

Université de Montréal

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

Par
Emmanuelle Bourdon

Département d'administration de la santé
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M.Sc)
en administration des services de santé
Option analyse et évaluation des systèmes de santé

Décembre 2011

© Emmanuelle Bourdon, 2011

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

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

Présenté par :

Emmanuelle Bourdon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais, président-rapporteur

Nicole Leduc, directeur de recherche

Marc Lemire, membre du jury

Résumé

Problématique : Le rôle des paramédics se transforme partout dans le monde. Les besoins des aînés et des malades chroniques entraînent une forte proportion d'interventions préhospitalières non urgentes. La confrontation entre la perception et l'expérience du rôle peut entraîner un conflit correspondant à un stress organisationnel modéré et chronique chez ces travailleurs. Pour y faire face, différentes stratégies d'adaptation peuvent être adoptées.

Objectifs : Cette étude vise à dépeindre la réalité des interventions préhospitalières non urgentes des paramédics québécois et à explorer son influence sur leur perception du rôle et les manifestations de cynisme et de désengagement.

Méthode : Les données qualitatives obtenues en entrevues semi-structurées ont été codifiées et analysées à partir d'un modèle adapté des théories en psychosociologie du travail et d'administration de la santé (n=13, 3 régions, intervenants de - de 3 à + de 20 ans de carrière).

Résultats : Les paramédics reconnaissent vivre un conflit de rôle alors que la formation et la définition de leur pratique se rapportent exclusivement à l'urgence, au contraire de leur expérience. Ils manifestent des attitudes de cynisme et de désengagement affectant la qualité des services, précisant qu'il s'agit d'une réalité inhérente à leur expérience professionnelle intimement reliée à l'épuisement professionnel, plus qu'à un manque fondamental de professionnalisme.

Conclusion : Les paramédics décrivent différents mécanismes à instaurer qui visent à reconnaître la dualité conflictuelle de leur pratique dont, la mise en valeur de leur aptitude clinique à intervenir en première ligne dans un cadre préhospitalier non urgent ainsi que l'ajustement et le rehaussement des programmes de formation.

Mots-clés : technicien ambulancier, paramédic, rôle, conflit de rôle, interventions non urgentes, attitude, épuisement professionnel.

Abstract

Problem: The paramedic's role has been steadily evolving internationally. Elderly and chronically ill user's demands have lead to an increase in prehospital non urgent interventions. Confronting the conflict between the perceived role of a paramedic and the shifting reality toward non urgent care may result in a role conflict that manifests as chronic-moderate organizational stress. Mechanisms of coping related to this stress may be adopted.

Objectives: The objectives of this study are to depict the Quebec paramedic's experience related to non urgent interventions and explore their role perception and resulting attitudes of cynicism and disengagement.

Method: Qualitative data from semi-structured interviews have been codified and analyzed based on a model adapted from the literature on works in socio-psychology and health administration theories. (n=13, 3 administrative regions, less than 3 years to more than 20 years of career)

Results: Paramedics acknowledge experiencing role conflict as they explain the formation of their work and field of practice as being exclusively oriented toward emergency response, contrary to their pervasive work reality. They demonstrate cynicism and disengagement, and specify it as being inherent to the professional experience and intimately linked with burnout, affecting quality of care despite fundamental professional intentions.

Conclusion: Paramedics described different professional coping mechanisms aimed at acknowledging the conflicting duality of their practice, amongst them, showcasing their clinical capability to play an active role in primary health care in the prehospital, non urgent setting and adjusting and enhancing the training programs.

Keywords: Emergency medical technician, Paramedic, Role, Role conflict, Non urgent interventions, Attitudes, Burnout

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des sigles et abréviations	ix
Remerciements	xi
Avant-propos	xii
Chapitre 1 : Introduction	1
1.1 Mise en contexte et problématique	1
1.2 Objectifs de recherche	7
1.3 Utilisateurs des résultats	9
Chapitre 2 : Les services préhospitaliers d'urgence	11
2.1 Identité des services préhospitaliers d'urgence	11
2.2 Évolution des SPU au Québec.....	13
2.3 Mission et organisation des SPU	21
2.3.1 Les services	27
2.3.1.1 Premier intervenant/secouriste désigné	27
2.3.1.2 Service d'urgence 9-1-1	28
2.3.1.3 Centre de communication santé.....	28
2.3.1.4 Services de premier répondant	28
2.3.1.5 Services ambulanciers	29
2.3.1.6 Établissements receveurs	29
2.3.2 L'intervention préhospitalière d'urgence	29
Chapitre 3 : Recension des écrits	33
3.1 Le rôle du technicien ambulancier paramédic québécois et ses différentes dimensions	33
3.1.1 Définition de la pratique au Québec.....	33
3.1.1.1 Particularités de la pratique	34
3.1.1.2 Appellation d'emploi	35
3.1.1.3 Cadre de la pratique	35

3.1.2 La formation.....	41
3.1.3 Au Canada et ailleurs	43
3.2 Portrait des interventions préhospitalières et des usagers	47
3.2.1 Portrait des interventions auprès des usagers de 65 ans et plus.....	48
3.2.2 Nature des demandes et états de santé	51
3.2.3 Nature des cas, traitements et transport	54
3.2.4 Changement dans les pratiques cliniques.....	60
3.3 Perception du rôle du technicien ambulancier paramédic	62
3.3.1 L'influence du travail.....	62
3.3.2 Le mythe de l'urgence	64
3.3.3 Réalité versus formation.....	67
3.4 Les attitudes et les comportements du technicien ambulancier paramédic à l'égard des usagers et du travail.....	69
3.4.1. Origines des attitudes et comportements organisationnels.....	70
3.4.2. Stress et caractéristiques liés au travail	72
3.4.2.1 Type de stress	77
3.4.2.2 Stress et stratégies d'adaptation.....	81
3.4.3 Les attitudes organisationnelles ou reliées au travail	83
3.4.4 Les attitudes professionnelles	83
3.4.4.1 Liens entre l'attitude des techniciens ambulanciers paramédic et la qualité dans les SPU.....	84
3.4.4.2 Entre professionnalisme et épuisement.....	88
Chapitre 4 : Cadre théorique	92
Chapitre 5 : Méthodes de recherche	107
5.1 Stratégie et devis de recherche	107
5.2 Sélection des participants.....	107
5.3 Collecte de données	109
5.4 Traitement et analyse des données.....	110
5.5 Considérations éthiques	111
5.6 Rigueur scientifique	111
Chapitre 6 : Résultats	114
6.1 Description des participants.....	114
6.1.1 Profil général des participants	114
6.1.2 Profil de formation	115

6.1.3 L'expérience de travail	116
6.1.4 La charge de travail et le type d'horaire	116
6.1.5 Intérêt pour le sujet d'entrevue	117
6.1.6 Particularité du discours d'entrevue	117
6.2 Le rôle	118
6.2.1 Le rôle attendu	118
6.2.2 Le rôle joué	129
6.2.3 La perception du rôle	146
6.3 Influence de la réalité des interventions non urgentes sur la perception du rôle : l'expérience du conflit de rôle	148
6.3.1 Une contrainte liée au travail	150
6.4 L'épuisement professionnel, le cynisme et le désengagement : des conséquences de l'adaptation au conflit de rôle	164
6.4.1 Épuisement professionnel	164
6.4.2 Le cynisme	171
6.4.3 La maltraitance	176
6.4.4 Le désengagement	179
6.4.5 La qualité des services	184
6.5 Gestion du conflit de rôle : pistes de solution des participants	186
6.5.1 Réorganisation opérationnelle des ressources	186
6.5.2 Rôle des employeurs/employés	187
Chapitre 7 : Discussion	191
7.1 Contribution de l'étude	191
7.1.1 Perception du contexte de pratique actuelle	192
7.1.2 Le rôle	195
7.1.3 Le conflit de rôle et ses dimensions	199
7.1.3.1 La dualité du rôle	199
7.1.3.2 Attentes personnelles et la réalité du marché du travail	200
7.1.3.3 La formation et réalité du marché du travail	200
7.1.3.4 Attentes liées à l'organisation des SPU	201
7.1.3.5 Les caractéristiques de l'activité professionnelle	205
7.1.4 L'épuisement professionnel et les attitudes de cynisme et de désengagement	206
7.1.4.1 L'épuisement professionnel	209
7.1.4.2 Le cynisme	211

7.1.4.3 Le désengagement	212
7.1.5 La qualité des soins.....	213
7.1.6 Modèle conceptuel modifié.....	215
7.2 Recommandations.....	220
7.3 Limites de l'étude.....	223
7.4 Piste de recherche.....	226
Chapitre 8 : Conclusion	229
Bibliographie.....	232
Annexe 1 Plan d'entrevue.....	xiii
Annexe 2 Feuille support du participant.....	xviii
Annexe 3 Approbation du Comité du programme de maîtrise en administration de la santé.....	xx
Annexe 4 Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'université de Montréal.....	xxi
Annexe 5 Formulaire d'information et de consentement.....	xxiii
Annexe 6 Modèle de lettre de sollicitation.....	xxviii

Liste des tableaux

Tableau I	Tâches et opérations du technicien ambulancier paramédic	38
Tableau II	Distribution des patients transportés selon le groupe d'âge et le mode de transport pour l'année financière 2005-2006	50
Tableau III	Distribution des patients transportés selon le groupe d'âge et le mode de transport pour l'année financière 2009-2010	50
Tableau IV	Distribution des patients rencontrés par les techniciens ambulanciers paramédics selon la carte d'appel et le groupe d'âge de juin 2010 à juin 2011	55
Tableau V	Distribution des patients rencontrés par les techniciens ambulanciers paramédics selon nature du cas et le groupe d'âge de juin 2010 à juin 2011	56
Tableau VI	Distribution des patients rencontrés par les paramédics selon la priorité d'appel et le groupe d'âges du patient pour l'année financière 2009-2010	59
Tableau VII	Les caractéristiques de l'activité professionnelle de technicien ambulancier paramédic et ses facteurs de stress probants liés au travail.	74

Liste des figures

Figure 1	L'étoile de vie et les 6 fonctions du système préhospitalier	12
Figure 2	La chaîne préhospitalière d'urgence.....	23
Figure 3	Distribution des interventions et des transports selon le traitement ou la technique utilisée en 2007-2008	60
Figure 4	Modèle conceptuel du conflit de rôle et des manifestations de cynisme et de désengagement reliées à l'épuisement professionnel chez le technicien ambulancier paramédic.....	105
Figure 5	Modèle conceptuel du conflit de rôle chez le technicien ambulancier paramédic.....	219

Liste des sigles et abréviations

AEC	Attestation d'études collégiales
AMC	Association médicale canadienne
CCS	Centre de communication santé
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSS	Centre hospitalier super spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
EMS	Emergency Medical Services
EMT	Emergency Medical Technician
MELS	Ministère de l'éducation, du loisir et du sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAEMT	National Association of Emergency Medical Technicians
NHSTA	National Highway Transportation Safety Agency
PIC-TAP	Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics
PNCP	Profil national de compétences professionnelles
PR	Premier répondant
PSA	Paramédic en soins avancés
PSC	Paramédic en soins critiques
PSP	Paramédic en soins primaires
RCR-SPU	Réanimation cardiorespiratoire Services préhospitaliers d'urgence
RMU	Répondant médical d'urgence
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique

« Je sais que la vie vaut la peine d'être vécue, que le bonheur est accessible, qu'il suffit simplement de trouver sa vocation profonde, et de se donner à ce qu'on aime avec un abandon total de soi. »

Romain Gary

À tous mes collègues paramédics

Pour tous nos patients et leurs proches.

Remerciements

Quel chemin parcouru depuis la première idée de ce projet! Et donc combien de gens à remercier pour leur contribution à sa réussite :

Mme Nicole Leduc qui a dirigé mes travaux et m'a appuyée dans la réalisation de cette recherche originale sur une pratique naissante;

Ma famille, ma mère et mon père, Louise et Paul, mon frère et ma sœur, Simon et Éloïse! Je suis bien entourée et aimée, c'est une chance inouïe;

Mme Isabelle Tétreault, pour ta perspicacité, ça a changé le cours de ma vie;

Mes amis et collègues, Francis et Denis, qui ont su me donner la réplique et avec qui je partage une vision commune pour l'humanité dans la pratique paramédicale.

À toutes les personnes et organisations suivantes pour leur soutien professionnel :

M. Luc Jolicoeur, conseiller aux opérations à la direction nationale des SPU, MSSS; Mme Thérèse Desgroseillers et Mme Alexandrine Côté, commissaires aux plaintes et à la qualité des services, respectivement, pour la Corporation d'Urgences-santé et la Montérégie ainsi qu'aux gens d'Urgences-santé, particulièrement M. Claude Desrosiers et Mme Diane Verreault, de la Direction des affaires médicales et de l'encadrement clinique, et leur équipe, M. Éric Lareau et Mme Valentina Vulpisi, pour avoir appuyé ma démarche et fourni certaines des données utilisées dans ce mémoire. M. Michael Nolan, directeur du service paramédical du comté de Renfrew, Ontario, pour son support et sa contribution à la révision du « Abstract »;

Aussi, Mme Joanne Otis, professeur en sexologie, qui m'a orientée vers les études supérieures en santé publique et la recherche sur les SPU; M. Jean-Jacques Lapointe, pour m'avoir enseigné la petite histoire des SPU et Dr. Marcel Boucher, pour m'avoir instruite sur le rôle des médecins dans le développement de nos pratiques paramédicales.

Mes remerciements sincères à vous tous!

Avant-propos

Le mémoire qui suit est d'abord le fruit d'une vision personnelle nourrie d'une curiosité et d'un intérêt à résoudre les problématiques de santé humaines. Sa réalisation s'appuie sur quinze années de pratique et d'enseignement comme paramédic dans le domaine des services préhospitaliers d'urgence et une formation universitaire en sexologie où l'approche professionnelle enseignée repose sur l'intégration des évidences scientifiques dans la planification et l'évaluation des interventions en santé.

Aux termes de mes études en administration de la santé, il m'est d'une grande fierté de pouvoir mettre l'ensemble de cette expérience au profit du développement du champ de pratique du paramédic. Tout particulièrement, parce que la fascination et les présupposés du public et des acteurs en santé à l'égard de l'activité professionnelle de technicien ambulancier paramédic m'ont toujours touchée. Nous savons bien que cela s'explique. Ils reposent sur des clichés de l'extrême, du brancardier un peu rude et n'ayant pas peur du sang, une image hautement médiatisée. Surtout, et cela est souvent oublié, sur le fait que la majeure partie de cette pratique se fait à l'ombre, dans la stricte intimité du domicile ou de la cabine de soins de l'ambulance au moment où certains n'ont pas même la force d'en avoir conscience. Et ce sera toujours un peu ainsi.

Par le biais de ce projet, je souhaite éclairer certaines conceptions à l'endroit de la pratique actuelle, que ce soit une occasion de s'attarder à la pratique elle-même plus qu'à son image. Il s'agit d'une pratique jeune et dynamique qui gagne à être sollicitée afin de contribuer davantage au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Mise en contexte et problématique

Les techniciens ambulanciers paramédics sont les principaux intervenants de la chaîne des services préhospitaliers d'urgence (SPU) au Québec. Ils répondent tant aux demandes de la population qu'à celles des établissements du réseau de la santé. Leur rôle est primordial.

Au courant de 2009, quatre mille quatre cents (4 400) techniciens ambulanciers paramédics ont exécuté plus de 616 998 transports pour l'ensemble du Québec (L. Jolicoeur, communication personnelle, 18 avril 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010 b). Étant les seuls intervenants mandatés pour le transport de blessés et de malades (Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, 2002, a. 77, a. 78), ils sont de plus en plus sollicités. Alors qu'il s'agit du plus grand nombre de transports jamais effectués à cette date, en gardant les proportions, il s'agit aussi du plus grand nombre de contacts auprès d'une clientèle ne nécessitant pas de soins préhospitaliers d'urgence, mais plutôt des soins préhospitaliers non urgents. Sur le territoire d'Urgences-santé, bien que 75 % des appels initiaux soient triés comme urgents, au total, 78 % des transports vers les établissements receveurs sont effectués en mode non urgent (Urgences-santé, 2011). Leur clientèle est constituée de 50% de personne de 65 ans et plus (Urgences-santé, 2011). Dans ce cadre de pratique contemporain, le rôle des techniciens ambulanciers paramédics n'est que peu investi.

Dans le cadre de la mission des SPU, le rôle attendu des techniciens ambulanciers paramédics est d'offrir un service visant à apprécier la présence de signes ou de symptômes spécifiques chez la personne en

détresse. En fonction des signes et symptômes identifiés, les techniciens ambulanciers paramédics appliquent une série de protocoles cliniques et de recommandations de soins afin de prévenir la détérioration de l'état et de transporter la personne avec diligence vers un établissement receveur désigné. Ultimement, l'objectif est de limiter la mortalité et la morbidité (Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, 2002, a. 65, a. 66). Leur formation les prépare à intervenir principalement en situation d'urgence vitale. Ils travaillent au sein des services ambulanciers sous la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère de l'Éducation, 2006b; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006 b).

Durant la dernière décennie, les paradigmes en santé ont changé : la population a vu son espérance de vie ainsi que la prévalence de la maladie chronique augmenter (Cooper, 2005; Cooper & Grant, 2008; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a; van Eijk & de Haan, 1998). Dans ce contexte, les besoins des usagers et leurs demandes à l'égard du système de santé se sont modifiés et ont progressivement transformé la pratique des techniciens ambulanciers paramédics. À travers le monde, leur rôle actuel est différent du rôle attendu. (Ball, 2005; Bigham, Morrison, & Kennedy; Cooper & Grant, 2008; Dixon et al., 2009; Emergency Medical Services Chiefs of Canada, 2006, 2011; Krohmer, 1999; Kue, Ramstrom, Weisberg, & Restuccia, 2009; Livingston, Marques-Baptista, Brown, Liu, & Merlin, 2010; O'Meara, 2003; Snooks et al., 2004; Snooks et al., 2005). En plus des interventions urgentes (15 % des transports vers les établissements), les techniciens ambulanciers paramédics interviennent auprès de personnes âgées ayant chuté ou présentant des problématiques reliées à des diagnostics spécifiques ne nécessitant pas de prise en charge urgente. Une proportion importante des interventions concerne des urgences comportementales reliées à la maladie mentale ou aux problèmes psychosociaux. Proportionnellement, il y a moins de traumatismes majeurs et

la prise en charge d'urgence cardio-respiratoire représente – de 2 % des interventions. Toutefois, tous ces usagers nécessitent d'être préalablement évalués en contexte préhospitalier avant d'être dirigés vers le bon établissement.

Les techniciens ambulanciers paramédics font donc face à une proportion importante d'interventions auprès d'usagers stables où ils ont un spectre limité de techniques ou de traitements spécifiques à accomplir (Corporation d'Urgences-santé, 2009a; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). En 2004, pour 195 701 transports effectués dans la région de Montréal-Laval, les techniques et traitements les plus appliqués étaient le monitoring cardiaque (36,6 %), l'administration d'oxygène (23,3 %) et l'administration de médicaments (8,7 %). Les autres techniques et traitements étaient associés à moins de 5 % des transports (Corporation d'Urgences-santé, 2005, 2009a). Ajoutée à cette réalité, l'intégration de plus de ressources pour répondre aux nombreuses demandes résulte en une exposition moindre des techniciens ambulanciers paramédics à des pratiques de soins urgents (Vrotsos, Pirrallo, Guse, & Aufderheide, 2008). Le portrait réel des interventions préhospitalières d'urgence n'est donc pas aussi spectaculaire que l'on voudrait le croire. Nous ne sommes pas près de l'image à laquelle la télévision nous a habitués par la présentation de séries telles que «Emergency!» (Universal, 1972), «Rescue 911» (First Look Studios, 1989-1996), «Urgence» et «Trauma» (Larouche, 1996-1997, 2009), où les interventions extrêmes d'une carrière d'un même intervenant nous sont présentées en un condensé de 60 minutes. Aussi, il semble que les techniciens ambulanciers paramédics s'intéressent à l'aspect urgent du travail, à «l'adrénaline». Les analyses de la fonction de travail mettent l'emphase sur des qualités comme avoir le sang-froid, une capacité d'adaptation aux événements de stress critiques en plus de vouloir aider les

autres. Les étudiants effectuent leur choix de carrière sur leur perception du rôle basée sur leurs champs d'intérêts et en fonction de ces informations.

Dans le contexte où les services préhospitaliers urgents sont essentiels et le resteront, le technicien ambulancier paramédic doit continuer à s'adapter à des conditions astreignantes liées à la situation de travail (Donnelly, 2012; Sterud, Ekeberg, & Hem, 2006; Sterud, Hem, Ekeberg, & Lau, 2008). Avec en plus, l'émergence de nouvelles exigences liées à la réalité des usagers et la perception d'une définition de rôle et des cibles de performance possiblement désuètes, il est vraisemblable que cette ensemble les mène à l'expérience d'un conflit de rôle. Le conflit de rôle consiste en une pression ressentie lorsque les diverses attentes à l'égard du rôle d'un travailleur sont incompatibles entre elles¹ (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal 1964). En tant que chercheuse, aussi comme intervenante et enseignante, nous en venons à comparer cette situation à la métaphore de l'appel au loup du jeune berger d'Ésope où, des suites d'une sur-mobilisation des individus, s'ensuit une démobilisation de ceux-ci. Le conflit de rôle, l'écart entre le rôle perçu, le rôle attendu et le rôle joué, est ici un facteur de stress chronique et modéré lié au travail qui pourrait entraîner des manifestations de cynisme et de désengagement liées à l'expérience de l'épuisement professionnel (Alarcon, 2011; Daloz & Bénony, 2005, 2007; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Ebbinghaus, 2002; Lupien, Maheu, Tu, Fiocco, & Schramek, 2007; Marin et al., 2011; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

En effet, en attendant que des mesures stratégiques soient implantées par les organisations desservant les soins préhospitaliers d'urgence (SPU), les techniciens ambulanciers paramédics ont déjà intuitivement eu à s'ajuster à

¹ Cette définition sera élaborée au chapitre 3 et au chapitre 4.

cette réalité quotidienne qui les éloigne de leur mission première d'intervenant d'urgence. Cette situation occasionne déjà probablement des problématiques liées à la qualité des services et des soins offerts. À notre connaissance et jusqu'à présent, très peu d'études se sont intéressées au conflit de rôle chez le technicien ambulancier paramédic (Revicki & Gershon, 1996; Revicki, Whitley, Landis, & Allison, 1988).

Dans ce cadre contemporain de l'exercice de cette profession en santé, où le champ de pratique et l'intérêt premier sont tournés vers l'état instable des usagers, nous pensons qu'il puisse se développer des attitudes et des comportements incompatibles avec la mission des services. Ce phénomène pourrait se refléter dans la qualité des services et des soins. Par exemple, l'intervenant peut négliger l'appréciation clinique de l'état de l'utilisateur, prodiguer des soins de manière déshumanisée et pouvant mener au non-respect des droits des usagers. Cela peut aller jusqu'à la maltraitance, le non-respect des lignes directrices et de l'obligation de moyens : ne pas emporter d'équipement au chevet des usagers ou la promotion abusive du refus de soins ou de transport. Ces manifestations se rapprochent de celles de cynisme et de désengagement observées dans l'épuisement professionnel et ont peu été étudiées sous cet angle (Brazeau, Schroeder, Rovi, & Boyd, 2010; Neveu, 2008; Daloz et Bénony 2005, 2007; West, 2012).

Dans la littérature ainsi que chez plusieurs acteurs responsables du suivi de la qualité dans les SPU québécois, on se questionne sur l'impact des attitudes des intervenants, sur l'efficacité des interventions et la sécurité des usagers lors d'épisodes de soins. La littérature fait état de pratiques problématiques et d'événements indésirables (Bigham et al., 2008; Dobbie & Cooke, 2008; Figgis, Slevin, & Cunningham, 2010; Vilke et al., 2007). Les causes des attitudes et comportements ne sont pas systématiquement étudiées.

Dans un système professionnel, la responsabilité de telles attitudes et comportements est moralement imputée aux individus et à leur contrôle personnel. C'est leur professionnalisme même qui y est remis en cause (MSSS 2011, Neveu 2008, West, 2012). L'étude de l'ergonomie et de la psychosociologie du travail, celle des attitudes et comportements en santé et celle de la sécurité des patients dans les services de santé, suggèrent d'abandonner cette position qui met principalement le blâme sur les individus. C'est une stratégie qui n'est pas efficace pour obtenir un changement de comportement. Autrement, l'observation et les modifications de la conception des tâches (« job design ») ainsi que la compréhension des déterminants des attitudes et comportements permettent une prise en charge efficiente de certaines de ces problématiques (Croskerry et Musson dans Croskerry, Cosby, Schenkel, & Wears, 2008; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Ebbinghaus, 2002; Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J., 2008; Jensen, Croskerry, & Travers, 2011).

Finalement, des attitudes et des comportements négatifs liés au travail ont un impact probant sur la qualité des soins, le service à la clientèle, la performance, la satisfaction au travail, l'intention de quitter l'emploi, l'absentéisme et le présentéisme ainsi que le roulement de personnel (Neveu, 2008; Patterson et al. , 2010). Ces impacts maintiennent une pression importante sur les ressources et sont liés à des coûts élevés dans la gestion des organisations (Cascio, 2006; Cooper & Cartwright, 1994; Daniels & Harris, 2000; Fitch & Griffiths, 2005).

1.2 Objectifs de recherche

Depuis toujours, on aborde les problèmes de ressources humaines dans les SPU comme étant principalement reliés aux caractéristiques personnelles, au syndrome de stress post-traumatique ou aux manifestations affectives et physiques de l'épuisement professionnel qui surviennent en raison des demandes exigeantes et des stress aigus typiques à cette activité professionnelle (Donnelly, 2012, Donnelly & Siebert, 2008; Regehr & Millar, 2007, Sterud et al., 2006; Young & Cooper, 1997). Les chercheurs qui s'intéressent respectivement au technicien ambulancier paramédic et au stress lié à sa situation de travail ou à la psychosociologie du travail recommandent plus que jamais d'étudier l'impact de la chronicité de stress modérés liés au travail sur le technicien ambulancier paramédic (Donnelly, 2012, Ball, 2005; Hering & Beerlage, 2004; Mahony, 2001; Pearlin, 1989; Sterud et al., 2008; Regehr & Millar, 2007, Sterud, Hem, Lau, & Ekeberg, 2011). Dans cette perspective, l'existence d'un conflit de rôle lié aux interventions non urgentes serait un facteur de stress à considérer dans le maintien des problématiques reliées aux attitudes et comportements négatifs.

C'est donc dans ce contexte et en raison de l'accroissement de la population vieillissante et de la prévalence de maladies chroniques parmi les usagers des SPU, que les objectifs de ce mémoire sont de :

- 1) dépeindre la réalité des interventions préhospitalières non urgentes telles que perçues par les techniciens ambulanciers paramédics;
- 2) explorer son influence sur la perception du rôle et les manifestations de cynisme et de désengagement chez les techniciens ambulanciers paramédics.

Cette étude s'appuie sur les travaux de chercheurs en psychosociologie portant sur le conflit de rôle, les manifestations de cynisme et de désengagement liés à l'épuisement professionnel et la qualité des services de santé (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004; Demerouti, Bakker, Nachreiner et Ebbinghaus, 2002; Daloz & Bénony, 2005; Demerouti, Nachreiner, Baker, & Schaufeli, 2001; Maslach & Leiter, 2008; Maslach et al., 2001; Neveu, 2008; Rizzo, House, & Lirtzman, 1970).

La contribution scientifique de ce projet réside dans l'analyse de la perception du rôle et les attitudes et comportements du technicien ambulancier paramédic dans le contexte de sa pratique actuelle et de la réalité des interventions préhospitalières non urgentes. Bien que nous ayons recensé des études ethnographiques rapportant des comportements similaires, nous n'avons pas recensé d'études récentes portant précisément sur ce sujet (Palmer, 1983a, 1983 b). Il n'existe pas de travaux académiques publiés sur la réalité des interventions non urgentes au Québec. Nous constatons ailleurs un intérêt de plus en plus marqué pour les besoins des clientèles émergentes et les pratiques cliniques préhospitalières non urgentes, sur les déterminants des attitudes et comportements du technicien ambulancier paramédic (Ball, 2005; Kennedy, 2010; Peterson, Fairbanks, Hettinger, & Shah, 2009 ; Shah, Rajasekaran, Sheahan, Wimbush, & Karuza, 2008; Zachariah, 1999).

Ce projet apporte aussi un regard nouveau sur l'organisation du travail en situation non urgente et les attentes conflictuelles auxquelles le technicien ambulancier paramédic peut devoir s'ajuster au quotidien. Cette étude servira possiblement à déterminer des stratégies prometteuses visant à favoriser la clarté du rôle en intervention non urgente et à rehausser ou maintenir la qualité des services offerts par les techniciens ambulanciers paramédics.

Finalement, nos travaux permettront d'illustrer en partie des phénomènes entourant les problèmes de qualité des services et de performance relatif aux

manifestations de cynisme et de désengagement chez les techniciens ambulanciers paramédics, alors que ce sujet n'a que peu été discuté malgré un lien significatif entre ces phénomènes (Neveu, 2008).

1.3 Utilisateurs des résultats

Ce mémoire s'adresse à tous les acteurs reliés à la gestion des services préhospitaliers et les acteurs du milieu de l'éducation et responsables de la formation continue des intervenants ainsi qu'aux intervenants. Il sera aussi intéressant pour toutes les autres personnes intéressées par l'attitude professionnelle des intervenants en santé ou d'urgence, et sa relation avec le stress en milieu de travail et la qualité des services. Ces résultats pourront contribuer à l'élaboration de différentes stratégies et programmes de formation et d'intervention.

Les associations professionnelles trouveront dans ce mémoire un portrait de la réalité vécue par leurs membres dans l'accomplissement de leur devoir professionnel. Ces résultats pourront contribuer à appuyer le développement d'une identité professionnelle légitime et à une meilleure protection du public.

Nous souhaitons que les résultats du présent travail soient utiles aux concepteurs et acteurs des programmes de services clientèles mis en place par les CSSS et les RLS, aux gestionnaires des services des urgences et des services de santé de première ligne ainsi qu'aux groupes de représentants des usagers en leur donnant réponse aux questions qu'ils entretiennent sur les SPU. Encore plus, qu'ils les éclairent sur les mythes entretenus à l'égard du travail du technicien ambulancier paramédic. Il sera alors plus facile pour les acteurs hospitaliers et préhospitaliers d'atteindre ensemble les objectifs stratégiques à l'égard des clientèles communes et de leurs besoins en matière de santé et de services sociaux.

Finalement, toute organisation reliée à la santé dont la clientèle est appelée à bénéficier des SPU à un moment ou un autre de son épisode de soin bénéficiera aussi des données qui suivent. Elles pourront servir à sensibilisation au fonctionnement des SPU.

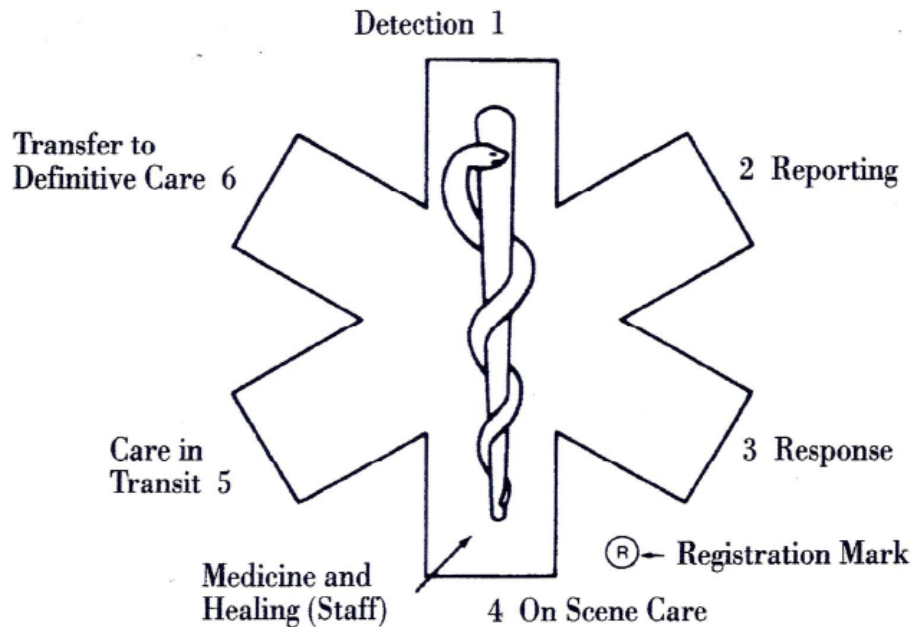
Chapitre 2 : Les services préhospitaliers d'urgence

Cette première partie permettra au lecteur de s'approprier le contexte général des SPU québécois. Elle dresse un portrait de son évolution et de l'organisation ainsi que la place qu'y tiennent les intervenants techniciens ambulanciers paramédics québécois. La recension des écrits suivra cette section au chapitre 3 (p.33).

2.1 Identité des services préhospitaliers d'urgence

Les services médicaux d'urgence (SMU) au Québec sont les services préhospitaliers d'urgence, les SPU. D'origine anglaise, l'expression anglophone pour ces mêmes services est « Emergency Medical Services » (« EMS ») ou « prehospital care services » et, de plus en plus utilisé (« paramedic services »). Depuis 1977, l'étoile de vie de Léo Schwartz est principalement utilisée pour identifier les services médicaux d'urgence (SMU) d'Amérique du Nord (U.S Department of Transportation, 1995). Chaque pointe de cette étoile représente une fonction particulière des services : la reconnaissance, l'alerte, la réponse, les soins sur les lieux, les soins en transport et le transfert des responsabilités aux services hospitaliers (figure 1, p.12).

Figure 1
L'étoile de vie et les 6 fonctions du système préhospitalier



(Tirée de U.S Department of Transportation, 1995)

Ce symbole est serti en son centre du bâton d'Asclépios. Ce bâton autour duquel s'enroule un serpent symbolise la médecine qui peut voyager et porter au monde sa science... plus particulièrement celle de réanimer les morts. Il se différencie du caducée d'Hermès aux doubles serpents ailés, symbolisant originalement la paix, mais aussi la lutte entre la maladie et la santé. Ces deux caducées se retrouvent utilisés dans le monde médical et les SPU partout dans le monde (Van Tiggelen & Derleyn, 1996).

La fonction des SPU québécois rappelle donc la symbolique du bâton d'Asclépios :

« Les services préhospitaliers d'urgence du Québec assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à leurs services, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction des standards de qualité reconnus. » (Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, 2002, L.R.Q chapitre S-6.2, a.1)

Nous pouvons compter sur les SPU pour répondre aux besoins des personnes blessées ou malades en matière de soins et de transport, en toute situation de détresse. Ils sont un lien certain entre les citoyens et le réseau de la santé québécois.

2.2 Évolution des SPU au Québec

Le court historique qui suit est particulier au système québécois. Il se distingue en partie de celui des SPU du Canada, des États-Unis ou d'ailleurs alors que la pratique de la médecine d'urgence dans ces communautés y a évolué différemment au cours des années (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000; Emergency Medical Services Chiefs of Canada, 2006; Shah, 2006).

Les SPU, tels que nous les connaissons aujourd'hui, ont amorcé leur évolution au cours des années cinquante avec l'avancement des techniques de réanimation, l'utilisation grandissante de l'automobile et les avancements techniques en médecine d'urgence liés à l'expérience de la guerre (Division of Medical Sciences, 1966; Safar, 2000; Shah, 2006, Turpin, 1994). Les années soixante sont marquées par l'offre du transport ambulancier par des propriétaires de salons funéraires. C'est le temps des corbillards ambulances

(Barkley, 1978, Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000).

En 1978, le développement du système des SPU québécois a pris une direction différente du reste de l'Amérique du Nord. Bien que des certains techniciens ambulanciers paramédics possédaient alors plus de 1000 heures de formation, administraient des médicaments et travaillaient de pair avec des médecins sur la route, ce modèle typique du moment n'a pas été maintenu. Ce modèle des « EMS » plus associé à la culture anglophone nord-américaine de type militaire n'a pas été retenu au Québec. L'organisation québécoise n'a pas non plus choisi d'adopter un modèle de service offerts par des intervenants de différents niveaux de soins et de formation caractérisant le reste des services canadiens et américains (Shah, 2006, Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000).

Entre temps, la distinction entre les concepts de transport ambulancier et des services préhospitaliers d'urgence s'est amorcée durant les années 1970 et s'est poursuivie durant les années 1980. La législation et les changements dans le système de la santé, dont l'introduction du régime d'assurance maladie facilitant l'accès aux services des urgences, ont modifié la demande en matière de transport sociosanitaire et la façon de l'organiser (Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximal d'ambulances par région et par zone, 1984; Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, 1981; Turpin, 1994).

Plusieurs motivations ont propulsé le développement des SPU québécois : la demande de service accrue, les tendances américaines et canadiennes sur le plan de la médecine d'urgence et de la gestion des interventions, la syndicalisation des techniciens ambulanciers (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000; Turpin, 1994), la

confrontation à des événements majeurs tels que la tuerie de la polytechnique en 1989 (De Coster, 1990) et la réforme du système de santé de 1992. Les acteurs ont été inspirés à aller de l'avant et à modeler le système tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Concurremment, la santé publique, la médecine québécoise et les intervenants eux-mêmes ont déployé une volonté et des actions sur la prévention de la morbidité et de la mortalité chez les accidentés de la route et chez les victimes de problèmes cardiaques, influençant du coup le financement de ce secteur d'activités et de ces ressources. La société d'assurance automobile du Québec a financé les SPU de 1992 à 2008. Les premiers défibrillateurs cardiaques utilisés en Montérégie en 1992 ont été financés par une initiative des travailleurs de la Coopérative des employés et techniciens ambulanciers de la Montérégie (CETAM). Le constat des besoins grandissants par rapport aux urgences préhospitalières en santé, de la disponibilité de ressources performantes et d'une nécessité d'organisation de la réponse a entraîné l'utilisation du concept de services préhospitaliers d'urgence (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000) pour en définir l'ensemble de ses activités.

Depuis 2000, le champ des SPU a été redéfini et précisé. La reconnaissance de la médecine d'urgence comme nouveau champ de spécialisation en 1998 au Québec, vingt ans après les États-Unis et le Canada (American Board of Emergency Medicine, 2011; Elyas, 2007), a propulsé une séquence de changements sur le plan clinique préhospitalier québécois. À la suite de constats des vérificateurs généraux sur la gestion et l'organisation des SPU à la fin des années 1990 (Vérificateur général du Québec, 1998), la ministre de la Santé de cette époque, M^{me} Pauline Marois, a commandé la mise sur pied d'un comité de révision des SPU. Ces travaux ont permis aux acteurs du milieu de se concerter et de définir la ligne à adopter en matière de gestion et

d'organisation de ces services, leur mission, ainsi que les objectifs à atteindre pour les années à venir (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000). C'était le début de l'intégration des SPU au réseau de la santé.

Alors que l'on peut spontanément considérer que l'intégration des services ambulanciers au réseau de la santé va de soi, les travaux du comité Dicaire (2000) visaient particulièrement à permettre :

« ...la mise en place, dans toutes les régions du Québec, d'un système intégré de services qui prend ses assises dans une chaîne d'intervention préhospitalière dont les maillons sont arrimés entre eux et avec le réseau sociosanitaire. »
(Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000).

Il semble que le contexte historique, géographique et administratif lié au développement du réseau de la santé ait aussi limité l'intégration et l'arrimage des SPU à celui-ci. Avant la loi de 2002, les différents secteurs d'activités des SPU, l'administration, les opérations et la pratique clinique, se développaient en silo. Le développement dépendait de la région, de ses budgets, de la géographie du territoire², de la distribution des centres receveurs et de leur offre de services, ainsi que de la nature de la mobilisation des directions régionales dans le développement de services préhospitaliers particuliers (RCR-SPU, défibrillation, intubation et administration d'épinéphrine). Les services ambulanciers relevaient des régies régionales et celles-ci n'avaient pas à travailler de concert sous la direction d'un palier central ni ne possédaient de ressources suffisantes pour en soutenir le développement global (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000).

² Proximité des CH, population, environnement physique

Le rapport historique d'André Dicaire, intitulé « Urgences préhospitalières, un système à mettre en place », a permis la création et l'adoption d'une loi réformant les SPU : la Loi sur les SPU de 2002. Après une première tentative de légiférer spécifiquement ce secteur d'activités dans les années quatre-vingt-dix, il pouvait enfin poursuivre son développement sous la direction d'un palier national confirmé suite à la clarification des rôles et responsabilités de tous les autres acteurs. Sur le plan des SPU, ce rapport est le pendant du rapport Clair. Il a entraîné des changements importants sur le plan de la gouvernance du système SPU et de la réaffirmation de ses cibles (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux & Clair, 2000).

