C. K., Fink, P., & Olesen, F. (2000). Psychological distress among patients with musculoskeletal illness in general practice. *Psychosomatics*, 41(4), 321–329. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.4.321>

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. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285–308. <https://doi.org/10.2307/2392498>

Kessler & al. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience–recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of personality and social psychology*, 74(2), 420.

L'absentéisme plaie généralisée du Canada: malgré les sombres statistiques, les entreprises canadiennes devraient être en mesure de restreindre l'absentéisme chez leurs employés

- et d'en limiter les couts (1993). *The Management Accounting Magazine*. *Cma*, 67(10), 13-16. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://www.proquest.com/trade-journals/labsenteisme-plaie-generalisee-du-canada-malgre/docview/197786962/se-2>
- Laisné, F., Lecomte, C., Corbière, M. (2013). Biopsychosocial determinants of work outcomes of workers with occupational injuries receiving compensation: A prospective study. *Work*, 44, 117-132.
- Lambert, J. (2018). The Impact of Emotional Intelligence and Affective Behavior on Paramedic Student Field Internship Success. [Dissertation]. Brandman University.
- Larson, R. W., & Almeida, D. M. (1999). Emotional transmission in the daily lives of families: A new paradigm for studying family process. *Journal of Marriage and the Family*, 5-20.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819–834. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.819>
- Lebeau, M. & P. Duguay. (2011). *Les coûts des lésions professionnelles. Une revue de littérature*. R-676. Direction scientifique, IRSST.
- Leclercq S., Monteau M., Cuny X., « Quels modèles pour prévenir les accidents du travail d'aujourd'hui ? », *Le travail humain*, 2013/2 (Vol. 76), p. 105-127. DOI : 10.3917/th.762.0105.
- Leffler, C., & Dembert, M. (1998). Posttraumatic stress symptoms among U.S. Navy divers recovering TWA Flight 800. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 186, 574–577.
- Légaré, G., M. Préville, R. Massé, C. Poulin, D. Saint-Laurent et R. Boyer (2000). Santé mentale, Enquête sociale et de santé 1998, Québec, *Institut de la statistique du Québec*, chapitre 16, p. 333-353.
- Leino, P., & Magni, G. (1993). Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees, *Pain*, 53: 89-94.
- Leiter, M.P., & Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 7, 357-373
- Linton S. Psychological risk factors for neck and back pain. (2000). *Neck and Back Pain: The Scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment*. Philadelphie : Lippincott, Williams and Wilkins. pp. 57-8.

- Linton, S. J., & Halldén, K. (1998). Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *The Clinical journal of pain*, 14(3), 209–215. <https://doi.org/10.1097/00002508-199809000-00007>
- Linton S. J. (2005). Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? *European journal of pain (London, England)*, 9(4), 355–361. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.08.002>
- Loi sur la santé et la sécurité du travail (à jour au 1^{er} juin 2022). Chapitre S-2.1. Gouvernement du Québec.
- Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (révisée en juin 2014). Chapitre A-3.0001. Gouvernement du Québec.
- Loisel P, Durand MJ, Berthelette D et coll. (2001). Disability prevention: the new paradigm of management of occupational back pain. *Dis Manag Health Outcomes*; 9 (7) : 351-60
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Lydell, M., Grahn, B., Månsson, J., Baigi, A., & Marklund, B. (2009). Predictive factors of sustained return to work for persons with musculoskeletal disorders who participated in rehabilitation. *Work (Reading, Mass.)*, 33(3), 317–328. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0879>
- Main, C. J. (2002). Concepts of treatment and prevention in musculoskeletal disorders. In S. J. Linton (Ed.), *New avenues for the prevention of chronic musculoskeletal pain and disability* (Vol. 12, pp. 47-63). Amsterdam: Elsevier.
- Manninen, P., Heliövaara, M., Riihimäki, H., & Mäkelä, P. (1997). Does psychological distress predict disability? *International journal of epidemiology*, 26(5), 1063–1070. <https://doi.org/10.1093/ije/26.5.1063>
- Marchand, A., Durand, P. et Demers, A. (2005). Work and Mental Health: The experience of the Quebec workforce between 1987 and 1998. *Work* 25 : 135-142
- Marchand, A., Durand, P., & Demers, A. (2007). Un Modèle multiniveaux des déterminants de la santé mentale dans la main-d'œuvre. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 11-30.