L'intégration limitée des SPU au réseau de la santé est une réalité qui se reflète dans la présentation des services des dernières années. Leur présentation dans les publications officielles des années 2000 laisse voir comment ce type de service fonctionne en marge du réseau de la santé. Jusqu'à cette année, peu d'informations officielles étaient disponibles à l'égard de leur organisation au Québec. Elles excluaient les SPU ou ne les présentaient que partiellement, ou n'avaient pas récemment été mises à jour (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 2008). L'intégration des SPU et leurs rôles restent limités au sein du réseau de la santé. Un signe que le processus évolue, depuis novembre 2010, le MSSS possède un premier site Web permettant au public de s'approprier l'ensemble de son portrait et de ses fonctions (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010 b).

Il y a déjà plus de 40 ans que les SPU sont présents au Québec. Dans le cadre du cours *Analyse des systèmes de santé*, nous avons effectué une analyse critique sur la participation des SPU au sein des projets cliniques locaux ainsi que dans différentes initiatives touchant les clientèles dont les

besoins sont identifiés comme prioritaires (Fleury, Tremblay, Nguyen, & Bordeleau, 2007). Une proportion de ces usagers transite par les SPU lors de leurs épisodes de soins. Les techniciens ambulanciers paramédics y jouent donc un rôle certain. Le constat reste qu'ils ne sont pas directement impliqués ou considérés comme acteurs intégrés dans les programmes de services du réseau. Le récent rapport sur les difficultés de l'application de la *Loi sur la protection des personnes, dont l'état présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, illustre bien le niveau limité de l'intégration des SPU au reste du réseau dans les interventions de crise en santé mentale (Delorme, Duhamel, Potvin, & Fondaire, 2011). Jusqu'à ce jour, les programmes nationaux sur la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011c), la prévention du suicide (Ministère de la Santé et des Services sociaux & Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2010), la maltraitance (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010), les chutes chez les aînés (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004) et les dépendances (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006a) ne faisaient état d'aucune référence aux SPU. Une forte proportion des usagers des SPU fait partie de ces clientèles vulnérables. Les SPU leur portent assistance dans un contexte de service de santé de première ligne au plus fort moment des crises de vie, de même qu'à de multiples autres moments des épisodes de soins. L'intégration doit donc continuer à se poursuivre.

L'organisation des SPU reste marquée par les disparités interrégionales particulièrement tributaires de l'allocation des fonds en santé par territoires, du profil sociodémographique, ainsi que des initiatives particulières des agences régionales. Si l'on prend la situation d'Urgences-santé qui dessert Montréal et Laval, leur population représente 2,3 millions de Québécois (le Québec compte 7 969 663 habitants). La densité de la population y est de 3

883 personnes par kilomètre pour Montréal et de 1 620 personnes par kilomètre pour Laval (Corporation d'Urgences-santé, 2010, Institut de la Statistique du Québec, 2011a, 2011 b). Ailleurs, le défi réside souvent dans la dispersion de la population. Urgences-santé est alors en mesure d'offrir certains services et expertises qui n'existent pas ailleurs : véhicule pouvant accommoder les personnes obèses, service d'un médecin pour la déclaration de décès au chevet, équipe tactique spécialisée, service en intervention communautaire, service de présentation des SPU aux nouveaux immigrants, poste de commandement mobile, équipes nautiques, vélo, sauvetage en hauteur. Il existe toutefois une volonté à élaborer un système centré sur les besoins des usagers et sur la qualité des services équitables entre les régions (Corporation d'Urgences-santé, 2010).

Le suivi de la performance du système des SPU et de leur impact sur les résultats est un des aspects intéressants de l'évolution des SPU. De tous les créneaux de du système de santé, celui des SPU est si circonscrit (une entreprise par secteur, quelques directeurs médicaux, 4 400 techniciens ambulanciers paramédics) qu'il est possible avec un système adéquat de consigner des données de faire un suivi des pratiques en ayant même des extraits audio des interventions. Ceci s'avère impossible dans plusieurs milieux de soin. Il s'agit d'une richesse sur laquelle misent les directions pour développer plusieurs services à la population. En mai 2008, le président-directeur général d'Urgences-santé expliquait en travaux parlementaires comment il était impossible actuellement d'effectuer une reddition de comptes en comparant les résultats de la corporation et les autres services ambulanciers québécois, car une telle information n'existait pas. Après discussion avec les représentants des SPU au MSSS, nous avons été informés d'un projet de système d'information de gestion des SPU prévu pour être lancé incessamment. Son objectif est de permettre une appréciation de la performance de l'ensemble du système SPU pour la première fois de son

histoire (Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois & Gauthier, 2007; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). De nouvelles ententes avec les sous-traitants des services préhospitaliers sur le plan de leur performance et une surveillance en temps réel sont aussi en développement.

Les gens affectés au développement des SPU ont permis de belles avancées dans la dernière décennie. Leurs efforts ont permis la poursuite de l'intégration des services, le développement des corridors de soins tertiaires en cardiologie et en traumatologie (Comité d'experts en hémodynamie du réseau québécois de cardiologie tertiaire, 2005; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011d), de nouveaux protocoles cliniques et la mise en place d'un diplôme d'études collégiales en 2006 (Ministère de l'Éducation, 2006a). Les préoccupations principales dans ce secteur sont d'ordre clinique, opérationnel et systémique, comme ailleurs dans les systèmes de santé.

Finalement, au regard de l'organisation des SPU, historiquement et culturellement, les dimensions du service à la clientèle et la gestion « humaine des ressources » ne sont pas des dimensions qui ont mobilisé les énergies des décideurs et des acteurs dans les SPU. De récents discours de la direction médicale nationale témoignent d'une prise de conscience de l'impact des problématiques d'attitudes du personnel sur le plan de la gestion de l'efficacité et des coûts dans les SPU et de la nécessité d'y accorder plus d'attention. Quant à l'offre de service, la mise en place des services non urgents n'a pas été priorisée jusqu'à maintenant. Au courant des années, c'est la mise en place d'interventions complexes pour traiter la mort subite, les défaillances respiratoires, celles cardiaques ainsi que l'urgence traumatique qui a été priorisée.

Pour compléter la présentation de l'organisation des SPU, la section qui suit présentera leur situation actuelle, la place de l'intervenant technicien

ambulancier paramédic et l'organisation générale des opérations auxquelles il prend part.

2.3 Mission et organisation des SPU

Aujourd'hui, en 2011, l'organisation des SPU s'appuie sur la loi des services préhospitaliers d'urgence. Elle vise :

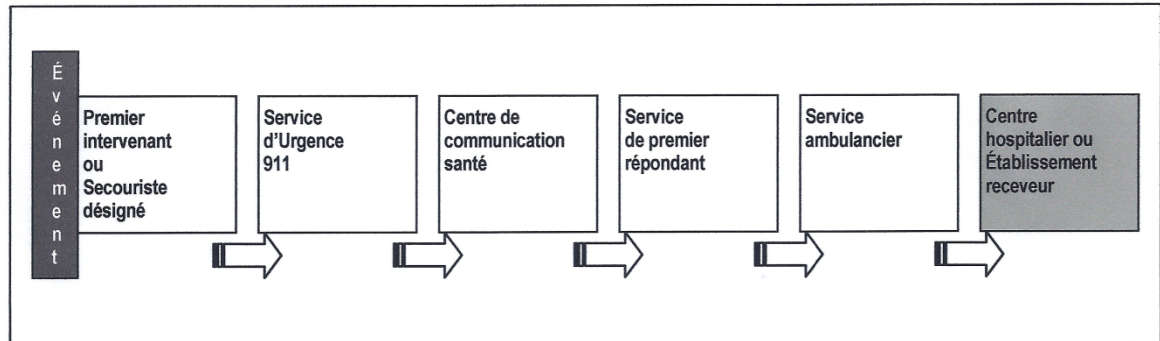
« ... à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse. À cette fin, elle encadre l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de ces derniers. » (Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, 2002, L.R.Q chapitre S-6.2, c. 69, a. 1)

Les SPU relèvent du MSSS, plus particulièrement du secteur des services de santé et de la médecine universitaire. En novembre 2010, l'organigramme du MSSS s'est vu modifié. La direction nationale des SPU est dorénavant unifiée avec la direction nationale des urgences et de la traumatologie. Il s'agit d'une étape symbolique, mais déterminante, qui relie maintenant administrativement la planification de la continuité des soins préhospitaliers et hospitaliers. La budgétisation des SPU est particulière en raison de son historique et de l'allocation des ressources au travers du territoire sociosanitaire. Le financement des SPU est assuré par le gouvernement du Québec (93,3 %) et en partie par la facturation aux différents agents payeurs (6,7 %). Dicaire (Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000) faisait état de dépenses de l'ordre de 214 millions en 2000; aujourd'hui elles sont de 480 millions (Ministère de la Santé et des

Services sociaux, 2011a). Entre 1989 et 2005, une part de son financement provenait également d'une subvention discrétionnaire de la Société d'assurance automobile du Québec (Projet de loi no 55, 2004). La mobilisation de la chaîne des SPU n'entraîne pas un transport chaque fois. Toutefois, lorsqu'un transport ambulance est effectué, il en coûte 125 \$ (depuis 1989) de base et 1,75 \$du km (depuis 1997) aux usagers et agents payeurs (400 \$ aux résidents étrangers) pour un coût réel moyen de 743,01 \$. Selon le gouvernement, les usagers défraient 20,9 % du coût des opérations (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011a).

Selon le cadre de la loi et l'organisation actuelle des services, les SPU sont les services offerts en réponse aux demandes des personnes en détresse et reliés à la santé. Les services ambulanciers, que nous connaissons en raison de leurs fonctions et de leurs couleurs explicites ainsi que de l'usage critique dont nous en faisons, font partie d'une famille plus large, celles des SPU. Sous forme d'une chaîne, ces services relèvent des agences de la santé de chaque région administrative (figure 2, p.23). Ces dernières relèvent de la direction nationale des SPU du MSSS. Chaque maillon de cette chaîne est constitué d'une organisation avec laquelle l'agence signe une entente sous forme d'un contrat à budget. Chaque service est donc offert en partenariat public privé, à l'exception d'Urgence-santé, qui est une organisation publique ayant également la fonction d'une agence.

Figure 2
La chaîne préhospitalière d'urgence



(Adaptée de MSSS, 2010)

Au Québec, bien que la mission des SPU ait pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse, il existe deux activités distinctes aux SPU dont l'une n'est pas reliée aux demandes de détresse de la population. Il s'agit ici du transfert interétablissement ou du transport électif, donc de toute demande de transport liée à un déplacement d'utilisateur admis dans un établissement du réseau de la santé³ (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Alors que l'instauration de services de transport préhospitaliers sans vocation urgente capable d'offrir des soins est souhaitée, des modifications et des précisions supplémentaires à la loi seraient nécessaires. Il est possible que l'application et la mise en place récente de cette loi n'aient pas permis de pousser plus loin ce créneau qui existe ailleurs au Canada, dont en Ontario (Robinson, Goel, Macdonald, & Manuel, 2009).

³ Transferts urgents ou non urgents, planifiés ou non, et les retours à domicile

Sur le plan de la prestation des services, contrairement à l'idée de bien des membres du public et de plusieurs professionnels du réseau de la santé, le seul lien entre les services ambulanciers et les services hospitaliers des urgences est le contact lors du transfert de la responsabilité de l'usager. Les services ambulanciers ne travaillent pas pour les centres hospitaliers. Toute demande ⁴concernant les services ambulanciers se négocie par l'entremise de l'agence de la santé et des services sociaux ou doit y être entérinée par la direction médicale et administrative des SPU⁵. Après discussion avec quelques cadres du milieu, ce type de lien administratif limite grandement la prise en charge en temps opportun des demandes des centres hospitaliers par le service ambulancier. La situation d'Urgences-santé sur le territoire de Montréal et Laval est particulière. La loi (Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, 2002) lui profère les pouvoirs d'une agence. Dans un contexte de concentration de centres hospitaliers spécialisés, tels que le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM), ou supers spécialisés comme l'Institut de cardiologie de Montréal, il lui revient donc de négocier directement avec les entités qui les représentent.

Il existe une distinction importante à faire entre les différents services d'urgence existant au Québec. Bien qu'ils s'y apparentent, les SPU ne font pas partie des services de sécurité publique tels que celui de la police ou des incendies, qui relèvent d'ententes municipales et de leur loi respective (Loi sur la sécurité incendie, chapitre S-3.4, 2001; Loi sur la police, chapitre P-13.1, 2000;). Leur administration et leurs opérations ne sont pas communes, sauf pour deux situations particulières. D'une part, ils partagent un lien avec

⁴ Plaintes, exigences

⁵ Transport interétablissement, réponse aux mesures d'urgence, catastrophes, demande d'un médecin sur les lieux d'une intervention (amputation).

le service de répartition téléphonique d'urgence 9-1-1 qui permet de les alerter. D'autre part, dans le contexte de mesure d'urgence ou de catastrophe découlant d'une intervention de la sécurité civile, ils doivent collaborer sur le terrain à la réalisation d'une même mission extraordinaire.⁶

Au sein des SPU, les services ambulanciers sont les seules organisations qui puissent assurer un transport nécessitant des soins ou des services médicaux en position couchée, en fonction de l'article 77 de la loi sur les SPU (2002). Ils assurent une part des transports interétablissement reliés à la politique de déplacement des usagers du réseau de la santé. Ils sont aussi mobilisés en situation de mesures d'urgence et de catastrophes où ils ont un mandat relié à la santé publique et à la sécurité civile. Cela veut donc dire que les techniciens ambulanciers paramédics travaillant au sein des services ambulanciers sont les seuls intervenants de la santé et des services de sécurité publique professionnellement formés et capables d'utiliser le matériel permettant la mobilisation et le transport d'un usager couché du lieu d'intervention au centre hospitalier (L. Jolicoeur, Communication personnelle, 18 avril 2011)⁷. Il incombe donc aux services ambulanciers d'assurer le service pour les transports urgents et ceux non urgents ainsi que les transports interétablissement, si la personne ne peut être en position assise.

Les autres services médicalisés existants pour le transport non urgent vers un établissement de santé ou le domicile privé sont assurés par l'industrie privée du transport. Ils peuvent ou non offrir les services de personnel

⁶ Ces deux ministères, celui de la Sécurité publique et celui de la Santé et des Services sociaux, aux responsabilités différentes, et représentés par des entités différentes, se rencontrent alors physiquement sur le terrain.

⁷ Une exception existe alors que les régions où un service ambulancier ne peut desservir la population dans le nord du Québec, les services de premiers répondants nordiques sont autorisés à transporter les usagers.

médical⁸. Ces compagnies effectuent une part de leur publicité visuelle avec l'utilisation de symboles d'urgence médicale tels que l'étoile de vie, mais elles s'organisent sur les bases de la loi entourant le transport (Loi sur les transports, 1972). Une réflexion doit se poursuivre quant à leurs fonctions et limites dans le cadre de la Loi sur les SPU (2002, a. 77, a. 78, a. 79) qui permet à la direction des SPU de règlementer le transport nécessitant des soins par rapport à celui qui n'en nécessite pas. Un grand défi réside dans la détermination de ce qui peut être considéré comme un soin ou pas. Ces transporteurs ne disposent pas des latitudes techniques de déplacement des usagers et de la formation collégiale et continue offerte aux techniciens ambulanciers paramédics.

Finalement, un nouvel aspect intéressant d'assistance en service de santé de première ligne est l'instauration du service 8-1-1 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011b). Le service 8-1-1 permet à la population d'entrer en contact téléphonique avec une infirmière afin d'obtenir conseil sur une démarche à prendre pour la prise en charge d'un problème de santé. Il serait juste de croire que ce service est relié au 9-1-1 ou au SPU. Qu'en est-il? Techniquement, il n'y a pas de lien. Au plan national, chacun relève de l'organisation de la médecine universitaire. La planification des services et la communication restent pour le moment organisées en silo et les communications entre ces organisations se situent à l'échelle nationale. Au plan local, au moment de rédiger ces travaux, il n'y a pas d'instance de coordination de ces deux services.

⁸ Ils desservent également les clientèles possédant des assurances privées ou des ressources financières suffisantes, ainsi que les usagers déjà hospitalisés dans le cadre de contrats de service négociés avec les établissements mêmes.

2.3.1 Les services

La chaîne préhospitalière d'urgence est le modèle d'organisation des services retenu au Québec pour offrir les soins lors de transport préhospitalier d'urgence (figure 2, p.23). Trois paliers d'instance gèrent les trois niveaux d'activités nécessaires au déploiement de cette chaîne. La direction nationale au MSSS, les agences de santé et de services sociaux et les dispensateurs de services à forfait ou relevant des agences se partagent les responsabilités administratives, opérationnelles et cliniques.

Au plan régional, les opérations sont assurées par les centrales de communication santé, service de premier répondant et services ambulanciers, sous-traitant de l'agence. L'administration et la direction du volet clinique sont assurées par l'équipe de direction de l'agence. La plupart des agences disposent d'un directeur médical qui travaille de concert avec le directeur médical national ainsi qu'avec quelques conseillers et directeurs administratifs chargés de la mission SPU. Une équipe d'intervenants techniciens ambulanciers paramédics, premier répondant et infirmiers peut y exercer des fonctions de conseillers, d'instructeurs ou de réviseurs cliniques. Leur constitution varie d'une agence à l'autre.

2.3.1.1 Premier intervenant/secouriste désigné

Lorsque survient un événement, un premier intervenant est celui qui reconnaît et prodigue les premiers secours ou alerte le 9-1-1, tel que la Charte des droits et libertés et le Code civil nous y enjoignent, à la personne en détresse (Charte des droits et libertés de la personne; Code civil du Québec, 1991). Il s'agit alors d'un rôle qui revient à tout citoyen de jouer. D'autre part, les secouristes désignés sont différents intervenants auxquels la loi attribue une responsabilité ou un encadrement supplémentaire tel que le secouriste en milieu de travail (Loi sur la santé et la sécurité du travail, 1979)

ou le sauveteur national (Règlement sur la sécurité dans les bains publics, 1981) lorsque se présente une situation d'urgence.

2.3.1.2 Service d'urgence 9-1-1

Il s'agit des centrales de prise d'appels pour une demande de nature urgente provenant de la population. Leur mandat est de trier et de référer dans le délai le plus court, 30 secondes, aux services d'urgence appropriés : police, incendie, SPU, autres.

2.3.1.3 Centre de communication santé

Les centres de communication santé (CCS) sont responsables de la prise d'appels, du triage et de la répartition aux différentes ressources de SPU. Elles s'occupent aussi de l'ensemble des communications entre les ressources et les différents services complémentaires ainsi qu'auprès des salles de traitements des établissements receveurs. La corporation d'Urgences-santé et son CCS effectuent aussi la répartition équitable des transports dans chaque service d'urgence des centres hospitaliers du Grand-Montréal. Les CCS sont des organismes à but non lucratif.

2.3.1.4 Services de premier répondant

Ce sont des services offerts par une municipalité par l'entremise du service d'incendie ou d'une équipe de citoyens rémunérés ou bénévoles. Ils administrent les premiers soins et sont encadrés, formation et performance, par la direction médicale des SPU.

2.3.1.5 Services ambulanciers

Ces services sont offerts par des entreprises privées⁹ pour qui travaille le technicien ambulancier paramédic. Ils offrent les services de soins et de soins et de transport selon l'article 77 de la *Loi sur les SPU*.

2.3.1.6 Établissements receveurs

Les établissements receveurs comprennent les centres hospitaliers ou points de services des CSSS identifiés pour accueillir les usagers des services ambulanciers transportés et soignés par les techniciens ambulanciers paramédics. Ces centres offrent des services de soins d'urgence ou ils ont une mission spécifique. Les missions spécifiques peuvent être dites spécialisées ou supers spécialisées (CHS, CHSS), universitaire (CHU), joueurs dans corridor en cardiologie tertiaire ou dans le continuum en traumatologie, etc. Les médecins et les infirmières des établissements traitants jouent un rôle particulier dans la collaboration avec les CCS pour la prise de décision au regard de la priorité d'affectation pour les demandes de transfert ou de retour à domicile. Les procédures et critères à considérer leur sont communiqués par les CCS.

2.3.2 L'intervention préhospitalière d'urgence

Toute demande pour mobiliser un véhicule ambulancier et son équipe de techniciens ambulanciers paramédics pour prodiguer des soins d'urgence nécessite un triage préalable des demandes d'aide effectué par les CCS. Une fois une demande logée, les informations de l'appelant sont colligées systématiquement et prises en considération afin de déterminer le service requis et le niveau de réponse approprié à la détresse identifiée chez la

⁹ Compagnies privées, coopératives et organismes à but non lucratif

personne tant pour une demande d'aide de type public provenant du 9-1-1 ou des établissements du réseau de la santé. Cette procédure est réalisée par le répondant médical d'urgence spécialement entraîné, assisté par un logiciel de décisions.

Le système de répartition permet de distinguer si un service de premiers répondants est disponible et peut être avantageusement affecté avant le service ambulancier. Il peut aussi déterminer si la situation nécessite des ressources supplémentaires telles que services de sécurité publique, en de rares cas, un service de crise¹⁰ ou une référence téléphonique médicale¹¹.

La priorisation des demandes permet d'identifier la nature urgente ou non de la demande ainsi que l'origine de la demande de service, soit une urgence préhospitalière ou un transport interétablissement. Le système de priorisation est composé de quatre ou cinq différents niveaux pour chaque type de service.

Provenant du 9-1-1 (Public) :

- ⇒ PO, Haut risque d'arrêt cardiorespiratoire, affectation immédiate et urgente;
- ⇒ P1, affectation immédiate et urgente;
- ⇒ P3, affectation immédiate et risque de détérioration potentielle;
- ⇒ P4, affectation selon la couverture du territoire, risques de détériorations cliniques au cours des heures suivantes

¹⁰ Très peu développé et faible déploiement (Delorme et al., 2011)

¹¹ Montréal-Laval étant une des seules régions service connues comme offrant ce service au moment de ces travaux

⇒ P7, affectation selon la couverture du territoire, situation clinique stable;

Provenant des établissements :

⇒ P2, affectation immédiate; patient instable;

⇒ P5, affectation selon la couverture du territoire, patient stable pour transfert rapide;

⇒ P6, affectation selon l'heure prévue du rendez-vous, patient stable avec rendez-vous;

⇒ P8, affectation selon la couverture du territoire, patient stable pour transfert non urgent.

La détermination de la nature du cas par le système médical de priorisation des appels permet aux différents intervenants de se mobiliser en fonction de l'état supposé de la personne et des soins possibles à administrer. Il existe 33 natures de cas différentes (voir tableaux IV et V, p.55 et p.56). La nature de cas est une terminologie propre au contexte préhospitalier. Elle représente un système de classement des problèmes médicaux, traumatiques et autres qui peuvent être pris en charge et, ce, avant même qu'un diagnostic médical spécifique est été posé.

Les phases d'une intervention préhospitalière typique effectuée par un technicien ambulancier paramédic sont l'affectation, la mise en route vers la destination, l'arrivée sur les lieux, l'arrivée au chevet, le retour vers l'établissement, l'arrivée à l'établissement et la remise en disponibilité. Cette séquence est répétée au cours de la journée en fonction des demandes et de la période de repas. La charge sur un quart de travail dépend alors du volume d'appels et des ressources disponibles qui se doivent d'être assurées selon les plans de couverture établis par le MSSS.

En résumé de ce chapitre, l'organisation des SPU québécoise est une organisation qui a évolué rapidement dans les 10 dernières années après une certaine léthargie de 20 ans relativement aux autres systèmes comparables. Son existence est jeune en comparaison des systèmes hospitaliers. Son intégration concrète au réseau de la santé reste marginale et organisée en silo. Les praticiens préhospitaliers, hospitaliers et les décideurs n'ont que peu de contacts formels. Leur participation au développement des services préhospitalier n'est pas concertée ou très peu concertée. Le cadre légal qui a permis l'avènement de l'existence formelle des SPU, maintient ceux-ci en marge du réseau et limite encore la collaboration directe avec l'ensemble du réseau de la santé. Les plans stratégiques de chacun ne s'articulent pas sur les mêmes prémisses. L'organisation des opérations dans les SPU est concentrée sur la réponse urgente aux demandes de détresse de la population. À la fois, elle assure les services de transport interétablissement ou sociosanitaire pour les usagers dont la condition n'est pas instable, mais nécessite toutefois un transport couché ou avec une surveillance médicalisée.

Alors que ce mémoire porte sur les techniciens ambulanciers paramédics et la perception de leur rôle, il est à noter que l'organisation des SPU telle qu'elle est contribue à maintenir une vision du rôle campé dans la prestation de soins d'urgence. Toutefois, il existe bien une contribution plus large de ceux-ci à l'épisode de soins des usagers des services de santé de première ligne.

La section qui suit présente la recension des écrits en liens avec les concepts centraux de cette étude.

Chapitre 3 : Recension des écrits

Dans la section qui suit, nous présentons la littérature se rattachant à notre sujet de recherche, soit la perception du rôle et les manifestations qui y sont reliées. Nous établirons d'abord le profil du rôle du technicien ambulancier paramédic québécois en présentant sa pratique et sa formation. Ensuite, nous constituerons un portrait des interventions préhospitalières et des usagers des SPU. Celui-ci intègre une présentation des mythes à l'égard du rôle du technicien ambulancier paramédic et de certaines perceptions qui peuvent nourrir un conflit de rôles possible. Finalement, nous compléterons cette recension par une revue des caractéristiques de l'activité professionnelle, des attitudes et comportements pouvant être reliés aux stress modérés chroniques ou à la pratique actuelle de cette profession. Cette dernière partie permettra de situer les aspects des attitudes et des comportements ayant été étudiés en psychosociologie du travail ou spécifiquement associés à l'activité professionnelle de technicien ambulancier paramédic ainsi que de faire le rapprochement entre les différentes dimensions explorées dans ces travaux de recherche.

3.1 Le rôle du technicien ambulancier paramédic québécois et ses différentes dimensions

3.1.1 Définition de la pratique au Québec

Le technicien ambulancier paramédic est le principal intervenant de la famille des SPU. Sa fonction au Québec est d'apprécier la condition clinique des personnes en détresse (Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, 2002, a. 65). Afin d'effectuer une prise en charge appropriée de l'utilisateur en

contexte préhospitalier d'urgence, sa perspective clinique est orientée vers l'identification de signes et de symptômes reliés aux urgences vitales, aux blessures ou aux maladies subites à risque élevé de morbidité ou de mortalité. Elle vise ensuite à stabiliser l'état de la personne et la transporter avec diligence.

3.1.1.1 Particularités de la pratique

En l'absence de ressources diagnostiques élaborées ¹² et des limites de temps ou d'espace, le technicien ambulancier paramédic doit intervenir en fonction d'une pensée clinique qui le mène à surévaluer les risques pour la personne afin de la transporter dans les meilleurs délais vers les services médicaux hospitaliers. Son approche clinique découle de l'approche diagnostique médicale.

Par ailleurs, son approche opérationnel et visant à comprimer les délais d'accès à la scène d'intervention et les délais de transport s'apparente plus à ses origines militaires (Haller, 1990; Shah, 2006; Smith, 2010).

Autres caractéristiques de la pratique, le technicien ambulancier paramédic doit gérer une scène d'intervention, le plus souvent dans un environnement non contrôlé, avec des moyens limités. Cette fonction de travail implique une charge particulière sur le plan de la division de l'attention (Arial, Benoit, & Danuser, 2010), de la représentation de l'espace (Campeau, 2008) et de la prise de décision en situation critique (Jensen, Croskerry & Travers, 2009). Ces éléments font de la fonction de technicien ambulancier paramédic, une profession à part en santé.

¹² Appareil d'imagerie, bilan sanguin, par exemple

3.1.1.2 Appellation d'emploi

Au Québec, la terminologie légale pour définir cette activité professionnelle est technicien ambulancier. Les termes technicien ambulancier paramédic et paramédic sont utilisés dans les documents administratifs, mais ne sont pas reconnus par l'Office québécois de la langue française. L'expression « paramédic » représente une dimension contemporaine du rôle exercé, qui relève moins de la technique et plus du jugement professionnel dans l'administration des soins et le transport du malade. Il prend son origine dans l'expression anglaise et l'histoire militaire de la profession. Le terme paramédic apparaît comme terme officiel d'appellation d'emploi de ressources humaines et développement des compétences Canada dans sa classification nationale des professions (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2011).

3.1.1.3 Cadre de la pratique

Pour encadrer le contrôle de cette pratique, le législateur a retenu celui d'un registre national géré par la direction des SPU. Il est entré en fonction le 31 mai 2011 bien qu'il soit projeté dans la loi depuis 2002. Le fonctionnement général est très ressemblant à celui de l'inscription au tableau d'un ordre professionnel. Les limites de son champ de pratique sont déterminées dans le cadre du règlement sur les activités médicales permises en SPU (2011). Conséquemment, le technicien ambulancier paramédic n'agit pas comme professionnel de la santé au sens de la loi.

Relativement à cette situation, c'est en 1995 que l'Association professionnelle des paramédics du Québec manifestait son souhait de reconnaissance officielle de cette nouvelle profession. Un premier mémoire avait alors été déposé à l'office des professions à cet effet. En 2007, le directeur national des SPU représentant le MSSS s'est aussi positionné pour une tendance

certaine à la professionnalisation de du métier ainsi qu'à un élargissement de la pratique en appuyant leur rôle d'influence dans le cadre d'épisodes de soins de l'utilisateur auprès des multiples partenaires du réseau (Lefrançois, 2007).

Pour le moment, le contrôle même des pratiques et la nature du développement des programmes de services aux usagers et de la formation continue des intervenants reposent sur le travail de la table des directeurs médicaux. Elle est composée de médecins représentant les 17 régions administratives et le MSSS. Un système d'amélioration continue de la qualité permet le suivi de certaines procédures particulières à risque ou d'intérêt¹³ au sein des directions des SPU de chaque ASSS régionale et de la Corporation d'Urgences-santé. Un plan de formation nationale continue permet la diffusion des mises à jour et le maintien des compétences à raison de quatre jours de formation annuelle pour l'ensemble des techniciens ambulanciers paramédics (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).

Jusqu'à ce jour, le cadre des pratiques cliniques du technicien ambulancier paramédic est défini et restreint par une série de recommandations : les protocoles d'interventions cliniques à l'attention du technicien ambulancier paramédic (PIC-TAP). Ils sont émis par la direction médicale nationale (Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, 2002; Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence, 2006). Un ensemble de directives médicales nationales et régionales, directives opérationnelles et administratives supplémentaires complètent les attentes à l'égard de sa pratique. Dans l'ensemble, ces références précisent comment le technicien ambulancier paramédic doit prodiguer un ensemble de soins pour les usagers présentant

¹³ Manœuvre de réanimation, administration de médicaments, refus de soins/transport

des signes et des symptômes spécifiques reliés à des conditions possiblement critiques, d'en assurer la surveillance et de déterminer les modalités de transport.

En termes opérationnels, le rôle du technicien ambulancier paramédic a été réévalué dans le cadre du développement du programme et du diplôme d'études collégiales entre 2005-2006. Les tâches et sous-tâches de ce travail sont définies au rapport d'analyse de la situation de travail de 2006 du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Le tableau I (p.38) en présente la liste.

Tableau I
Tâches et opérations du technicien ambulancier paramédic

1 Faire l'inspection avant le début du quart de travail

- 1.1 Faire l'inspection visuelle et mécanique du véhicule
- 1.2 Faire l'inspection du matériel et de l'équipement
- 1.3 Cocher les listes de vérification
- 1.4 Signaler et remplacer l'équipement et le matériel manquant

2 Répondre aux appels

- 2.1 Recueillir les premières données
- 2.2 Planifier le trajet
- 2.3 Se rendre sur les lieux
- 2.4 Planifier l'intervention avant d'arriver sur les lieux

3 Déterminer les moyens d'intervention propres à la situation

- 3.1 Évaluer la situation d'intervention
- 3.2 Prendre les mesures de sécurité requises
- 3.3 Mettre l'ambulance en place
- 3.4 Appliquer les méthodes de triage (s'il y a lieu)
- 3.5 Localiser et dénombrer les victimes (s'il y a lieu)
- 3.6 Demander les ressources nécessaires (s'il y a lieu)
- 3.7 Déterminer les moyens d'accès aux victimes
- 3.8 Appliquer les mesures prévues dans le plan d'urgence (s'il y a lieu)
- 3.9 Évaluer la cinétique
- 3.10 Collaborer avec d'autres partenaires (s'il y a lieu)

4. Évaluer l'état de la personne requérant des soins

- 4.1 Accéder à la personne: évaluation visuelle
- 4.2 Faire l'évaluation primaire ABCDE
- 4.3 Établir les priorités d'intervention
- 4.4 Déterminer la priorité d'un départ hâtif
- 4.5 Faire l'évaluation secondaire : signes vitaux, histoire médicale, etc. (s'il y a lieu)
- 4.6 Collaborer avec d'autres partenaires (s'il y a lieu)

5 Donner des soins selon des standards établis et en fonction de l'évaluation et des priorités identifiées

- 5.1 Déterminer les soins à apporter : protocoles
- 5.2 Prodiguer des soins
- 5.3 Rester en relation d'aide avec la personne requérant des soins et ses proches
- 5.4 Réévaluer l'état de la personne
- 5.5 Collaborer avec d'autres partenaires (s'il y a lieu)

6 Transporter la personne en maintenant les soins

- 6.1 Choisir une méthode de déplacement et de transfert sécuritaire
- 6.2 Rester en relation d'aide avec la personne
- 6.3 Appliquer les techniques de transfert et de déplacement
- 6.4 Préparer la personne et l'équipement pour le transport
- 6.5 Choisir et aviser le centre receveur approprié (s'il y a lieu)
- 6.6 Déterminer le type de conduite
- 6.7 Transporter la personne
- 6.8 Réévaluer l'état de la personne
- 6.9 Modifier les soins, au besoin
- 6.10 Adapter la conduite du véhicule en conséquence

7 Transférer des responsabilités au personnel du centre receveur

- 7.1 Faire une synthèse de l'information
- 7.2 Transmettre un rapport verbal au centre receveur
- 7.3 Transférer la personne
- 7.4 Collaborer avec le personnel médical, au besoin
- 7.5 Fournir des données nominatives sur la personne
- 7.6 Rédiger les documents nécessaires et les remettre
- 7.7 Transmettre l'information nécessaire à l'encadrement de la qualité
- 7.8 Faire le bilan de l'intervention après chaque appel (s'il y a lieu)

8 Préparer l'ambulance à prendre la route

- 8.1 Faire le nettoyage du véhicule et de l'équipement
- 8.2 Prendre les mesures nécessaires pour la réparation et le remplacement

9 Encadrer des pairs en période d'essai et des stagiaires

- 9.1 Entraîner la personne
- 9.2 Évaluer la personne
- 9.3 Orienter la personne
- 9.4 Rédiger les documents d'évaluation

(Tiré de Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2006, p.8-10)

Il est intéressant de noter que cette énumération des tâches définit la pratique du technicien ambulancier paramédic de façon très linéaire (tableau I, p.38). De rares travaux sur la théorie de la pratique, dont ceux de Campeau (2008) et Arial, Benoit, & Danuser (2010) permettent de saisir les dimensions plus complexes de la tâche alors que plusieurs d'entre elles et d'autres absentes de la liste peuvent être initiées l'une après l'autre, mais surtout simultanément, sur des intervalles de temps assez variables. Également, cette présentation standardisée ne laisse pas voir d'autres tâches réalisées quotidiennement et qui ne sont pas reconnues légalement ou cliniquement. Entre autres, celles de l'éducation auprès de l'utilisateur et ses proches; de gestion de crise complexe; de gestion des refus de soins qui inclue une approche d'appréciation de l'aptitude des usagers. La reconnaissance du rôle d'encadrement des pairs est pour sa part une belle avancée présente dans cette analyse. La lecture du rapport complet permet d'approfondir comment chacune de ces tâches nécessite de s'approprier plusieurs compétences professionnelles supplémentaires pour les mener à bien.

Pour s'approprier le rôle attendu du paramédic, le document de référence le plus commun reste celui du PIC-TAP. Il décline les actions et les décisions cliniques qui peuvent être prises lors d'interventions préhospitalières d'urgence, par exemple : les directives générales concernant l'exécution du transport et du déplacement de l'utilisateur, l'obtention du consentement aux soins, l'approche en appréciation clinique à privilégier (évaluation clinique). Autrement, il présente une majorité de protocoles identifiés par des noms évocateurs de signes et de symptômes urgents ou de situations potentiellement dangereuses telle que le protocole IND1 : Exposition à des matières dangereuses. De récents ajouts de protocoles démontrent comment les états possiblement non urgents doivent être systématiquement évaluer afin de ne pas en négliger un aspect lié à une urgence possible, dont le protocole médical *Med. 1 : ϕ plainte spécifique : faiblesse* (2011, p.93) et le

protocole trauma *Trau. 0 : Indications d'immobilisation de la colonne vertébrale* (2011, p.201). Aucun protocole ne s'adresse des conditions spécifiquement non urgentes telles que :

- les plaies liées à des problématiques dermatologiques, infectieuses, ou autres que traumatiques;
- les maux de dos non traumatiques;
- les problématiques de perte de mobilité, d'autonomie fonctionnelle ou les douleurs chroniques spécifiques
- ou les problèmes psychosociaux non reliées à une urgence comportementale chez l'adulte.

Le rôle du paramédic décrit dans cette section s'acquiert principalement par le biais d'une formation collégiale et l'expérience du terrain. Voici comme se décline la formation québécoise du technicien ambulancier québécois.

3.1.2 La formation

La formation des techniciens ambulanciers paramédics est définie par le ministère de l'Éducation, du loisir et du sport (MELS) et offerte au sein des institutions collégiales (Ministère de l'Éducation, 2006b). Elle peut être de deux formats menant à la même pratique professionnelle. L'attestation d'études collégiales, AEC de 945 heures, est offerte à une clientèle adulte¹⁴ principalement par l'accès à un programme d'Emploi Québec. Ce programme cessera au cours de l'année 2012. Depuis 2006, suite à des années de pressions et de travaux du milieu auprès du gouvernement, la venue du diplôme d'études collégiales, DEC, de 2 745 heures, en fait la formation de

¹⁴ Programme débuté en 1994, révisé en 1998, puis en 2004.

base pour occuper cet emploi. Elle est pourvue d'un tronc commun avec les curriculums des programmes de soins infirmiers et d'inhalothérapie. Elle s'adresse à une clientèle provenant des écoles secondaires ou aux gens qui désirent un tronc commun pour réorienter leur carrière.

Les travailleurs en cours d'emploi ont des profils initiaux de formation variant de 150 à 945 heures qui ont été mis à niveau pour les besoins du milieu. Leur profil ne peut se comparer à celui du travailleur possédant un DEC. Le MELS offre actuellement la possibilité de parfaire sa compétence en complétant une reconnaissance des acquis menant à l'obtention du DEC auprès d'une institution collégiale.

Quant à la formation des techniciens ambulanciers paramédics au Québec, certaines particularités sont à souligner. En effet, la réalité francophone de la province et celle de la reconnaissance tardive de la médecine d'urgence, jumelées au développement de la connaissance médicale et de la science dans la langue anglaise, ont limité et, limitent toujours, l'accès à des références dûment élaborées en français sur le sujet des pratiques cliniques et spécifiques en soins préhospitaliers d'urgence. De notre expérience en tant qu'enseignante, la littérature disponible, autrement que gouvernementale, est principalement constituée de notes de cours manuscrites non révisées par des comités de pairs ou est en anglais et provient de l'extérieur de la province. Cet état des choses restreint l'accès à la connaissance aux candidats à la profession tout autant qu'aux intervenants principalement francophones.

La pratique et la formation du technicien ambulancier paramédic québécois sont différentes de celles du reste des provinces canadiennes. Les bases en sont toutefois communes et comparables.

3.1.3 Au Canada et ailleurs

Le rôle concret et l'étendue de la pratique du technicien ambulancier paramédic au Canada diffère d'une province à l'autre. La pratique reste tributaire de l'offre de services établie par les responsables provinciaux. En 2000, l'Association médicale canadienne (AMC) a reconnu le profil canadien de compétences professionnelles (PNCP), qui définit le rôle et les niveaux de pratique du paramédic au Canada. Il a été développé à partir d'un consensus des représentants du milieu de partout au pays. Des organismes pancanadiens ont récemment repris des travaux visant à l'actualisation et à l'avancement de la réglementation et de la définition des pratiques (Paramedic Association of Canada, 2011; Organisation Canadienne des Régulateurs Paramédicaux, 2012). Il vient donc d'être révisé et ses modifications sont en cours d'acceptation. Ce profil sert d'appui pour émettre l'agrément aux établissements de formation.