- Marois, E., & Durand, M. J. (2009). Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability and rehabilitation*, 31(12), 994–1007. <https://doi.org/10.1080/09638280802428374>
- Marhold, C. (2002). Musculoskeletal pain and return to work. *A cognitive*.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in Health Professions A Sociopsychological Analysis. Dans G. S. Sanders & J. Suls (dir.), *Social psychology of health and illness* (p. 227-255). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McBeth, J., Macfarlane, G. J., & Silman, A. J. (2002). Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain*, 96(3), 239–245. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(01\)00452-3](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(01)00452-3)
- Mellegård, M., Grossi, G., & Soares, J. J. F. (2001). A comparative study of coping among women with fibromyalgia, neck/shoulder and back pain. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 103–115.
- Nahit, E. S., Pritchard, C. M., Cherry, N. M., Silman, A. J., & Macfarlane, G. J. (2001). The influence of work-related psychosocial factors and psychological distress on regional musculoskeletal pain: a study of newly employed workers. *The Journal of rheumatology*, 28(6), 1378–1384.
- Nahit, E. S., Hunt, I. M., Lunt, M., Dunn, G., Silman, A. J., & Macfarlane, G. J. (2003). Effects of psychosocial and individual psychological factors on the onset of musculoskeletal pain: common and site-specific effects. *Annals of the rheumatic diseases*, 62(8), 755–760. <https://doi.org/10.1136/ard.62.8.755>
- Nastasia I., Coutu M.-F., Cibotaru A. (2014) *Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculosquelettiques - Une revue systématique de la littérature - Mise à jour 2008-2013*. Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail, Rapports scientifiques : R-841.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I. et David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 24 (3): 197-205.
- 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>
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Santé mentale : renforcer notre action*. En ligne.

- Ouellet, F., 2003. *La SST : Un système détourné de sa mission*. Napierville et Saint-Lambert, Québec : Le groupe de communication Sansectra inc. et Impact division des éditions héritage. 275 pages.
- Parkes, K. R, Carnell, S. & Farmer E. (2005). *Musculo-skeletal disorders, mental health and the work environment*. Prepared by University of Oxford for the Health and safety executive, Research report 316.
- Phaneuf, C. (2010). *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007 : TMS sous surveillance*, Institut national de santé publique du Québec. [://policycommons.net/artifacts/2063536/portrait-national-des-troubles-musculo-squelettiques-tms-1998-2007/2816627/](https://policycommons.net/artifacts/2063536/portrait-national-des-troubles-musculo-squelettiques-tms-1998-2007/2816627/)
- Pierce, G.R., I.G. Sarason & B.R. Sarason. (1996). Coping and Social Support, dans M. Zeider et N.S. Endler (dir.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, New York : John Wiley & Sons, p. 434-451.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109–E120. <https://doi.org/10.1097/00007632-200203010-00017>
- Prairie J. (2010). *L'influence de l'intensité physique lors des interventions préhospitalières sur les postures du dos : une étude auprès des paramédics*. [Mémoire de maîtrise]. Université Laval.
- Pransky, G. S., Loisel, P., & Anema, J. R. (2011). Work disability prevention research: current and future prospects. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(3), 287–292. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9327-z>
- Préville, M., Potvin, L., & Boyer, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological reports*, 77(1), 275–293. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.1.275>
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- Regehr, C., Goldberg, G., & Hughes, J.A. (2002). Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *The American journal of orthopsychiatry*, 72 4, 505-13.

- Regehr, Cheryl (2005). Bringing the trauma home: Spouses of paramedics. *Journal of Loss & Trauma*, 10 (2), 97-114. <https://doi.org/10.1080/15325020590908812>
- Sargent L.D. & Terry J.D. (2000) The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work & Stress* 14, 245-261.
- Schmouth, M.-È., Gouin, M.-M. & Truchon, M. 2013. Chapitre 4 : Le rôle des variables psychosociales dans le développement et la prévention de l'incapacité prolongée à la suite d'un trouble musculosquelettique (TMS) dans *L'intervention en santé et en sécurité du travail : pour agir en prévention dans les milieux de travail*. Presses de l'Université Laval. 490 pages.
- Seligman, P. (2002). Positive psychology, positive prevention and positive therapy. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (2002). *Handbook of positive psychology*. 3-9.
- Shaw, W. S., van der Windt, D. A., Main, C. J., Loisel, P., Linton, S. J., & "Decade of the Flags" Working Group (2009). Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *Journal of occupational rehabilitation*, 19(1), 64–80. <https://doi.org/10.1007/s10926-008-9159-7>
- Shumaker, S.A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>
- Siegrist, J. (2012). Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. *Department of Medical Sociology, University Düsseldorf, Düsseldorf*, 19.
- Smith, J. L., Jr. (2014). A study of first responders and burnout as governed by the Occupational Safety and Health Act of 1970 (OSHA) in metropolitan Atlanta, Georgia [Thèse de doctorat]. University of New Orleans.
- Spitzer WO. (1987). *Approche scientifique de l'évaluation et du traitement des affections vertébrales chez les travailleurs*. Rapport E-018, Toronto (Ontario), Société Canadienne de Recherches cliniques, 57 pages.
- Spitzer, R.L., & Endicott, J. (2018). Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work

characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and environmental medicine*, 56(5), 302–307. <https://doi.org/10.1136/oem.56.5.302>

- Steenstra, I. A., Munhall, C., Irvin, E., Oranye, N., Passmore, S., Van Eerd, D., Mahood, Q., & Hogg-Johnson, S. (2017). Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain. *Journal of occupational rehabilitation*, 27(3), 369–381. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9666-x>
- Sterud, T., Ekeberg, O., & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 6, 82. doi:1472- 6963-6-82 [pii] 10.1186/1472-6963-6-82
- Sterud, T., Hem, E., Ekeberg, O., & Lau, B. (2008). Occupational stressors and its organizational and individual correlates: A nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emergency Medicine*, 8(1), 16
- Streeter, C.L., et C. Franklin (1992). Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners, *Research in Social Work Practice*, vol. 2, no 1, p. 81-98.
- Strine, T. W., & Hootman, J. M. (2007). US national prevalence and correlates of low back and neck pain among adults. *Arthritis and rheumatism*, 57(4), 656–665. <https://doi.org/10.1002/art.22684>
- Thompson, A., & Bolger, N. (1999). Emotional transmission in couples under stress. *Journal of Marriage and the Family*, 61(1), 38–48. <https://doi.org/10.2307/353881>
- Truchon, M., & Fillion, L. (2000). Biopsychosocial determinants of chronic disability and low-back pain: a review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 10 (2), 117-142.
- Turk, D.C. and Okifuji, A. (2002) Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.
- Van der Doef, M. et Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research. *Work & Stress* 13 (2): 87-114. 120
- Varekamp, I., & Van Dijk, F. J. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 60(4), 287–293. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq078>

- Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*, New York: Praeger.
- Vaux, A. (1992). « Assessment of Social Support », dans H.O.F. Veiel et U. Baumann (dir.), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York: Hemisphere Publishing Corporation, p. 193-216.
- Vermeulen, M. et Mustard, C. (2000). Gender Differences in Job Strain, Social Support at Work, and Psychological Distress. *Journal of Occupational Health Psychology* 5 (4): 428-440.
- Vézina, M. et Gingras, S. (1996). Travail et santé mentale: les groupes à risques. *Canadian Journal of Public Health* 87 (2): 135-140.
- Vincent, C. (2009). *L'influence des facteurs professionnels sur la détresse psychologique et les problèmes musculosquelettiques*. [Mémoire de maîtrise]. Université de Montréal.
- Waddell, D., & Sohal, A.S. (1998). Resistance: a constructive tool for change management. *Management Decision*, 36, 543-548.
- Waddell, G., Burton, A., & Main, C. J. (2003). *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work: a conceptual and scientific review*. Royal Society of Medicine Press.
- Weil, David. (2001). Valuing the Economic Consequences of Work Injury and Illness: A Comparison of Methods and Findings. *American Journal of Industrial Medicine* 40(4): 418–37.
- Weiss, D., Marmar, C., Metzler, T., & Ronfeldt, H. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361–368
- Wellman, B. (1981). Applying Network Analysis to the Study of Support, dans B.H. Gottlieb (dir.), *Social Networks and Social Support*, Beverly Hills, CA : Sage, p. 171-200.
- Wilkins, K. et Beaudet, M. P. (1998). Le stress au travail et la santé. *Rapports sur la santé* 10(3) : 49-66.
- Woods, V. (2005). Work-related musculoskeletal health and social support, *Occupational Medicine*, Volume 55, Issue 3, May 2005, Pages 177-189, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqi085>

ANNEXE I - QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE

Caractéristiques générales

- a. Avez-vous subi une lésion professionnelle (CNESST) au cours des 36 derniers mois ou êtes-vous toujours en invalidité dû à une lésion professionnelle subie dans les 36 derniers mois ?
- Oui
 - Non
- b. Adresse courriel (si vous souhaitez être éligible au tirage de participation) :
- c. Sélectionnez votre tranche d'âge :
- 18 - 29 ans
 - 30 - 39 ans
 - 40 - 49 ans
 - 50 - 59 ans
 - 60 – 69 ans
- d. Quelle est votre identité de genre actuelle ?
- Féminin
 - Masculin
 - Je m'identifie comme (veuillez préciser) : _____
 - Je préfère ne pas répondre
- e. Quelle est votre situation familiale ?
- Célibataire
 - En couple
 - Marié.e
 - Divorcé.e
- f. Avez-vous des enfants (incluant ceux dans un contexte de reconstitution) ?
- Oui
 - Non
- g. Précisez le nombre d'enfant(s)
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 et plus

Caractéristiques liées à l'emploi

- a. Expérience professionnelle au moment de la dernière lésion :
- Moins d'un an
 - 1 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 15 ans
 - 16 à 20 ans
 - 21 ans et plus
- b. Nombre de lésions professionnelles (CNESST) subies en carrière, peu importe la durée de l'invalidité :
- Une seule
 - 2 à 5
 - 6 à 10
 - 11 et plus
- c. Durée de la dernière invalidité pour lésion professionnelle (de l'évènement au retour au travail) ou durée de l'invalidité à ce jour si la lésion est toujours active :
- Moins d'un mois.
 - 1 à 3 mois
 - 3 à 6 mois
 - 6 à 9 mois
 - 9 à 12 mois
 - 12 mois et plus
- d. Présentement, vous êtes :
- De retour au travail régulier
 - En assignation temporaire
 - En retour progressif
 - En invalidité
- e. Si vous êtes de retour au travail régulier, depuis combien de temps l'êtes-vous ?
- Présentement en invalidité.
 - 0 à 6 mois
 - 6 à 12 mois
 - Plus de 12 mois.

f. Occupez-vous un poste :

- Temps plein
- Temps partiel

g. Dans quelle région administrative travaillez-vous principalement :

- Bas-Saint-Laurent / Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Nord-du-Québec
- Capitale-Nationale
- Chaudière-Appalaches
- Mauricie / Centre-du-Québec
- Estrie / Montérégie
- Montréal / Laval
- Lanaudière / Laurentides
- Outaouais
- Abitibi-Témiscamingue
- Côte-Nord

ANNEXE II – ÉCHELLES DE MESURE

Détresse psychologique - *Depression Anxiety Stress Scales* (21 items) - DASS

Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de la dernière semaine. Il n’y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement sur les énoncés.

1 Pas du tout	2 Un peu	3 Beaucoup	4 Tout le temps
------------------	-------------	---------------	--------------------

Durant cette dernière semaine :

1. J’ai trouvé difficile de me relaxer.	1	2	3	4
2. J’ai senti que j’avais la bouche sèche.	1	2	3	4
3. J’ai eu l’impression de ne pas pouvoir être positif/positive.	1	2	3	4
4. J’ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).	1	2	3	4
5. J’ai trouvé difficile d’être motivé(e) à commencer des activités.	1	2	3	4
6. J’ai réagi de façon exagérée.	1	2	3	4
7. J’ai eu des tremblements (par exemple, des mains).	1	2	3	4
8. J’ai eu l’impression d’être nerveux/nerveuse.	1	2	3	4
9. Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).	1	2	3	4
10. J’ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.	1	2	3	4
11. Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).	1	2	3	4
12. J’ai eu de la difficulté à me détendre.	1	2	3	4
13. Je me suis senti(e) triste.	1	2	3	4
14. J’ai été intolérant(e) à tout ce qui m’empêchait de faire ce que j’avais à faire.	1	2	3	4
15. J’ai eu le sentiment d’être presque pris(e) de panique.	1	2	3	4
16. J’ai été incapable de me sentir motivé(e) au sujet de quoi que ce soit.	1	2	3	4
17. J’ai eu le sentiment de ne pas valoir grand-chose comme personne.	1	2	3	4
18. J’ai eu l’impression d’être agacé(e) pour un oui pour un non.	1	2	3	4
19. J’ai senti mon cœur battre vite sans effort physique.	1	2	3	4
20. J’ai eu peur sans bonne raison.	1	2	3	4
21. J’ai eu l’impression que la vie n’avait aucune signification.	1	2	3	4

Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS–21): Normative data and psychometric evaluation in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology, 44*, 227–239. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505X29657>

Soutien social - Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

Lisez bien chacun de ces mots et pour chacun des énoncés cochez le chiffre (1 à 7) correspondant à votre niveau d'accord ou de désaccord.