Le contexte légal des autres provinces sera décrit succinctement. Il est important de savoir que dans certaines provinces canadiennes, les paramédics possèdent leur propre ordre professionnel, d'autres provinces sont en voie de l'obtenir et d'autres restent sous contrôle médical (AMC, 2007)

Le PNCP reconnaît quatre niveaux d'intervenants préhospitaliers d'urgence en santé : le répondant médical d'urgence ou premier répondant (RMU, PR), le paramédic en soins primaires (PSP), en soins avancés (PSA) et en soins critiques (PSC). Cette référence permet de comparer et comprendre les niveaux de formation ainsi que les niveaux de pratique des différents intervenants d'urgence en santé existant au Canada. Il est utile pour faciliter l'évaluation et la mobilité de la main-d'œuvre.

Tant pour le domaine des services préhospitaliers que les autres domaines de la santé, la formation d'un intervenant peut être ou non plus étendue que sa pratique. Au Québec, la formation correspond à un entre-deux du profil PSP pour l'AEC, et légèrement au-dessus du niveau PSP à mi-chemin avec le PSA pour celle du DEC. Un programme universitaire de premier cycle a été élaboré, mais n'est pas encore commencé et permettrait d'atteindre le niveau PSA du profil canadien. Le niveau de pratique du technicien ambulancier paramédic québécois se situe entre le PSP et le PSA. Le choix des pratiques sur le terrain dépend des ressources budgétaires, de la réglementation provinciale et des décisions des directeurs médicaux.

La durée et le format des programmes de formation du niveau paramédic en soins primaires accrédités par l'Association médicale canadienne varient passablement d'un établissement à l'autre et d'une province à l'autre. Certains octroient plus d'heures de formation en milieu clinique, d'autres offrent une formation plus théorique, mais toujours selon les recommandations du PNCP. Autant les formations peuvent varier, autant chaque province possède ses couleurs au plan de l'organisation des SPU, de l'offre de niveaux de soins et des niveaux de pratiques. Le Québec n'offre pas pour le moment l'étendue des soins avancés et critiques qu'on retrouve ailleurs au pays (Association médicale canadienne, 2007).

Après les niveaux de soins primaires, avancés et critiques, un quatrième niveau de pratique spécifique au paramédic se dessine depuis quelques années déjà : le paramédic communautaire. Plusieurs provinces en sont rendues à offrir ce service à une partie de leur population ou à mettre en place des programmes de formation en paramédecine communautaire (Emergency Medical Services Chiefs of Canada, 2011 Wang, 2011). Ce champ de pratique inclut des compétences en matière de soins de première

ligne¹⁵. Ce type de paramédics intervient entre autres auprès d'usagers ciblés afin de permettre une meilleure utilisation des ressources préhospitalières et hospitalières.

Sur le plan internationale, de tels programmes sont aussi offerts depuis quelques années au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande (O'Meara, 2011; The Quality Assurance Agency for Higher Education, 2004). Sur le plan du développement de la formation et de la pratique, ces pays, très actifs dans le domaine des SPU, présentent des situations plus différentes à l'égard de la reconnaissance générale de la profession (Cooper, 2005; Kilner, 2004, O'Meara, 2009). Autant les pratiques qu'on y retrouve, l'offre de programmes universitaires gradués de premier cycle, de deuxième cycle et même de troisième cycle en paramédecine et leur leadership en recherche en témoignent. Ils sont motivés par l'évolution des besoins de la population et des compétences préhospitalières spécifiques aux techniciens ambulanciers paramédics développés au cours des cinquante dernières années de pratique.

Pour ce qui est de la situation américaine, il y existe présentement une grande variété de pratiques différentes, de niveaux différents. Des efforts pour harmoniser cette situation sont en cours afin d'assurer une qualité minimale des services. La « National Association of Emergency Medical Technicians » (NAEMT) fait mention des nombreuses variations d'un état à l'autre, mais précise que tous se doivent de rencontrer les normes minimales maintenant établies (National Highway Traffic Safety Administration, 2010). Les nouveaux profils sont: « Emergency Medical Technician-Basic », « Emt-B », 120 heures; « Emergency Medical Technician-Intermediate », « Emt-I », +

¹⁵ Suivi de pansements, installation de sonde urinaire, vaccination, intervention en promotion de la santé.

40 heures; « Emergency Medical Technician-Paramedic », « Emt-P »; et « Advanced airways management ». La durée de la formation de base nécessaire est donc plus courte qu'au Québec. Des programmes plus longs et plus complexes existent aussi. Une volonté de développer des programmes universitaires est rapportée par Delbridge et al. (1998). Nous n'avons pu confirmer où en était le développement.

Dans le cadre de cette étude, les faits saillants à retenir au regard du rôle du technicien ambulancier paramédic dans le contexte québécois consistent en trois éléments. Premièrement, cette pratique est contrôlée et définie par les médecins et le Ministère de la Santé et des Services sociaux sur les bases de la loi sur les SPU (2002). Deuxièmement, la pratique est principalement définie par les PIC-TAP ainsi que le programme de formation de DEC du MELS qui repose sur l'analyse de la situation de travail de 2006. La pratique et la formation sont conséquemment orientées sur la prise en charge de situation urgente dans une approche linéaire et systématique.

Finalement, le rôle du technicien ambulancier paramédic en soins primaires ressemble à celui retrouvé ailleurs au Canada. Les différences qui restent sont celles où les pratiques avancées se développent régionalement et sont très restreinte¹⁶). Il n'y a pas d'offre de soins critiques et ni communautaires planifiée et assurée par les techniciens ambulanciers paramédics québécois.

¹⁶ Un service restreint de soins avancés est offert à la population montréalaise depuis 2004 (Urgences-santé 2010)

3.2 Portrait des interventions préhospitalières et des usagers

L'intérêt de cette étude porte sur la perception du rôle du technicien ambulancier paramédic dans le cadre de la pratique actuelle qui nous semble fortement influencée par la proportion auprès des 65 ans et plus et la prévalence d'interventions non urgentes. Puisqu'aucun portrait spécifique des usagers des SPU québécois n'a jamais été publié, nous présentons les états de santé décrits dans les rapports gouvernementaux pouvant les concerner et influencer la nature des demandes leur étant portées en les comparant avec les données des interventions des techniciens ambulanciers paramédic. Cette absence de rapport sur les profils de santé des usagers et de leur utilisation des SPU pourrait s'expliquer par l'allocation de ressources et la détermination des services et des soins dans les SPU qui sont actuellement basées a posteriori sur le nombre de transports, la durée de ces transports et la densité de la population dans la zone desservie (Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois & Gauthier, 2007). Elle ne repose pas sur la considération des priorités de santé au Québec (MSSS, 2010a).

Conséquemment, la section qui suit présente des données axées sur les usagers de 65 ans et plus et les interventions non urgentes. Nous avons choisi de faire un rapprochement entre les principales conditions de santé recensées par l'Institut national de santé publique du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a), les données d'Urgences-santé (2011) et celles de la direction nationale des SPU (L. Jolicoeur, communication personnelle, 18 avril 2011) disponibles au moment de ces travaux. La Corporation d'Urgences-santé couvre la région de Montréal-Laval et dessert 2,3 millions des 7,9 millions de Québécois et 838 (Corporation d'Urgences-santé, 2010) des 4 400 (MSSS, 2011) techniciens ambulanciers paramédics québécois y travaillent.

Au moment de réaliser ces travaux, nous avons fait la demande pour obtenir les données associant la nature des demandes et des situations cliniques avec les priorités d'affectation. Il aurait été intéressant de pouvoir observer quels états de santé génèrent le plus de demandes urgentes et non urgentes. Pour certaines raisons techniques et pour les besoins de ce projet, il n'a pas été retenu de faire préparer ces données.

3.2.1 Portrait des interventions auprès des usagers de 65 ans et plus

Tant au Québec qu'ailleurs, le plus grand consommateur de services de santé a maintenant plus de 65 ans. Cette catégorie représente actuellement 16 % de la population québécoise. Elle est appelée à augmenter de 1,2 million à 2,3 millions d'ici 20 ans. Depuis 2005, le portrait de santé des Québécois de l'INSPQ offre une perspective sur la santé des différents groupes de personnes présentant une priorité en matière de besoins en santé. Les 65 ans et plus sont un groupe spécifiquement identifié en 2010. D'ailleurs, plusieurs politiques et plans stratégiques du Gouvernement proposent actuellement de prioriser le développement de programmes de services et de soins leur étant dévolus (Ministère de la Famille et des Aînés, 2010; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005)

Sur le territoire de la Corporation d'Urgences-santé, les techniciens ambulanciers paramédics interviennent auprès des 65 ans et plus dans plus de 49 % des transports de tout type (Corporation d'Urgences-santé, 2011). Ils sont les principaux usagers des services de transport interétablissement. Ces données ne sont pas pour le moment disponibles pour l'ensemble du Québec; les outils statistiques sont présentement en développement (L. Jolicoeur, communication personnelle, 18 avril 2011).

De par le monde, les chercheurs des systèmes de santé et spécialistes des SPU témoignent du même phénomène pour leurs territoires (Clark & Fitzgerald, 1999; Shah et al., 2003). Des chercheurs de la Caroline du Nord ont constaté que 17,5 % des usagers s'étant présentés dans les services des urgences étaient arrivés par ambulance et que, de toutes les arrivées aux urgences chez les 65 ans et plus, 38,3 % avaient utilisé les services ambulanciers; chez les plus de 80 ans, cette proportion était de 60,0 % (Platts-Mills, Leacock, Cabanas, Shofer, & McLean, 2010). Les services des SPU en Turquie transportent quatre fois plus d'usagers de 65 ans et plus que les autres groupes d'âge et ont moins de demandes de la part des usagers de 65 ans et plus provenant des régions rurales qu'urbaines (Keskinoglu, Sofuoglu, Özmen, Gündüz, & Ozkan, 2009).

Au regard des types de transports effectués, les tableaux de la Corporation d'Urgences-santé (2011) qui suivent (tableaux II et III, p.50), présentent la répartition par groupe d'âge des différents types de transports effectués vers les établissements receveurs : mode urgent¹⁷, mode immédiat¹⁸, et non urgent¹⁹. Le nombre total de transports concernant des usagers de plus de 65 ans a augmenté entre 2006 et 2010. Les transports vers les établissements sont principalement effectués en mode non urgent.

¹⁷ État instable

¹⁸ État potentiellement instable, conditions médicales avec signes vitaux stables requérant une prise en charge en centre hospitalier sans délai supplémentaire

¹⁹ État stable, signes vitaux stables

Tableau II
Distribution des patients transportés selon le groupe d'âge et le mode de transport pour l'année financière 2005-2006

2005-2006									
Mode de transport									
Groupe d'âge	Urgent		Immédiat		Non urgent		Total		Inconnu
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0 – 64	16 110	51 %	ND	ND	58 769	58 %	74 879	57 %	11 334
65 – 84	11 863	37 %	ND	ND	31 100	31 %	42 963	32 %	6 259
85 +	3 769	12 %	ND	ND	10 823	11 %	14 592	11 %	2 076
Total	31 742		ND	ND	100 692		132 434		19 933
Inconnu	301		ND	ND	550		851		264

Données non publiées reproduites avec l'autorisation d'Urgences-santé et provenant des rapports cliniques des techniciens ambulanciers paramédics et n'incluant pas les transports effectués par les équipes affectées au seul service interétablissement (Adapté de Corporation d'Urgences-santé, 2011d).



 Pourcentage concernant les 65 ans et plus

Tableau III
Distribution des patients transportés selon le groupe d'âge et le mode de transport pour l'année financière 2009-2010

2009-2010									
Mode de transport									
Groupe d'âge	Urgent		Immédiat		Non urgent		Total		Inconnu
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0 – 64	16 964	53 %	5 722	52 %	59 222	59 %	76 186	58 %	21 175
65 – 84	10 974	34 %	3 565	35 %	37 094	37 %	48 068	36 %	12 968
85 +	4 124	13 %	1 391	13 %	15 772	16 %	19 896	15 %	5 595
Total	32 062		10 786		112 088		144 150	107 %	40 754
Inconnu	522		108		1 737		2 259		1 016

Données non publiées reproduites avec l'autorisation d'Urgences-santé et provenant des rapports cliniques des techniciens ambulanciers paramédics et n'incluant pas les transports effectués par les équipes affectées au seul service interétablissement (Adapté de Corporation d'Urgences-santé, 2011d).

 Pourcentage concernant les 65 ans et plus

3.2.2 Nature des demandes et états de santé

De façon globale pour la population québécoise, on rapporte que pour toutes tranches d'âge confondues, la première cause de décès est dorénavant le cancer (33 % des décès). C'était auparavant la maladie cardiaque. Les problèmes respiratoires et les traumatismes apparaissent aux troisième et quatrième rangs. Les protocoles cliniques préhospitaliers sont actuellement expressément orientés vers les détresses cardiaques, respiratoires et traumatiques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009).

En matière de soins palliatifs, aucune intervention particulière n'est encore définie dans le cadre des interventions préhospitalières, sinon le respect des demandes de non-réanimation au moment de la survenue de l'arrêt cardiorespiratoire (Institut national de santé publique du Québec, 2006). En comparaison des autres causes de décès précédemment identifiées, les enjeux liés au cancer sont différents en milieu préhospitalier.

Une étude californienne récente a identifié que les techniciens ambulanciers paramédicaux se questionnaient sur le rôle à jouer relativement aux demandes liées à un épisode de fin de vie. Les intervenants rapportaient avoir eu à intervenir dans un cas complexe à au moins une reprise, certains à au moins cinq reprises au courant de la dernière année (Stone et al., 2009). Pour un même état d'instabilité, la demande d'aide pour une personne présentant un état instable en fin de vie n'exigera pas le même niveau ni le même type de soins que pour une personne aux prises avec un malaise de novo (Ingleton, Payne, Sargeant, & Seymour, 2009). Nous constatons que la complexité des interventions réside parfois dans le fait que les personnes en fin de vie peuvent avoir convenu avec leur médecin d'un niveau de soins particulier qui n'est pas aussi finement défini dans les SPU qu'en médecine palliative. Les usagers et leur famille peuvent y percevoir un manque de respect de leurs

droits lorsque les techniciens ambulanciers paramédics ne sont pas en mesure de respecter leurs souhaits.

Les diverses problématiques liées à la santé qui suivent sont possiblement associées au plus grand nombre d'interventions effectuées par les techniciens ambulanciers paramédics. Dans le groupe des 65 ans et plus, la chute avec blessures est l'une des plus fréquentes avec un taux d'incidence de 5 % chez les femmes et de 3 % chez les hommes. Après les demandes provenant du 9-1-1 et les transports liés à une situation « 26-personne malade », diagnostic spécifique (voir tableaux IV et V, p.55 et p.56), les chutes représentent la situation clinique la plus fréquente pour laquelle on demande les SPU et qui nécessitent un transport effectué par les techniciens ambulanciers paramédics chez Urgences-santé.

Toutes catégories d'âge confondues, l'hypertension, l'arthrite, la migraine et l'asthme comptent parmi les problématiques de santé les plus rapportées des Québécois (MSSS, 2010a). Il est cliniquement possible, sans pouvoir le confirmer, qu'une partie des interventions effectuées fussent liées à ces diagnostics. On peut entrevoir que ces problèmes chroniques sont associés aux états aigus ou non et qui pourraient être associés aux interventions faites pour des situations cliniques telles que « 6. Problèmes respiratoires, « 5. Mal de dos non traumatique », « 18-Mal de tête », « 28-Accident vasculaire cérébrale/Paralysie » (voir tableaux IV et V, p.55 et p.56).

Pour les problèmes de santé mentale, les problématiques les plus rapportées sont celles du stress élevé (26 %) et les troubles de santé mentale telles que la dépression majeure (4,8 %), la phobie sociale (2,0 %), le trouble de panique (1,4 %), ainsi que la dépendance à l'alcool (1,9 %) (Statistique Canada dans Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Ces problématiques ne génèrent pas autant de demandes et de transports chez les plus de 65 ans que chez les moins de 65 ans : 1704 demandes pour

« 25.Problèmes psychiatriques/de comportement/tentative de suicide » contre 10 622 et 1790 transports contre 11 970 (voir tableaux IV et V, p.55 et p.56).

Les trois principales incapacités touchant les Québécois et générant une demande accrue pour des services de santé sont : la mobilité²⁰ (9 %), l'agilité²¹, (8 %), et la douleur²², (8 %). Elles touchent plus de 500 000 personnes (Institut de la statistique québécoise, 2010 dans MSSS, 2010 a). Le taux de prévalence des incapacités est plus élevé chez les 65 à 74 ans, (22 %), et les 75 ans et plus, (46 %). Les patients rencontrés dans le cadre de notre carrière présentent rarement des états instables, mais fréquemment des besoins liés à ces incapacités. Ces situations sont associées aux chutes liées aux séquelles d'accidents vasculaires cérébraux ou encore à des spasmes dorsaux. La nature des cas rapportés ici (voir tableau V p.56) et ailleurs dans le monde présente des tableaux similaires (Clark et Fitzgerald, 1999; Shah et al., 2003).

Une autre catégorie de raisons motivant un transport chez les 65 ans et plus est la demande faite par une tierce personne ou un professionnel de la santé (Shah et al. 2003; Keskinoglu, et al. 2009). La Suède a aussi évalué le cas de 1 977 patients ayant choisi de faire la demande des services ambulanciers. À partir de critères théoriques, ils ont évalué leur état de santé et conclu que le tiers de ceux-ci ne présentaient aucune condition nécessitant des soins préhospitaliers d'urgence. La principale demande était reliée à un besoin

²⁰ Capacité à marcher, à monter ou descendre un escalier

²¹ Capacité à se nourrir, se vêtir, conduire un véhicule

²² 18 % de ces douleurs sont reliées aux maux de dos.

d'être transporté couché, par sécurité ou nécessité, pour obtenir des soins hospitaliers²³ (Hjälte, et al. 2007).

Chez les usagers de 65 ans et plus rencontrés par les techniciens ambulanciers paramédics chez Urgences-santé, pour les interventions dont on connaît l'âge du patient, les priorités d'interventions montrent que 37 079 déplacements se sont faits en mode urgent, avec gyrophare et sirènes, contre 45 169 en mode non urgent (voir tableau III, p.50). À la première lecture, ces données laissent croire que les demandes faites par l'appelant sont principalement non urgentes initialement, comme observé en Suède.

3.2.3 Nature des cas, traitements et transport

La section qui suit permet de comparer les données des tableaux IV et V (p.55 et 56) Il existe des différences remarquables entre la nature du cas à la carte d'appel²⁴ et la nature des cas déclarée par les techniciens ambulanciers paramédics au chevet de l'usager lors d'un même épisode de soins.

Le tableau IV (p.55) présente le nombre d'interventions réalisées par les techniciens ambulanciers paramédics chez Urgences-santé concernant la nature du cas déterminée par les répondants médicaux d'urgence qui ont pris et trié l'appel d'urgence et l'âge de l'usager rencontré. Le tableau V (p.56) présente le nombre d'interventions réalisées en relation avec la vraie nature du cas déterminée après évaluation par le technicien ambulancier paramédic et l'âge de l'usager rencontré. Cette information est importante à connaître pour comprendre comment le technicien ambulancier paramédic doit systématiquement concevoir que son rôle sera de faire face à une urgence particulière alors qu'il n'en sera finalement pas le cas.

²³ Par exemple : cathétérisme urinaire

²⁴ Demande initiale téléphonique

Tableau IV
Distribution des patients rencontrés par les techniciens ambulanciers
paramédics selon la carte d'appel et le groupe d'âge
de juin 2010 à juin 2011

Carte d'appel	Groupe d'âge					
	0 à 64 ans		65 ans et plus		Total	Inconnu
	Nombre	%	Nombre	%		
1 – Douleur abdominale / problèmes abdominaux	3 816	57 %	2 902	43 %	6 718	36
2 - Allergies (réactions) / empoisonnements (piqûres, morsures)	1 444	84 %	269	16 %	1 713	6
3 - Morsure / attaque d'animaux	163	86 %	27	14 %	190	1
4 - Aggression / agression sexuelle	4 644	96 %	193	4 %	4 837	64
5 - Mal au dos (non traumatique ou trauma non récent)	1 110	52 %	1 019	48 %	2 129	10
6 - Problèmes respiratoires	8 681	42 %	11 809	58 %	20 490	90
7 - Brûlures / explosion (déflagration)	267	84 %	52	16 %	319	5
8 - Monoxyde de carbone / inhalation / produits dangereux / CBRN	399	87 %	59	13 %	458	2
9 - Arrêt cardiaque ou respiratoire / décès	1 178	44 %	1 516	56 %	2 694	72
10 - Douleur thoracique (non traumatique)	9 799	48 %	10 773	52 %	20 572	86
11 – Étouffement	460	70 %	194	30 %	654	8
12 – Convulsions	3 928	87 %	576	13 %	4 504	53
13 - Problèmes diabétiques	1 346	51 %	1 272	49 %	2 618	11
14 - Noyade (quasi) / accident de plongeur / plongée sous-marine (SCUBA)	48	87 %	7	13 %	55	2
15 - Électrisation / foudre	125	95 %	7	5 %	132	
16 - Problèmes / blessures aux yeux	166	72 %	63	28 %	229	2
17 Chutes	7 968	35 %	14 512	65 %	22 480	140
18 - Mal de tête	1 335	57 %	1 012	43 %	2 347	9
19 - Problèmes cardiaques / D.C.A.I.	2 281	53 %	2 051	47 %	4 332	29
20 - Exposition à la chaleur / au froid	170	81 %	40	19 %	210	1
21 - Hémorragie / lacérations	3 433	43 %	4 496	57 %	7 929	50
22 - Incident inaccessible / personne coincée (non véhiculaire)	36	86 %	6	14 %	42	0
23 - Overdose / empoisonnement (ingestion)	6 447	93 %	486	7 %	6 933	149
24 - Grossesse / accouchement / fausse-couche	1 610	99 %	10	1 %	1 620	7
25 - Problème psychiatrique / de comportement / tentative de suicide	10 766	86 %	1 704	14 %	12 470	139
26 - Personne malade (diagnostic spécifique)	10 622	40 %	15 977	60 %	26 599	169
27 - Arme blanche / arme à feu / trauma pénétrant	489	96 %	20	4 %	509	14
28 - Accident vasculaire cérébral (AVC) / paralysie	1 932	41 %	2 801	59 %	4 733	18
29 – Incidents de la route / transport	10 888	90 %	1 226	10 %	12 114	107
30 - Blessures traumatiques (spécifiques)	5 022	86 %	849	14 %	5 871	47
31 - Inconscience / évanouissement (quasi)	7 282	57 %	5 505	43 %	12 787	98
32 - Problème inconnu (personne gisante)	1 239	80 %	306	20 %	1 545	89
33 - Transfert / inter-établissement / soins palliatifs	2 501	19 %	10 344	81 %	12 845	150
Total	111 595	55 %	92 083	45 %	203 678	1664
Inconnu	16 176	49 %	17 131	51 %	33 307	2011

Données non publiées reproduites avec l'autorisation d'Urgences-santé
(Adapté de Corporation d'Urgences-santé, 2011a).

Tableau V
Distribution des patients rencontrés par les techniciens ambulanciers
paramédics selon nature du cas et le groupe d'âge
de juin 2010 à juin 2011

Nature du cas	Groupe d'âge					
	0 à 64 ans		65 ans et plus		Total	Inconnu
	Nombre	%	Nombre	%		
1 - Douleur abdominale / problèmes (minuscule) abdominaux	6 132	57 %	4 606	43 %	10 738	49
2 - Allergies (réactions) / empoisonnements (piqûres, morsures)	1 241	85 %	227	15 %	1 468	11
3 - Morsure / attaque d'animaux	178	83 %	36	17 %	214	1
4 - Agression / agression sexuelle	3 804	97 %	133	3 %	3 937	47
5 - Mal au dos (non traumatique ou trauma non récent)	2 020	56 %	1 603	44 %	3 623	16
6 - Problèmes respiratoires	4 719	32 %	10 088	68 %	14 807	51
7 - Brûlures / explosion (déflagration)	291	85 %	53	15 %	344	8
8 - Monoxyde de carbone / inhalation / produits dangereux / CBRN	365	85 %	64	15 %	429	2
9 - Arrêt cardiaque ou respiratoire / décès	1 065	40 %	1 572	60 %	2 637	79
10 - Douleur thoracique (non traumatique)	5 305	48 %	5 803	52 %	11 108	39
11 - Étouffement	408	70 %	173	30 %	581	7
12 - Convulsions	3 173	88 %	417	12 %	3 590	31
13 - Problèmes diabétiques	1 434	52 %	1 310	48 %	2 744	19
14 - Noyade (quasi) / accident de plongeon / plongée sous-marine (SCUBA)	25	71 %	10	29 %	35	0
15 - Électrisation / foudre	135	94 %	8	6 %	143	0
16 - Problèmes / blessures aux yeux	204	65 %	108	35 %	312	2
17 - Chutes	6 319	35 %	11 610	65 %	17 929	98
18 - Mal de tête	1 370	62 %	846	38 %	2 216	7
19 - Problèmes cardiaques / D.C.A.I.	1 208	42 %	1 687	58 %	2 895	12
20 - Exposition à la chaleur / au froid	269	65 %	144	35 %	413	4
21 - Hémorragie / lacerations	2 026	40 %	3 033	60 %	5 059	24
22 - Incident inaccessible / personne coincée (non véhiculaire)	32	84 %	6	16 %	38	1
23 - Overdose / empoisonnement (minuscule) (ingestion)	8 868	94 %	614	6 %	9 482	249
24 - Grossesse / accouchement / fausse-couche	1 622	98 %	40	2 %	1 662	8
25 - Problème psychiatrique / de comportement / tentative de suicide	11 970	87 %	1 790	13 %	13 760	141
26 - Personne malade (diagnostic spécifique)	20 685	41 %	30 161	59 %	50 846	259
27 - Arme blanche / arme à feu / trauma pénétrant	344	96 %	16	4 %	360	9
28 - Accident vasculaire cérébral (AVC) / paralysie	630	28 %	1 651	72 %	2 281	10
29 - Incidents de la route / transport	10 596	90 %	1 174	10 %	11 770	91
30 - Blessures traumatiques (spécifiques)	6 812	75 %	2 225	25 %	9 037	61
31 - Inconscience / évanouissement (minuscule) (quasi)	3 517	55 %	2 861	45 %	6 378	38
32 - Problème inconnu (personne gisante)	976	56 %	756	44 %	1 732	35
33 - Transfert / interétablissement / soins palliatifs	9 552	39 %	14 670	61 %	24 222	841
Total	117 295	54 %	99 495	46 %	216 790	2 250
Inconnu	10 476	52 %	9 719	48 %	20 195	1 425

Données non publiées reproduites avec l'autorisation d'Urgences-santé
(Adapté de Corporation d'Urgences-santé, 2011b).

Le nombre de cas de douleur abdominale double; celui pour les maux de dos est 50 % plus élevé; celui pour la douleur thoracique diminue de moitié. Cette situation est cohérente étant donné qu'une fois l'utilisateur évalué, plusieurs cas de douleurs thoraciques correspondent davantage à un tableau clinique de problème de douleur abdominale ou dorsale, entre autres. Pour le technicien ambulancier paramédic, cela implique que son travail demande moins de se mobiliser au plan d'interventions cliniques urgentes ou spécifiques.

Les interventions pour des chutes et des personnes malades avec un diagnostic spécifique et n'étant mieux catégorisées par une autre nature de cas sont les plus fréquemment rencontrées. Bien que ces tableaux ne permettent pas d'affirmer combien de ces usagers présentaient une condition urgente ou ont nécessité des interventions et un transport urgents, ce type de condition clinique nécessite peu de gestes cliniques spécifiques autres que l'appréciation de routine de l'utilisateur et une attention spéciale à la mobilisation de l'utilisateur. Elles sont normalement reliées à ces états. Une immobilisation spinale de base est souvent recommandée d'emblée chez les 65 ans et plus selon les directives cliniques du protocole *Trauma 0* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, p.197). En 2007, cette technique était associée à 3,5 % de tous les transports effectués (voir figure 3, p.60).

Les données qui suivent sur les patients rencontrés selon la nature de cas évaluée par les techniciens ambulanciers paramédic sont tirées du tableau V (p.56). Alors que les services préhospitaliers d'urgence assurent une excellente réponse aux usagers présentant une urgence vitale ou potentiellement vitale, cette situation ne représente qu'une part des affectations totales. L'urgence ultime, soit l'arrêt cardio-respiratoire, représente 2637 des 216 790 cas transportés (tableau V, p.56), c'est-à-dire 1,2 % des cas. Aussi, 5 % des cas transportés concernent une forme de douleur à la poitrine, dont 52 % des cas chez les 65 ans et plus; 6,9 %

touchent une forme de problème respiratoire, dont 68 % des cas chez les 65 ans. 2 % des cas touchent des problèmes de dos, dont 44 % des cas chez les 65 ans et plus; 8,2 % portent sur des histoires de chutes, dont 65 % des cas chez les 65 ans et plus. 24 % des transports concernent « des états dits de personnes malades » dont 59 % chez les 65 ans et plus. Finalement, 11,5 % des transports sont effectués par des équipes affectées à l'urgence pour des transports interétablissement, transfert ou soins palliatifs, dont 61 % pour les plus de 65 ans.

Des 210 162 transports effectués chez Urgences-santé en 2009-2010, sans compter les 33 098 transports interétablissement de toutes catégories d'âge confondues²⁵ (MSSS-SPU, 2011), 146 409 transports ont été réalisés par des équipes habituelles.²⁶ De ces transports, 52 866 transports non urgents concernaient 67 964 usagers de plus de 65 ans, ce qui représentent 25 % des transports effectués en 2009-2010 (tableau VI, p.59). Au total, les transports non urgents comptaient donc pour plus de la moitié des transports vers les établissements. Les transports urgents pour les 65 ans et plus comptaient pour 10 % et les non urgents pour 20 % du nombre total de transports.

²⁵ Information inconnue au formulaire de facturation d'où proviennent les données.

²⁶ Les valeurs manquantes de 30 655 transports concernent des transports inter-établissement qui ont été assignés à des équipes affectées aux demandes inter-établissement.

Tableau VI
Distribution des patients rencontrés par les paramédics selon la priorité d'appel et le groupe d'âges du patient pour l'année financière 2009-2010

Priorité		0 - 64		65 - 84		85 +		Total	Age non connu
		n	%	n	%	n	%	n	n
9-1-1	P1	42 273	53 %	26 406	33 %	10 673	13 %	79 352	108 581
	P3	39 244	60 %	18 568	28 %	7 871	12 %	65 683	49 349
	P4	7 027	44 %	5 856	37 %	2 925	19 %	15 808	15 370
	P7	4 982	33 %	6 420	43 %	3 529	24 %	14 931	21 803
Établissement	P2	3 173	60 %	1 760	34 %	320	6 %	5 253	2 790
	P5	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	P6	8 853	43 %	9 188	45 %	2 473	12 %	20 514	9 654
	P8	1 161	20 %	2 833	49 %	1 759	31 %	5 753	2 768

(Lorsque donnée connue à la prise d'appel).

Données non publiées reproduites avec l'autorisation d'Urgences-santé

(Adapté de Corporation d'Urgences-santé, 2011c).

Cette situation est corroborée ailleurs dans le monde. Ainsi, Clark et Fitzgerald (1999) dénotent que les 2/3 des transports non urgents du Queensland, Australie, sont effectués pour des usagers de 65 ans et plus, et 1/3 pour des transports urgents. Cette situation motive le développement de nouveaux modes de réponses et niveaux de pratique chez les techniciens ambulanciers paramédics afin d'assurer une meilleure prise en charge des usagers stables et d'optimiser les services préhospitaliers (Shah et al., 2003).

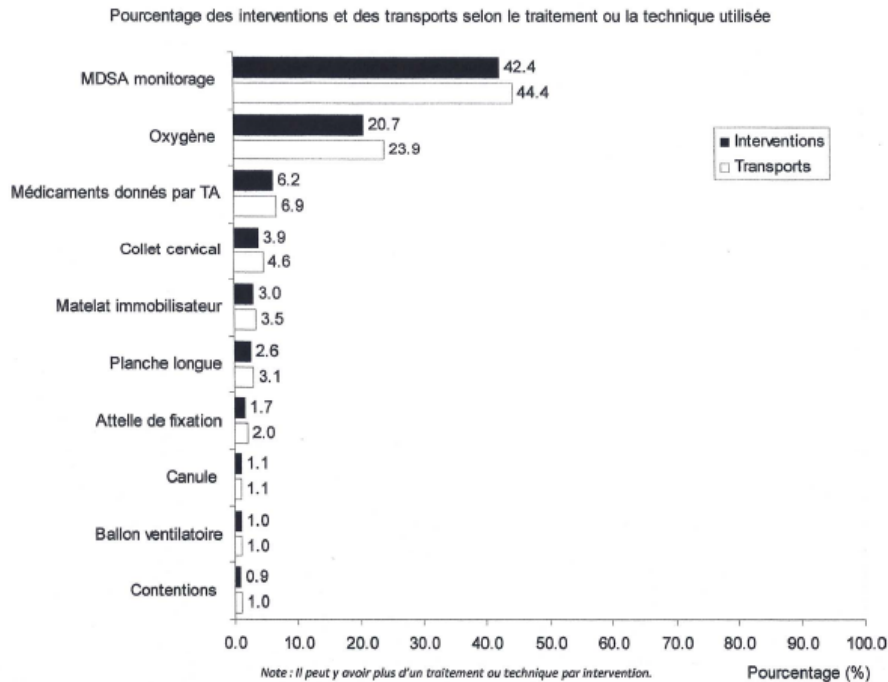
3.2.4 Changement dans les pratiques cliniques

Par rapport aux standards de pratique actuels (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009), les transports non urgents sont associés à une prise en charge clinique ne nécessitant que l'application de méthodes d'évaluation de l'état de la personne, la prestation d'une aide à la mobilité et celle de soutien psychosocial. La figure 3 (p.60) présente la distribution des interventions et des transports selon les traitements donnés ou techniques utilisées. Ces données témoignent de la faible proportion prodiguée.

Figure 3
Distribution des interventions et des transports selon le traitement ou la technique utilisée en 2007-2008

Les données RIP - Distribution des interventions et des transports selon le traitement ou la technique utilisée 2007-2008

Urgences-santé
Québec



(Tiré de Corporation d'Urgences-santé, 2009a)

D'autre part, la faible prestation d'interventions urgentes avec interventions complexes pose certains problèmes pour la formation adéquate des nouveaux candidats techniciens ambulanciers paramédics. Comme Pointer (2001) le souligne, il est possible qu'il soit maintenant nécessaire d'offrir des conditions de laboratoire vivant en milieu hospitalier ou simulées sur mannequins pour développer la compétence associée à certaines manoeuvres critiques. Elles se trouvent maintenant trop peu fréquemment rencontrées en contexte de travail régulier lors des stages (Michau, Roberts, Williams, & Boyle, 2009). Parmi ces techniques, il y a la défibrillation, l'intubation et l'appréciation clinique des usagers dont l'état est critique. De plus, Vrostos, et al. (2008) constatent qu'avec l'ajout de ressources ambulancières pour répondre à une augmentation de demandes, il s'ensuit une diminution de l'exposition des intervenants à des événements critiques. Le type de données disponibles lors de cette étude ne permettait toutefois pas de confirmer ou d'infirmer ce phénomène réel comme étant lié à un changement dans la nature des cas, mais cette hypothèse est soupçonnée d'être un facteur causal du phénomène.

Parce que, le plus souvent, l'appelant au 9-1-1 a une conception différente de l'urgence et de la détresse de celle du système préhospitalier d'urgence lui-même, les techniciens ambulanciers paramédics doivent intervenir sur des affectations non urgentes. En fait, bien qu'un tri préliminaire soit fait par une prise téléphonique, une différence existera toujours entre la demande orale logée, la plainte perçue et celle évaluée par un professionnel de l'appréciation clinique qui peut voir, sentir, toucher et entendre la personne une fois sur les lieux. Notre système offre peu ou pas d'alternatives à l'affectation d'une ressource ambulancière en situation non urgente et qui permettrait le traitement d'une condition à domicile ou de le diriger vers d'autres services que celui des urgences hospitalières. Certains autres services se veulent complémentaires aux SPU dont le service de consultation

infirmière 8-1-1. Toutefois, on mentionnera toujours à l'appelant que dans le doute il doit se référer au 9-1-1. Il y a aussi les séjours court en centre hospitalier, la chirurgie d'un jour, les contrats externes en imagerie médicale, des soins de maintien à domicile qui finissent toujours par impliquer une forme de déplacement non urgent de patients par les SPU. Cette situation est illustrée dans les travaux de Clark et Fitzgerald (1999).

Comme nous le constatons, les raisons de santé qui motivent d'avoir recours aux SPU ne sont pas d'emblée spectaculaires. Comme observées ailleurs, elles sont médicalement nécessaires (Jacob, Jacoby, Heller, & Stoltzfus, 2008). Nous remarquons que même si les SPU sont affectés à répondre aux personnes en détresse, le portrait de leurs usagers est plus nuancé. On oublie que la détresse humaine a plusieurs visages et c'est pourquoi le qualificatif « urgent » des usagers et des interventions pointe vers une réalité plus diffuse. Il nous apparaît que le rôle du technicien ambulancier paramédic a changé.

3.3 Perception du rôle du technicien ambulancier paramédic

La section qui suit présente la perception du rôle chez le technicien ambulancier paramédic tel que présenté dans la littérature. Plus particulièrement, nous regardons les dimensions susceptibles de l'influencer telles que l'expérience reliée au travail, les valeurs et intérêts personnels du travailleur et son contact avec les usagers et sa formation.

3.3.1 L'influence du travail

Certains auteurs se sont penchés sur les dimensions du travail qui influencent la perception de rôle du soignant dans le soin aux personnes

âgées. Dans son étude qualitative analysant le contenu des notes de dossier, des entrevues et l'observation non participante, Annandale (1985), conclut que la perception des besoins de l'utilisateur, la gravité de son état et celle du rôle professionnel sont définies dans l'expérience du rôle joué par l'intervenant auprès du patient, la charge et les responsabilités liées au travail, à l'état de l'utilisateur, ainsi qu'à l'aspect spatio-temporel de l'intervention. Deux intervenants peuvent alors percevoir différemment l'état d'un même patient, ainsi que son état plus ou moins intéressant. Entre autres, les états instables intéressent plus les médecins que les états stables en raison de la réponse rapide de l'effet de leur soin au patient, comme une satisfaction immédiate. Les infirmières s'intéressent tout de même plus aux états stables que les médecins et dont elles perçoivent et apprécient mieux les évolutions dans le temps. Ces éléments ressemblent aux observations ethnologiques de Palmer sur la communauté des techniciens ambulanciers et des SPU (Palmer, 1983b). Il constate aussi comment les intervenants développent un langage particulier pour distinguer les interventions plus intéressantes que d'autres : « good run », « saves », « pukes » et « shit calls ».

Les outils et leurs utilisations influencent la perception du rôle. Munger (1999) et Palmer (1983) ont observé comment les pratiques exécutées par le paramédic et les documents utilisés en contexte de travail par celui-ci forgent la perception de son rôle. Leurs utilisations modèlent les activités réflexives telles que donner sens aux événements, prioriser ou valoriser certaines actions face à d'autres. L'appropriation de l'utilisation des outils disponibles vient ultimement biaiser positivement ou négativement la perception de la réalité de l'utilisateur et de la tâche. Par exemple, des cases à cocher sur un rapport d'intervention médicale renforce que seuls les éléments présents sont importants et la réalité de l'utilisateur doit se conformer aux cases à cocher. Autrement, ce peut ne pas être pertinent. Les gestes de l'appréciation

clinique deviennent machinaux et escamotés en fonction de remplir un rapport et n'ont pas d'assurer la santé de l'utilisateur.

3.3.2 Le mythe de l'urgence

Certaines croyances populaires laissent dénoter comment les acteurs des SPU et le technicien ambulancier paramédic conçoivent leur rôle. Entre autre, l'activité professionnelle est souvent définie comme « all about lights and sirens ». Cette dernière expression est utilisée dans le milieu pour désigner la nature urgente du travail (Mulholland, O'Meara, Walker, Stirling, & Tourle, 2009, p.3). Aussi, il y a les croyances qui veulent que certains usagers des SPU soient des « abuseurs » du système et que les interventions non urgentes soient dénuées d'intérêt.