1 Fortement en désaccord	2 Moyennement en désaccord	3 Légèrement en désaccord	4 Ni en accord ni en désaccord	5 Légèrement en accord	6 Moyennement en accord	7 Fortement en accord
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

1. Il y a une personne en particulier qui est là quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	6	7
2. Il y a une personne en particulier avec laquelle je peux partager mes joies et mes peines.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ma famille essaie vraiment de m'aider.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je reçois de ma famille toute l'aide émotionnelle et le soutien dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je connais une personne en particulier qui est une vraie source de réconfort pour moi.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mes amis essaient vraiment de m'aider.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je peux compter sur mes amis quand les choses vont mal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je peux parler de mes problèmes avec ma famille.	1	2	3	4	5	6	7
9. J'ai des amis avec lesquels je peux partager mes joies et mes peines.	1	2	3	4	5	6	7
10. Il y a quelqu'un de spécial dans ma vie qui s'inquiète de ce que je ressens.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ma famille est prête à m'aider à prendre des décisions.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je peux parler de mes problèmes avec mes amis.	1	2	3	4	5	6	7

Denis, A., Callahan, S., & Bouvard, M. (2015). Evaluation of the French version of the multidimensional scale of perceived social support during the postpartum period. *Maternal and child health journal, 19*(6), 1245-125.

ANNEXE III – COURRIEL DE SOLLICITATION DES PARTICIPANTS

Détresse psychologique et soutien social – Lésion professionnelle

Madame, Monsieur,

Nous menons présentement une recherche visant à mesurer les **impacts psychosociaux de la lésion professionnelle (CNESST)**, que celle-ci soit de nature physique ou psychologique, chez les techniciens ambulanciers paramédics.

Vous êtes TAP et avez subi une lésion professionnelle (CNESST) dans les **36 derniers mois** ? Nous vous serions reconnaissants de compléter ce bref questionnaire (environ 10 minutes) avant le XX XX 2022 en cliquant sur le lien suivant : *Questionnaire*.

- ❖ Cette recherche est approuvée par le comité éthique de l'UQTR (CER 22-286-07.03).
- ❖ Soyez assuré(e) que vos réponses demeureront **strictement confidentielles** et serviront aux seules fins de la présente recherche.
- ❖ Nous vous garantissons qu'aucune donnée ne permettra de vous identifier, et plusieurs questions se veulent facultatives et donc, à compléter à votre convenance. Seule notre équipe de recherche aura accès aux renseignements que vous nous fournirez.

Questions ? N'hésitez pas à communiquer avec nous afin que nous puissions répondre à vos questions.

Les projets de recherche permettent d'obtenir une meilleure compréhension des enjeux liés à votre profession et leur succès dépendent en très grande partie de votre collaboration. En participant à la collecte des données, vous permettez l'avancement des connaissances scientifiques relatives au domaine des intervenants d'urgence.

Sarah Bourget, M. Sc.

Candidate à la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail (GPMT)

Université du Québec à Rimouski (UQAR)

sarah.bourget@uqar.ca



Andrée-Ann Deschênes, Ph. D.

Professeure en management avec spécialisation en sécurité publique - Département de Management

Université du Québec à Trois-Rivières

Téléphone : 819 376-5011, poste 3124

andree-ann.deschenes@uqtr.ca



ANNEXE IV – FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez les techniciens ambulanciers paramédics
Mené par :	Sarah Bourget et Andrée-Ann Deschênes, Département de Management, Université du Québec à Trois-Rivières
Source de financement :	Aucune
Déclaration de conflit d’intérêts :	Il est déclaré que Sarah Bourget agit à la fois à titre de <i>Chef SST et communications</i> chez Paraxion, en plus de participer au recrutement dans l’entreprise pour un projet de recherche dans le cadre de sa candidature à la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail (GPMT). Les mesures mises en place afin d’atténuer le conflit sont notamment, des explications claires et précises sur les intentions du projet dans le courriel de sollicitation, et l’envoi de celui-ci par une tierce partie dans l’entreprise plutôt que la sollicitation provienne directement de Mme Bourget. Les personnes sollicitées pourront alors prendre une décision libre et éclairée sur leur participation ou non à

Sarah Bourget, M. Sc.

Candidate à la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail (GPMT)

Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Andrée-Ann Deschênes, Ph. D.

Professeure en management avec spécialisation en sécurité publique - Département de Management

Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à évaluer les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez les techniciens ambulanciers paramédics, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez considérer les informations suivantes afin de prendre une décision éclairée. Nous vous invitons à poser vos questions au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche.

Objectifs et résumé du projet de recherche

Bien que les facteurs de détresse psychologique et de soutien social aient été documentés dans le cadre du travail des intervenants d'urgence, peu d'études s'attardent sur les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle. L'objectif de ce projet de recherche est de mesurer puis de comparer les facteurs de détresse psychologique et de soutien social, largement documentés, mais rarement corrélés selon le type d'invalidité et sa nature.

Nature et durée de votre participation

Votre participation à cette recherche consiste à compléter un questionnaire en ligne, d'une durée approximative de 10 minutes. Le questionnaire pourra être complété au moment qui convient au participant. Les énoncés vont permettre de mesurer la présence de détresse psychologique, puis de soutien social dans un contexte de lésion professionnelle actuel ou récent. La première portion du questionnaire précédent ces énoncés sont des questions sociodémographiques (2 minutes).

Vos réponses seront enregistrées chaque fois que vous cliquez sur le bouton « Suivant ». Pour interrompre le questionnaire et y revenir plus tard, cliquez sur le lien « Enregistrer mes réponses et quitter », situé au bas de la page. Vous pourrez alors nous fournir une adresse électronique afin qu'un lien unique puisse vous être partagé.

Risques et inconvénients

Il est possible que le fait de répondre à des questions spécifiques concernant votre lésion professionnelle puisse vous rendre inconfortable. Le temps (10 minutes) consacré à la participation à l'étude en répondant au questionnaire pourrait également constituer un inconvénient.

Si votre participation vous engendre certains questionnements ou inconforts dont vous aimeriez discuter, que vous ressentiez le besoin d'obtenir du support psychologique ou vous questionnez sur les résultats obtenus, vous pouvez contacter la chercheuse responsable du

projet qui vous guidera vers des ressources appropriées et une personne ressource à cet effet vous sera référée par l'équipe de recherche. Si vous préférez, vous pouvez également consulter la liste des ressources d'aide mentionnées ci-dessous, qui seront également fournies à la fin du questionnaire.

- **Ressources externes :**

- Centres de crise du Québec, le numéro de téléphone accessible partout au Québec : 1 866 APPELLE (1 866 277- 3553). <https://www.centredecrise.ca/listecentres>
 - Info santé, Info sociale 8-1-1
 - PSPNET : offre et évalue une thérapie cognitive comportementale gratuite sur Internet, la TCCI, adaptée spécialement pour répondre aux besoins des membres, actuels et anciens, du personnel de la sécurité publique (PSP). Offert avec le soutien hebdomadaire (facultatif) de thérapeutes pendant 8 semaines pour développer un meilleur bien-être. <https://www.pspnet.ca/fr/home/>
 - La Vigile : Maison d'hébergement pour les porteurs d'uniforme <https://lavigile.qc.ca/>
 - CISMUF : Centre interdisciplinaire de soins pour les métiers d'urgence et leurs familles <https://www.cismuf.ca/>
- **Ressources internes :** Programme d'aide aux employés et à la famille (PAEF – 1 800 361-2433 / travailsantevie.com) disponible au sein de l'organisation (5 rencontres / an gratuites et confidentielles). Gestionnaires aux opérations et département SST.

Avantages ou bénéfices

En participant à cette recherche, vous apportez une précieuse contribution à l'avancement des connaissances scientifiques et aux réflexions actuelles portant sur les enjeux du métier de technicien ambulancier paramédic, plus précisément lors de la survenue d'une lésion professionnelle et des impacts pouvant en découler. Il s'agit du seul bénéfice prévu à votre participation.