Notre constat professionnel nous amène à nous positionner comme Zachariah (1999) qui expose dans son éditorial l'existence d'une différence entre ce que le milieu des SPU considère comme profil de l'utilisateur « idéal » et l'utilisateur réel. Il commente que cette perspective correspond à une logique du « emergency healthcare business », alors que la réalité est plutôt celle du « unscheduled healthcare business » (1999, p.4). Il affirme que cette position particulière semble mener à concevoir de façon erronée l'état de l'utilisateur et à s'engager inadéquatement pour répondre aux besoins réels des clientèles. Depuis plus de quarante ans (Gibson, 1977), la communauté SPU utilise des noms évocateurs tels qu'« inappropriate use of services » ou l'usage inapproprié des services (Richards & Ferrall, 1999) et le concept du « Frequent Flyers » ou « client régulier » (Coleman, 2007; Martinez, 1998) pour définir certaines clientèles. Ces paradigmes sont reconnus comme entretenus par les décideurs et les curriculums de formation.

Les intervenants et le système en arrivent à concevoir leurs rôles en fonction de leurs propres préférences : logique personnelle, politique, économique ou

opérationnelle. Il se transmet une vision du rôle des SPU axés sur les seules cibles du système, les préférences personnelles des intervenants, sans considération des préférences ou des réels besoins des usagers qu'ils desservent. Cette situation renforce la perception d'abus ou de mauvaise utilisation des ressources ambulancières. Peu importe la logique derrière cette position, ici comme ailleurs, les SPU représente le seul service pouvant répondre de façon rapide à une demande d'aide liée à l'état de santé : « If 9-1-1 is the only number that citizens can call for assistance and an ambulance the only thing that EMS can send, is the patient to blame when an ambulance shows up for a minor problem? » (Zachariah, 1999, p.4).

Le profil d'un usager des SPU dépend d'abord et avant tout de l'appelant lui-même, son état de santé et le problème auquel il cherche à remédier : douleur, mobilité, crainte face à la mort, un épisode où sa vie ou son intégrité lui apparaît en danger, etc. Les propos de Shah et al. illustrent bien la situation:

« Elders report using EMS because of immobility, perceived medical needs, or requests by others. Similarly, the presence of acute illness symptoms, older age, and poor social and physical function, rather than health beliefs, predict EMS use among elders. These factors must be considered when managing the demand for EMS services. » (Shah et al., 2003, p.52)

Le profil d'un usager des SPU est aussi en lien avec les problématiques de santé de la population et les services offerts pour répondre à ses besoins (Zachariah, 1999). C'est d'ailleurs sur cette logique de santé publique que l'on s'efforce de déployer les nouveaux programmes cliniques des CSSS du réseau de la santé depuis 2003 (Fleury et al., 2007) et que l'on effectue une révision des curriculums de formation des intervenants en santé (Halter et al., 2011; Kilner, 2004; Martinez, 1998).

Lorsqu'un citoyen fait appel au service d'urgence, l'expérience est en soi éprouvante et génératrice de détresse (Ahl, Nyström, & Jansson, 2006, p.11). La personne en détresse n'est pas celle que l'on désire, c'est celle qui se sent menacée face à son expérience de la maladie, d'où l'importance de comprendre son expérience selon sa propre perspective; c'est en effet notre rôle de la rassurer (Coleman, 2007).

La décision de faire appel aux SPU repose donc toujours sur le diagnostic « profane » de la personne et de son entourage à l'égard de son épisode de maladie ou du traumatisme. Ce diagnostic profane repose sur leur interprétation personnelle des événements (Ahl et al., 2006; Coleman, 2007; Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000, p.108; Shah et al., 2003). C'est ce « perceived medical necessity » qui génère la détresse chez l'individu. Les techniciens ambulanciers paramédics doivent composer avec cette réalité qu'ils le veuillent ou non. Elle peut en affecter la perception du rôle. Bien que que certains intervenants supportent aujourd'hui qu'il reconnaisse que chaque usager vit sa propre détresse, et ce en fonction de ses ressources, cette perspective apparait insuffisamment et inefficacement répandue, voire même encore incomprises par les intervenants, les décideurs, formateurs et gestionnaires.

3.3.3 Réalité versus formation

La perception du rôle est influencée par la formation reçue. Nous constatons actuellement un courant de remise en question provenant du milieu alors qu'on se questionne sur la pertinence de l'approche pédagogique et la philosophie soutenant et mettant en marché la formation des techniciens ambulanciers paramédics. Le constat est que l'approche soutenue en formation initiale et en formation continue amène les techniciens ambulanciers paramédics à être principalement entraînés à prodiguer des soins et à évacuer des personnes dont l'état est instable (Kilner, 2004; Krohmer, 1999; Silvestri et al.). Certains auteurs rapportent comment cette aberration contribue à la perpétuation de mythes (Kilner, 2004). Les contenus des programmes n'ont pas formellement à être basés sur des notions statistiques de santé publique. Cette rigueur intellectuelle serait appropriée, mais nécessite que l'acteur soit lui-même sensibilisé à ces notions (DOH 2000, dans Kilner, 2004).

Il apparaît problématique que de faire la simple promotion de l'urgence. Certains chercheurs du domaine soulignent que l'omission de valoriser les pratiques de reconnaissance de la *stabilité* et d'en valoriser l'importance pour le développement d'un meilleur jugement clinique global est probablement une erreur (Zachariah, 1999). En omettant de préparer les intervenants à reconnaître des états non urgents à risque ou avec une comorbidité élevée et à une prise en charge efficace, on dévalorise possiblement certains aspects majeurs de l'activité professionnelle. Effectivement, nous pensons qu'en dehors du tableau clinique urgent, le rôle clinique à jouer semble perdre de son sens ou est minimisé par les intervenants. Les gestes d'appréciation de la condition, de déplacement de l'utilisateur et l'accompagnement en relation d'aide perdent de leur intérêt et de leur utilité. Cette observation semble trouver écho dans les types de plaintes traitées par les commissaires aux

plaintes ainsi que par certains services d'amélioration de la qualité, dont celui d'Urgences-santé qui seront discutés au chapitre 3 (p.86).

Le « theory practice gap » ou le « reality check » sont les phénomènes ultiment à l'égard de la perception du rôle. Ils sont associés au stress lié à la situation de travail alors que les idéaux, et les valeurs personnelles et la formation à l'égard du rôle détonnent face à la réalité de l'organisation du travail et des besoins des usagers. Ce phénomène est bien documenté dans la littérature infirmière (Chang & Hancock, 2003; Hennington, Janz, & Poston, 2011; Leiter & Maslach, 2009), chez les enseignants (Schwab & Iwanicki, 1982), et trouve écho dans celle des SPU (Kilner, 2004; Snooks et al., 1998). Comme intervenante, maître de stage et enseignante, nous avons observé comment le profil des étudiants et leurs attentes s'orientent vers un intérêt marqué pour les situations stimulantes et extrêmes ainsi que le désir d'aider. L'étudiant qui revient de stage rapporte des commentaires tels que « il ne s'est rien passé de bon » ou « qu'aucun cas n'était digne d'attention » pour ses travaux ». Il en réfère alors à l'absence d'expérience d'intervention urgente ou de situation de vie ou de mort. Il mentionne aussi que sa formation ne l'avait pas préparé à ce qu'il a expérimenté. Ce n'est pas sans rappeler les travaux de Palmer (1983) décrivant la personnalité des techniciens ambulanciers paramédics dans son article ethnographique « Trauma Junkie and Street Work » qui s'intéresse surtout à l'extrême, à l'action.

En anglais, l'expression générique désignée pour définir la pratique du technicien ambulancier paramédic est « All About Lights and Sirens! » (Mulholland et al., 2009). Il s'agit d'une définition de la pratique basée sur les exceptions et les extrêmes de celle-ci plus que sur le contexte réel du travail. Ici, c'est l'urgence qui marque l'identité des services offerts, l'activité

professionnelle du technicien ambulancier paramédic plus que leur réalité préhospitalière.

Nous constatons provisoirement comment ces différents éléments entre en conflit avec à la réalité non urgente des interventions. Cela pourrait contribuer à alimenter un conflit à l'égard du rôle.

3.4 Les attitudes et les comportements du technicien ambulancier paramédic à l'égard des usagers et du travail

Selon le Grand Robert de langue française (Rey, 2012), l'attitude réfère à la disposition, l'état d'esprit consiste en une manière d'être, un ensemble de jugements et de tendances qui poussent à certains comportements. Les attitudes reliées au travail ou celles dites « organisationnelles » sont donc des dispositions de l'esprit à l'égard du travail ou de son organisation. Les connaissances qui sont présentées dans les prochaines sections font état des connaissances à l'égard des attitudes et des comportements dans l'expérience du travail, celle plus particulièrement dans celui du technicien ambulancier. Cette recension des écrits ayant mené à des lectures de travaux liés à la psychosociologie du travail, le stress et les attitudes y sont présentés comme fortement liés. Le stress est une réponse de l'organisme à une agression ou une émotion (Rey, 2012). Une des sections qui suit se rapporte ceux qui touche concernent la situation de travail du technicien ambulancier paramédic. Le chapitre sera conclu avec une recension des écrits sur les différentes relations entre les attitudes, l'expérience du stress et de l'épuisement professionnel, le professionnalisme et la qualité des soins.

3.4.1. Origines des attitudes et comportements organisationnels

Dans leur article « Organizational behavior : Affect in the Workplace », Brief et Weiss (2002) commentent une revue de la littérature des 80 dernières années sur les sentiments des travailleurs, comment les organisations les affectent et comment à leur tour ils affectent les organisations. Ils démontrent comment il est maintenant accepté que: « The organizations in which people work affect their thoughts, feelings, and actions in the workplace and away from it. » (Brief et Weiss; 2002 p.1).

Dans le contexte qui nous intéresse, ils recensent plusieurs facteurs qui influencent effectivement l'expérience affective liée au milieu de travail et qui, à son tour, influence les attitudes et les comportements à l'égard du travail ou les comportements dans le travail. Parmi ceux-ci, il y a les événements critiques, le type de leaders présents dans les groupes, la situation de travail, l'environnement physique et les récompenses valorisées par l'employeur.

Il est connu que les traits personnels et les événements non reliés au travail tels que la vie maritale ou familiale ont une part d'effet sur l'affect relié au milieu de travail et les mécanismes d'adaptation qui y sont associés. Encore plus, suite aux travaux de Georges (1990) sur l'affectivité au sein d'un même groupe de travailleurs, les caractéristiques personnelles et les affects tendent à être homogènes, c'est-à-dire qu'un processus d'attraction-sélection-attribution entraîne une homogénéité des caractéristiques personnelles que partage le groupe et aussi une homogénéité de réponses affectives ainsi que les attitudes et les comportements similaires (« group affective tone »).

Toutefois, plusieurs autres facteurs non reliés à la personnalité entraînent aussi un groupe de travailleurs à adopter un même affect, attitude ou

comportement : l'expérience de socialisation et les influences sociales (Hackman 1992 dans Brief et Weiss 2002); l'expérience de tâches similaires et de l'interdépendance (Gallupe et al. 1991; Heath et Jourden 1997 dans Brief & Weiss, 2002); la stabilité des membres du groupe et les règles et normes entourant la régulation des émotions (Sutton, 1991,dans Brief & Weiss, 2002) et la contagion émotionnelle (Pugh, 2001, dans Brief & Weiss, 2002). Le groupe de travailleurs que représentent les techniciens ambulanciers paramédics est d'ailleurs reconnu comme possédant sa propre culture (Palmer, 1983, Tangherlini, 2000).

Brief et Weiss soulignent que les affects négatifs ont été observés comme provenant entre autres de l'expérience de répondre simultanément aux demandes de différents rôles (« multiple role juggling ») tout en observant une atténuation de l'affect négatif avec le temps (Williams, 1991, dans Brief et Weiss, 2002). Chez les policiers (Hart et al., 1995, dans Brief et Weiss), les expériences les plus négatives se rapportaient à l'organisation plus qu'aux opérations, soit de faire affaire avec le supérieur ou l'administration plutôt qu'avec les patients ou le danger. Chez les infirmières, le rôle auprès des patients sidatique était une expérience négative, mais le support de social et de l'organisation l'atténuait (George et al., 1993, dans Brief et Weiss, 2002).

Conséquemment, il est possible de comprendre que le technicien ambulancier paramédic exprime possiblement des attitudes négatives dans l'expérience du travail. Encore plus, que l'expression de certaines attitudes négatives soit partagée par l'ensemble de la communauté dans l'expérience des mêmes situations de travail. Les déterminants mêmes des émotions négatives n'ont que peu ou pas été investiguées dans la science, c'est pour l'instant dans le domaine de l'étude du stress relié au travail que les affects négatifs sont le plus souvent regardés et considérés en tant que réponse à celui-ci (Brief et Weiss, 2002). La littérature concernant le technicien

ambulancier à cet égard est riche, la section qui suit en présente les points saillants.

3.4.2. Stress et caractéristiques liés au travail

Brief et Weiss (2002) soulignent que l'environnement de travail et les caractéristiques mêmes du travail influencent les sentiments, attitudes et comportements. Cette réalité semble au cœur de la définition de l'activité professionnelle du technicien ambulancier paramédic. En voici le détail et les aspects trouvés dans la littérature qui s'avèrent aussi toucher les attitudes négatives telles que le cynisme et le désengagement.

Plusieurs travaux tant gouvernementaux (Ministère de l'Éducation, 2005, 2006b) que scientifiques (Cydulka, Emerman, Shade, & Kubincanek, 1997; Donnelly & Siebert, 2008; Johnson et al., 2005; Mahony, 2001; Mulholland et al., 2009; Revicki & Gershon, 1996; Revicki, Whitley, Landis, & Allison, 1988; Sterud et al., 2006; Young & Cooper, 1997) ont établi les différentes caractéristiques qui définissent l'activité professionnelle des techniciens ambulanciers paramédics. Elles sont liées à la nature de la mission, à l'environnement physique dans lequel elle est pratiquée (milieu préhospitalier) et à la nature du service rendu. À remarquer, elles représentent, pour une majorité, des sources de stress critiques, malgré leur faible prévalence, et des sources de stress modérées et chroniques (Donnelly 2012; Donnelly, 2009; Regehr & Millar, 2007).

En compilant les données de la littérature, nous constatons que toutes ces caractéristiques liées à la situation de travail se retrouvent significativement associées au risque de développer un problème de stress en milieu de travail, de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et d'épuisement professionnel (voir tableau VII, p.74). Ces différents phénomènes contribuent à l'adoption d'attitudes négatives à l'égard du travail. Ils sont explicitement

documentés en recherche sur la santé en milieu de travail, en gestion des ressources humaines et en psychologie du travail. Ils ont des conséquences sur la gestion des organisations en matière de coûts et de ressources humaines (Marin et al., 2011; Maslach & Jackson, 1982; Nirel, Goldwag, Feigenberg, Abadi, & Halpern, 2008).

Tableau VII
Les caractéristiques de l'activité professionnelle de technicien ambulancier paramédic et ses facteurs de stress probants liés au travail.

Caractéristiques	Auteurs
Facteurs hautement liés à l'épuisement professionnel (1,2, et 3):	20 % et 30 % des intervenants touchés dans deux études, peu de données disponibles, prévalence peu étudiée (Donnelly & Siebert, 2008, Sterud et al., 2006, Sterud et al., 2008)
1. Emploi hautement exigeant	(Nirel et al., 2008, Sterud et al., 2006)
Surcharge de travail	(Mahony, 2001, Ministère de l'Éducation, 2006b, Nirel et al., 2008, Sterud et al., 2008)
Exigeant physiquement Levée de charges lourdes Réalisation du travail dans des conditions difficiles Travail en position penchée ou en torsion	(Ministère de l'Éducation, 2006b, Sterud et al., 2006, Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
2. En milieu de la santé « healthcare settings » et 3. Service aux personnes « human service » :	(Breaux, Meurs, Zellars, & Perrewé, 2008, Dollard et al., 2003, Maslach & Jackson, 1982)
Demande émotionnelle	(Nirel et al., 2008, Sterud et al., 2008, Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
Ne pas pouvoir donner son opinion aux usagers ou à ses proches	(Sterud et al., 2008)
Clientèles avec besoins lourds (gériatrie, santé mentale et problèmes psychosociaux)	(Ministère de l'Éducation, 2006b)
Frustration en raison de la perception d'abus de la clientèle	(Mahony, 2001)
Constance des plaintes de la clientèle (fondées ou non)	(Mahony, 2001)

Caractéristiques	Auteurs
Caractéristiques spécifiques au contexte des services préhospitaliers d'urgence :	
Responsabilité médicale	(Ministère de l'Éducation, 2006b, Nirel et al., 2008, Sterud et al., 2008)
Tâches opérationnelles critiques	(Sterud et al., 2008)
Incertitude face aux événements qui seront rencontrés lors des interventions	(Nirel et al., 2008, Sterud et al., 2008)
Prendre soin d'usagers mourants ou sérieusement blessés	(Nirel et al., 2008, Sterud et al., 2008, Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
Conduite en conditions difficiles	(Sterud et al., 2008)
Fréquence contact avec intervention urgente	(Sterud et al., 2008) Stress critique même en petit nombre
Fréquence contact avec intervention non urgente	(Sterud et al., 2008) Stress chronique, modéré et constant
Fréquence contact/transport avec malades chroniques	(Sterud et al., 2008, Ministère de l'Éducation, 2006b)
Tâches non urgentes reliées à la situation de travail	(Sterud et al., 2008)
Travail à risque pour le syndrome de stress post-traumatique lié à l'expérience des caractéristiques suivantes	
Exposition en tant que témoin ou confronté à un ou des événements qui impliquent la mort ou menace de mort, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui; ou vision d'horreur.	(Mahony, 2001, Nirel et al., 2008, Sterud et al., 2008, Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
Caractéristiques organisationnelles :	
Organisation générale du travail	(Mahony, 2001, Young & Cooper, 1997)
Stress relié au travail d'équipe	(Mahony, 2001, Ministère de

Caractéristiques	Auteurs
	l'Éducation, 2006b, Sterud et al., 2008, Van Der Ploeg & Kleber, 2003, Young & Cooper, 1997)
Réaliser tâche non incluse dans définition de poste	(Sterud et al., 2008)
Affectation à de nouvelles tâches	(Sterud et al., 2008)
Manque d'autonomie/latitude décisionnelle	(Mahony, 2001, Sterud et al., 2008, Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
Manque de participation dans décisions	(Mahony, 2001, Sterud et al., 2008, Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
Problèmes avec gestion des services/Manque de soutien de la part des leaders:	(Mahony, 2001, Sterud et al., 2008)
Manque de reconnaissance à l'égard des réussites	(Mahony, 2001, Sterud et al., 2008,)
Supervision inadéquate	(Mahony, 2001, Sterud et al., 2008, Young & Cooper, 1997)
Soutien du superviseur inadéquat	(Mahony, 2001, Sterud et al., 2008, Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
Communication inadéquate du superviseur	(Mahony, 2001, Sterud et al., 2008)
Emploi sans possibilité d'avancement	(Mahony, 2001)
Autres stress liés au travail non spécifique :	
Encastrement lié au travail (« Job embeddedness »)	(Mahony, 2001)
Manque d'information	(Van Der Ploeg & Kleber, 2003)
Conflit de rôle	(Revicki & Gershon, 1996; Revicki et al., 1988)

De plus, l'activité professionnelle des techniciens ambulanciers paramédics recouvre les trois profils liés au risque de souffrir d'épuisement professionnel : emploi à hautes exigences, « high demands job » (Landsbergis, 1988; Maslach & Jackson, 1982), emploi de type « human services » ou « interpersonally demanding jobs » et celui d'emploi en milieu de la santé « healthcare setting job » (Breux, Meurs, Zellars, & Perrewé, 2008; Dollard, Dormann, Boyd, Winefield, & Winefield, 2003; Maslach & Jackson, 1982). Chacun de ces profils représente une famille de facteurs de risque particuliers pour le travailleur. Le risque en cours de carrière d'y développer un épuisement professionnel y est réel. Étonnamment, malgré ses conséquences graves et sa prévalence estimée à plus de 20 % contre 7 à 8 % dans la population générale, une faible proportion de travaux de recherche en concernant la mesure et la prise en charge dans les SMU (Grigsby & Mc Knew, 1988; Sterud et al., 2006). Donnelly et Siebert (2008) montrent que la majorité des ressources et des efforts vont à la recherche sur le SSPT dont la prévalence est calculée à 20 % dans la population des techniciens ambulanciers paramédics (Bennett, Williams, Page, Hood, & Woollard, 2004; Clohessy & Ehlers, 1999).

3.4.2.1 Type de stress

Cette section présente différents éléments de la connaissance se rapportant à l'expérience générale du stress critique et du stress modéré ainsi que plus spécifiquement chez le technicien ambulancier paramédic. Voici d'abord une définition de ces deux concepts.

Pour qu'un stress soit ressenti, la personne doit percevoir une situation vécue comme nouvelle, ou imprévisible, ou sur laquelle elle croit ne pas avoir de contrôle ou correspondre à une menace sociale. Il existe des stress qui sont dit absolus, ou critiques, et d'autres relatifs, ou modérés. Les stress relatifs, se distinguent des stress absolus de par le type de stimuli nécessaire pour

les induire et par la réponse de la personne pour s'y adapter (Lupien, Maheu, Tu, Fiocco, & Schramek, 2007). Un stress critique est lié à l'expérience d'un événement menaçant immédiatement la survie ou le bien-être. L'individu qui fait face à un événement critique aura une réponse physiologique automatique pour qu'il parvienne à se protéger. Il entraîne une réponse similaires chez pratiquement tous les être humains. Le technicien ambulancier paramédic qui se voit impliqué dans un accident de la route vivra un stress critique.

D'autre part, le stress relatif correspond à des situations qui provoqueront une réponse physiologique seulement chez certaines personnes (Lupien, Maheu, Tu, Fiocco, & Schramek, 2007). L'intensité de la réponse variera aussi d'un individu à l'autre. L'interprétation cognitive de la situation est ici préalable au déclenchement d'une réponse au stress. C'est-à-dire que l'individu doit traiter l'information sur la situation et tirer une conclusion sur la nécessité de s'y adapter alors que le danger pour la vie ou le bien-être n'y est pas explicite. Le bris d'un équipement nécessaire à une intervention urgente n'occasionnera pas la même réponse de stress chez un technicien ambulancier paramédic que celui nécessaire à une intervention non urgente. Ces mêmes situations entraîneront probablement une réponse d'intensité différente chez un plus jeune travailleur que chez un plus vieux.

Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Ebbinghaus (2002) sont des auteurs qui s'intéressent spécifiquement à l'effet du stress en milieu de travail. Ils présentent la notion de «conséquence à court terme des tensions liées au travail», « short-term consequence of work strain », comme pouvant contribuer à l'épuisement professionnel. La tension est aussi synonyme de facteur de stress. Différentes types de tensions ont été regardées dont la monotonie, la satiété, la fatigue mentale et les «sensations» de stress associées à la perception d'un conflit ou aux frustrations relatives aux buts personnels ou à

ses conséquences répulsives. Leurs premières mesures réalisées en 2002 indiquent comment l'ajustement répété à chacune de ses tensions à court terme sera différemment associé au développement l'épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel est un phénomène relié aux facteurs organisationnels et à la situation de travail (Daloz et Bénnonny, 2005, 2007). De façon erronée, il est le plus souvent associé aux caractéristiques individuelles. Effectivement que les caractéristiques individuelles en modifieront l'expérience, il se développe sous les contraintes, facteurs de stress spécifiques à la situation de travail. L'expérience de stress modérés et chroniques tels que le conflit de rôle contribue à son développement. Alors qu'il est reconnu que les situations extrêmes entraînant un fort sentiment d'horreur, d'impuissance ou de menace pour la vie rencontrée que peut rencontrer un technicien ambulancier paramédic mènent vers le SSPT, que les événements critiques et les interventions urgentes épuisent physiquement les intervenants, la contribution des stress modérés et chroniques et l'expérience de l'épuisement professionnel restent peu documentés (Pearlin, 1989). Lorsqu'ils le sont, les études portaient alors sur des stress critiques et extrêmes. Voici quelques-unes de leurs conclusions.

Une récente étude canadienne ayant mesuré le lien entre le SSPT, l'épuisement professionnel et le rétablissement suite à l'expérience d'un événement critique concluait que l'épuisement professionnel était faiblement associé à l'expérience d'un événement critique. Cette observation est conséquente avec la littérature énonçant que l'épuisement survient plutôt en présence de facteurs de stress chroniques en milieu de travail (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2011). De plus, le lien possible entre l'épuisement professionnel et le conflit de rôle, un stress organisationnel

probant, est une perception corroborée par des chercheurs s'intéressant aux techniciens ambulanciers paramédics (Hering & Beerlage, 2004).

En contrepartie, les auteurs ayant expressément étudié les problématiques d'attitudes négatives liées au contact de stress aigus chez le technicien ambulancier paramédic, soulignent que la fréquence et la chronicité de contact avec des facteurs de stress « chroniques » et des facteurs de stress organisationnels contribuent aussi à l'épuisement et au maintien des attitudes problématiques (Donnelly, 2012; Donnelly & Siebert, 2008; Johnson et al., 2005; Mahony, 2001; Regehr & Millar, 2007; Sterud et al., 2008; Van Der Ploeg & Kleber, 2003, Pearlin, 1989). Parmi ces stress modérés chroniques, il y a la mobilisation répétée du technicien ambulancier paramédic auprès d'usagers stables, les situations de dévalorisation professionnelle et le manque d'information. Ces facteurs de stress sont moins frappants, moins fascinants, plus insidieux. Peut-être est-ce pourquoi ils ne mobilisent ni les décideurs ni les chercheurs. Les études consultées spécifient que ces résultats ne sont pas significatifs à ce point de la recherche, qu'il serait important d'approfondir la question étant donné que les objectifs de recherche ne visaient pas explicitement cette réalité et que les valeurs identifiées ne sont pas négligeables.

Nous n'avons pas explicitement retrouvé de conclusions sur les manifestations de cynisme ou de désengagement en fonction d'un type spécifique de stress organisationnel dans la littérature scientifique préhospitalière. Toutefois, il est possible de constater que le technicien ambulancier paramédic développe un ensemble de mécanismes de défense pour réussir la poursuite d'un travail exigeant psychologiquement et physiquement. Ces mécanismes peuvent être ou non efficaces, mais en l'absence de ressources suffisantes et, ou, face à la constante expérience des exigences élevées liées à ce travail, c'est l'épuisement professionnel

qui survient chez plusieurs travailleurs (Bakker et Demerouti, 2007, Cydulka et al., 1989, Hammer, Mathews, Lyons & Johnson, 1986, Linton, Komor & Webb, 1993, Miller, 1995, Mitchell, 1984, Palmer, 1983).

3.4.2.2 Stress et stratégies d'adaptation

Chez le technicien ambulancier paramédic, l'humour, le conte (« *storytelling* »), l'utilisation d'un langage alternatif, la rationalisation scientifique²⁷ ou l'investissement dans le travail sont des stratégies d'adaptation constructives pour permettre une forme de transfert devant la souffrance humaine au quotidien (Palmer, 1983a; Tangherlini, 2000). D'autres formes de mécanismes sont plus difficiles à concevoir comme un exutoire efficace et approprié au contexte de travail, parmi celles-ci, le cynisme et le désengagement, l'agression sous toutes ses formes, en particulier celle de l'utilisateur. Pour la population générale des intervenants de la santé, on a étudié que la dépersonnalisation et le cynisme mènent à l'adoption d'attitude négative à l'égard de la clientèle, au sentiment d'être abusé par celle-ci, ainsi qu'à un sentiment d'impuissance (Daloz & Bénony, 2005; Maslach et al., 2001). Ce sont des mécanismes contre-productifs (source d'absentéisme/présentéisme) et contre-performants (diminution de la qualité et de l'efficacité des pratiques) qui peuvent conduire à des plaintes de la clientèle. Quelques chercheurs ont spécifiquement identifié la présence de telles manifestations chez le technicien ambulancier paramédic. (Cydulka et al., 1989; Hammer, Mathews, Lyons, & Johnson, 1986; Palmer, 1983a, 1983b).

Il faut préciser que la démonstration de cynisme dans certaines situations particulières, tel qu'entre collègues à l'abri des regards, a été rapportée

²⁷ Explication des expériences vécues par des connaissances scientifiques ou logiques, coupées de l'expérience affective

comme une stratégie d'adaptation très efficace pour composer avec l'horreur et la souffrance (Tangherlini, 1998). Elle favorise l'appartenance au groupe et peut générer une forme de support du groupe.

Autrement, plusieurs travaux rapportent des observations liées aux attitudes des techniciens ambulanciers paramédics et qui s'apparentent à des manifestations de cynisme, de dépersonnalisation ou de désengagement. Ces différentes observations concernent le rôle joué auprès des clientèles gériatriques ou présentant des problématiques liées à la santé mentale, des problèmes psychosociaux ou de fin de vie. Les techniciens ambulanciers paramédics mentionnent se sentir incompétents et inconfortables en présence de ces clientèles, qu'ils ont peu de formation pour les assister efficacement (Peterson et al., 2009; Shah et al., 2008; Smith-Cumberland & Feldman, 2005). D'autres se sentent frustrés face aux exigences de ces clientèles qu'ils jugent abusives de leur service, exprimer des plaintes non fondées, et ils se sentent alors « utilisés » (Mahony, 2001; Palmer, 1983b). D'autres s'ennuient (Snooks et al., 2005).

Sur le plan général des attitudes des travailleurs de la santé, les travaux sur les services de soins de santé de longue durée de Pillemer et Bachman-Prehn et Pillemer et Moore (1991, 1989, 1990, dans Neveu, 2008) démontrent le lien entre les manifestations de l'épuisement professionnel et la diminution de la performance et de la qualité des services. Dans ses travaux théoriques sur la qualité des services et l'expérience de l'épuisement professionnel chez les travailleurs en santé, Neveu (2008) démontre comment le phénomène de la maltraitance des usagers est une conséquence de l'épuisement professionnel chez le personnel de la santé. Il documente comment la recherche en psychosociologie et en administration de la santé n'a pas visé à faire le lien précis entre les attitudes liées à l'épuisement et au stress chez l'intervenant en santé et la qualité des soins. Une autre étude

récente dans le domaine de la médecine rapporte une situation similaire (Brazeau, Schroeder, Rovi, & Boyd, 2010). Ces différents auteurs enjoignent la communauté de la santé à reconnaître la réalité de cette association et la responsabilité des organisations dans la prise en charge de cette problématique.

3.4.3 Les attitudes organisationnelles ou reliées au travail

Dans une autre dimension, en matière d'attitudes organisationnelles ou reliées au travail, ce sont les thèmes de l'attrition du personnel, de la satisfaction à l'égard du travail et de l'expérience du stress qui ont le plus été étudiés chez le technicien ambulancier paramédic. La prévalence des facteurs liés à l'intention de quitter l'emploi et des taux importants d'attrition y sont élevés (Fitch & Griffiths, 2005; Freeman, 2009; Patterson et al., 2010; Patterson, Probst, Leith, Corwin, & Powell, 2005). Le niveau de satisfaction lié à l'emploi est rapporté comme étant faible (Johnson et al., 2005; Sterud et al., 2011; Young & Cooper, 1997). Une étude systématique de 100 différentes professions au Royaume-Uni rapporte que les intervenants préhospitaliers d'urgence détiennent le plus haut niveau d'insatisfaction relié à l'emploi et le plus haut niveau de stress (Johnson et al., 2005).

3.4.4 Les attitudes professionnelles

En matière d'attitude des intervenants de la santé, il existe une exigence collective à l'attention des travailleurs en santé, c'est que leur attitude soit professionnelle. Les résultats de l'étude sur les attributs désirables chez le personnel ambulancier de Kilner (2004) font ressortir cette même exigence. L'organisation des services de santé s'articule autour de l'existence des professions de la santé. Tout un système législatif régit et en définit les pratiques professionnelles tant au point de vue éthique que celui de la

pratique clinique (Code des professions, 2010; Loi médicale, 1973; Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence, 2006). Dans ce cadre, le professionnalisme en santé se rattache à une attitude permettant le soin optimal des usagers tout en leur assurant protection. Il est défini en fonction d'un code de déontologie ou d'éthique propre à un groupe de travailleurs comme stipulé par les auteurs analysant le professionnalisme propre au technicien ambulancier paramédic (Bowles, 2009; Reynolds, 2004; Swick, 2000).

Alors que la situation du technicien ambulancier paramédic évolue vers l'obtention de la reconnaissance de son statut de professionnel de la santé, le milieu médical lui reconnaît déjà plusieurs éléments en commun avec celui-ci : les connaissances et la formation, le lien de confiance particulier avec l'utilisateur, le risque de préjudices à l'utilisateur et le caractère confidentiel des informations échangées (Lefrançois, 2007). Ailleurs dans le monde et au Canada, cette première étape a aussi précédé l'actuelle professionnalisation et continue d'alimenter la réflexion (Bowles, 2009; Desharnais, 2008; O'Meara, 2009; Reynolds, 2004) Il est donc attendu du technicien ambulancier paramédic qu'il présente une attitude digne de professionnalisme. Sur cette base, l'Association professionnelle des paramédics du Québec propose à ses membres un code d'éthique qui pourra servir de base à un futur code de déontologie (Association Professionnelle des Paramédics du Québec, 2003).

3.4.4.1 Liens entre l'attitude des techniciens ambulanciers paramédic et la qualité dans les SPU

L'évaluation de la qualité dans les SPU est encore un phénomène jeune. Quelques travaux font états de la question et discutent de la nécessité de développer des indicateurs de qualité pour toutes les dimensions du travail

des SPU (Mazen J, 2011; O'Meara, 2005; Siriwardena, A. N., Shaw, D., Donohoe, R., Black, S., & Stephenson, J. 2010). On y voit apparaître des indicateurs de qualité liés à l'appréciation du service à la clientèle.

Au Québec, au titre du suivi de la qualité des services de santé dans les SPU, l'entrée en vigueur de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de services de santé et de services sociaux, en 2005, a introduit un changement d'importance : le traitement systématique des plaintes des usagers. L'application de cette loi a permis d'instaurer un cadre structuré pour la révision de plaintes concernant les attitudes des intervenants préhospitaliers d'urgence (Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, 2001). Elle entraîne la révision de plaintes liées à un non-respect a priori des droits des usagers édictés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991). Avant, cette responsabilité incombait informellement aux services ambulanciers et à la direction médicale des agences sans guichet unique pour que la population puisse s'exprimer. Cette situation a pu décourager la population de rapporter les événements indésirables et favoriser un laxisme dans le suivi des plaintes effectivement rapportées.

Dans ce cadre, il nous a été possible de consulter les rapports émis par les commissaires de plusieurs régions du Québec et aussi de discuter avec les commissaires de la région de Montréal-Laval et de la Montérégie (T. Des Groseillers, communication personnelle, 7 avril, 2011, A. Côté, communication personnelle, 11 mars 2011). Parmi les plaintes à l'égard des services ambulanciers, il y a une prévalence de plaintes concernant l'attitude même du technicien ambulancier paramédic. Les thématiques en lien avec des attitudes problématiques concernent le plus souvent les relations interpersonnelles, la qualité/efficacité des services et le respect des droits (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009,

2010; Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2010; Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, 2009; Corporation d'Urgences-santé, 2009b, 2010). Des observations similaires sont rapportées dans les études touchant les plaintes, poursuites ou événements indésirables liés aux pratiques du technicien ambulancier paramédic (Bigham et al., 2008; Dobbie & Cooke, 2008; Fairbanks et al., 2008; Figgis et al., 2010; Vilke et al., 2007).

Toujours dans ce cadre, Urgences-santé et son commissaire aux plaintes ont observé plus spécifiquement que la clientèle est parfois satisfaite des services rendus et de l'attitude des intervenants dans des contextes où la démarche clinique était mauvaise (T. Des Groseillers, communication personnelle, 7 avril, 2011). À l'inverse, l'usager est mécontent de l'attitude de l'intervenant et se sent lésé dans les soins reçus alors que l'intervention était adéquate. Il s'agit d'une observation aussi dénotée par Daloz & Bénony (2005). Des attitudes telles que de minimiser l'état du bénéficiaire, argumenter avec celui-ci ou ses proches, négliger les soins, encourager le refus de transport malgré un état requérant une évaluation médicale, faire preuve de cynisme ou de désengagement, étaient présentes tant chez l'apprenti que chez le travailleur expérimenté.

Il est convenu que ces attitudes sont inadmissibles en contexte de soins préhospitaliers.

Conséquemment, il est important de noter que l'attitude idéalement recherchée par l'organisation en est une qui doit pouvoir satisfaire l'usager. Elle doit donc être courtoise, accessible, et permettre une intervention de qualité et efficace, dans le respect des standards (Corporation d'Urgences-santé, 2009a). Sur le plan de la qualité des services de santé, ces divers éléments recourent les concepts des théories sur la qualité dans les services de santé présentés par Donabedian (2003a). Particulièrement, une attitude

qui minimise l'état d'un usager en affectera probablement l'efficacité, la légitimité des soins et l'acceptabilité. L'efficacité sera affectée alors qu'en sous-estimant l'état, le technicien ambulancier paramédic limitera les possibilités d'appliquer correctement le savoir médical et la technologie dont il dispose pour intervenir sur l'état de santé de l'usager. L'acceptabilité réfère à la conformité aux attentes des usagers et de leurs proches en matière de type de services et de soins à recevoir. La légitimité réfère à la conformité du service rendu avec les préférences sociales quant à la manière de prodiguer les services. La prise en charge inefficace, illégitime et inacceptable ira jusqu'à avoir un effet sur les coûts des soins et des services, touchant l'optimisation des services (coûts vs amélioration des états de santé) et leur efficience (maintenir un coût plus bas pour un même résultat sur la santé). L'usager devra possiblement se représenter à une autre reprise, ou sa prise à en charge sera retardé et sa problématique de santé pourrait se détériorer durant cet intervalle de temps.

Dans le cadre de sa formation continue à laquelle nous prenions part en 2010 et 2011, la Direction nationale québécoise des SPU s'est montrée consciente des problèmes de qualité reliés aux attitudes des intervenants. Elle adresse une demande explicite au technicien ambulancier paramédic et l'encourage à adopter des attitudes favorisant l'administration des soins et le respect de l'usager (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Tout comme dans les manuels de pratiques cliniques et ceux traitant des principes de la communication interpersonnelle, la direction médicale des SPU reconnaît que ces problèmes d'attitudes favorisent le dévoilement de l'usager. Une attitude professionnelle est donc primordiale. Dans un contexte où les décisions cliniques doivent s'appuyer sur les réponses et la coopération de l'usager, une attitude professionnelle permet d'assurer la prestation juste des soins tels que l'administration de médication ou la prise

de signes vitaux. La direction médicale des SPU sollicite l'aide des acteurs du milieu dans sa recherche de solutions.

3.4.4.2 Entre professionnalisme et épuisement

Les bruits de couloir du domaine indiquent que plusieurs acteurs du milieu conçoivent que des attitudes comme les suivantes s'apparentent à des manques de professionnalisme flagrants:

- l'encouragement à refuser les soins, le non transport des équipements de base au chevet du patient;
- ne pas croire aux dires d'un patient;
- minimiser ses symptômes;
- choisir un établissement receveur plus près qu'un autre pour gagner du temps de repos personnel;
- s'adresser de façon brusque à un usager et ses proches.

Est-ce un manque de professionnalisme fondamental qui proviendrait d'individus fondamentalement déviants, narcissiques, antisociaux, de situations pathologiques? Est-ce une détérioration du comportement liée à une réponse d'adaptation aux stress, aux contraintes liés au travail? Plusieurs perspectives sont possibles à adopter pour concevoir et expliquer les problèmes d'attitudes à l'égard des usagers. Il n'y a pas que le manque de volonté de l'individu ou les facteurs individuels. Il y a aussi la pression des pairs, la norme sociale, la perception de son auto-efficacité, l'épuisement, l'organisation du travail, etc. (Godin 1988; Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008). Pour la situation du technicien ambulancier québécois, nous observons une ressemblance forte avec les attitudes de cynisme et de désengagement illustrant la réponse d'adaptation s'installant chez l'intervenant professionnellement épuisé par les contraintes liées à

l'organisation et la définition de son activité professionnelle. (Cydulka et al., 1997; Cydulka et al., 1989; Daloz & Bénony, 2005; Maslach et al., 2001,).

Le concept de professionnalisme refait souvent surface dans les discussions du milieu de la santé. Certains prétendent qu'un manque de professionnalisme mettra en péril la qualité et la performance des services. C'est un point de vue légitime que nous reconnaissons. Nos recherches ne nous ont toutefois pas permis de trouver une littérature probante mettant en relation le professionnalisme du technicien ambulancier paramédic et la qualité des services. Le professionnalisme est un concept fondamentalement lié à l'éthique, la science de la moralité. Il est tout à fait récent qu'on cherche à en déterminer des mesures observables dans la profession médicale (West, 2012; Taggart, 2011). Dans la littérature, il n'y a pas actuellement de références à des variables, des indicateurs qui permettent une mesure probante du professionnalisme du technicien ambulancier paramédic.