Compensation ou incitatif

Un incitatif sous forme de tirage parmi les participants sera proposé. Trois (3) cartes-cadeaux de type VISA prépayées d'une valeur de 50.00\$ chacune seront tirées de façon aléatoire

parmi les participants, parmi ceux et celles ayant indiqué leur adresse courriel au sondage et seront contactés ainsi s'ils gagnent.

Confidentialité

Afin d'assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants, les mesures suivantes seront appliquées dans le cadre de la présente recherche :

- Les chercheurs n'auront pas accès à votre nom et vos coordonnées, à moins que vous acceptiez de les partager afin d'interrompre le questionnaire et d'y revenir plus tard. Le cas échéant, vos coordonnées seront séparées des données de la recherche contenant des renseignements personnels;

Lors de la diffusion des résultats :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport;
- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués;
- Les résultats de la recherche seront publiés dans le mémoire de l'étudiante associée au projet (Sarah Bourget), dans des revues scientifiques, dans des communications scientifiques et aucun participant ne pourra y être identifié;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande aux chercheurs dont les coordonnées sont fournies au bas de la page suivante.

À la fin de la recherche :

- La base de données anonymisée de manière irréversible et agrégée sera conservée par les chercheurs;
- Les données recueillies sont confidentielles, ne peuvent mener à l'identification du participant, seront informatisées et conservées dans un fichier protégé à l'aide d'un mot de passe. Seules les chercheuses impliquées auront accès aux données. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité.
- Les données seront détruites en 5 ans après l'étude, au plus tard en 2027, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous le désirez, toutes les informations que vous nous aurez fournies seront détruites.

Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Vous pouvez indiquer votre intérêt en écrivant à la chercheuse principale à l'adresse électronique suivante : sarah.bourget@uqar.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre d'atteindre les objectifs de cette recherche.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

Sarah Bourget
Candidate à la maîtrise en gestion des personnes en milieu de travail (GPMT)
Université du Québec à Rimouski (UQAR)
sarah.bourget@uqar.ca

Cette étude est sous la direction de :

Andrée-Ann Deschênes, PhD
Professeure en gestion en sécurité publique
Département de management
Université du Québec à Trois-Rivières
819 376-5011 p.3124
andree-ann.deschenes@uqtr.ca

Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro **CER 22-286-07.03** a été émis le 13 mai 2022.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Sarah Bourget, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez les techniciens ambulanciers paramédics*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

En cliquant sur la case « J'accepte » du formulaire en ligne, vous indiquez avoir lu l'information et être d'accord à participer au projet. Également, le fait de remplir le questionnaire en ligne sera considéré comme l'expression de votre consentement à participer au projet.



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez les techniciens ambulanciers paramédics

Chercheur(s) : Sarah Bourget
Département de management

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-22-286-07.03

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 13 mai 2022 au 13 mai 2023

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Me Richard LeBlanc
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 13 mai 2022



Le 28 septembre 2022

À l'attention de:

Sarah Bourget
département des sciences de la gestion - lévis

Titre du projet: Les impacts psychosociaux de la lésion professionnelle chez les techniciens ambulanciers paramédics

Projet : 2023-204, 122-CER-22-286-07.03

Objet : Reconnaissance - Approbation éthique de votre projet de recherche

Bonjour,

La présente atteste que votre projet de recherche a fait l'objet d'une reconnaissance en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (CER-UQAR) conformément à l'*Entente pour la reconnaissance des certificats d'éthique des projet de recherche à risque minimal* entre les universités québécoises et à la [Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains](#) de l'UQAR.

La reconnaissance est valide jusqu'au **13 septembre 2023** et un suivi devra être fait auprès du CER-UQAR avant cette date.

Par ailleurs, dans le cadre de l'Entente pour la reconnaissance des certificats d'éthique des projets de recherche à risque minimal, il est de votre responsabilité d'informer la chercheuse principale/le chercheur principal de l'obtention de votre reconnaissance.

À noter, s'il s'agit d'une reconnaissance venant d'une évaluation éthique effectuée par un CÉR d'un RSSS, le suivi éthique doit-être réalisé par ce dernier.

En vous souhaitant le meilleur des succès dans la réalisation de votre projet de recherche, veuillez recevoir nos salutations distinguées.

Le CER-UQAR

Bruno Bouchard, Ph. D., CPA
Président du Comité d'Éthique de la Recherche - UQAR (CER-UQAR)
Professeur, Unité départementale des sciences de la gestion

cer@uqar.ca