Nous proposons de regarder ces concepts sous un autre angle. Dans un contexte professionnel stressant, bien que le technicien ambulancier paramédic valorise des attitudes et des comportements professionnels, nous pensons qu'il peut ne pas être bien «disposé» pour en manifester. Il s'agit alors d'un facteur de risque à considérer dans le tableau de l'évaluation de la qualité des services de santé. C'est aussi ce que Neveu présente dans son étude « Burnout as a Quality Service Problem » (2008). En conclusion de leur étude sur l'épuisement professionnel et la maltraitance dans la relation soignante, Daloz et Bénony suggèrent cette même vision de la relation :

« Le burnout questionne par ses conséquences et suggère un continuum avec une pratique correcte, déontologique. Il convient dès lors d'être attentif à ces dérives, plus que jamais, selon une attitude compréhensive permettant son évocation, et sans présumer d'une conséquence linéaire de facteurs (institutionnels, de travail...). » (Daloz & Bénony, 2005, p.159).

À la lumière de cette recension des écrits, la pratique du technicien ambulancier paramédic telle qu'elle est définie légalement, cliniquement, ainsi que dans le contexte des programmes de formation apparaît ne pas être en phase avec la réalité de la pratique effectivement menée sur le terrain. Dans ce contexte, il semble que le technicien ambulancier paramédic se forme une conception particulière de sa pratique. Son expérience des interventions urgentes et non urgentes l'obligent à réagir et à s'adapter pour mener à bien ce qu'il lui apparaît important à faire.

La détresse de sa clientèle peut être à la fois associée à des interventions urgentes pour lesquelles il est bien formé, et à la fois à des interventions non urgentes où sa pratique est moins bien délimitée, sinon pas. Cet état des choses semble contribuer à en faire une activité professionnelle encore plus stressante. La littérature consultée dénotent comment les stress modérés et chronique reliés à l'aspect non urgent du travail ont peu été détaillés et comment on en connaît peu sur leurs impacts sur l'intervenant. Ils sont toutefois bien réels et peuvent modifier les attitudes et les comportements. Dans ce contexte, le technicien ambulancier paramédic est d'autant plus à risque de s'épuiser.

Dans cette profession de la santé, c'est un enjeu de taille. Il semble que la communauté internationale doit composer avec certains comportements ou attitudes qui soit possible une menace pour la sécurité des patients ou la qualité des services de santé offerts. La littérature reste bien peu élaborée sur la relation entre les attitudes et comportements du technicien

ambulancier, l'épuisement professionnel et la qualité des services. Elle l'est encore moins sur la nature du lien entre l'expérience d'un conflit de rôle dans cette relation.

L'exploration de la perception du rôle et de l'existence possible d'un conflit de rôle, et celle d'une relation possible avec des manifestations de cynisme et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédic revêt donc une importance certaine. Il est possible que le conflit de rôle soit un facteur de stress déterminant dans l'adoption d'attitudes inappropriées reliées à l'épuisement professionnel. L'épuisement professionnel regardé sous cet angle pourrait aussi donner des pistes pour mieux comprendre son impact sur la qualité des services offerts. Le prochain chapitre présente le cadre théorique retenu pour étudier ce phénomène et en analyser les tenants et les aboutissants.

Chapitre 4 : Cadre théorique

Ce chapitre présente le modèle conceptuel qui a été adapté pour explorer la réalité des interventions non urgentes et son influence sur la perception du rôle et les manifestations de cynisme et de désengagement du technicien ambulancier paramédic. On y retrouve la définition des différentes variables et on y commente la dynamique possible entre celles-ci. Particulièrement, notre modèle situe le conflit de rôle vécu par le technicien ambulancier paramédic comme étant un facteur de stress lié au travail qui favorise l'apparition de l'épuisement professionnel (Lee & Ashforth, 1996; Revicki & Gershon, 1996; Revicki, Whitley, Landis, & Allison, 1988; Rizzo et al., 1970). D'autre part, il situe l'épuisement professionnel comme étant un facteur pouvant influencer la qualité des services offerts par le technicien ambulancier paramédic.

Donc, la base de notre modèle s'appuie sur la théorie du « The Job Demands-Resources Model of Burnout » (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti, 2001; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Ebbinghaus, 2002; Schaufeli et al., 2009). Cette théorie explique que la rupture de l'équilibre entre les contraintes et les ressources d'une situation de travail donnée est la cause du développement de l'épuisement professionnel. Les contraintes correspondent à différents facteurs de stress. Les ressources sont tous éléments permettant au travailleur de mieux s'ajuster à sa réalité. Cette théorie permet de donner le sens général des relations entre les variables dans notre modèle. Il permet aussi d'introduire la notion d'attitudes négatives en incluant les attitudes de cynisme et de désengagement du technicien ambulancier comme étant liée à l'épuisement professionnel.

Le « Job Demands-Resources Model of Burnout » a été testé à plusieurs reprises dans des contextes d'emploi à hautes exigences comprenant aussi

comme contrainte le conflit de rôle tels que ceux d'enseignant et celui de travailleur social. Il s'est révélé probant pour expliquer la dynamique du développement de l'épuisement professionnel (Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti, 2001; Schaufeli et al., 2009). Ce modèle possède une particularité intéressante dans le contexte de cette étude. Il tient compte de la spécificité des facteurs de stress d'un un contexte de travail donné. Chaque activité professionnelle comprend son propre assortiment de stress et de ressources qui rend le travailleur plus ou moins à risque de développer un épuisement professionnel. Dans la situation qui nous intéresse, l'expérience de la réalité des interventions non urgentes serait associée à l'expérience du conflit de rôle comme une contrainte liée à la situation travail de technicien ambulancier paramédic. Finalement, les auteurs encouragent les chercheurs à tester ce modèle avec tous le plus de secteurs d'activités professionnelles différents.

La théorie des dynamiques du rôle de Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964) est la deuxième théorie sur laquelle est construit le modèle conceptuel. Il propose différents facteurs de stress comme étant spécifiquement liés au rôle joué dans une situation de travail donnée. Il introduit la contrainte du conflit de rôle. Le conflit de rôle émane en partie de l'écart entre la perception du rôle du travailleur, la définition du rôle dont son organisation s'attend de lui à jouer et le rôle effectivement joué.

Finalement, le modèle présente le lien entre l'épuisement professionnel et les attitudes négatives qui y sont associées comme ayant une influence sur la qualité des services de santé offerts par le technicien ambulancier paramédic. Cet aspect du modèle repose sur la théorie des sept piliers de la qualité des soins de santé de Donabedian (2003b).

Nous définissons maintenant plus spécifiquement chacune des variables au modèle.

Voici les définitions des variables du rôle, de la perception du rôle et celle du conflit de rôle tel que présentées dans la théorie des dynamiques du rôle de Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964).

Dans une situation de travail donnée au sein d'une organisation donnée, le travailleur doit effectuer un ensemble d'activités visant la production d'un bien ou la prestation d'un service. Ces différentes activités l'entraînent à privilégier l'adoption de certains comportements pour y arriver. Dans ce cadre, le rôle consiste alors en un ensemble d'attentes à l'égard des attitudes et des comportements auxquels doit répondre le travailleur pour satisfaire son organisation. Il s'agit du « sent role ». Ces attentes sont internalisées par le processus de socialisation qui commencent dans la formation initiale, se poursuit dans les premières expériences de travail ainsi que tout au courant de la vie du travailleur. Le travailleur, quiconque qu'il soit, agit entre autre à partir de cette représentation psychologique internalisée de son travail. Elle lui sert de guide sur la qualité de la performance à rendre.

Les différentes attentes à l'égard du travailleur proviennent des différentes figures de l'organisation avec qui il interagit dans la réalisation de son travail (« role sender ») ou desquelles il reçoit des informations à l'égard de son rôle (voir figure 4, p.105, bulle liée au rôle). Une figure peut-être toute personne ou groupe de personnes, ou message porté au travailleur, dont les demandes feront pression sur lui afin qu'il modifie ou adapte son comportement pour réaliser son travail. L'ensemble de ces figures est appelé « role set » (voir figure 4, p.105, bulle liée au rôle).

Dans l'analyse des données, nous traduirons le concept de « sent rôle » par « rôle attendu » pour les dimensions des attentes provenant des figures de l'organisation des SPU et « rôle joué » pour celles provenant de toutes personnes reliées aux situations réelles, principalement les usagers. Dans le

modèle conceptuel, le terme rôle inclut le rôle attendu et le rôle joué (figure 4, p.105)

Ces figures sont les deux différents principaux « role senders » du « role set » du technicien ambulancier paramédic. La troisième figure d'importance est en fait lui-même; c'est-à-dire que les attentes à l'égard du rôle à jouer dans le cadre du travail sont particulièrement celles que le travailleur se forge lui-même (« self-sender »).

Autrement, le nombre de figures au « role set » du technicien ambulancier paramédic est au total bien plus grand. Voici la liste de la plupart des différentes figures que nous pouvons déterminer comme appartenant au « role set ». Certaines d'entre elles correspondent à des situations imposant leurs propres exigences à l'égard du technicien ambulancier paramédic.

Figures du groupe de l'organisation des SPU :

- Son cadre de pratique clinique et légale;
- Sa formation initiale et sa formation continue;
- Les caractéristiques de son environnement de travail;
- Les demandes de la direction médicale sous la forme principale des protocoles d'intervention clinique;
- Les directives médicales émises sous la forme de notes écrites, vidéos, conférences, contenu de site web, de directives téléphonique ou radio dans l'exercice du travail;
- Les attentes des employeurs des services ambulanciers au regard des opérations et de l'administration des services dans le cadre des

ententes de services conclues (déploiement des ressources sur le territoire, heure de repas, procédures de nettoyage, .etc.);

- Le code d'éthique de l'association professionnelle des paramédics du Québec, bien qu'il ne fasse pas office de code déontologique celui des services ambulanciers^{28, 29};

Les figures et attentes liées aux groupes des usagers :

- Les demandes des usagers qui peuvent être ou non arrimées avec leurs réels besoins de santé;
- Les états de santé des usagers à considérer lorsqu'ils ne figurent pas dans les standards à identifier commandent leurs propres exigences;
- Les demandes des tierces personnes, proches, témoins, autres intervenants de la santé et de la sécurité publique, le personnel des établissements de santé;
- Le partenaire de travail, une figure d'importance ayant ses attentes à l'égard du travailleur;

L'organisation telle que définie par Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964) est donc constituée d'un système social ouvert qui dépasse le concept de la seule «organisation» qui emploie le travailleur, de son lieu physique ou de son entité légale. L'organisation est constituée de l'ensemble des

²⁸ Au moment d'écrire ce mémoire, les moyens de diffusion du code d'éthique de l'association professionnelle restent associés à une adhésion volontaire. Leur taux d'adhésion ne nous est pas connu.

²⁹ Au moment d'écrire ce mémoire, nous ne détenons pas les informations sur l'utilisation et la diffusion des codes d'éthique des services ambulanciers auprès des techniciens ambulanciers paramédics.

personnes, du matériel et d'énergies mis à contribution, des transformations qui s'opèrent et de la résultante d'une offre de services particuliers.

Pour comprendre les dynamiques du rôle qui mènent au conflit de rôle, il est important de mentionner que Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964) partent d'une prémisse qu'il existe une organisation «objective» au sein de laquelle évolue un travailleur et une organisation «psychologique» au sein de laquelle il pense évoluer. Selon les opportunités offertes au travailleur et selon ses capacités, sa propre conception de l'organisation peut coïncider ou non avec la réalité. C'est à partir de cette perception de l'organisation que le travailleur forge sa propre idée de son rôle. Il peut donc y avoir une distorsion entre la définition d'un rôle que l'on croit émis à l'attention d'un travailleur (« sent role ») et la définition du rôle qu'il s'en fait (« received role »). Ultiment, la représentation du rôle perçu en sera aussi affectée. Dans le contexte de cette étude, cela pourrait impliquer qu'un technicien ambulancier paramédic à qui l'organisation des services préhospitalier d'urgence émet la directive de reconnaître des signes et symptômes chez la personne en détresse, interprète différemment le sens à donner au concept d'organisation « des services préhospitaliers d'urgence », à celui de « reconnaître les signes et symptômes » et celui de « personne en détresse ».

Le rôle possède une dernière dimension. C'est-à-dire qu'il y a « sent role », et le rôle reçu et s'ajoute à ceux-ci le « perceived role », le rôle perçu. Le rôle perçu est une représentation du rôle qui amalgame toutes les attentes que le travailleur croit effectivement nécessaire, importante ou justifié de devoir rencontrer pour atteindre ses objectifs (figure 4, p.105). Le technicien ambulancier paramédic peut donc percevoir son rôle différemment de celui attendu et reçu de ses superviseurs, des directeurs médicaux et des usagers. Cette étude cherche explore explicitement la perception du rôle chez le

technicien ambulancier paramédic québécois. Elle examine s'il est congruent ou non avec les autres.

Finalement, la théorie des dynamiques du rôle démontre comment un ensemble de pressions provenant des différentes figures de l'organisation s'exercent sur le travailleur afin que ses comportements soient conformes aux attentes liées à son rôle. C'est le concept des « role pressures », les pressions liées au rôle. Elles peuvent être formelles ou informelles, légitimes ou non, être combinées. Elles peuvent ne jamais rencontrer la définition que chacun a de la tâche. Elles représentent n'importe quelles exigences ou demandes communiquées à l'attention du travailleur. Ces différentes pressions génèrent un mouvement de forces internes chez le travailleur qui le motive ou le stresse (« roles forces »).

La motivation provenant du « role pressure » existe lorsque le rôle est clairement défini et perçu (Kahn et al., 1964; Rizzo et al., 1970). C'est le concept de la clarté du rôle. Les employés possédant une haute clarté de rôle possèdent une compréhension plus claire des exigences du « role set », peuvent mieux s'y engager et éprouvent moins de stress (Bray & Brawley, 2002; Lang, Thomas, Bliese, & Adler, 2007). La clarté de rôle est une ressource dans l'équilibre « ressources-contraintes » lié au travail. La composition du rôle peut être en elle-même une source forte de motivation intrinsèque pour le travailleur. La clarté du rôle contribue à atténuer l'effet de hautes exigences reliées à un emploi en favorisant des attitudes liées au travail proactives (Bakker, Hakanen, Demerouti, & Xanthopoulou, 2007; Schaufeli, Salanova, González-romá, & Bakker, 2002; Xanthopoulou et al., 2007).

Encore plus, dans le contexte de l'activité professionnelle de soignant, il a été démontré que les contraintes sont les déterminants les plus forts de l'épuisement professionnel. La préoccupation première d'un employeur

devrait alors être d'en prévenir des niveaux accablants. Si cela est impossible ou limité, il deviendrait alors important de fournir suffisamment de ressources au travailleur pour en contrebalancer les effets. Toutefois, peu d'études ont portées sur l'évaluation de l'effet préventif de la disponibilité de ressources sur l'épuisement professionnel en dans ces mêmes contextes (Xanthopoulou et al., 2007).

Lorsque le travailleur a une perception conflictuelle de son rôle, ce conflit agit comme une contrainte, ou un facteur de stress, lié au travail (Kahn et al., 1964). C'est le conflit de rôle (« role conflict ») (figure 4, p.105). Il survient au moment où un écart existe entre la perception du rôle et le rôle attendu et celui effectivement joué dans le cadre du travail. Le concept du conflit de rôle est un facteur de stress lié au travail ayant déjà été rapporté chez le technicien ambulancier paramédic et mesuré selon une échelle quantitative classique (Revicki & Gershon, 1996; Revicki, Whitley, Landis, & Allison, 1988, Rizzo et al., 1970) sans y avoir été spécifiquement définie en terme qualitatif. Il n'est donc pas possible de savoir quels aspects de la tâche étaient particulièrement conflictuels.

Finalement, le conflit de rôle est une contrainte contribuant au développement de l'épuisement professionnel (Alarcon, 2011; Lee & Ashforth, 1996). Il peut s'avérer une source de stress importante et peut être insurmontable en fonction de la définition de tâches et de ses cibles. Kahn et al. (1964) et Rizzo et al. (1970) font état de cinq dimensions dans le conflit de rôles :

1. L'écart entre les standards internes ou les valeurs personnelles et le rôle perçu (« person role conflict »)

2. Un conflit entre le temps, les ressources et les capacités de la personne de référence et la définition des comportements liés à l'activité professionnelle (« work overload conflict »);

3 et 4. Des attentes et des exigences organisationnelles conflictuelles prenant la forme de directives incompatibles, de demandes contradictoires et de standards d'évaluation incompatibles provenant d'une même figure ou de deux figures distinctes, dont le travailleur lui-même (« intra-sender » ou « inter-sender role conflict »);

5. Un conflit entre plusieurs rôles joués par l'individu et qui s'avèrent incompatibles, différents ou qui nécessitent un changement de comportement en fonction de la situation (« inter role conflict ») (par exemple le conflit travail-famille).

Le concept de conflit de rôle diffère de celui d'ambiguïté de rôle (« role ambiguity ») qui concerne plutôt la perception que le travailleur a des méthodes de travail, de la planification de celui-ci et des critères de performance nécessaires pour effectuer adéquatement son travail (Kahn et al., 1964). Les perceptions du travailleur à l'égard de leur rôle traditionnel urgent ne nous semblent pas ambiguës et si elles l'étaient, nous ne nous intéressons pas à ce phénomène dans cette étude.

Le prochain groupe de concepts figurant au modèle représente une conséquence possible de l'expérience du conflit de rôle. C'est l'épuisement professionnel se manifestant par des attitudes de cynisme et ou de désengagement.

Selon le modèle de l'épuisement professionnel de Bakker et Démérouti (2007), l'épuisement professionnel est un phénomène qui survient au moment où les contraintes liées à un emploi (« job demands ») sont en

déséquilibre par rapport aux ressources (« job resources ») disponibles ou possibles à mobiliser par le travailleur (Alarcon, 2011; Bakker & Demerouti, 2007; Leiter & Maslach, 2005) pour refaire ses énergies physiques, cognitives et affectives (figure 4, p.105). Les «demands» ou contraintes liées à l'emploi sont les dimensions du travail qui contribuent à tarir l'énergie du travailleur (Xanthopoulou et al., 2007). Elles exigent que celui-ci s'adapte pour les contrer ou s'en rétablir en mobilisant une quantité d'énergie qui alors à renouveler. Sans ressources suffisantes, ou cessation des demandes, la situation mène invariablement le travailleur à l'épuisement.

Le concept de l'épuisement professionnel du «Job Demands-Resources of Burnout» (Bakker et Demerouti, 2007) est celui qui provient des travaux de Maslach et al. (2001). Il s'exprime en trois dimensions distinctes: l'épuisement émotionnel, le cynisme (ou la dépersonnalisation) et le désengagement (ou sentiment d'impuissance ou d'inefficacité (Bakker & Demerouti, 2007; Lee & Ashforth, 1996; Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2009). Ces deux dernières dimensions sont reliées aux dimensions cognitive et comportementale de l'épuisement professionnel.

Bien qu'il est été proposé par Maslach que ces trois dimensions se succèdent en fonction de l'installation de l'épuisement, les récents travaux de Daloz et Bénony (2005, 2007) permettent de mieux voir que ces trois dimensions peuvent apparaître l'une ou l'autre, initialement. Ils dénotent aussi que l'intensité de l'épuisement varie d'un individu à l'autre sans pour autant ne pas en être un. Ils font remarquer qu'il existe chez un même individu à des niveaux d'intensité différents durant l'épisode d'épuisement. Le plus haut niveau est sensiblement le même pour tous les travailleurs, il est proche de la dépression clinique sans nécessairement en être une. Les paragraphes qui suivent présentent les différentes dimensions de l'épuisement professionnel plus en détail. Il est à noter que pour une meilleure compréhension du

modèle élaboré, nous présentons en quoi consiste l'épuisement émotionnel, mais elle ne fait pas partie de l'objet de cette étude.

Donc, la première dimension de l'épuisement professionnel est celle de l'épuisement émotionnel. On considère qu'il y a épuisement émotionnel lorsque la personne n'est plus en mesure de se donner au plan psychologique. Cette dimension est principalement constituée de conséquences physiques sur le travailleur. Ces manifestations sont donc reliées à la santé ou la santé mentale du travailleur. L'hypertension artérielle, la fatigue et la dépression en sont des exemples probants (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009; Shirom & Melamed, 2005 dans Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Ils peuvent ou non être présents chez le travailleur épuisé.

La deuxième dimension de l'épuisement professionnel est celle du cynisme (aussi dite de la dépersonnalisation) (figure 4, p.105). La personne éprouve un sentiment accru d'épuisement et développe des idées et, donc, des attitudes négatives, méprisantes et même insensibles à l'égard du travail ou de sa clientèle. Un technicien ambulancier paramédic pourrait alors concevoir que ses patients ne méritent plus son dérangement, ou avoir le sentiment d'être abusé par ceux-ci. Il pourrait ne plus agir ou agir mal, car « cela ne servira à rien de toute façon » et même déshumaniser la relation avec le patient, alors qu'il ne lui adresse même plus la parole, qu'il le mobilise comme un paquet-colis. Daloz et Bénony (2005, 2007) ont observé qu'à un haut niveau d'épuisement et de cynisme observé surviennent alors l'agression et la maltraitance des usagers.

Effectivement, Daloz et Bénony (2005) dans leur étude qualitative ont jumelé une entrevue des soignants à la mesure de la prévalence de l'épuisement professionnel pour plus de 100 intervenants de la santé en France et en Suisse. Ils ont documenté comment les gestes de maltraitance surviennent et sont vraisemblablement associés à la dépersonnalisation. Particulièrement, la

dépersonnalisation s'exprime autant dans des attitudes et des comportements tels que des oublis, des paroles déplacées, des conduites éloignées de ce qui a été appris, dont des traitements incomplets et des attitudes arrogantes. Elle pourrait ainsi être un signe précurseur des gestes concrets de maltraitance subséquents. Elles s'apparentent au comportement rapporté par les commissaires aux plaintes et la littérature sur la sécurité des patients (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2009, 2010; Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2010; Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, 2009; Bigham et al., 2008; Corporation d'Urgences-santé, 2009b, 2010; Croskerry et Musson dans Croskerry, Cosby, Schenkel, & Wears, 2008).

Finalement, la troisième dimension est celle du désengagement (y compris le sentiment d'inefficacité) qui se manifeste alors que la personne tend à se dévaluer, à percevoir ses actions comme vaines ou indignes, ou encore qu'elle perçoit que les usagers n'apprécient pas ses services à leur juste valeur (figure 4, p.105) (Harris et Benson 1999, p.80 dans (Daloz & Bénony, 2005; Neveu, 2008). L'expérience du travailleur de la santé est alors tournée vers le désir de faire autre chose, il n'évoque plus de satisfaction à l'égard du travail ou le passé était beaucoup plus satisfaisant (Daloz & Bénony, 2007). Le travailleur abandonne alors certaines pratiques ou ne s'investit plus dans son travail.

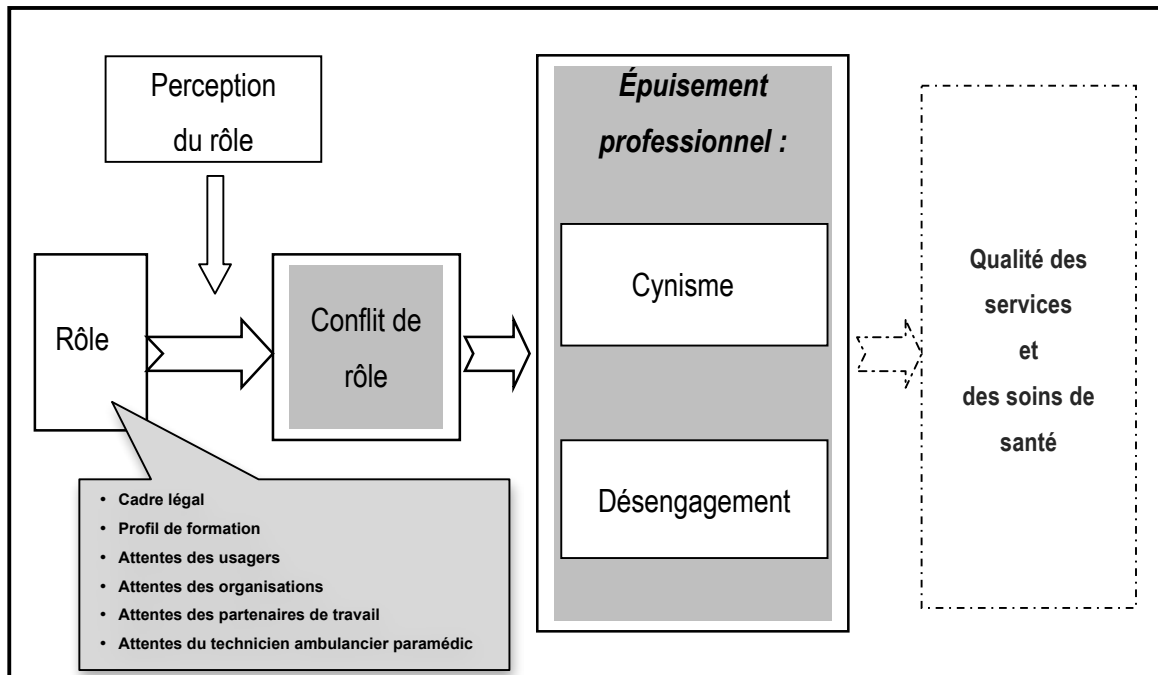
Daloz et Bénony (2005) apportent quelques précisions sur la perception de l'épuisement professionnel chez l'intervenant. Au terme de leurs entrevues avec les intervenants, ils dénotent comment le travailleur ne conçoit qu'une part de la définition officielle qu'en ont faite les disciplines de la psychologie et de la médecine. L'intervenant parle aisément de l'épuisement dans ses dimensions d'épuisement émotionnel, celle du sentiment

d'inaccomplissement ressenti, mais il ne l'aborde pas dans sa dimension du cynisme et de la dépersonnalisation, n'en considère pas spontanément le lien avec ses actes de soins ou professionnels. Ceci les amène à parler directement des attitudes et des comportements inappropriés envers la clientèle les considérant comme émanant d'une autre cause.

Ultimement, les manifestations propres à l'épuisement professionnel influencent les attitudes liées au travail et la qualité des services et des soins de santé (figure 4, p.105) (Alarcon, 2011; Bakker & Demerouti, 2007; Bakker et al., 2007; Breau et al., 2008; Daloz & Bénony, 2005; Demerouti et al., 2001; Neveu, 2008; Schaufeli et al., 2009). Parmi les éléments de la qualité des services et des soins possibles d'être touchés, nous considérons la qualité dans toutes ses dimensions énoncées dans la théorie des sept piliers Donabedian. Ces dimensions peuvent autant être l'efficacité, l'«effectiveness» (faire la bonne chose), l'efficience, l'optimisation, l'acceptabilité, la légitimité ou l'équité (2003a). Nous basons ce rapprochement entre les attitudes des travailleurs et la qualité des services sur les éléments de la littérature sur la sécurité des patients et les rapports des commissaires aux plaintes québécois ().

Voici donc le modèle conceptuel (Figure 4, p.105) complet qui servira à l'analyse des données de cette étude.

Figure 4
Modèle conceptuel du conflit de rôle et des manifestations de cynisme et de désengagement reliées à l'épuisement professionnel chez le technicien ambulancier paramédic



(Adapté de Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti et al., 2001; Donabedian, 2003b; Kahn et al., 1964; Neveu, 2008; Rizzo et al., 1970)

Notre principale question de recherche consiste à explorer comment le technicien ambulancier paramédic perçoit son rôle dans un contexte de travail où le nombre d'usagers vieillissants et la prévalence de la maladie chronique vont en s'accroissant et qu'une part importante des interventions effectuées est non urgente (Ball, 2005; Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence & Dicaire, 2000; Cooper & Grant, 2008; Corporation d'Urgences-santé, 2011d; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a; Sterud et al., 2008; van Eijk & de Haan, 1998).

Conséquemment, nos questions secondaires sont :

1. Existe-t-il un conflit de rôles chez le technicien ambulancier paramédic, c'est-à-dire un écart entre les attitudes/comportements/tâches prescrits tels que perçus par lui-même et le rôle attendu (Kahn et al., 1964; Rizzo et al., 1970)?;
2. Est-ce que le conflit de rôles chez le technicien ambulancier paramédic contribue à l'adoption de manifestations de cynisme et de désengagement telles qu'associées à l'épuisement professionnel (Bakker & Demerouti, 2007; Daloz & Bénony, 2005; Demerouti et al., 2001; Lee & Ashforth, 1996; Neveu, 2008; Schaufeli et al., 2009)?
3. Est-ce que les manifestations d'attitudes négatives influencent la qualité des soins et des services offerts par le technicien ambulancier paramédic (Breux et al., 2008, Daloz et Bénony, 2005, 2007; Donabedian, 2003b; Neveu, 2008)?

Chapitre 5 : Méthodes de recherche

5.1 Stratégie et devis de recherche

L'approche méthodologique de cette étude est qualitative. La stratégie de recherche retenue pour la réaliser est de type synthétique avec un devis de recherche d'étude de cas unique (Contandriopoulos et al, 1991; Yin, 2009). Conséquemment, les données analysées ont été obtenues par le biais d'entrevues de recherche semi-structurées. Comme Mahony (2001), un chercheur australien ayant examiné le stress chez le technicien ambulancier paramédic, nous pensons que devant la communauté professionnelle particulière des techniciens ambulanciers paramédics, l'entrevue de recherche qualitative permettait une collecte de données plus riche que par l'adoption d'une stratégie quantitative.

5.2 Sélection des participants

Dans le contexte où le nombre d'individus touchés par la problématique investiguée est limité, nous avons retenu une stratégie de recrutement par choix délibéré de type boule de neige (Contandriopoulos, Champagne, Denis, Potvin et Boyle, 1991; Patton, 1990). Initialement, des personnes clés, des techniciens ambulanciers paramédics rencontrés dans le cadre d'activités professionnelles reliées aux services préhospitaliers et à la formation, ont été contactées par téléphone afin de leur faire connaître l'existence de l'étude. Les personnes étaient des intervenants actifs du milieu côtoyées durant nos années de pratique clinique active ou dans les activités d'enseignement. Elles ont été invitées à participer et à recommander d'autres techniciens ambulanciers paramédics de leur entourage. Ces derniers ont été contactés, après que les personnes-clés aient obtenu leur autorisation, par courriel ou

par téléphone. Le contact initial visait à valider l'intérêt et la motivation à participer à l'étude ainsi qu'à obtenir un consentement libre et éclairé. La documentation, soit le formulaire de consentement et la lettre d'information, leur étaient alors fournis par envoi courriel ou fax (Annexes 5 et 6, p.xxiii et p.xxviii). Les personnes ont alors aussi été informées des critères d'échantillonnage.

Nous avons opté pour cette approche plutôt que de recruter les participants par nous-mêmes, directement sur leur lieu de travail. Vu la nature de leur travail (soins d'urgence, sur la route, sans pauses prédéterminées, sans heure de fin de quart assurée, contexte de surcharge de travail), il semblait irréaliste de les passer en entrevue sur place dans des délais raisonnables et surtout sans entraver leur travail. Il était important de pouvoir prendre le temps d'expliquer le processus de consentement à la participation et de sensibiliser ce milieu peu habitué au processus et aux fins de ce type de recherche.

Pour assurer la diversification et la richesse des cas, nous avons aussi adopté une stratégie d'échantillonnage à variation maximale (Miles & Huberman, 1994; Patton, 1990). La variation maximale a permis une représentation des multiples profils de pratique et de formation possible au sein de ce même groupe d'intervenants des services préhospitaliers d'urgence et de mieux représenter les différences individuelles et collectives. Nous avons recruté des participants en fonction de l'atteinte de la saturation des données et des critères décrits ci-dessous. La sélection des participants s'est faite en fonction du nombre d'années de pratique (- de 3 ans, de 3 ans à 20 ans et + de 20 ans) correspondant à trois générations de formation, du type d'employeur et du territoire desservi (rural, semi-urbain et urbain, corporation gouvernementale ou sous-traitants d'une agence). De plus, une attention a été portée à identifier des participants qui interviennent

actuellement auprès des usagers. La littérature rapporte que la consultation du travailleur et, à la fois, celle des supérieurs permet de mieux saisir la représentation de la perception du rôle et celle du conflit de rôle chez les travailleurs (Rizzo et al., 1970). Pour cette raison, nous avons intégré des participants technicien ambulancier paramédic travaillant aussi comme cadres, enseignants, instructeurs en formation continue et réviseurs de la qualité.

5.3 Collecte de données

Pour la collecte de données, nous avons utilisé l'entrevue semi-structurée. Selon Boutin (2000), cette méthode permet à l'interviewé d'explorer des aspects qui n'auraient pas été considérés dans le plan d'entrevue préalable et qui pourraient s'avérer porteurs de sens. Il rapporte aussi que c'est un outil adapté pour la recherche dont l'objectif est principalement qualitatif et vise à explorer les facteurs associés aux attitudes. Le plan d'entrevue comprenait des sous-questions utilisées au besoin pour relancer le participant et maximiser la richesse du contenu d'entrevue. La grille d'entrevue figure à l'annexe 1 (p.xiii) et la feuille support à l'annexe 2 (p.xviii). Elle a été pré-testée auprès de deux participants techniciens ambulanciers paramédics. Les entrevues se sont déroulées au lieu et à l'heure choisis par le participant à l'automne 2011. Ces entrevues devaient durer une heure à une heure et demie. Elles ont plutôt duré entre une heure trente et deux heures. À la section « Discussion », nous faisons état des particularités observées qui peuvent expliquer la longueur des entrevues. Elles ont été enregistrées à la suite de l'obtention du consentement du participant. Deux entrevues ont été réalisées au téléphone vu l'impossibilité des participants et du chercheur de pouvoir se rencontrer en personne. Conséquemment, des notes manuscrites ont été prises lors des entretiens.

5.4 Traitement et analyse des données

Les données brutes recueillies pour 11 des 13 entrevues ont été retranscrites sous forme de verbatim dans un fichier électronique. Pour deux entrevues dont la qualité sonore de l'enregistrement a fait défaut, les notes prises par le chercheur et la réécoute des bandes ont été considérées dans l'analyse des données.

Le processus d'analyse lui-même comprenait plusieurs séquences visant à assurer la réflexivité du chercheur et à s'appropriier le contenu de chaque cas. Chaque entrevue a été suivie d'une période de réflexion du chercheur sur les thématiques ayant été abordées de façon combinée avec la prise de notes et la formulation d'un résumé sur les points saillants de l'entrevue (Guba & Lincoln, 1994). Les notes ont été revues avant les entrevues subséquentes. La triangulation des données a été assurée par la discussion des résumés obtenus avec la directrice du mémoire à intervalle de 3 ou 4 entrevues réalisées et la reformulation des thèmes couverts proposée au participant à chaque fin d'entrevue. L'ensemble des données a été analysé selon une stratégie mixte de codifications. Les catégories de la première codification proviennent du cadre théorique ainsi que des thèmes principaux de la grille d'entrevue. Les catégories subséquentes sont celles qui ont émergé de l'analyse elle-même. Cette approche assure une part de fiabilité au projet conséquemment aux stratégies proposées par Devers (1999) en matière de rigueur dans la recherche qualitative. Le logiciel QDQ Miner 3.2.3 a été utilisé pour assister la démarche d'analyse. L'analyse finale des données a été réalisée par observation et interprétation des données réduites. Elle visait à relier les thèmes principaux autour de ceux du modèle théorique (Blais & Martineau, 2006).

5.5 Considérations éthiques

Par considération éthique, vu le petit nombre de cas, les données recueillies présentées n'ont pas été croisées avec les données d'identification personnelles afin de protéger l'anonymat et la confidentialité des participants. Toutes les informations permettant d'identifier une personne ont été anonymisées. Une attention particulière a été portée au traitement des citations afin qu'elles ne contiennent pas de particularités pouvant être associées au profil spécifique d'un participant (description d'un lieu, d'une intervention unique, d'un collègue, etc.). Les certificats éthiques préalables ont été obtenus (voir annexes 3 et 4, p. xx et p. xxi).

5.6 Rigueur scientifique

En suivant les critères énoncés par Devers (1999), en plus des stratégies de recherche précédemment nommées, nous avons assuré la rigueur scientifique de cette étude de la façon suivante. Tant pour assurer la validité interne que l'objectivité, nous avons porté attention à la triangulation des données. Nous avons élaboré un cadre théorique appuyé sur la littérature ainsi qu'effectué une recension de la littérature sur le sujet lui-même. Nous avons porté une attention particulière au choix de profil des participants : leurs caractéristiques communes, leurs différences, en considérant la représentation des expériences communes (milieu de travail) de celles des expériences personnelles (parcours de vie). Finalement, à la fin des entrevues, nous avons proposé un résumé des idées discutées en entrevue à chaque participant.

Pour assurer la validité externe, en plus des stratégies d'échantillonnage retenues, nous joignons le plan détaillé de l'entrevue (voir annexe 1, p.xiii) ainsi que le profil général des participants recrutés (chapitre 6 : Résultats,

p.114). Nous avons pris soin de déclarer notre position et perspective sur le sujet aux participants comme chercheuse. Nous avons œuvré dans ce domaine depuis 1998 en tant qu'intervenante active jusqu'en 2007, puis actuellement, comme enseignante dans un programme collégial de soins préhospitaliers d'urgence. Une attention particulière a été accordée au traitement des entrevues et de l'analyse pour en faire ressortir les concepts émanant des discours des participants.

Toujours pour assurer de présenter des résultats de recherche valides, il nous a été primordial de réfléchir sur l'influence du chercheur intervenant dans le processus de la production de connaissances en recherche qualitative. Nous reconnaissons comme Richards et Emslie (2000) qu'un rôle professionnel autre joué par le chercheur influence le type de révélation d'un participant en entrevue qui s'adressa à la fois au chercheur et à la fois à l'intervenant. Parallèlement, nous reconnaissons aussi l'importance de la position différente des auteurs suivants. Schwandt et Patton dans Patton (2002), Devereux (1994), ethnopsychiatre, Favret-Sadaa (1977), ethnologue, et Devers (1999), témoignent que la proximité et l'expérience personnelle du « terrain » du sujet fait naître une subjectivité toute aussi riche et porteuse de sens qui contribue également au développement de la connaissance chez le chercheur. Elle favorise la prise de conscience du sens des expériences décrites.

Alors que certains auteurs de la recherche qualitative considèrent que la distance du chercheur face à son objet d'étude peut permettre une certaine objectivité nécessaire à l'établissement de la connaissance, nous considérons notre position d'acteur du milieu comme un avantage. Nous reconnaissons que nous sommes en mesure de comprendre et de traduire les propos d'une communauté partageant les mêmes éléments de culture, de langage et de symboles et pour qui nous sommes une initiée digne de

confiance et capable d'éprouver à son égard une grande empathie. Ce sont là des éléments favorisant l'étude du sujet humain en interaction avec son milieu (Creswell, 2003).

Chapitre 6 : Résultats

Les résultats de l'analyse sont présentés en deux temps. La première section fait état de la description des participants et de leur contexte de travail. Les sections suivantes présentent les résultats en lien avec les questions de recherche et le modèle théorique.

6.1 Description des participants

6.1.1 Profil général des participants

Pour les besoins de cette recherche, les entrevues ont été réalisées auprès de 13 participants. Parmi eux, il y avait 4 femmes et 9 hommes. Le profil final général des participants permet de mettre en image plusieurs perspectives professionnelles au sein de cette même communauté dont la pratique a évolué en présence de différents profils de clientèles au cours de plus de 37 années de carrière couvertes.

Treize techniciens ambulanciers paramédics ont été rencontrés au total. Neuf des 12 candidats occupent la fonction principale de technicien ambulancier paramédic auprès des usagers. Six participants ont été ou sont maîtres de stage auprès d'étudiants. Trois participants occupent principalement des fonctions reliées à la gestion ou à la formation et la révision de la qualité des interventions. Tous ont occupé une fonction de soins auprès des patients dans les deux dernières années. Les techniciens ambulanciers paramédics cadres l'ont fait principalement à titre de technicien ambulancier paramédic et premier répondant (alors qu'ils étaient plus près des lieux et plus rapide qu'une ressource ambulancière), en soutien aux équipes habituelles, ou lors de débordement des demandes d'intervention dans leur service. Ces derniers

avaient aussi eu contact avec les usagers lors d'enquête en gestion de plainte.

6.1.2 Profil de formation

Les profils de formation incluent les divers programmes et durées de formation suivants : AEC 150 heures (2), AEC 350 heures (4), AEC 800 heures (3), AEC 945 heures (2), DEC 2685 heures (2) et une formation collégiale hors province de 2 ans. Deux des participants ont commencé le travail sans formation initiale. Ils se sont vus offerts la formation de 150 heures en cours d'emploi au début des années 1980. Tous les participants ont complété le programme de formation continue de la direction médicale nationale offert en milieu de travail et sont à jour au moment des entrevues.

Dix individus sur treize ont complété une formation supplémentaire en cours d'emploi ou préalablement, soit au niveau collégial, ou universitaire dans le cadre de programme de certificats. Ces formations complémentaires consistent en des études reliées à d'autres profils techniques en santé (soins infirmiers, diététique), sciences pures, gestion et leadership, ainsi que des formations professionnelles telles qu'en sécurité incendie, hôtellerie, ébénisterie, et des formations universitaires en pédagogie.

Les participants mentionnent que les formations acquises durant leur présente carrière leur ont permis de prendre du recul par rapport à leur emploi actuel, de se perfectionner (initiative personnelle) ou d'être en mesure d'occuper des fonctions de gestion sans jamais que ces formations aient été rendues obligatoire pour occuper leur poste actuel. Plusieurs participants avaient aussi complété des formations comme patrouilleur, sauveteur ou secouriste avant de devenir technicien ambulancier paramédic.

6.1.3 L'expérience de travail

L'expérience de travail des participants varie de 6 mois de travail à 32 ans de carrière. Quatre participants ont moins de 3 ans d'expérience, 4 participants de 3 ans à 20 ans d'expérience et 5 ont plus de 20 ans d'expérience. Il est intéressant de noter que la médaille de service distingué, des services d'urgence médicale, est octroyée à partir de 20 ans de carrière, dont 10 ans d'activités comportant des risques. Plusieurs participants avaient reçu cet honneur.

La pratique est effectuée principalement en milieu urbain et semi-urbain. Plusieurs participants ont vu leur pratique changer alors que leur milieu de travail est passé d'un contexte rural à un contexte semi-urbain ou urbain au courant des dernières années. Les quarts de travail occupés sont principalement des quarts de jour pour les plus vieux, des quarts de jour, de soir et sur appel (par choix pour pouvoir occuper d'autres fonctions) pour les plus de 3 ans. Les plus jeunes occupent des positions d'emploi précaires : ils sont à temps partiel sur appel, travail de nuit, de soir, de jour et mentionnent comment l'organisation de leur quotidien est complexe. Ils obtiennent fréquemment leurs affectations le jour précédent ou le jour même.

6.1.4 La charge de travail et le type d'horaire

Les participants mentionnent réaliser le nombre d'interventions quotidiennes suivantes : de 4 à 5 pour les quarts de moins de 8 h, de 4 à 8 pour les quarts de 10 h et 12 h, 4 si le centre hospitalier est éloigné du centre desservi, jusqu'à 8 si le centre hospitalier est près du centre desservi; et 2 interventions par quart de faction. En de rares fois, ce chiffre diminue durant la période estivale et les jours fériés. En de multiples occasions, ce chiffre augmente d'une ou deux interventions : conditions climatiques particulières,

augmentation de l'activité grippale. Certains participants rapportent exécuter une intervention à l'heure lors de journées achalandées.

6.1.5 Intérêt pour le sujet d'entrevue

Avant de passer à l'analyse des données, nous faisons remarquer qu'avant, pendant et suite aux entrevues, les participants se sentent interpellés par le sujet de cette étude. De plus, alors que certaines précisions sont apportées sur les définitions des concepts étudiés et utilisés dans l'entrevue tels que le cynisme, le désengagement et le conflit de rôle, les participants disent vouloir parler de ces choses. Plusieurs ne connaissent pas l'expression conflit de rôle et disent qu'il s'agit là d'une expression qui leur parle. Ils discutent spontanément des attitudes négatives liées à la réalité de leur rôle en intervention non urgente. S'ils ne nommaient pas un exemple de leur propres attitudes et comportements, c'était ceux de leurs confrères. Aussi, avant même d'aborder la question en entrevue, certains participants décrivent spontanément leurs conditions de travail comme étant associées à une réalité stressante bien que la mention du stress ne soit pas explicite ni dans le titre de l'étude, ni dans la formulation des objectifs. Leurs descriptions sont détaillées avec rythme. On y ressent une fébrilité. La notion de stress est un sujet partagé de tous et chaque participant en parle. La suite de l'analyse présentera plus en détail d'autres aspects reliés à cette thématique du stress.

6.1.6 Particularité du discours d'entrevue

Tout au long des entrevues, le type de discours des participants est particulier. Comme il est possible déjà d'en témoigner, le discours présente une la narration systématique et détaillée des événements. Cette façon de faire est commune à tous les participants. Il s'en dégage même une impression de narration en temps réel. Les participants y personnifient même fréquemment leurs usagers, partenaires et autres témoins.

6.2 Le rôle

La section suivante présente les résultats concernant les concepts liés au conflit de rôle chez le technicien ambulancier paramédic telle que présentée au cadre théorique. Le rôle inclut deux dimensions principales que nous avons définies de sorte que le « rôle attendu » correspond à sa dimension provenant de l'organisation des SPU et aux formations préalables, et le rôle joué à sa dimension liée aux attentes des usagers et à la réalité non urgente. Le rôle perçu correspond à la dimension du rôle liée aux attentes et à l'interprétation du technicien ambulancier paramédic. Lors des entretiens, le rôle a été abordé en trois temps distincts correspondant à l'expérience de celui-ci au quotidien, à la description de la perception du rôle et ensuite à la description objective du rôle lié aux interventions non urgentes et à leur rencontre avec les usagers de 65 ans et plus.

Dans la première partie des entretiens, les participants étaient spécifiquement invités à décrire leur rôle en termes d'actions effectuées au long d'un quart de travail. Ils étaient ensuite invités à définir leur mission ou leur rôle selon leur perception personnelle. Finalement, pour cette partie d'entrevue sur le rôle, ils devaient présenter les tâches qu'ils effectuent principalement dans le cadre des interventions non urgentes, celles-là même (mêmes) qu'ils estimaient constituée (constituées) la majeure partie de leur temps de travail ainsi que celles réalisées auprès des usagers de plus de 65 ans.

6.2.1 Le rôle attendu

L'évocation du rôle attendu se fait dans les descriptions des activités quotidiennes principalement. À la question sur le déroulement d'un quart de

travail type ou récemment effectué, les participants décrivent en deux temps leurs fonctions : effectuer l'inventaire et ensuite répondre aux différentes affectations émises par la centrale de communication santé responsable de la répartition des ressources.

«Le début, quand je punch, mettons. Je punch, bon... je prends... je vas chercher les papiers que j'ai besoin, je m'en vas à mon camion qui m'a été assigné. On fait le tour du camion... nettoie un peu et bon, je vérifie la quantité d'«O2» qui est dans les bonbonnes. Vérifie qu'y ait... c'est vraiment vite vite, un petit nettoyage vite vite ... après, on se met disponible et on part. Je mets mes affaires dans le camion. On dirait qu'on déménage à chaque jour. Tellement qu'on a de stock. La journée commence. Et habituellement, c'est assez rare qu'on se rend sur un 10-12. Parce que y nous pop (alarme sur le terminal informatique véhiculaire) un... appel directement. Donc... ensuite, c'est parti, on s'en va sur l'appel et puis c'est ça». (Participant I)

Quatre participants de régions différentes disent se présenter avant l'heure du quart, non rémunéré, pour avoir le temps d'effectuer cette préparation. Ils mentionnent que les outils et le matériel d'intervention sont plus nombreux et plus sophistiqués qu'auparavant. Cela nécessite plus de temps pour en valider la conformité. Les participants évoquent l'obligation de moyen, un aspect légal relié à la pratique des soins de santé, comme étant difficile à respecter sans devoir prendre de leur temps personnel pour s'y conformer. Il se dégage une impression de pression sur les travailleurs alors qu'ils décrivent cette première partie de leur travail.

Toujours concernant l'inventaire en début de quart, ils mentionnent devoir effectuer le nettoyage de la cabine avant du véhicule (microphone, volant, tableau de bord) et du matériel d'intervention tel que le cadre de la civière, les poignées du moniteur cardiaque qui ne sont pas des tâches programmées dans le temps imparti durant un quart de travail. Plusieurs mentionnent être préoccupés par la prévention des infections vu le nombre d'usagers transportés.

Une grande partie du travail des participants consiste à répondre aux affectations émises par le centre de communication santé. Elles consistent à se déplacer vers les points d'attentes stratégiques ou à se mettre en direction pour une demande d'intervention clinique. Elles peuvent également être de nature administrative : fin de quart, repas ou rencontre avec le personnel administratif ou la direction des opérations. La première affectation du jour est particulière, elle est souvent associée à un rituel particulier tel que la prise d'un café comme la pause avant la mêlée du jour. Les participants décrivent les premiers moments suite à leur mise en disponibilité. Ils se voient attribuer de leur premier point d'attente ou de leur affectation clinique et l'enchaînement des tâches qui s'ensuit durant le reste du quart de travail.

«Lorsqu'on reçoit une affectation, c'est toujours la même façon dont on reçoit l'affectation. On reçoit un cas, on se prépare mentalement à ce que ça pourrait être ... problèmes respiratoires, cardiaques, ou autres. Puis... là, avec ça, on a toujours la sécurité des lieux, qu'on met toujours en action inconsciemment mais on le fait. Donc... qui ... masque, gants et protection de toutes sortes, dépendant de... Et par la suite, c'est d'aller répondre à la demande de cette affectation-là.» (Participant H)

Vient ensuite l'intervention elle-même :

«Et on pose les questions, les signes et symptômes des patients, on essaie de stabiliser la situation, si c'est en crise. Par la suite, on passe aux médications s'il y en a à donner. Bon. Toujours la même routine au niveau de la liste des médicaments, les cartes pour aller à l'hôpital, l'allergie, les personnes qui accompagnent... si on voit que c'est urgent, ou pas urgent, à ce moment-là, on évalue notre situation... si on part rapidement ou non. Et si c'est pas rapidement, on prend tout le temps qu'y faut pour barrer les portes, fermer les lumières, pis... rendre la personne heureuse avant de sortir. S'assurer que tout est barré, on se rend à notre ambulance et on part.» (Participant H)

Une autre fonction du quotidien du technicien ambulancier paramédic est celle de transporteur. Toutefois, les participants ne la mentionnent pas comme une tâche en soit, plutôt comme une conséquence de leur mandat.

Elle n'est pas systématiquement décrite dans le cadre des questions relatives au rôle.

Le paragraphe qui suit présente l'analyse du discours de participants au sujet des critères de performance qui sont directement liés aux attentes à l'égard du rôle attendu. Une des questions du plan d'entrevue s'y rattache précisément. Cette question est présentée d'une façon visiblement différente de celle attendue des participants. C'est-à-dire qu'il leur est demandé de définir quels sont les critères de performance attendue à l'égard des interventions non urgentes. Les réponses des participants à ce sujet ont été précédées d'un long silence marquant. Les participants hésitent donc longuement avant de répondre. Ils demandent des précisions sur ce qu'on entend par performance. Lorsqu'on leur demande de nouveau quels sont les critères de performance ou de qualité attendus face aux pratiques auprès des usagers de plus de 65 ans et d'interventions non urgentes, plusieurs différentes réponses suivent alors le moment de réflexion. Certains précisent qu'il y a peu de recommandations spécifiques face à la performance et la qualité des soins, que les protocoles s'appliquent.

«Si j'ai été capable de... identifier vraiment ... encore là, on revient avec l'évaluation... du départ. Est-ce que j'ai identifié la cause? Est-ce que je me fais avoir dans quelque chose ? Ça, c'est sûr et certain. Après ça, c'est... si oui, c'est un appel non urgent, c'est juste une demande de transport au pire... ben d'avoir eu un confort pour moi, je pense que si le patient me dit merci à la fin, et veut plus me revoir, ça c'est normal. Mais si y dit merci ou si... ça a été le fun ou quelque chose, dans ce style-là.» (Participant E)

On peut comprendre dans ce discours que le participant réalise qu'il a été performant lorsqu'il constate qu'il réussit à déterminer un tableau clinique urgent ou non. La fin de sa réponse touche le rôle joué, c'est-à-dire que le participant définit sa performance comme adéquate quand l'utilisateur est lui-même satisfait. Cette vision est partagée entre plusieurs participants. Quant à

d'autres participants, ils affirment qu'il n'y en a simplement pas. Il n'y pas pour eux de critères de performance proprement définis face au rôle attendu en intervention non urgente.

*«Quand tu parles de performance de ce type d'appels, et... est-ce qu'y ont échappé le patient ou pas... je le dis en riant mais c'est... En Amérique du nord en ce moment, on évalue... on évaluait, j'espère que les choses changent, la qualité d'un service ambulancier, par son temps réponse. Par son taux de réanimation aux arrêts cardiaques et sa qualité d'intervention au niveau des patients traumatisés.»
(Participant A)*

«Non, j'ai aucune idée. S'attendent à quoi... ... pour ma part, c'est un peu ... ce que je t'ai dit tantôt... prendre le temps de bien faire ton examen clinique et puis... ... c'est ça...» (Participant I)

«Précisément pour ça, rien de spécial. Rien de spécial. Le... on a des... politiques, des procéduriers, on a des... lignes de conduite, on a des codes d'éthique, on a des... toutes sortes de choses... ... l'approche client... Mais de dire – Qu'est-ce qu'on s'attend de façon précise pour cette clientèle-là ? Précisément. Les critères de performance... précis pour ces gens-là... y a pas de discrimination entre le type de patients dans ce qu'on demande. Donc y a rien... de précis pour cette clientèle- là». (Participant F)

Ce participant ajoute :

*«...Je pense que c'est une spécialité, tu vois... ces interventions-là.»
(Participant F)*

Sur cette question, il est intéressant de noter qu'autant les cadres, les formateurs ainsi que les participants travaillant aux activités cliniques partagent cette même vision de la performance attendue en intervention non urgente. Autrement, dans les entrevues, les participants parlent de performance attendue en terme de maximiser le temps réponse pour les interventions non urgentes. C'est-à-dire que chaque geste doit être effectué dans l'optique de se presser pour être disponible pour une situation d'urgence à venir.

Après avoir répondu qu'il n'y pas de critères de performance pour les interventions non urgentes, une part des participants se ravissent. Ils parlent d'adopter des attitudes appropriées à l'intervention en situation non urgente. Ils parlent de la gestion des plaintes faites par les commissaires aux plaintes des usagers.

«Je crois que ces critères de performance reposent surtout sur notre aptitude à traiter physiquement les patients. Ces derniers temps l'emphase est aussi mise sur l'importance de faire preuve de respect sur les interventions principalement celles non urgentes pour éviter les plaintes, ce que je trouve déplorable. Selon moi les critères enseignés sur l'attitude et la présentation à avoir devraient être des acquis et l'emphase devrait être mise sur comment traiter ces patients avec efficacité. Même si le problème est non urgent cela ne veut pas dire que l'appel est injustifié.» (Participant M)

Une thématique particulière apparaît chez les participants ayant moins 3 ans d'expérience. Ils présentent une définition très personnelle de la performance. En dépit d'autres spécifications, ce jeune participant explique que la performance à viser lui vient de son bon sens.

«Selon moi le gros bon sens s'impose, comme je l'ai dit plus tôt l'intervention doit viser à expliquer nos gestes, rassurer le patient et sa famille s'il y a lieu tout en prenant soins de ses problèmes physiques au mieux de nos connaissances et compétences. Dans ces cas je crois que c'est plus notre expérience et caractère d'aidant qui ressort au détriment des protocoles qui sont souvent dans de tels cas inutiles.» (Participant M)

Ces autres participants présentent leur vision personnelle de la performance :

«Si on peut mettre... juste un plaster sur un bobo. Ou... comme... juste comme... Même stabiliser ou... si on peut faire dans la moindre petite... le petit changement pour cette personne-là... Moi je trouve que ma job a été faite.» (Participant I)

«Pour ma part, une valorisation personnelle... Donc... de sentir réellement que t'as été utile et que t'as fait la différence dans la vie de quelqu'un.» (Participant C)

Des participants vont plus loin dans leurs réflexions au sujet des critères de performance ou de qualité en intervention non urgente. Elle n'est pas définie en termes des attentes de l'organisation. Ces participants indiquent que la performance d'un technicien ambulancier paramédic devraient être définie en d'autres dimensions que le temps réponse, entres autres.

«Parce que plus qu'on avance, plus que c'est des soins... oui, c'est des soins mais c'est pas juste des soins d'urgence, c'est plus que ça. Donc ça prend beaucoup plus de... Bon de compréhension, d'empathie, une évaluation ... une discussion différente que tu peux parler à une personne âgée à un enfant ... on s'entend... une personne de 60 ans, disons, qui va comprendre.» (Participant H)

«En fait, y a... quelque chose qui est pas écrit dans nos protocoles cliniques mais qui est l'approche client. Donc une approche courtoise, respectueuse, là pour rassurer les gens. (Participant C)

Une fois la discussion lancée sur les critères de performance, il ressort ultimement que le temps réponse, le temps d'intervention et les délais en centre hospitalier sont autant de critères à respecter dans une logique d'intervention urgente que non urgente. On ressent aussi une certaine exaspération.

«On est pas évalué. Ben... on est évalué... on a des délais... hospitaliers.» (Participant B)

Les participants sont aussi questionnés sur la performance attendue lors d'interventions liées aux transferts interétablissement. Les commentaires des participants sur la définition des pratiques cliniques en intervention non urgente liée à un transfert interétablissement soulignent une approche clinique différente à appliquer ou un flou face aux exigences cliniques qui s'y rattachent.

«En fait, c'est un travail qui est totalement différent. C'est des aptitudes différentes. Faut... faut aimer les gens... faut être prêt à les écouter, jaser avec eux... parce que y a pas vraiment de soins à donner. C'est un transfert. Ça le dit – On le prend d'un établissement vers un autre. Y a pas de soins d'urgence à donner là.» (Participant A)

La citation qui suit a été gardée au long alors qu'elle présente un exemple de la manière particulière utilisée par les participants lorsqu'ils déclinent l'enchaînement de leurs gestes en faisant la narration de leurs pensées. Elle concerne aussi le rôle joué lors d'un transfert interétablissement.

«Ben... en fait, notre rôle dans un transfert, c'est pas vraiment clair. Mais non... Notre rôle dans un transfert, en fait, c'est de prendre le patient... et de l'amener à l'hôpital. Fait que je vas partir de l'hôpital de (Ville), pis cette personne là a un rendez-vous en angio... à l'hôpital (Centre tertiaire en cardiologie). Bon, je vas avoir une infirmière avec moi ou une infirmière auxiliaire. Fait que là, je l'embarque dans mon véhicule et en fait, l'infirmière est assise à côté de la patiente, et elle jase. Et moi, souvent, je suis sur l'autre banc mais j'ai de la paperasse à faire. J'en profite pour faire mon rapport d'intervention au préhospitalier, mon rapport de facturation. Tout ça. Zéro contact client ou patient en arrière. Pis, en fait, c'est l'infirmière qui a le contact. Fait que moi, j'ai quand même un rapport d'intervention clinique à faire. Est-ce que je prends mes signes vitaux ou je prends pas mes signes vitaux? Sur le papier, je vas écrire transfert en angio à CH X avec infirmière (Prénom Nom). Puis dans... Évolution, je vas marquer... Zéro changement durant transport. Puis... je vas prendre les signes vitaux... Puis... je vas quand même demander à l'infirmière – C'est quoi son problème de santé? C'est quoi ses allergies? C'est quoi... Je vas faire un semblant de petite histoire parce que dans ma tête, c'est ce qu'y faut faire mais c'est pas écrit. Fait que... est-ce que je pourrais laisser l'infirmière là? Puis en fait, juste être là moi pis rien dire... pis pas prendre... d'histoire, pas prendre de signes vitaux et juste remplir le formulaire et dire – Transport... transfert à l'hôpital? Sûrement. Sûrement. Fait que tu vois, c'est le genre de job à moins que ce soit moi qui ai manqué un boutte là. Ou c'est pas... c'est pas super bien décrit pis c'est une majorité de nos appels.» (Participant C)

L'analyse de l'entrevue révèle qu'il existe des attentes spécifiques en matière d'attitudes appropriées ou non dans le contexte du travail. Alors qu'ils sont questionnés sur le sujet, quatre participants mentionnent avoir été touchés

par des initiatives récentes de sensibilisation à l'éthique ou aux attitudes dites professionnelles dans les services ambulanciers. Ils rapportent un constat de la bonne volonté derrière l'initiative, mais passent rapidement à un autre sujet.

«Tu vois, y nous ont envoyé «Éthique professionnelle» ... un petit livret. ...Oui on a eu un guide. (Silence)» (Participant G)

«Code d'éthique, oui, ça mentionne «être courtois», je comprends ce qu'ils veulent dire mais c'est pas du concret. Comment on fait pour que les paramédics démontrent de la courtoisie...» (Participant K)

«B'en l'attitude, c'est beau leur dire – Faites pas ça pis... montrer en formation mais... .. je pense que le problème est plus profond que ça. On leur montre des... on leur montre des vidéos, photos... en disant – Voici un ambulancier qui a telle posture et qui a tel comportement. Est-ce que c'est acceptable? Non. C'est pas acceptable. Voilà. On montre les comportements qui sont déviants.» (Participant C)

D'autres participants donnent leur définition d'une attitude appropriée.

«Une attitude appropriée est de rester professionnel en tout temps. Nous devons avoir de l'empathie envers nos patients, avoir de la patience, les écouter, ne pas rire de la situation. Une attitude inappropriée serait par exemple lorsqu'un patient se sent jugé, ne se sent pas écouté et pense qu'il nous dérange.» (Participant L)

Ce participant ajoute qu'il est approprié de se retirer lorsqu'on se sent dépassé sur une intervention.

«Et faut que t'expliques quand y arrive telle situation, moi, je vire à l'envers ou ben... L'autre peut dire – Ça me dérange pas pantoute. À ce moment-là, la prochaine fois, tu prendras le... tu prendras le lead et moi, je vais être en arrière pour essayer de contrôler ma... mon feeling parce que c'est pas toujours évident.» (Participant H)

Dans l'ensemble des entrevues, le discours des participants sur la thématique du rôle attendu présente peu de précisions. Certains éléments

sont révélés lorsque les participants comparent leur perception du rôle devant être accompli au rôle joué, ou au rôle qu'ils souhaitent jouer.

Ensuite, pour poursuivre l'analyse selon le modèle théorique et la logique du plan d'entrevue, ce dernier amène le participant à s'exprimer sur la distinction entre son rôle en situation urgente et en situation non urgente. Les participants définissent effectivement des fonctions différentes à adopter selon qu'ils interviennent pour une situation urgente ou non urgente.

«Comme je suis quelqu'un qui adore l'adrénaline, j'aime beaucoup les appels urgents, où je dois agir vite, prendre des décisions rapidement, tout en restant calme. Cependant, j'aime aussi les appels non urgents, où je passe plus de temps avec mon patient. Nous développons un lien de confiance même que plusieurs fois nous avons des conversations qui ne sont pas liées à la maladie». (Participant L)

Les participants font la démonstration de deux pôles d'habiletés distincts à maîtriser selon le type d'intervention. Ils illustrent comment la relation à l'utilisateur et leurs attitudes doivent être modulées pour être efficaces en intervention urgente.

«Bon. Plus urgent... comment dire... Même si c'est plus urgent, je vas quand même prendre le temps de bien faire mon évaluation. C'est sûr que y va peut-être avoir moins de blabla sur place» (Participant I)

«Les tâches qui changent. L'approche au patient est différente. Parce que souvent, oui, bonjour, c'est urgent. Parfait, on est ici pour vous aider. Pis là, t'embarques tout de suite dans ton travail que toi tu fasses parce que tu vois très bien ce qui se passe est urgent. Et t'as pas le temps de faire la jasette. » (Participant H)

«Comment dire... Des fois, faut leur expliquer ce qui va pas. Et y comprennent pas mais... Pas... en étant... .. sec mais ... en étant un peu plus Écoutez, là, ça va pas bien. Je vais juste... .. pas plus sérieux mais... être un peu plus direct, sans être déplacé... sans être... .. bien de... Sans détour mais être plus direct. Je vas peut-être avoir l'air plus... pressé. C'est sûr que elle va le ressentir là... la personne

parce que – Okay bon, on regarde, on va faire ça un petit peu plus vite.» (Participant I)

Le contrôle sur le nombre d'échanges et la capacité à utiliser des habiletés de recentrage ressort des différents entretiens comme primordiaux pour réagir à l'état instable des usagers. À l'inverse, la nécessité de prendre le temps de parler, « de faire la jasette », ressort comme une activité nécessaire sur les interventions non urgentes et est liée à la satisfaction de l'utilisateur.

Plus spécifiquement, en intervention non urgente, les participants disent devoir faire preuve d'habiletés liées à la gestion du temps, au service à la clientèle et à la communication. La description de celles-ci prend donc une place toute particulière lors des entretiens.

«En gros dans une intervention non urgente je laisse une place plus grande pour les explications au patient et à sa prise de décision alors que lors de situation où le temps est primordial les gestes s'enchaînent au léger détriment de la parole.» (Participant M)

«La grosse différence sera la vitesse d'exécution de nos gestes. Une intervention urgente nécessite souvent plus de soins et plus de manipulations de matériels. Sur une intervention non urgente, nous pouvons rester plus longtemps au domicile des patients, poser plus de questions sur les lieux, les aider à prendre leur pyjama et brosse à dent, etc.» (Participant L)

Selon l'analyse du discours des participants, le ton posé, l'écoute active et la considération pour la condition psychosociale sont des habiletés requises pour mener une intervention adaptée face à un usager stable.

En entrevue, une fois la description du rôle revue avec les participants, ils ont été invités à témoigner de leur perception du rôle effectivement joué et de leur définition personnelle de celui-ci. La section suivante présente les thématiques qui en découlent.

6.2.2 Le rôle joué

Les prochains paragraphes concernent la pratique actuelle des participants. Il situe les thématiques ressorties des entrevues et liées au rôle principalement joué auprès des usagers de plus de 65 ans ou en situation d'intervention non urgente.

Il est intéressant de noter que l'introduction de l'intérêt de regarder la réalité des interventions non urgentes a suscité une candide réaction de la part des participants. Ils ont affirmé qu'ils étaient enthousiastes qu'on s'intéresse à cette réalité de leur quotidien. À cet égard, l'affirmation spontanée de l'un des participants était accompagnée d'un sourire en coin amical, mais qui en disait long:

«On est principalement formé pour l'urgent et on fait principalement des interventions non urgentes!» (Participant M)

Quoiqu'ils ne soient pas mis au courant des vrais chiffres, lorsqu'on demande aux paramédics de s'exprimer sur leurs perceptions de la répartition des interventions urgentes/non urgentes, les valeurs qu'ils avancent sont univoques. L'intervention non urgente l'emporte. Plusieurs participants spécifient que les affectations sont le plus souvent urgentes (valeur estimée à 75 %). Pour les interventions elles-mêmes, ils avancent leur estimation en termes de deux principales valeurs : 20 % urgentes et 80 % non urgentes, et, respectivement, 10 % et 90 %. Leur clientèle est estimée âgée de plus de 65 ans à plus dans 50 % à 75 % de tous les usagers rencontrés.

Au quotidien, les participants décrivent la réalité du rôle joué telle que vue par le participant suivant :

«Le quotidien, c'est... ..surtout de jour, (...), c'est... la majorité des interventions, c'est des appels non urgents ou des appels urgents qui une fois rendus sur les lieux, une fois l'appréciation faite par les

paramédics s'avèrent que ce n'est pas un appel urgent et dont le retour va se faire au centre hospitalier en mode non urgent, sans sirène, sans gyrophare». (Participant A)

Le participant J rapporte que pour ce qui est des quarts de soir et de nuit, les interventions non urgentes sont plus liées à des demandes de nature psychosociale ou reliées à des problèmes comportementaux. Les causes sous-jacentes lui apparaissent directement reliées à la misère sociale, la santé mentale (dépendance aux substances et troubles de santé mentale chroniques traités ou non), la vulnérabilité ou la marginalité.

Chez les participants qui ont plus de 20 ans de carrière, il est mentionné que la réalité a beaucoup évolué. Ils reconnaissent que la définition de ce qu'est une intervention urgente a évolué au fur et à mesure que la médecine a évolué et que le vieillissement de la population s'est fait sentir. Ils disent qu'auparavant 80 % de leurs interventions étaient urgentes et 20 % non urgentes. Ils remarquent aussi que l'achalandage général des SPU a augmenté. Un des participants qui s'est préparé à répondre pour l'entrevue indique que :

«C'est évident que c'est le vieillissement. C'est évident. Puis j'avais mentionné ... j'ai réfléchi et je me suis dit qu'y a quelque chose qu'y faut que j'apporte. Je me disais : Qu'est-ce qui fait que avant, on pouvait être trois sur un point de stand by (l'expression «stand by» réfère à un point d'attente), trois véhicules et maintenant, on a de la misère à être un sur un poste de stand by 15 minutes.» (Participant H)

«Il y a une explosion de centre pour personnes âgées, alors qu'ici à (Ville) il y a un hôpital. Les personnes retraitées vont y déménager pour ce rapprocher de l'hôpital, des médecins, de toute...t'sais...» (Participant J)

Le participant J commente aussi l'évolution de sa profession en énumérant les nombreuses modifications dans les pratiques, la multiplication des équipements et la nécessité de développer de nouvelles habiletés bien

éloignées de celles pour lesquelles il a été embauché, soit de tenir « son bout de civière et de ne pas avoir peur du sang ».

Chez les participants qui ont entre 3 et 20 ans d'expérience, la réalité paraît aussi avoir beaucoup évolué dans les 10 dernières années. La multiplication des interventions en résidence pour aînés leur apparaît la principale modification à leur quotidien. Il est aussi mentionné que les cas de trauma sont moins dramatiques qu'auparavant et que les accidents de véhicules motorisés entraînent moins de blessures majeures.

«Je te dirais dans mon secteur, ça doit être de même partout mais chez nous, une belle place pour être vieux, on a énormément de résidence.» (Participant E)

«Chez la population active, on voit fréquemment des accidents mineurs. C'est quand même notre rôle de... palier à ... ces soins-là.» (Participant B)

L'analyse des contenus d'entrevue révèle que les participants ayant moins de 3 ans d'expérience ne sont pas aussi surpris des interventions non urgentes qu'il serait possible de le croire. Leurs positions sont plus modérées que de celles de leurs doyens. Voici le commentaire de l'un d'entre eux :

«Oui je m'attendais à ça parce que je sais que la population est vieillissante et y a beaucoup, beaucoup de personnes âgées, beaucoup, beaucoup de centres de personnes âgées, pis... moi, franchement, je suis vraiment à l'aise avec les personnes âgées. J'ai travaillé en cuisine pendant cinq ans dans une résidence de personnes âgées.» (Participant I)

Dans le contexte actuel de leur pratique, une part importante des interventions non urgentes consiste en transfert d'usager d'un établissement du réseau de la santé vers d'autres établissements.

«Faut comprendre que le service préhospitalier les services préhospitaliers au Québec (...) c'est un service unique qui répond autant au transfert interétablissement, aux appels urgents, aux appels non urgents.» (Participant A)

Cette réalité est d'autant plus vraie lorsqu'un établissement de santé est à proximité du point de service ambulancier. Certains participants sont plus fortement sollicités pour ce type d'intervention non urgente que d'autres. Ceux travaillant près d'un centre hospitalier secondaire et loin des centres hospitaliers tertiaires (corridor de cardiologie, traumatologie, etc.) ou près de CHSLD et de résidence pour personne semi-autonomes effectuent plusieurs transferts et retour à domicile.

«... c'est une majorité de nos appels. ...Dès que tu fais de l'ambulance dans une ville où y a des hôpitaux, ben ça t'arrive de faire des transports inter hospitaliers.» (Participant C)

Alors que l'entretien de recherche visait à laisser les participants s'exprimer sur la réalité des interventions non urgentes, plusieurs différentes pratiques cliniques, y étant spécifiquement liées, ont été évoquées. Les premières se rapportent au rôle attendu et les suivantes se démarquent comme des pratiques nouvelles et non reconnues, en partie ou en totalité.

Dans un contexte où leur mission est de prévenir la morbidité et la mortalité et que la majorité des interventions ne nécessite pas l'application de soins urgents, les participants font ressortir que l'appréciation clinique se résume comme la seule tâche réellement définie et requise au plan clinique en intervention non urgente.

«En fait, la procédure c'est une évaluation... l'évaluation primaire ou l'appréciation du patient. Une fois qu'on a apprécié qu'y a rien d'urgent, qu'y a pas de technique à être appliquée que ce soit une attèle pour une immobilisation quelconque... mais c'est un patient qui a besoin de se rendre au centre hospitalier pour un suivi, pour une maladie chronique, ou quoi que ce soit, une fois qu'on a réalisé qu'y a rien dans

nos tâches qui peut être fait, la tâche principale qui doit être faite, c'est l'empathie, c'est l'écoute active, c'est... d'établir un contact, une conversation et c'est parlé de rien, de tout et de rien,...» (Participant A)

Bien que le rôle de transporteur soit un rôle attendu et une spécialité de la fonction de technicien ambulancier paramédic, les participants le présente souvent comme un rôle sans considération ou indigne. Ils en parlent plus dans la part de l'entretien sur la réalité des interventions non urgentes.

«En fait, le rôle le plus dur à accepter, pour l'ambulancier, c'est celui d'être un transporteur. Ça va avec... c'est comme un bien... comme un mal obligatoire.» (Participant B)

Pour plusieurs participants, la fonction de transporteur en situation non urgente est associée à l'idée d'une pratique non proprement clinique, mais plutôt comme un relevant de la bienveillance à l'égard d'autrui.

«...surtout un transport avec dignité de ces gens qui sont souvent à mobilité réduite ou considérés comme fragiles par leurs proches». (Participant M).

Elle ne semble pas toujours être reconnue comme une fonction digne.

«Entre... comment le paramédic se voit entre... paramédic et transporteur pour des causes urgentes et non urgentes...» (Participant D)

«Quand c'est pas urgent, on se prend pour un chauffeur de taxi ou un transport médical non urgent.» (Participant G)

La thématique du rôle des SPU ou de l'identité professionnelle du technicien ambulancier paramédic et un rapprochement négatif avec le service de taxi est présente dans sept des treize entretiens réalisés. La mise en évidence d'une expertise en matière de transport des malades et des blessés n'est pas franchement abordée.

L'épisode de soins du technicien ambulancier paramédic en situation urgente ou non urgente se termine par le transfert des responsabilités au centre hospitalier. Cette pratique est associée à l'activité professionnelle et n'est pas oubliée des participants. Ils détaillent qu'elle implique plus que le simple fait de donner un rapport verbal et écrit au centre hospitalier tel que requis. Les participants décrivent comment ils contribuent à l'efficacité et à la sécurité de la prise en charge hospitalière de l'utilisateur.

«Mais on prend les signes vitaux pour l'infirmière rendus au CH. Puis je pense que c'est de façon de collaborer avec elle... dans ce but là je pense. Pis c'est sûr que si je mets la collaboration plus que c'est plus facile pour le technicien de... le faire, finalement...»

Et

«Lorsqu'on dépose ... on a à transférer le patient sur la civière, on le met pas juste sur la civière et on s'en va... bon... on s'assure que toutes les ridelles sont levées, le patient est confortable, on l'a mis en bonne position, on a enlevé notre drap, on a... tout est stable et on aide le préposé. Fait que c'est un petit peu à l'extérieur de ma maison, mon travail, finalement, je continue un peu tout ça, à l'hôpital.»
(Participant H)

Par ailleurs, le rôle joué est vraisemblablement composé de plusieurs tâches non reconnues ni associées au rôle attendu dans la définition de l'activité professionnelle du technicien ambulancier paramédic québécois. Plusieurs gestes sont effectués à répétition par les participants qui les considèrent comme inhérents à leur rôle dans le cadre des interventions non urgentes. Toutefois, elles ne sont pas explicitement définies ou balisées dans leur cadre de pratique ni perçues comme telles. Qu'il s'agisse ou non de tâches légitimes au rôle, l'intervenant s'en attribue la responsabilité par constat logique de sa contribution, des besoins perçus ou faute de frontières claires. En voici les différents aspects ressortis de l'analyse qualitative réalisée.

En entretien, lorsqu'elles étaient illustrées, il a été validé auprès des participants si ces différentes pratiques étaient enseignées et balisées dans le champ de pratique ou dans le cadre du travail. Pour certaines de celles-ci, les réponses des participants étaient hésitantes et mitigées. Voici ces différentes pratiques.

Une des pratiques détaillées consiste en l'évaluation fonctionnelle de l'autonomie des usagers. Elle est faite instinctivement, ou encore inspirée des autres formations en santé suivies par certains participants (aussi infirmiers ou infirmières, autres techniques en santé). Ici, on décrit la réalité de la nécessité d'évaluer l'autonomie des usagers de plus de 65 ans alors que la plainte principale derrière la demande n'est pas systématiquement claire, que l'état n'est pas considéré instable ou nécessitant des soins urgents.

«On va rechercher ... par des questionnaires ... c'est surtout le questionnaire dans le fond... êtes-vous capable de... qui fait l'épicerie? Êtes-vous capable de vous faire à manger ? Donc on va rarement se rendre dans le travail ... de l'ergothérapeute où eux vont vraiment l'évaluer. On se rend pas jusque là. Mais par contre on va faire toute la partie qui est visuelle, on va regarder si l'hygiène de la personne est réduite, si la personne a une perte d'autonomie dans ses activités domestiques, activités de la vie quotidienne. On va pas vraiment plus loin que l'alimentation, on pose des questions par rapport au sommeil. On vérifie l'orientation de la personne, donc sa capacité à être autonome dans ses pensées.» (Participant B)

Les techniciens ambulanciers paramédics s'approprient le devoir de diriger adéquatement les usagers. Cette pratique n'est pas non plus balisée. Ils rapportent combien plus ils pourraient accomplir.

«...ben qu'y est urgent pour la personne, lorsqu'elle appelle, et qui est finalement... c'était pas urgent, ben je suis prêt... ..le paramédics pourrait traiter de cette façon-là de façon protocolaire... va dire – C'est parfait. Y a quelqu'un qui va vous chercher dans deux heures... ou trois heures dépendamment de l'hôpital qu'elle veut.» (Participant H)

«On agit en détective sur les lieux. On pourrait diminuer les délais à l'urgence et référer pour de l'aide à domicile. On pourrait appeler le 1-800-CLSC» (Participant K)

Les participants rappellent comment la loi et le cadre de pratique défendent à une ressource ambulancière de se présenter ailleurs que dans un centre hospitalier offrant un service d'urgence ou de prendre une décision clinique visant à favoriser le maintien à domicile de l'utilisateur.

«Si on y va techniquement, dans PICTA, y a pas un PICTA GEN... Gériatrie... C'est les acronymes là... pour... les protocoles techniques OBS pour l'accouchement, (...) Dans un contexte de soins plus poussés, probablement que dans ... y aurait un onglet aussi orientation du patient vers le bon service. Malheureusement, la loi prévoit qu'on transporte les gens aux urgences quand ces personnes-là pourraient être transportées vers des centres de soins ou...» (Participant A)

En se considérant les mains liées, ils perçoivent qu'ils pourraient faire plus pour les usagers en étant intégrés formellement au cadre des services de premières lignes. Leur expertise les places en position privilégiée pour les recommander à d'autres services que celui des urgences.

Durant les entrevues, certains participants ont souligné ou en sont venus à prendre conscience qu'une part importante du rôle joué lors d'interventions auprès des usagers de plus de 65 ans est celui de représenter l'utilisateur ou de le défendre. C'est une compétence professionnelle certainement, mais il semble ressortir des entrevues qu'il s'agit aussi d'une tâche où les participants développent une expertise.

«Une grande partie de notre rôle repose donc sur notre capacité à interagir avec les patients, comprendre leurs besoins et ainsi faciliter le traitement, le transport et les introduire correctement auprès du centre hospitaliers receveur en vue qu'ils reçoivent les soins appropriés.» (Participant M)

Ils se perçoivent comme jouant un ensemble de rôles relié à protéger les usagers vulnérables. Ici, un participant parle de signaler les cas d'isolement social :

«On le constate, on le signale et on le met en branle. Un peu comme tout le monde doit le faire pour la DPJ, nous on a décidé ... mais nous, on a décidé... je pense que... tout être humain qui se respecte doit vouloir aider... être capable de se rendre ... de réaliser lorsque quelqu'un a un besoin qui dépasse le cadre hospitalier. Je pense que le cadre social est important. Et la même façon que ça peut revenir à un... quelqu'un qui ... le livreur de journal, le camelot... lorsque le camelot arrive et il y a un empilement de papiers et... la personne qui va livrer les cigarettes chez la personne âgée et qui finalement... écoute, c'est inacceptable et décide d'appeler le 911, je pense que c'est une obligation de citoyen.» (Participant B)

Un participant s'exprime en parlant de sa pratique qui peut ressembler à celle d'un travailleur social et pour laquelle la population leur fait appel.

«Je connais pas leur spectre de travail assez large... Je suis pas habitué d'orienter vers les bonnes ressources nécessairement (celles une fois le patient rendu en centre hospitalier). Mais au moins, j'alerte les ressources adéquates. Je pense que c'est quand même connu. Oui, parce que de façon générale, c'est plutôt accepté. On...y s'attendent... les voisins peuvent nous appeler pour dire – ah ma voisine, je suis inquiet pour elle. Les motifs peuvent des fois... assez nébuleux pour lequel on demande notre intervention. .» (Participant B)

Ce participant est invité à valider si à sa perception, il s'agit d'une pratique clinique balisée dans son champ professionnel et pourquoi il le fait. Dans un premier temps, il répond avec une assurance détachée:

«Non. C'est le néant total.»

Et ensuite :

« Morale. Définitivement.» (Participant B)

Plusieurs participants décrivent comment le temps disponible en transport vers le centre hospitalier leur est idéal pour échanger avec l'utilisateur, surtout, faire de l'enseignement. Lorsqu'on demande aux participants s'il s'agit d'un rôle qui correspond à leur champ de pratique, ils ne savent pas s'il en fait partie ou non. Ils apprécient le faire car ils se sentent utiles. Certains répondent directement que non et qu'ils le font pour le bien des patients.

« Si vous faites ça de cette façon-là, peut-être ça va vous aider. Ou quoi que ce soit. La prochaine fois, si vous voulez appeler, faites ça... faites ça. – Ah ben là, je le savais pas. – Ben là... C'est correct. Parce que je me dis que... ce que j'ai fait, va aider et en même temps va aider les organisations... ça va désengorger en quelque part sur quelque chose. Fait que un plus un plus un... ...Mais moi, c'est pour le patient que je le fais. » (Participant H)

À plusieurs reprises, les participants décrivent faire le constat que les usagers ne connaissent pas leur état de santé, leurs traitements et les services alternatifs qui pourraient aider à leur maintien à domicile. Ils expliquent aux usagers les différents services de santé qui existent pour les aider à se prendre en charge. Les participants insistent aussi pour dire qu'ils s'en tiennent à des informations de base sur la santé, ils sous-entendent qu'ils en n'ont pas le mandat. Ils assurent qu'ils ne désirent pas empiéter sur la compétence de leurs collègues infirmières et médecins. Ils réalisent toutefois que leur pratique permet un contact privilégié avec l'utilisateur et que le contexte non urgent y est encore plus favorable.

«La clientèle âgée... eux autres veulent aller à l'hôpital parce que vraiment, ils ne feelent pas. Des fois, tu leur demandes – Avez-vous appelé votre médecin? - Non. – Mais peut-être que auriez vous pu appeler votre médecin et y vous aurait dit – Regarde, fais toi venir tel médicament de la pharmacie. Sans qu'y ait obligé de l'envoyer à l'hôpital pour... » (Participant G)

La tâche suivante est spontanément décrite comme typique sur une intervention non urgente. L'enchaînement des actions sur ce type

d'intervention implique d'encadrer l'utilisateur et sa famille dans la préparation pour le transport et le séjour à l'urgence.

«...Médicaments... le sac, pour le retour... est-ce qu'y a besoin des bottes parce que lorsqu'on voit que c'est pas urgent, on a des gros doutes qu'y vont revenir en ambulance, donc y vont revenir probablement avec la famille ou en Médicar. Fait que si ... je me mets à la place de la personne, je me dis – Y faut peut-être des souliers pour revenir ou bien... un manteau. Donc on prépare ça un petit peu à l'avance, quand c'est pas urgent. C'est sûr que quand c'est urgent, on laisse ça de côté et on s'en va. Mais sinon, c'est ça.» (Participant H)

En questionnant directement le participant sur la formation ou la directive qui dicte cette pratique, on nous répond qu'il ne s'agit pas d'une directive ni d'une pratique enseignée. Il s'agit d'une initiative personnelle logique.

Lors des entretiens, les participants sont invités à s'exprimer sur les besoins perçus chez les usagers en intervention non urgente, aussi chez les 65 ans et plus. Les demandes principales des usagers lors d'interventions non urgentes sont liées aux besoins suivants : être rassuré, être conseillé sur son état, sur la façon de se soigner et aider pour se mobiliser sécuritairement et à peu de frais. Il s'ajoute à cela d'être vu rapidement par du personnel médical, d'être accompagné à défaut d'avoir un aidant naturel.

Une part des demandes leur semblent reliées à un manque de ressources telles que la simple ignorance des soins de bases pour les maladies et blessures mineures, le tissu social effrité ou une forme de déresponsabilisation de la communauté. Les inégalités psychosociales ressortent aussi comme un déterminant des demandes des usagers. Les participants font état de diverses situations lorsqu'ils répondent à une intervention non urgente. Ils sont parfois réalistes, et l'on perçoit leur cynisme dans leur parole que le ton prit pour répondre :

*«Quelqu'un qui a peu de ressources, qui a peu de famille, qui a peu de moyens, que ce soit des moyens financiers, des moyens cognitifs, des moyens... peu importe le mot, plus t'es limité, en terme de moyens, en termes de ressources, en termes de famille, en termes de réseau, en termes de... n'importe quoi, plus l'appel au 911... pour des cas qui selon mes valeurs... ne méritent pas une ambulance, viennent vite.»
(Participant F)*

*«Combien de fois qu'on a la réponse... qu'y nous disent – Ça va passer plus vite en ambulance. J'entends ça tous les jours.»
(Participant G)*

«C'est quoi appeler l'ambulance... pour un coup de marteau sur un pouce?» (Participant D)

Conscient du sujet touché dans le projet de recherche, le participant suivant décrit une intervention non urgente avec intensité. Il raconte comment son expérience clinique de plus de 20 années en contexte préhospitalier l'amène à moduler sa vitesse de conduite face à une affectation urgente pour une situation de difficulté respiratoire grave ne pouvant passer outre d'anticiper l'histoire et l'issue du cas.

«Quand je vois 6D 17 ans, sur le terminal... tu comprends tu que... Exact. Dans une école? Ah.....À 80 %. ...Hyperventilation. Autour, y a personne qui est capable de s'assumer ...dans une école... T'envoies une ambulance. ...son chum l'a laissée, ...période d'examens, ...fin de l'année, on voit ça régulièrement. Elle s'est pognée avec un professeur. Etc. etc. (...) Plusieurs écoles qu'y ont une infirmière. Pis sont pas capables de faire une différence ...hyperventilation. Y nous appellent en stat là-dessus. Tu comprends?» (Participant G)

Pour certains participants, c'est le manque d'accès aux services de santé de première ligne qui est la cause sous-jacente des demandes de service de la population :

«Chaque clinique... si ton médecin de famille travaille pas là, y te prennent pas, faque c'est là que c'est l'urgence ta porte d'entrée, ...quelqu'un qui, t'sais la maman que son poupon fait de la

température pis elle ne sait plus quoi faire avec et qui a pas de médecin de famille ben c'est nous.» (Participant J)

Pour ce participant, et plusieurs autres, malgré l'état stable des usagers, les demandes leur apparaissent bel et bien justifiées. Les tableaux cliniques évalués nécessitent un suivi médical.

«Maintenant, la question qu'y faut se poser, si la personne a épuisé ses ressources, elle s'est rendue au 911, pour elle, elle en avait besoin.» (Participant F)

«Bon, on va être honnête que... des patients qui nous attendent sur le trottoir avec la petite valise, leur cigarette, leur petit chapeau, ça existe. C'est pas la majorité des cas.» (Participant A)

Dans une perspective plus précise, la définition des demandes reliées aux interventions auprès des usagers de plus de 65 ans est très claire pour l'ensemble des participants consultés. Les demandes sont reliées à la prise en charge de la perte d'autonomie, au manque de ressources alternatives satisfaisantes et à la déresponsabilisation de la communauté à l'égard des personnes vulnérables.

«Souvent l'appel aux services d'urgence s'explique par une inquiétude des proches ou du personnel soignant (résidence) suite à une situation non récente ou une détérioration de l'état de santé du bénéficiaire.» (Participant M)

«Une prise en charge et être amenés de façon sécuritaire vers un centre hospitalier. Parce que c'est normalement des gens qui vont être hospitalisés. C'est des gens qui ont besoin de traitements mais pas nécessairement se rendre à l'hôpital en passant sur les lumières rouges... ..Pas des gens qui vont retourner tout de suite à la maison. C'est pas des gens qui sont amenés pour des gripes... mais c'est des gens qui ont... nécessitent une prise en charge et pas nécessairement urgente.» (Participant F)

«Nous sommes portés à prendre les appels non urgents à la légère. Par contre, cette clientèle a tendance à décompenser rapidement.»

Nous devons les observer, chercher le problème, poser beaucoup de question. Ce sont des gens qui sont souvent très anxieux, qui ont peur de la mort. Nous devons les rassurer énormément.» (Participant L)

«Ben... des problèmes de santé... des pathologies qui se sont ... sont réelles, des douleurs thoraciques, difficulté respiratoire, des... plusieurs autres maladies. Y a ... beaucoup aussi, je pense d'urgence psychosociale... c'est des gens qui sont défavorisés et qui sont démunis aussi psychologiquement et donc, sont seuls... y ont besoin de... ... de se faire rassurer ou y ont besoin d'un contact humain, souvent, qu'y ont pas. Et c'est nous autres leur contact humain.» (Participant C)

Les nouveaux paramédics rencontrés rapportent être peu exposés aux appels urgents et devoir composer principalement avec les usagers aînés.

«Les interventions les plus typiques que j'ai faites, c'est... vis-à-vis les personnes âgées. Donc... plus souvent... quelques faiblesses, feel pas, veut aller à l'hôpital... Moi, c'est ça. Pas eu encore des gros appels stressants. Pour moi, ces genres d'appels là... c'est bon... on va apprendre notre temps, on va voir qu'est-ce qui se passe, on va bien faire notre... évaluation... On va en prendre soin de cette personne-là» (Participant I)

Une thématique particulière ressort des entrevues. Dans les multiples descriptions d'intervention non urgentes rapportées, les participants de tous profils décrivent devoir intervenir auprès d'une tierce personne dans des situations où l'utilisateur concerné n'a pas souhaité explicitement qu'un service d'urgence soit appelé. Ce type d'intervention apparaît comme problématique pour plusieurs d'entre eux et leur suscite une certaine colère. Les participants qui ont entre 3 et 20 ans d'expérience décrivent tous se retrouver à enquêter auprès de la tierce personne pour comprendre la demande d'aide alors que l'utilisateur lui-même ne souhaite pas explicitement leurs services. Le plus souvent, la tierce personne est un membre du personnel d'une résidence privée qui n'est pas en mesure d'assurer des soins de bases ou manquants d'assurance pour assister l'utilisateur. Pour les participants, cette situation entraîne une sur-mobilisation des services d'urgence à défaut d'autres

options convenables pour l'usager. On peut percevoir une certaine exaspération chez les participants.

Ces situations quotidiennes exigent des participants d'exercer des habiletés de négociations et d'éducation qui dépassent celles pour lesquelles ils disent être formés ou encadrés cliniquement. Les intervenants doivent alors assister l'usager dans une prise de décision éclairée hors de la pression exercée par la tierce personne afin d'accepter ou non le transport vers le centre hospitalier pour une problématique de santé apparemment non urgente. Les participants racontent comment l'usager doit être aidé à s'affirmer de la personne même en qui il met sa confiance et qu'il paie pour lui offrir des soins de bases au quotidien. Et cela, pour des problèmes de santé qu'un adulte moins vulnérable aurait pris en charge plus aisément. On les sent là aussi plus agacés par le rôle à jouer.

«...nous observons un problème dans les centres de personnes âgées. Par exemple, une dame de 70 ans, alerte, 1 vomissement alimentaire ce matin. Le personnel de la résidence va appeler l'ambulance et demande un transfert dans un hôpital. Mais, le personnel aurait pu donner de la médication telle que Gravol à sa patiente et observer l'évolution de la patiente et ensuite nous appeler si son état ne s'améliore pas. Les patients n'ont souvent pas envie d'aller à l'urgence, mais ils ne sont pas au courant qu'ils peuvent refuser un transport ambulancier.» (Participant L)

Nous percevons qu'il est difficile pour les participants de devoir se positionner comme défenseur de l'usager devant la tierce personne supposée représenter ses droits. Cette situation semble délicate et fréquemment rencontrée.

«...en préhospitalier, une des choses qui est frappante, c'est peut-être la confrontation de... l'obligation de soins versus la personne âgée, la liberté que ces individus là... En fait, y habitent en domicile privé et on... a une tendance à respecter leurs vœux beaucoup plus aisément.

«Quand on est rendus dans une résidence, là, on se confronte à des politiques, des politiques de résidence.» (Participant B)

«Mais... y est libre... apte éclairé, c'est pas à cause que y a 87 ans qu'y est obligé de venir de force à l'hôpital. (...) Y dit (en parlant de l'utilisateur) – Mon jeune, j'irai pas à l'hôpital. J'avais juste besoin d'aide pour me lever.» (Participant C)

Plusieurs techniciens ambulanciers paramédics décrivent aussi que ces situations se distinguent des cas dits de «dumping», moins fréquents, mais réels. Des interventions aux termes desquelles ils en viennent à la conclusion que la motivation derrière la demande de service provient de tierces personnes ou même des familles qui cherchent à se défaire de leur responsabilité. Il s'agit le plus souvent de la responsabilité associée au soutien requis par un aîné vulnérable, ou en perte d'autonomie, et assurer son maintien à domicile. Pour les participants, ces demandes ne sont pas en lien avec un épisode de maladie précis.

«...T'as le centre de personnes âgées qui te coûte une beurrée... tu paies je sais pas combien de centaines de dollars par mois... c'est privé, ... Pis à la minute que le patient commence à être difficile, y a une stomie, une sonde, oups, trop compliqué et je l'ai fait récemment... transférer le patient d'un centre de même privé ... c'est un transfert... On en a pas des tonnes mais on l'a. On prend le patient d'un ... centre de même et on s'en va à l'hôpital... Oui donc on s'en va vers l'hôpital. Je suis après lire les papiers. Y'expliquent le cas... y disent «Personne trop lourde, ne peut plus revenir ici.» Fait qu'ils l'ont dumpée... et je peux pas utiliser d'autres termes que dumper à l'hôpital, ...C'est le centre qui appelle et le patient... (...) veut pas déranger.(...) Pis nous autres, on est obligés de l'amener là et on lit ça et on dit – Bon.» (Participant E)

Auprès de la clientèle des 65 ans et plus, les participants rapportent avoir le rôle principal de rassurer. Cet aspect de leur rôle a occupé une grande part du contenu des entretiens à l'égard du rôle.

«Y faut être patient, des fois, faut parler plus fort... plus tranquillement. Leur expliquer. Eux autres c'est important puis... qu'y se sentent en

sécurité. Puis qu'y se sentent... comment dire... qu'on va prendre soin d'eux. Pas – Envoie vite vite... on emballe les affaires... et go... on s'en va à l'hôpital.» (Participant I)

«En fait, y est pas protocolisé... fait qu'y pourrait avoir certains collègues qui diraient – C'est pas écrit dans le protocole... on le fait pas. Sauf que effectivement, oui, ça fait partie de notre travail... de se présenter, de rassurer les gens» (Participant C)

«C'est beaucoup... je pense qu'ils ont plutôt un rôle... pour rassurer... les gens... première des choses... Des gens qui se retirent de leur environnement... c'est pas nécessairement ... pas nécessairement évident. Donc ... ils doivent les rassurer...» (Participant F)

Dans les entrevues, les participants ont manifesté la nécessité de faire preuve d'habileté de communication et de négociation face à la nature des situations rencontrées et liées aux interventions non urgentes. Les situations suivantes demandent un investissement particulier de la part des techniciens ambulanciers paramédics : préférence manifeste d'un usager pour un centre hospitalier de destination particulier non disponible; hésitation à consulter en centre hospitalier; problème cognitif ou affectif chez l'usager vieillissant, choix du centre hospitalier impossible dans un contexte où le plus souvent la destination est imposée par les directives du MSSS.

«La clientèle 65 ans et plus étant un peu plus anxieuse nécessite d'autres tournures de phrase lors de nos questions. Il faut être un peu plus à l'écoute car certaines personnes ont de la difficulté à nous exprimer leur problème, à mettre des mots sur leurs bobos comme on pourrait dire.» (Participant L)

«Les critères... puis si la dame me dit – je veux aller à l'hôpital X... Elle rentre pas dans les critères. Je la détourne à l'hôpital Y... par la suite, parce que c'est le seule centre hospitalier disponible, ça... fait un petit conflit... Avec le patient. Le patient est pas content. On essaie de leur faire comprendre. Ça arrive, oui. Le personnel aussi. Et le personnel du centre hospitalier. ...Depuis une couple d'années que ça arrive.» (Participant G)

«Mais... y a ben des... patients où ils veulent aller à un CH... un hôpital et c'est pas disponible celle-là mais c'est celle-là qu'y a déjà été l'an passé ou quoi que ce soit. Tout expliquer la situation à chaque fois qu'y peut pas aller à cet hôpital là. Des fois... C'est un rôle qu'y nous disent de faire et c'est sûr que c'est agressant pour le patient, parce que y peut pas aller ... Toujours en train de négocier. Savoir pourquoi qu'on devrait l'amener à tel hôpital.» (Participant H)

«Parfois se sont nos qualités de négociateur et parfois encore c'est notre simple réconfort et professionnalisme qui nous servent à remplir ce rôle.» (Participant M)

Ce participant commente les habiletés requises chez le candidat à la profession dans un contexte d'intervention préhospitalière non urgente.

«Faut vraiment... que y apprennent à interagir parce que sinon, y va être malheureux quand y va sortir. Y va être malheureux et ça va être la même chose ... toutes les personnes qui ont à travailler avec le public, que ce soit... les policiers parce que y en a qui... ont pas de tact partout. Les pompiers, la même chose... y ont besoin de plus interagir maintenant...». (Participant H)

Elle laisse comprendre qu'autrement, c'est l'expérience d'un conflit qui suivra.

La section suivante présente les éléments importants qui ressortaient associés à la thématique du rôle perçu par les techniciens ambulanciers paramédics.

6.2.3 La perception du rôle

Afin de mieux cerner la perception du rôle chez les participants, une question du plan d'entrevue concernait la vision de leur mission. Trois participants seulement ont répondu d'emblée que leur mission était de sauver la vie. Les réponses des 10 autres participants sont plus nuancées et se détaillent de la façon suivante. On y parle plutôt de la nouvelle mission du technicien ambulancier paramédic.

«Intervenant lors de situations d'urgence et... maintenant non urgente... .. Soigner contrôler mettre en lien avec le système... et mettre en lien avec le système hospitalier pour ses ressources médicales sociales ou psychosociales.» (Participant B)

«Ce terme qui consiste à « sauver des vies » me laisse d'ailleurs perplexe et je me questionne à savoir si cela n'est pas l'unique chose qui motive certains étudiants à exercer notre profession. Le terme impressionne et je ne l'aime pas particulièrement car je trouve qu'il dépeint mal notre métier.» «Nous apportons alors au mieux de nos capacités réconfort et surtout un transport avec dignité de ces gens qui sont souvent à mobilité réduite ou considérés comme fragile par leurs proches.» (Participant M)

«La beauté de ce rôle c'est qu'il est très diversifié; les soins ne sont pas nécessairement l'administration de médicaments ou la pose d'un pansement mais bien le réconfort l'écoute et sentiment d'aide que notre simple présence peut apporter.» (Participant M)

«Rassurer, la prestance et le bon conforme de l'uniforme, se mettre au même niveau, à genoux, parler et s'intéresser au patient, entrer en communication évaluer l'aspect social tel que propreté des lieux et l'hygiène personnelle.»

Et

«Sauver la vie, quand la situation l'exige, ce qui n'est que peu fréquent » (Participant K)

«Nous offrons de l'aide physiquement et mentalement à des gens dans le besoin. Nous nous assurons de leur donner les bons soins, selon leur état, à leur domicile ou dans un lieu public et nous poursuivons les soins ainsi qu'un questionnement durant le transport jusqu'à l'hôpital. Notre rôle consiste aussi à donner toutes les informations nécessaires aux infirmières, pour que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles selon leur condition.» (Participant L)

«La mission, c'est d'être en donner le meilleur de moi-même comme aidant. Pour aider cette personne là à avoir des meilleurs soins possible rendue à l'hôpital. De l'accompagner là-dedans... avec

les connaissances que j'ai pour pouvoir avoir les meilleurs soins rendus à... au CH.. je pense que c'est ça.» (Participant H)

Il ressort de ces entretiens que la définition personnelle du rôle s'éloigne de la mission originale. Une grande part du rôle va à l'assistance et l'encadrement plus qu'à la prestation de soins physiques. La vision d'un participant se distingue toutefois. Il se questionne autrement sur sa mission. Il relate qu'historiquement la détresse des personnes était principalement associée à des accidents et des maladies aux conséquences mortelles, ce qui n'est plus le cas. Il insinue que la définition légale et opérationnelle de sa mission a été définie par rapport à ce qui était observé il y a dix ans. Le participant n'est pas engagé, plutôt cynique ici.

«...notre rôle est lequel exactement. Je pense que notre rôle, on l'a créé nous mêmes par obligation. Et un certain moment donné, on... ... le gouvernement ou le... ... les personnes responsables de nous ont dit - Vous faites ça maintenant.- On voudrait peut-être se rendre là éventuellement. Donc notre tâche a été définie basée sur ce qu'on faisait donc...» (Participant C)

La section qui suit présente maintenant ce qui ressort de l'analyse sur la thématique du conflit de rôle.

6.3 Influence de la réalité des interventions non urgentes sur la perception du rôle : l'expérience du conflit de rôle

Dans l'ensemble des entretiens de recherche, les participants ont formellement défini le conflit de rôle vécu par eux-mêmes, leurs collègues et même la communauté professionnelle des techniciens ambulanciers paramédics. Il s'agit pour eux d'une expérience à laquelle ils se voient confrontés. Les participants ont exprimé informellement et formellement l'expérience d'un conflit de rôle lié à leur perception du rôle et à la dualité de

leur rôle en situation urgente et non urgente tant auprès des 65 ans et plus et d'autres clientèles. Pour certains, le conflit de rôle représente explicitement une pression ressentie comme un stress; pour d'autres, c'est aussi une source de motivation. Ils ont aussi relié le conflit de rôle à des manifestations d'attitudes et de comportements négatifs chez eux-mêmes et leurs collègues. Certains considèrent ces attitudes et comportements négatifs comme étant explicitement liés à l'épuisement professionnel. L'ensemble des participants reconnaît que plusieurs de ces manifestations d'attitudes et de comportements négatifs a des impacts sur la qualité des soins. Dans les extraits qui suivent, il est possible de constater le cynisme et le désengagement qui se dégage de l'expérience d'un conflit provenant des écarts entre les attentes des participants, des usagers et celles du système des SPU.

Lors de l'entrevue, différentes dimensions du conflit de rôle ont été abordées explicitement ou implicitement. Les verbatim présentent à la fois des expressions, des explications, des démonstrations spontanées liées à la réalité d'un conflit de rôle, et à la fois, des réponses précises aux questions adressant concrètement le conflit de rôle et ces possibles impacts sur les attitudes et comportements. Bien que certains aspects du conflit de rôle se dégagent d'extraits présentés dans les sections subséquentes (p.133) alors qu'ils étaient particulièrement reliés aux thématiques du rôle, cette section présente les autres résultats d'analyse qui s'y rapportent spécifiquement. Elle inclut les liens recensés entre les attentes des travailleurs et ceux d'autres parts. Le plan d'entrevue contenait une question se rapportant spécifiquement au conflit de rôle. Une autre étape de l'entrevue consistait à la présentation d'une liste de vignettes présentant des problématiques réelles liées aux attitudes et comportements négatifs. Les participants devaient en commenter divers aspects. Ces résultats concernaient plus spécifiquement les liens entre le conflit de rôle et l'épuisement professionnel, le cynisme et le

désengagement, tel que présenté dans le cadre théorique, et seront abordés dans la section 6.4 (p.164).

6.3.1 Une contrainte liée au travail

D'abord, le conflit de rôle entre les attentes liées au rôle attendu, joué ou perçu chez le technicien ambulancier paramédic est discuté dans les discussions précédant l'entrevue. C'est dès la lecture du formulaire de consentement que les participants parlent de leurs deux réalités qui se frappent, du rôle pour lequel ils sont formés et celui qu'ils exécutent. Ils parlent de comment cela leur mine parfois le moral ou celui de leur partenaire. Ils mentionnent que c'est un sujet de discussions au travail. Autrement, durant les entrevues, on observe une certaine retenue, on s'exprime sur autre sujet. À plusieurs reprises nous avons invité les participants à s'exprimer librement. Ils laissent parfois un commentaire évoquant alors qu'ils se souviennent se confier à quelqu'un qui provient du milieu, que c'est correct de dire ce qu'ils pensent. Ils expriment alors le stress ressenti face à ce conflit de rôle vécu. Leurs discours témoignent des efforts qu'ils doivent parfois déployer.

*«...c'est rentré comme un appel urgent mais c'était pas si urgent que ça. Fait que j'ai eu une certaine déception par rapport à ça. Donc... c'est... il me semble que t'es toujours... à émotions déchirées. »
(Participant F)*

Ce participant dit comment il fait preuve d'intellectualisation pour passer au travers de cette émotion.

«...C'est ce qui m'aide moi à passer... à un autre appel et de dire – Je ne viens pas de faire un appel de merde. Je viens d'aider quelqu'un qui est moins outillé.» (Participant F)

D'autres soutiennent simplement ne pas en vivre, qu'ils s'adaptent à la réalité, mais voient comment leur partenaire s'en ressent.

*« Les extrêmes que renferme ce métier sont pour moi très motivateurs mais peuvent être pour certains, je crois, être source de conflit.»
(Participant M)*

La citation qui suit démontre comment un participant ressent quotidiennement une forme de stress face aux attentes des usagers à l'égard de son rôle.

*«C'est des frustrations quotidiennes répétées et je peux pas vraiment mettre le doigt... si c'est urgent ou non urgent. C'est sûr que quand on va chercher une personne âgée qui nous demande un transport à l'hôpital pour faire renouveler une prescription, parce qu'elle a pas accès à un médecin de famille... faut comprendre que dans un monde idéal, y aurait une ambulance parkée devant chaque maison et un camion de pompiers et une auto de police devant chaque maison. Mais malheureusement, c'est pas ça. Fait que quand on prend une ressource ambulancière pour cette personne-là, cette ressource-là, nous, on le sait, on les voit les appels passer pendant qu'on transporte ce monsieur là vers l'hôpital et on entend qu'y a un arrêt cardiaque d'un enfant... ou un accident de la route avec des personnes incarcérées ou la grosse appel qui a besoin de ressources spécialisées comme on est formés. Mais nous, pendant ce temps-là, on transporte quelqu'un qui avait pas besoin d'être transporté.
(Participant A)*

D'autres participants rapportent être sous stimulés. Leur irritation provient alors de l'ennui, de n'avoir juste « pognée » que des appels non urgents durant des semaines et de se désengager.

D'autre part, les participants perçoivent la sur-mobilisation comme une source de stress directe dans le cadre du travail. Elle est décrite à maintes reprises dans le cadre des entretiens. Un participant réagit au fait qu'il doit conduire en mode urgent à l'affectation pour ensuite faire le constat d'une situation non urgente. Ici plus particulièrement face à l'intervention auprès d'un usager régulièrement rencontré.

«Ben ... un qui restait juste ici en face. On l'a emmené... 40 fois dans le mois. Je m'en vas sur les lieux..... je m'en vas en stat... Puis... après, on prend possession du patient, on s'occupe du patient, on a du

transport... pis... ... ça m'enrage... ... ça me frustre. (...) Ça m'écoeure. ... genre de stress. ...Régulier.» (Participant G.)

*«Je me dis que ça se peut pas. Une chance qu'elle a dit... qu'y s'était donné un coup de marteau sur le pouce. Vois tu, tu t'en vas là... en 10-30. En urgence, tu manques de te tuer, ou d'en tuer d'autres, parce que tu passes sur les rouges, etc. Tu vas faire un petit peu plus haut que la limite de vitesse, pour un gars qui s'est donné un coup de marteau sur le pouce. C'est sûr que je vas me donner un coup de marteau sur le pouce – Aaaaaaaaaaaaah. Tu te sens en détresse respiratoire, le monde... ne comprennent pas quand y demandent – Est-ce qu'il respire normalement? Ah ah aha ah... ... Non. Alors, y rendent ça 6D...»(Code pour un cas de nature «Problème respiratoire)
«Oui, je me dis... Voyons donc... ! Je pense que se crisser des coups de marteau sur un pouce...t'appelles pas l'ambulance pour ça! À moins que je saigne et que j'aie peur du sang... je m'évanouisse, là. Mais... c'est quoi la joke? (Participant D)*

Toujours en se rapportant à la sur-mobilisation, les participants ressentent un non-sens entre les demandes de limite de temps passé en centre hospitalier suite à un transport et le type d'intervention qu'ils effectuent vraiment.

«Y contrôlent nos temps... de... nos temps d'appels. Y contrôlent tout ça. Mais y tiennent pas compte des facteurs qu'on vit. (...) Le côté administratif, ça, c'est pas fin, ça. Un va... ça va pas ensemble. Fatigant. T'as tout le temps l'impression que t'es poussé... pour rien.» (Participant G)

«On est sollicité à se dépêcher de... terminer un patient pour aller en chercher un autre. On a l'impression de pas pouvoir faire la qualité mais on fait de la quantité. On a le sentiment de pallier à... au devoir du gouvernement.» (Participant A)

«Pas envers mon... patient. Peut-être une frustration côté ... employeur, côté protocole, mettons. Mais au patient, c'est pas de sa faute. Je mettrai jamais la faute sur le patient. C'est plus que... une petite frustration... Pis faut que tu la gères cette frustration. Encore là, j'en avais parlé à un chef. Je lui avais dit... que y avait eu telle situation... je trouve que j'ai causé plus de tort au patient que... Je me souviens pas qu'est-ce qu'y m'avait répondu en voulant dire... Écoute, la réponse que j'ai eue, c'est comme en voulant dire – Écoute, tu as suivi le protocole, même si ça y a amené plus d'anxiété (au patient),

t'as bien fait pareil. Puis... pas clair. Y peuvent pas nous dire... sinon la prochaine fois, j'y dirai pas. Y a comme pas de réponse à ça.»
(Participant I)

Le conflit de rôle réside aussi dans la sur-mobilisation liée aux affectations en fin de quart de travail. C'est-à-dire que plusieurs participants constatent pour eux-mêmes ou pour leur collègue qu'il leur est conflictuel de devoir intervenir en fin de quart de travail pour des interventions non urgentes et ce, de façon répétée.

Suite au processus d'analyse, la thématique émergente, « se sentir utile », semble être au cœur des pressions ressenties à l'égard du rôle lors d'interventions non urgentes. Ces citations en témoignent :

«C'est toujours plus le fun un appel urgent. Tu te sens utile.»
(Participant E)

«...je pense que effectivement, que transporter cette personne là à l'urgence, c'est surcharger le système. Pis que les paramédics se sentiraient beaucoup plus utiles d'orienter ces personnes là vers d'autres facilités.» (Participant A)

Un participant souligne ce qu'il ressent par rapport à ses interventions non urgentes.

«Certains appels vont ... m'amener à être très empathique... d'autres appels vont m'amener à me sentir très utile. D'autres appels vont m'amener à... et des périodes d'attente vont amener de l'ennui.»
(Participant B)

Ce participant parle qu'il se sentirait plus utile s'il pouvait servir d'agent de liaison formel au sein des services de santé :

«Ce serait différent parce que oui... parce que on se sent utile... on se sent qu'on a pas engorgé un système... on désengorge un système. Pis comme je disais, on sait jamais si la personne va avoir besoin du système pour vrai, va pas être une personne qu'on connaît. T'sé, on a

tous un rôle à jouer... si on veut que le système soit performant. Je pense que... je me sentrais plus utile.» (Participant A)

Le conflit se ressent parfois dans le fait de ne pas se sentir utile, car une intervention urgente attend peut-être ou que le travailleur se perçoit sous sollicité.

«Y s'en ressent parce que... moi, je dis... oui, y en a qui s'en ressentent. Y en a d'autres qui s'en fichent. Mais oui, tu t'en ressens parce que tu te dis... Je pourrais peut-être être utile ailleurs ou vraiment quelque chose.» (Participant D)

«...La personne te dit merci, elle a apprécié le service qu'elle a eu. Puis elle te remercie. Donc... y a un bel accomplissement. Fait que tu peux être fier de ça. Mais... en même temps, c'est... – J'aurais peut-être été plus utile ailleurs ou j'aurais peut-être été plus productif ailleurs ou j'aurais pu faire quelque chose de plus... de... plus intense ailleurs.» (Participant E)

«T'sé, sans sortir les grandes théories philosophiques, donne un salaire à un homme à rien faire et mourra à petit feu. Pis c'est ce qui arrive. On... paie les gens et on les forme mais on leur demande de rien faire. On (inaudible) un désengagement total.» (Participant A)

Il existe aussi une part de conflit de rôle relié avec ce que le participant perçoit comme rôle qu'il souhaite jouer auprès de l'utilisateur, les demandes cliniques qu'on lui adresse et le résultat qu'il en observe. Le participant trouve aberrant d'avoir immobilisé un patient dans un matelas immobilisateur tout en suivant la ligne directrice du protocole clinique indiqué alors que cela le rend anxieux et inconfortable. Croyant que son rôle est de soulager la personne, il s'inquiète des effets d'avoir à imposer une forme de souffrance au patient de façon répétée « pour son bien » sur son attitude future.

« Pour le moment, ça va. Mais je suis pas sûr que... je vas avoir les mêmes paroles après... quelques années. Là, c'est comme... frustrant, j'aime ça... (Son travail dans l'ensemble) c'est pas grave. Parce que je pense que à la longue, ça va... c'est comme des... trop blessures.. si

on veut... psychologiques. Dans le fond, je pense que c'est un peu ça qui va arriver.» (Participant I)

Le processus d'entrevue révèle que l'expression et la perception d'un conflit de rôle chez les paramédics de carrière sont différentes que chez les plus jeunes. Toutefois, tous sont conscients de la dualité de leur rôle. Un participant plus jeune s'exprime de façon nuancée sur cette dualité de rôle :

«Je crois personnellement que l'emphase ne sera jamais trop mise sur le fait que notre travail est d'abord un travail d'aide et de compréhension. Il est vrai que notre rôle est important mais la perception de la société même est biaisée par les médias qui démontrent notre métier comme étant une succession d'événement tragique, d'accidents et de « vies sauvées ». Ce terme qui consiste à « sauver des vies » me laisse d'ailleurs perplexe et je me questionne à savoir si cela n'est pas l'unique chose qui motive certains étudiants à exercer notre profession.» (Participant M)

Ici, les réponses plus contrastées de participants plus expérimentés.

«On veut être le sauveur de vie, le paramedic... Puis on réalise qu'on joue souvent le rôle du brancardier. Celui qui va transporter, le taxi... celui qui ramène. On se ramène un peu. On dirait qu'on a de la misère à aller de l'avant.» Participant E

Ce participant répond franchement :

*«La mission, c'est de garder quelqu'un en vie autant que possible.»(...)
(Participant G)*

C'est à la demande de précisions sur les spécificités de la mission en situation non urgente de la part de l'intervieweur que le participant reste songeur, incluant une longue pause avant de répondre avec hésitation.

« C'est le bien ... le bien du bénéficiaire.» (Participant G)

Un participant illustre les pôles nord et sud de son rôle par deux situations cliniques types et prises en charge dans le cadre de ses fonctions. Il présente alors un air découragé.

*«Écoutez, je pense qu'on peut imaginer ça... de façon très simple. L'appel urgent, un arrêt cardiaque, l'appel non urgent, une personne âgée qui souffre de douleurs arthritiques. C'est... deux extrêmes.»
(Participant A)*

Un participant qui agit aussi comme maître de stage rapporte comment il doit intervenir auprès des stagiaires ou de jeunes travailleurs qui se plaignent de ne pas voir suffisamment d'interventions urgentes.

*«Tu feras jamais 20 ans et avoir tous des cas urgents... Tu vas faire un burnout avant le temps. Tu peux pas avoir toujours des affaires de... d'émissions comme on voit à la tv. Il faut que... j'explique souvent... va chercher quelque chose d'autres que t'as pas appris à l'école. Va chercher quelque chose qui fait en sorte que Ah ben oui, c'est comme ça que va falloir que je parle la prochaine fois à telle personne.»
(Participant H)*

L'expérience du conflit de rôle se rapporte aussi aux attentes des participants quant à la tâche de transport des blessés et des malades. Il semble que certains participants voient comme difficile l'identification professionnelle avec leur fonction de transporteur lors d'une intervention non urgente. Cette association semble passablement méprisante.

« (Pour demande de transport simple) Transport. C'est un taxi. On déteste se faire comparer je pense au taxi.» (Participant E)

L'identification professionnelle semble associée à la notion des soins urgents et dissociée de la fonction de transporteur.

«Je vas dire que oui, sur un sens. Entre le fait... quand c'est urgent... qu'y peuvent ... on pourrait dire... quand c'est urgent, on a l'impression qu'on est vraiment des paramédics. Surtout avec les nouvelles

techniques. Quand c'est pas urgent, on se prend pour un chauffeur de taxi ou un transport médical non urgent. Y a un conflit entre transporter du monde et transporter du monde qui sont en urgence. Là, lui, le non urgent, tu vas... Oui tu vas prendre les signes vitaux mais tout partout, dans le médical, tu prends les signes vitaux. Tandis que... les urgences...» (Participant D)

Le thème de l'écart entre la formation initiale et la pratique est un aspect important des entretiens. L'ensemble des affirmations des participants, tant les réponses proprement données aux questions que les propos émergents, nous permettent de faire ressortir un écart entre les attentes liées au rôle reçues en formation et celles perçues dans la pratique.

«À l'école, oui, on nous prépare au pire, sauf que l'affaire, c'est que les trois quarts .. plus que 50 % de nos appels, non, y sont pas urgents, non... non.. on a pas besoin de masser, ou «combituber»... Nos patients nous parlent et à l'école, je trouve qu'on a comme un manque parce que .. on a toutes nos réponses comme tout cuit dans le bec. À l'école, je sais pas si tu comprends un peu ce que je veux dire.» (Participant I)

Il y a de fortes références à l'énergie déployée et d'apprentissage par essai erreur, afin de trouver des repères pour réinterpréter et se réapproprier le rôle effectivement à jouer. Cette situation semble plus exigeante pour certains que pour d'autres. Le ton des participants est parfois analytique, parfois énergique, et le volume de la voix laisse percevoir que certains sont à ce moment troublés. Ce participant parle avec conviction :

« (Préférence?) Ben, c'est sûr que... .. l'appel urgent... bon, a l'adrénaline qui va avec et on a aussi le sentiment du devoir accompli. Parce qu'on est formés pour faire quelque chose. Et en plus, dans le cas de l'arrêt cardiaque... mais on a la chance de ramener quelqu'un à la vie. Donc en plus d'avoir fait des gestes pour lesquels on est dûment formés, on a le bénéfice d'avoir la chance de sauver une vie. Tandis que la... comme j'ai expliqué tantôt, pour l'appel non urgent, ce qu'on nous demande, c'est d'en faire l'appréciation de le mobiliser pour l'évacuer de son domicile, puis le transporter à l'hôpital.» (Participant A)

Un participant plus jeune modère ses propos :

«Je crois que la formation initiale donne une bonne idée des problèmes de santé chronique ou non auxquels peuvent être exposés ce type de clientèle mais elle donne très peu d'information sur le savoir être à utiliser dans de tels cas. Ce savoir être doit compter pour environ 80 % de ce type d'intervention et malheureusement il s'acquière en grande partie avec l'expérience et l'exercice de ses fonctions. (...) Cela prend un certain temps en début de carrière pour saisir ce concept.» (Participant M)

La philosophie et les ratios de temps par sujets couverts en formation sont commentés comme non représentatifs des savoirs mis en pratique.

«Non, pis la formation à la base, la formation va expliquer quelles sont les réalités. On explique souvent que en pédiatrie, un enfant n'est pas un jeune adulte et qu'y a des... des... réalités propres à l'enfant au niveau physiopathologie, au niveau physiologie. Mais je crois que la personne âgée a le même type. C'est pas un vieux adulte... c'est une personne gériatrique. Pis y a des particularités qu'on retrouve pas chez l'adulte.» (Participant A)

« (...) Fait qu'on s'adapte en... en fait, on apprend sur le terrain comment intervenir auprès de cette clientèle-là. Effectivement, y en a de plus en plus.» (Participant A)

«On enseigne l'urgence. ...On enseigne l'urgence. Très peu pour suivre ce type de patients-là. Ça, c'est des choses qui s'apprennent... avec l'expérience je pense. Dans la formation. Le stable, c'est plus Je bâtis une histoire. Je bâtis une histoire à transmettre à l'infirmière... Peu de soins. Et un transport non urgent vers l'hôpital.» (Participant F)

« (90 % du rôle joué pas de formation) Oui (...) (10 % du rôle joué formation) Oui.» (Participant H)

«C'est ça... toutes les côtés bases, côtés cliniques, oui... c'est... super bien. C'est là que tu fais... des liens avec ce que la personne a... signes et symptômes, ça, oui. Mais c'est plus que par rapport patient. je veux dire... par rapport à... La relation... patient que je trouve qu'on a pas à l'école. Mais en même temps, je me dis que

c'est... difficile aussi de... d'enseigner ça ou... Mais bon, je trouve que c'est... ... c'est un manque.» (Participant I)

Un commentaire sur le thème de la formation et du conflit de rôle est ressorti comme intéressant et singulier. Un des participants indique comment il devient très difficile de ne pas tomber dans les familiarités avec les usagers fréquents. Il indique comment il lui devient difficile de ne pas garder une distance avec ce type d'utilisateur qu'il perçoit finalement comme abuseur de leurs services. Il mentionne comment finalement il ne joue pas le rôle auquel il s'attendait.

«Y a un patient que j'ai transporté dans le dernier mois six fois, six fois en boisson. Donc au début, on l'appelle par son nom de famille. Après ça, on l'appelle par son prénom et un certain moment donné, on ose se permettre des commentaires moralisateurs. (...) On espère qu'on va avoir un impact sur un individu pis qu'on va... le ramener dans le droit chemin...» (Participant B)

Nous lui avons demandé si une approche adaptée à ce genre de situation leur était enseignée, ou si des directives particulières leur étaient communiquées. Le participant a indiqué que non et qu'il n'en connaissait pas non plus.

Il nous apparaît que le conflit de rôle s'exprime en partie dans les manières personnelles adoptées par les participants pour redéfinir et s'approprier leur rôle sur une intervention non urgente préhospitalière. Les citations précédemment présentées et les suivantes comportent plusieurs propos à cet égard. Les participants évoquent les variantes personnelles dans les pratiques lors de la prise en charge d'interventions non urgentes.

«C'est vraiment personnel à moi... d'agir de cette façon-là parce que je veux continuer à interagir dans ce métier-là parce que j'aime encore ça.» (Participant H)

«Effectivement. Y a beaucoup d'essai-erreur qui se fait. C'est le choix du rôti... en fait, c'est... selon l'équipe qui arrive. Effectivement... En fait, c'est la problématique.» (Participant A)

«Boy... C'est pas dans mon 840 heures que j'ai appris le service à la clientèle pis l'empathie. Non. Je dirais plus dans mon expérience de vie. Je suis rentré sur l'ambulance j'avais 25 ans. Je pense que déjà, une manière différente de voir les choses.» (Participant C)

«Mais c'est de moi... moi, je le vois comme ça. Moi, j'ai trouvé ça dur en stage. Parce que c'est... Mon Dieu, c'est tellement pas la même chose qu'à l'école. Parce que c'est ça.. Les patients, (inaudible) quand y sont inconscients... y parlent pas. Tandis que là, ils te parlent. Y faut que y ait une interaction que... t'as pas avec... quand t'as un scénario à l'école. C'est... comment dire.... C'est pas difficile. Mais... je pense que j'ai eu un moment d'adaptation. J'ai été comme mon premier appel, j'ai... .. tu sais pas quoi dire. Sauf que ça vient... un petit peu par petit peu... puis... okay, tu vois les... gens comment qu'y parlent au... tes partenaires comment qu'y parlent au patient et c'est comme là que tu apprends.» (Participant I)

«Ça, c'est des choses qui s'apprennent... avec l'expérience je pense.» (Participant F)

L'analyse du verbatim d'entrevue permet d'établir plusieurs comparaisons entre les habiletés cliniques requises par la pratique non urgente, apprises en formation, et celles effectivement nécessaires. Dans l'ensemble, il ressort de l'analyse que les participants conçoivent qu'ils ont le devoir d'être confrontés à la réalité : ils n'ont pas les habiletés requises et ont le devoir de s'en refaire une représentation personnelle. Les participants ne perçoivent pas ou peu de repères cliniques ou professionnels visant à une intégration balisée de la réalité et de la formation dans le cadre de leur pratique professionnelle, malgré les stages en cours de formation. Ils disent qu'au final, ils doivent se référer minimalement à ce que le système SPU attend d'eux, c'est-à-dire effectuer leur appréciation clinique et le transport du patient tel que défini au protocole.

Dans ce contexte, l'expérience de la réalité du marché du travail est un choc. Le conflit de rôle est vécu dans le constat de la réalité du marché du travail qui n'est pas tout à fait celle vue en formation ou présentée dans les médias. Celles sur lesquelles ils ont eux-mêmes construit leur vision de l'activité professionnelle.

«Au départ tout le monde pense qu'un ambulancier fait seulement des appels urgents. Quand on n'est pas dans le domaine, c'est ce qu'on pense. Mais, à l'école cette réalité se continue. Nous faisons que des cas urgents ou presque dans les cours de Réa, Trauma. En stage, on comprend vite qu'il a beaucoup de p4, ou p7. (voir définition chapitre 2, p.31)» (Participant L)

«Il est vrai que notre rôle est important mais la perception de la société même est biaisée par les médias qui démontrent notre métier comme étant une succession d'évènements tragiques, d'accidents et de « vies sauvées ». Ce terme qui consiste à « sauver des vies » me laisse d'ailleurs perplexe et je me questionne à savoir si cela n'est pas l'unique chose qui motive certains étudiants à exercer notre profession. Le terme impressionne et je ne l'aime pas particulièrement car je trouve qu'il dépeint mal notre métier. C'est exactement ce genre de représentation qui selon moi explique que certains trouvent l'écart bien grand entre la réalité terrain et la fiction de la télé ou la formation scolaire.» (Participant M)

«Pas prévu parce que... à l'école, je pense pas qu'y te montrent ça. De voir... d'interagir... Y vont te dire... Oui, bon, prends le patient de même, fais ça de cette façon-là... telle situation, prends la pression... prends ci... mais interagir avec le patient, ça, t'as pas... Tu crois qu'à l'école, c'est pas nécessairement la dynamique... plus qu'on leur montre des gestes... une mécanique... une approche mécanique... qu'y mémorisent. Ben c'est justement, c'est très mécanisé.» (Participant H)

Ce participant explique que la réalisation de plus de 15 stages d'observation avec des intervenants qu'il connaissait hors de la formation scolaire lui a permis de dire que le travail qu'il fait est celui qu'il anticipait. Ce parcours n'est pas typique des candidats à la profession.

«Nous comprenons vraiment le rôle d'un paramédic lorsque nous faisons un stage d'observation avec une équipe. Nous pouvons vivre leurs émotions, l'adrénaline et observer la détresse chez les gens. Il n'est pas facile de comprendre tout cela dans nos cours théoriques ou pratiques. (...)» (Participant L)

Un jeune participant décrit que sa vision anticipée de la pratique est relativement congruente à son expérience. Ce commentaire semble partagé par deux autres jeunes des quatre rencontrés en entrevue.

«Oui, moi je dis que oui. Je m'attendais à faire ce genre de... d'intervention, ce genre de travail là. Donc... pour ma part, je suis pas déçu. Je m'attendais à faire ça.» (Participant I)

Globalement, il ressort de l'analyse que les participants de plus de 3 ans d'expérience constatent des écarts entre leur perception du rôle et la réalité vécue, qu'elle est source de stress et qu'ils doivent s'y ajuster. Ce constat est partagé par les plus jeunes, mais il semble qu'au moment des entrevues, qu'ils aient du négocier en partie ce conflit et qu'ils le ressentent différemment.

Lorsqu'interpelés directement sur le conflit de rôle que pose la réalité urgente/non urgente des interventions, tous les participants sont d'accord pour dire que le contact à la réalité entraîne une forme de conflit et des attitudes pour s'y ajuster.

«Oui c'est sûr... Oui mais je pense que ça arrive sur les jeunes parce qui sont déçus, sont déçus de... y s'attendaient pas à ça pantoute. Pis les plus vieux, parce que ils se disent- Ben je suis tanné de faire du non urgent. J'aurais le goût d'avoir une bonne (sic) appel.» (Participant H)

«Ça revient un petit peu à ce que tu m'as dit au début... la dépersonnalisation. Y a des collègues qui ... manquent d'empathie justement... qui viennent à penser que le patient, c'est quoi ta définition de... (rappel de la définition) Oui. Tu vois, on fait un appel dans la nuit pour 26a9... ou je sais pas quoi.. constipation, ben... c'est pas une

chose. C'est un monsieur, oui c'est un appel qui est... peut sembler ... qui peut sembler... moins stimulant qu'un arrêt cardiaque ou qu'une priorité 0 ou une priorité 1... Mais en bout de course, c'est un contact humain» (Participant C)

Sur la base du modèle théorique retenu pour cette étude, les manifestations de cynisme et de désengagement peuvent se manifester en réponse à un stress émanant du conflit de rôle. Différents types de stratégies d'adaptation semblent exister concurremment à l'expérience ou à l'évidence d'un stress émanant d'un conflit d'un rôle. Dans le cas de certains participants, ils semblent avoir été réinvestis par une redéfinition de la perception du rôle.

«Parce que je te dis, j'ai pas toujours eu cette perception-là. Mais là, en... ayant pris une pause et en... arrivant avec une nouvelle perspective, je suis capable de voir ça. Fait que j'ai moins d'attentes. Fait que – Ah même si y a pas de priorité 0 dans ma journée ou même si j'ai un transfert, ben... tu restes gagnant en bout de course parce que t'as un contact patient.» (Participant C)

« (en parlant des usagers) Justement parce que chacun a sa détresse. Fait que c'est pour rien qu'on a toujours des cas où c'est urgent et lorsqu'on arrive sur les lieux, ce n'est pas tellement urgent... urgent pour la personne. Mais pas pour nous. Sinon, on sera pas capable de faire ce métier-là. Pas toujours, toujours urgent.» (Participant H)

Le conflit de rôle est vécu dans différentes dimensions du rôle actuel joué face à l'intervention urgente et dans un contexte d'intervention non urgente. La section suivante poursuit l'analyse du conflit de rôle. Elle présente les liens évoqués par les participants avec l'épuisement professionnel, les attitudes de cynisme et celles de désengagement.

6.4 L'épuisement professionnel, le cynisme et le désengagement : des conséquences de l'adaptation au conflit de rôle

Les résultats présentés dans cette section proviennent de tout le verbatim d'entrevue analysé, mais aussi plus spécifiquement de la part des réponses d'entrevue où les participants devaient commenter des vignettes sur les attitudes et comportements négatifs recensés dans la littérature et par les commissaires aux plaintes québécois. Globalement, les participants évoquent que les attitudes de cynisme et de désengagement, ainsi que l'épuisement professionnel sont liés au conflit de rôle. En participant à cette étude, ils sont même étonnés de constater qu'il existe vraisemblablement un concept dans le domaine de la psychosociologie pour nommer l'expérience qu'ils vivent et qu'ils se puissent que tous ces concepts soient effectivement reliés. Voici ce qui ressort des analyses sur le lien entre le conflit de rôle chez le technicien ambulancier, les attitudes de cynisme et de désengagement ainsi qu'avec l'épuisement professionnel.

6.4.1 Épuisement professionnel

Parmi l'ensemble des participants consultés, six ont dit avoir souffert à un moment de leur carrière d'un épuisement professionnel, définition à l'appui. Deux participants disaient ne pas s'être rendus à en souffrir, mais d'en avoir senti le quasi-développement et avoir entrepris les mesures qui leurs étaient concevables et disponibles pour le prévenir. Parmi les plus jeunes, on s'inquiétait de la possibilité de vivre un épuisement. Les définitions qu'on s'en faisait étaient partiellement correctes, souvent basées sur des croyances ou perceptions personnelles et restaient incomplètes. Les participants ont bien souligné comment il leur apparaît que l'acceptation de la réalité de l'épuisement professionnel reste délicat au sein de la communauté. C'est-à-dire que le stress post-traumatique semble plus noble comme problème de

santé mentale alors qu'il est relié à l'expérience d'une situation extrême où il est « humain » de se sentir impuissant alors que l'épuisement professionnel leur semble plus relié à une incapacité de gérer ses attentes professionnelles, son repos ou carrément d'avoir fait une erreur de choix de carrière. Plusieurs participants reconnaissent que ce n'est pas tout à fait vrai, mais ont de la difficulté à expliquer comment l'épuisement n'est pas une responsabilité personnelle ou un échec personnel.

Plusieurs participants qui décrivent avec une justesse littéraire les manifestations de l'épuisement professionnel, en attribuent la cause aux individus, à leur perception, et moins à la réalité difficile de leur situation de travail. Certains sont même à différencier le « burnout » de l'épuisement professionnel, alors qu'il s'agit du même concept. Malgré tout, on les sent sur la piste de concevoir autrement l'épuisement professionnel alors qu'ils s'aperçoivent qu'au fil du temps, malgré la volonté de l'éviter ou de le « guérir », il revient. Plusieurs citations tirées des analyses recourent ces différents thèmes touchant l'épuisement : définitions, manifestations, causes, croyances et conceptions erronées.

Les définitions de l'épuisement professionnel des participants restent très personnelles. Elles témoignent des conséquences vraies et observables de celui-ci. Certaines conceptions erronées sont présentes. Certains participants sont plus perspicaces et établissent la relation de l'épuisement professionnel avec les stress modérés chroniques reliés à la situation de travail. À l'inverse, plusieurs participants croient l'épuisement relié au stress critique. Voici certaines des définitions représentées.

« Selon moi l'épuisement professionnel se manifeste par la diminution graduelle du savoir être et du savoir faire du T.A.P. d'un changement dans son caractère. Un sentiment de désengagement envers son travail et tout ce qui s'en rapproche. Inévitablement ce comportement va finir par avoir des conséquences comme des plaintes des relations

de travail tendues. ... Causées par le travail. Stress intense.» (Participant M)

«Une personne qui a perdu l'intérêt dans son emploi. Personne qui a perdu le désir d'effectuer son travail. Quelqu'un qui se rend à reculons à son travail. ... On peut avoir des variantes d'humeur.» (Participant B)

«Ils abandonnent. Ils essaient de supporter le système sur leurs épaules... durant un bon bout de temps. Un certain moment donné, y voient qu'y aucun changement... d'année, en année, c'est tout le temps la même affaire... Pis y rajoutent pas de camions... pis y a pas de quarts de travail de plus. Pis je roule encore des appels dans mon 12 heures. Pis tout le temps la même affaire.. Pis... ... c'est ça... Les gens se reposent pas peut-être adéquatement entre leurs quarts de travail. Pis... un moment donné, la fatigue s'accumule. Puis... c'est ça.» (Participant C)

Les participants sont favorables à l'idée que l'une des causes de l'épuisement dans leur domaine est le conflit de rôle.

«Je te dirais que ça vient peut-être avec la question que tu me posais tantôt. Entre... comment le paramédics se voit entre... paramédics et transporteur pour des causes urgentes et non urgentes...» (Participant D)

«Oui plusieurs fois soit par des gens d'expérience qui attendent leur retraite avec impatience ou par des plus jeunes qui disent être fatigués de faire des appels injustifiés ou non urgent etc. Pour certains je crois tout simplement qu'ils ont mal choisi leur profession et ne sont pas à leur place.» (Participant L)

«Le plus jeune, des fois, peut-être ça fait pas nécessairement son affaire mais faut qu'y comprenne que c'est ça la majorité de son travail (une fois qu'y se rendent compte que c'est pas de l'urgent tout le temps) Ben je leur dis qu'y devraient... repositionner leurs affaires parce que y feront pas 20 ans...» (Participant H)

«Y veulent... la preuve, c'est qu'y veulent avoir le... le bon côté du patient. Y veulent que le patient soit satisfait. Mais par contre, faut que tu le fasses dans le même ... réduit. Un va... ça va pas ensemble. (...) Fatigant. (...) T'as tout le temps l'impression que t'es poussé... pour rien.» (Participant G)

Un participant souligne, lui, la notion de stress modéré chronique comme cause de l'épuisement professionnel, dont le stress relié à l'expérience du conflit de rôle.

«Oui, c'est le problème aussi dans les facteurs d'épuisement professionnel, c'est que c'est des choses qui sont répétitifs. C'est pas un évènement isolé qui fait en sorte qu'on devient brûlé d'un travail. C'est quand... l'exception devient le quotidien.» (Participant A)

Avant de regarder les résultats d'analyse portant sur le lien entre l'expérience du conflit de rôle et du cynisme, il est important de regarder comment d'autres types de stress contribuent à rappeler aux participants la notion de l'urgence qui se rattache à leur rôle. Tout au long de l'entrevue, divers facteurs de stress, contraintes sont constamment abordés par les participants. Les facteurs de stress explicitement décrits sont autant la relation avec le partenaire, les changements de partenaire annuel ou quotidien, la conduite d'urgence, la nature des interventions critiques, le quotidien des interventions non urgentes, la souffrance humaine, le peu de soutien des employeurs et des confrères, la surcharge de travail en termes du nombre d'interventions dans un quart de travail, et la difficulté à manger à des heures appropriées.

Certains facteurs de stress sont plus particuliers et rappellent aux participants qu'ils baignent dans le domaine de « l'urgence ». Le vécu entourant la répartition des ressources : soit le système de triage des affectations et la gestion dynamique de la flotte affecte particulièrement. La disparité entre l'affectation urgente et la nature finalement non-urgente de l'intervention fait réagir ce participant. :

«... le triage... téléphone du système Clawsen... en ville, ici, qui a aucun ... qui tient pas debout. Pis c'est régulier de demander à toutes les paramédics sa route... ça tient pas debout. Tu peux pas concevoir que dans le problème respiratoire, t'arrives sur les lieux et t'arrives sur

*les lieux et parce que y a mal à une jambe. Tu comprends?»
(Participant G)*

Un participant décrit la dynamique du stress entourant une mobilisation pour une affectation urgente :

«Le stress de la conduite. Te laisser conduire aussi. La route... la route qui est pas toujours adéquate. Ça brasse tout le temps continuellement. Les bruits du véhicule. Ensuite, tu t'en vas sur une affectation, qui peut être urgente,... on s'en va. Fait que si on a à partir en urgence, y a une façon de faire une conduite sécuritaire et pour pas mettre un maximum de stress au niveau de la conduite pour arriver sur une affectation... être essoufflé finalement. Donc... y a ça. Et l'affectation, en soi, qui peut être stressante.» (Participant H)

Un participant fait une déclinaison de ses conditions de travail actuelles:

«...Travail intérieur et extérieur, lieux de travail diversifiés, change de partner, partner bougon, formation continue, change de caserne, beaucoup de route pour aller travailler au début...» Participant L

Pour les participants ayant des familles, la conciliation travail famille est très difficile à gérer en raison des types d'horaires et de ceux des services de garde existants. Pour les participants plus jeunes, les horaires instables et les quarts de travail donnés à la pièce sont le plus souvent rapportés comme sources de stress.

De façon soutenue ou spécifique, les participants décrivent le stress qu'occasionne le travail d'équipe avec le partenaire. Cette relation semble la source de conflit ou de démotivation importante alors que les valeurs et attitudes des partenaires peuvent grandement diverger ou ne pas être assorties. Cette situation est particulièrement vraie sur la perception des interventions non urgentes. Plusieurs participants mentionnent comment la vision d'une même intervention, urgente, non urgente, n'est pas toujours partagée et rend le travail plus difficile, parfois impossible. Les participants

rapportent être heureux ou soulagés lorsqu'ils sont en mesure d'être assignés sur un poste ou un quart en présence d'un partenaire avec qui il s'entend bien. Le participant commente ici un retour au travail suite à un arrêt prolongé :

«Wooh... j'ai trouvé ça très, très difficile. Par chance, j'avais un partenaire avec qui je revenais qui m'a aidé et qui était toujours... stable, et tout ça» (Participant H)

Cet autre participant discute le travail avec un partenaire ayant contribué à son expérience de l'épuisement professionnel.

«Non, une vision différente. Celui que je suis avec là, c'est... lui qui dit que les appels non urgents, c'est en attendant. Lui, c'est une vision plus positive (sic) de l'affaire et une vision ...plus le fun... de l'affaire. L'autre, un petit peu plus négatif dans son approche aussi.» (Participant E)

Les participants reconnaissent la lourdeur associée à un emploi de service à la personne, où le contexte des relations humaines est difficile :

«... parce que je trouve ça triste. J'arrive à l'hôpital... et je vois l'urgence, et les lits pleins, des personnes majoritairement âgées qui sont là... et je me dis – Mon Dieu, c'est pas de même que (inaudible) en plus... ... elle a besoin d'être vue et elle a besoin d'être suivie tout de suite... me semble pour moi. Mais... c'est ça... que je trouve dur des fois.» (Participant H)

«...faut que tu gères quatre cinq personnes en plus de la famille.» (Participant G)

Les participants décrivent aussi le rythme du travail imprévisible et la charge de travail. :

«Les appels peuvent varier du non urgent au très urgent, au transfert, au... y a même des appels attendus donc c'est difficile de planifier. Y'a pas vraiment de planification. Y a des journées que ça peut être appel-appel sans pause. Et d'autres journées, y peut avoir de très

longues attentes. Ça dépend des saisons. Ça dépend des journées et on peut pas vraiment deviner pourquoi.» (Participant B)

«La boîte à lunch... qui est très important. ...Pourquoi? Parce qu'on a pas le droit de manger. On a pas de temps... trop d'appels.» (Participant G)

Les alarmes d'affectation sont nommées comme particulièrement irritantes. Les propos du participant suivant soulignent qu'après avoir quitté pour un congé parentale, au retour ce qu'il le frappe particulièrement, c'est :

«..., comment qu'on peut tout subir ce stress là. Pis les sources de stress, la répartition... parce qu'on répartit les appels... à ce moment-là, c'était à la radio parce qu'on a beaucoup d'affectations radio ou parler au radio, tout ça. Là, c'est par ordinateur mais n'empêche bip bip bip. , Et le stress.... Des sons de l'ordinateur qu'on reçoit... y a des affectations». (Participant H)

L'épuisement professionnel puise sa source dans de multiples facteurs. Il reste que les participants en reconnaissent l'existence et le reconnaisse dans l'expression d'attitudes et de comportements cyniques et de désengagement. Le participant suivant réfléchit sur les causes des attitudes de cynismes et de désengagement qui lui sont présentées dans le tableau du questionnaire d'entrevue.

«Pis je roule encore des appels dans mon 12 heures. Pis tout le temps la même affaire.. Pis... .. c'est ça... Les gens se reposent pas peut-être adéquatement entre leurs quarts de travail. Pis... un moment donné, la fatigue s'accumule. Puis... c'est ça. Épuisement.» (Participant C)

On lui demande s'il relie cette expérience de l'épuisement professionnel à des manifestations de cynisme et de désengagement qu'il a lui-même (lui-même) manifestées par le passé :

«Heu... .. oui, oui, je te dirais que moi, dans une période de ma vie où j'ai travaillé mes trois années pour (employeur), la dernière année, je

vivais une séparation, je travaillais de nuit avec une collègue qui était totalement une peste... un appel après l'autre... y avait pas une super synergie dans l'équipe. Fait que je pense que je donnais pas le niveau de soins auquel les patients avaient droit. De mon propre chef, j'ai décidé de ... quitter pour aller faire autre chose. Pis je suis sorti en fait sur les X ans, là, Y ans du métier, pour aller travailler (dans un autre domaine). ...Pis, ça m'a donné une autre perspective. Pis là, pour ça, je pense que t'sé, quand même depuis mon retour, j'ai vraiment... une autre perspective et est totalement... en tout cas... un détachement ou une nouvelle manière de percevoir ce rôle-là que je percevais pas avant.» (Participant C)

Dans la citation précédente, le participant relate la capacité de se rendre compte soi-même de son état d'épuisement. C'est une idée qui a été évoqué spontanément de plusieurs quand ils ont discuté des manifestations reliées à l'épuisement professionnel.

Globalement, les participants connaissaient le concept de l'épuisement professionnel. Ils étaient familiers avec plusieurs de ces manifestations. Ils discutaient de son lien avec la réalité des interventions non-urgentes et le conflit de rôle. En discutant d'épuisement, il apparaît important pour les participants de mentionner combien ils sont stimulés de toute part et comment ils finissent par réagir à cette situation. Conséquemment, les sections suivantes présentent les attitudes et comportements négatifs qu'ils rapportent liés à l'épuisement professionnel.

6.4.2 Le cynisme

Au travers de l'analyse, le cynisme, clairement identifié comme objet de recherche auprès des participants, est dépeint en plusieurs reprises. Plusieurs participants le décrivent comme une exécutoire efficace pour s'adapter aux difficultés des interventions quotidiennes. Plusieurs participants mentionnent en faire preuve à l'abri des regards des usagers, d'autres fois, devant eux. Plusieurs d'entre eux soulignent comment ils font preuve de cynisme face aux interventions non urgentes, auprès des usagers fréquents.

Ils n'adressent pas spécifiquement leur cynisme à l'intention des usagers de 65 ans et plus, mais plutôt au type de cas auxquels sont associées leurs demandes. Finalement, le cynisme est naturellement associé à l'expérience du conflit de rôle par plusieurs participants. Voici ces divers éléments de l'analyse plus en détail.

Parmi ceux qui entretiennent un discours cynique, il est exprimé dans l'idée que le rôle de transporteur est un « mal obligatoire » ou que certaines interventions ou situations cliniques sont un « mal nécessaire ». Un des participants mentionne que la tolérance à l'égard de cette réalité varie d'un intervenant à l'autre. Un participant souligne l'attitude de ses collègues en parlant d'une intervention non urgente auprès d'un usager de plus de 65 ans :

«Je veux dire... moi, je veux plus ça... comme... Y en a qui sont mordus des gros appels et eux autres, les appels comme ça, ça... les déprime.» (Participant I)

L'impatience est une attitude qui est évoquée par plusieurs lorsqu'ils discutent du cynisme, celle auprès de l'utilisateur ou comme attitude de fond durant un quart de travail.

«C'est sûr que ça peut le devenir parce que tu deviens impatient, tout un ensemble... tu deviens plus directif, plus... ça te tente pas nécessairement de répondre... » (Participant H)

Plusieurs participants témoignent de plusieurs autres manifestations d'attitudes de cynismes. Elles sont quotidiennes, parfois appropriées, parfois non, parfois liées au conflit de rôle et à l'épuisement professionnel. Une de ses manifestations de cynisme jugées appropriées consiste à laisser aller la pression entre les affectations.

«Je crois que ce serait de mentir que de dire que je n'ai jamais manifesté un certain cynisme face à une certaine catégorie d'appel ou de clientèle. (...) Je tente cependant de ne pas généraliser et jamais je ne laisserai transparaître mon cynisme sur les lieux d'une intervention. Le savoir être et le professionnalisme est pour moi très important mais

il peut m'arriver une fois l'appel fini entre nous d'émettre quelques propos cynique.» (Participant M)

«... là, JURON excuse l'expression... en com, on se dit ça dans le truck. – Aie lui, y était tu fatiguant, JURON Comprends tu? Ça, je le dis. Mais sur les lieux... ... jamais... jamais. ...Faut ventiler un moment donné... Si tu ventiles pas, tu finiras jamais dans ce travail-là, jamais, jamais jamais... jamais jamais... Si tu libères pas tes émotions, ou ce que t'as à dire, ... tu toughes pas... tu fais pas cinq ans.» (Participant G)

Des participants témoignent de ces manifestations face à la frustration ressentie alors qu'ils se sentent sur-mobilisés, ayant eu à conduire en urgence pour une situation finalement non urgente.

« (sensation de frustration?) Franchement... oui et des fois, je me dis... mon Dieu y me semble que t'en fais pas assez. J'espère pas me rendre au point d'être fâché et que le patient ressente de la frustration.» (Participant I)

D'autres utilisent ou rapportent un langage cynique typique du milieu. C'est-à-dire que les participants utilisent à maintes reprises des expressions telles que «shitcalls», «pipi caca», «appel de merdre», «appel de diarrhée» pour décrire leurs interventions non urgentes et celles littéralement associées à une problématique gastro-intestinale ennuyeuse. Ce type de cas est associé à un ennui, un manque d'intérêt. Les participants s'y décrivent le plus souvent inutiles. Ces révélations sont souvent associées à une intellectualisation où le participant précise une information médicale sur la situation vécu du patient comme pour souligner que malgré le désintérêt, il y a un réel souci pour la situation du patient. Il est alors possible de ressentir le malaise chez le participant.

« (Signification?) Est pas stimulant. Pis qui se passera rien. Et pis que... on va prendre monsieur et madame et on ... va le paqueter sur la civière et on va s'en aller. Le terme shit call est réellement utilisé dans le système. (Vous utilisez cette expression?) Ben oui. On est tous stimulés vers la grosse appel. On veut tous intervenir dans le but de sauver une vie. » (Participant A)

«Exact. Exact. Maintenant, la question qu'y faut se poser, si la personne a épuisé ses ressources, elle s'est rendue au 911, pour elle, elle en avait besoin. C'est ce qui m'aide moi à passer... à un autre appel et de dire – Je viens pas de faire un appel de merde. Je viens d'aider quelqu'un qui est moins outillé. (Au sujet de l'expression appel de merde) Elle peut l'être intéressante... C'est que... ce n'est pas... ce à quoi tu as été entraîné que tu mets en application. » (Participant F)

Les entrevues comportaient un élément important pour déclencher la discussion des attitudes négatives. Elle incluait la présentation d'un tableau rapportant les attitudes et comportements identifiés comme inappropriés ou ayant été liés à des plaintes d'usagers, même à risque pour la qualité des services. L'analyse des différentes des réponses des participants a permis d'établir un consensus sur les manifestations de ces attitudes négatives comme étant aussi possiblement relié au cynisme dans l'épuisement professionnel. Les participants y reconnaissent certaines de leurs propres pratiques telles que le ton inapproprié ou les manières rudes. Ils mentionnent que ce sont particulièrement des attitudes négatives reliées à la surmobilisation et au conflit de rôle.

«B'en c'est sûr... parce que je veux dire ... tu deviens un peu plus stressant, tu parles plus fort, t'es... plus demandant ... pas demandant mais... t'es plus directif... Tu disais... Si, c'est comme ça... Pis là, la personne comprend pas nécessairement pourquoi t'agis de telle façon. Mais... un être humain à qui tu parles. C'est pas un robot. Faut faire attention à tout ça. » (Participant H)

«Je crois que cela reflète une incompréhension du rôle de paramédic par les individus qui les exercent. Cela peut probablement aussi s'expliquer par un état d'épuisement pour certains ou une surcharge de travail momentanée pour d'autres. » (Participant M)

Les participants qui ont entre 3 et 20 ans d'expérience, sans en faire étalage, ont rapporté avoir adopté à l'occasion des attitudes cyniques à l'endroit des usagers. Le participant témoigne que ses pensées, ses paroles n'ont pas effectivement été prononcées devant l'usager, mais illustre ce que certains ont révélé dire à leur clientèle.

«On a d'autres appels, voyons donc... La personne... t'appelle... Ah vomissements. T'arrives là, elle a vomi une fois, appelle l'ambulance. T'arrives là... – Ah ça va bien! Mais j'ai vomi à matin. – Pourquoi t'appelles l'ambulance?» (Participant D).

Ce commentaire témoigne d'autres constats sur les attitudes et comportements rapportés dans le tableau soumis en entrevue.

«Des gestes de même, j'espère que je verrai pas quelqu'un le faire. Moi, j'ai déjà vu et je l'ai déjà fait... narguer quelqu'un un peu. Pas violent. Tu fais un peu ton... coq. Faire voir. (...) Je l'ai fait... un peu fatigué aussi. Pis un peu avec du monde (intervenants) qui était un peu narguant aussi qui sont... que j'ai toujours pas encore... qui sont fatigués... tu vois qu'y sont fatigués... sont narguants un peu, sont baveux. Y a un peu de testostérone... je verrais aussi ça là-dedans.» (Participant E)

D'autres fois, elles sont rapportées par les patients aux paramédics rencontrés en entrevue :

«Qu'est-ce qui le serait pas. C'est... .. la nonchalance, mettons.. Ça, d'arriver et parce que y a des patients qui nous faisaient part qui nous disent – Ah mon Dieu, vous êtes donc ben fins, vous... La dernière fois qu'on a appelé l'ambulance... et c'est comme si on les dérangeait. C'est peut-être... en fait, j'imagine si on veut... tout le côté nonchalant... envers ces paramédics-là... donc... ça.» (Participant I)

Dans le cynisme relié à l'épuisement professionnel, il est rapporté que les intervenants puissent se sentir « abuser » par leur patient. C'est effectivement un constat qui ressort des discours des participants. Il est le plus souvent associé à une intervention qui est jugée non urgente ou envers

un usager régulièrement rencontré, et au manque de reconnaissance de leur rôle de la part de ces usagers.

«Oui on a beaucoup un sentiment de... victime. On est toutes a victime, les ambulanciers... je pense (...) le monde ne nous reconnaissent pas.» (Participant E)

«overtime, ça...ça...(...) tu m'appelles pour une niaiserie... ou regarde, je m'en vas finir, j'en ai plein le cul.» (Participant B)

L'attitude de cynisme est ressortie des entrevues comme une stratégie d'adaptation possible au conflit de rôle. Elle peut être explicitement rattachée à l'épuisement professionnel par les participants ou non. Tous les participants disent en avoir été témoins. Tous disent en avoir fait preuve de façon appropriée alors qu'elle leur permet de ventiler leurs émotions, à l'abri des regards. Plusieurs mentionnent l'avoir fait de façon inappropriée à l'endroit de l'utilisateur lui-même.

Dans son extrême, le cynisme entraîne la dépersonnalisation, la maltraitance. Cette conséquence a aussi été sondée chez les participants qui ne rapportaient pas systématiquement ce type de comportement. Durant l'entrevue, si nous en précisions certains contextes, certains participants ont corroboré des problématiques de maltraitance. La section qui suit dresse les résultats à ce sujet.

6.4.3 La maltraitance

Parmi les participants, la maltraitance est considérée comme rare. Toutefois, les participants reconnaissent que des abus existent, qu'ils sont le plus souvent tournés vers les clientèles avec lesquelles la communication est plus difficile, la perception de les abuser ou de se faire abuser eux-mêmes est présente. Ils disent que les principaux gestes d'agressions recensés sont

plus souvent des actes défensifs alors que leur sécurité personnelle leur semblait menacée. Ce participant rapporte une situation d'abus et sa cause.

«Je pense qu'y vont essayer de contrôler le patient et montrant qu'y est plus que lui. Une façon d'y montrer qu'y est plus fort que lui. Pis c'est d'y aller avec des compressions, d'y aller avec la douleur, c'est d'y aller avec quelque chose. Un patient qui décompense, par exemple, qui est agressif et qui est agité ou n'importe quoi, montrer que je suis plus fort que lui... (inaudible) brasser...» (Participant F)

Toutefois, deux participants ont été témoins de cas francs de maltraitance. Ils les associent comme le plus probablement reliés à l'épuisement professionnel chez les travailleurs « agresseurs ». Les participants ont tenu à décrire les situations vécues. Ils ont indiqué que sur le moment ils ont tout de suite déterminé les situations comme abusives, mais sans pouvoir agir sur l'instant faute d'expérience, de moyens.

L'une d'elle s'est produite devant plusieurs témoins en centre hospitalier lors du transfert du patient. Elle a été prise en charge par un superviseur suite à une plainte logée par immédiatement par le centre hospitalier à l'endroit du travailleur fautif. Dans ce cas, l'agression consistait à avoir malmené verbalement l'usager.

L'autre cas est pénible pour le participant. L'acte de maltraitance dont il a été témoin visait selon lui à tourner l'usager et sa situation au ridicule au moment de son transfert vers le triage en le disposant d'une façon inappropriée sur la civière, lui portant potentiellement une atteinte physique. Le tout s'est déroulé entre le véhicule et la salle de triage, où il n'y avait à ce moment que des collègues techniciens ambulanciers paramédics mais un risque évident d'être vu par du personnel hospitalier. Le participant a tenu à spécifier comment le comportement s'expliquait mal alors qu'il devenait évident que le personnel du centre hospitalier allait en être témoin. L'épisode aurait duré un cours instant devant témoin. Le patient était apparemment trop intoxiqué pour

réaliser qu'on le dénigrait. Le participant mentionne qu'il s'est senti impuissant, repoussé et incrédule face à la scène qui n'a pas duré longtemps.

La menace d'une stimulation douloureuse ou de l'application d'une canule nasopharyngée a parfois été rapportée comme un moyen inapproprié de stimuler un usager à répondre à une commande de collaboration quand on perçoit une simulation d'un état de coma. Ce geste se différencie de celui du ton directif utilisé et de la stimulation à la douleur appropriée dans l'appréciation du niveau de conscience. Certains disent y avoir eu recours alors que plusieurs usagers simulent des inconsciences. Cet acte est discuté comme étant particulier alors qu'il leur semble approprié de mentionner avec insistance à un usager qui ne coopère pas qu'il vivra une expérience douloureuse s'il n'ouvre pas les yeux, mais les participants qui ont abordé ce sujet reconnaissent que cette pratique peut devenir un exutoire et être abusive. Certains participants mentionnent en avoir été témoins et parfois même en avoir fait usage alors qu'ils étaient sous le stress, la fatigue ou en situation d'épuisement.

Un participant rapporte comment certains gestes cliniques peuvent mener à des blessures. Ayant utilisé le frottement sternal chez une personne âgée inconsciente dans un contexte approprié, il lui a occasionné une ecchymose importante. Le médecin qui a pris en charge la patiente lui a communiqué son inquiétude face à la présence d'une ecchymose aussi importante et a expliqué comment adapter son geste clinique pour limiter les blessures possibles. Le participant ajoute que sa formation ne lui avait pas précisé le risque associé à cette pratique clinique et qu'il se sent à risque d'avoir des comportements non sécuritaires pour les usagers qui pourraient aussi être confondus avec de la maltraitance.

La maltraitance est reconnue comme existante mais reste un sujet peu développé par les participants.

6.4.4 Le désengagement

Le désengagement est une thématique abordée tout au long des entrevues et discutée par tous les participants. Que ce soit le sentiment d'impuissance face au système ou à la situation de l'usager, le sentiment d'inaccomplissement personnel dans l'activité professionnelle, la négligence dans la pratique, les participants en sont tous témoins, et une majorité en ont fait preuve. Certains s'en ressentent au quotidien, c'est leur combat de chaque jour. Les notions de désengagement sont plus spontanément discutées concernant la qualité des services. Elles sont reliées à l'épuisement professionnel, mais aussi à un profil d'individu non fait pour ce métier. Ce qui n'était pas le même cas lorsque le cynisme était évoqué.

«Y'en a qui l'ont pas tout simplement.» (Participant H)

Certaines manifestations plus à risque sont spécifiquement rapportées. Un participant commente comment les attitudes de désengagement sont parfois masquées par une attitude qui semble appropriée, mais ne l'est que du point de vue de la légitimité de l'usager, pas de l'efficience des services.

«Je l'ai dit tantôt... ce que ces gens-là ont besoin, c'est... de se faire rassurer... Y ont besoin de monde fins avec eux. Y ont besoin de monde fins pis... tu vas être... tu vas faire une intervention «pourrite» au sens clinique, tu vas y donner pas assez d'oxygène ou un petit peu trop, tu vas... comment dire... la pression est prise mais plus ou moins bien. Les papiers sont mal complétés. Y a... Mais t'as été fin. Tu l'as amené à l'hôpital... Ça a pas trop brassé. 10 sur 10. » (Participant F)

Pour un autre participant, il apparaît clair que le conflit de rôle, en plus du cynisme, entraîne une démobilisation, un désengagement.

«Maintenant, les gens... sont... tellement pas stimulés par ce genre d'appels-là... qu'ils ne sortent même pas le matériel souvent... sur ces interventions là. Le... directeur médical est obligé de mettre... une procédure dans les PICTA disant un protocole de sortie d'équipements. Quand on est obligés de protocoliser la sortie de la trousse de premiers soins... c'est comme tantôt quand on parlait qu'y ... que d'emblée faut être empathique et faut être... Courtois. C'est des choses... qu'on ne met... qu'on penserait... qu'on a même pas besoin d'écrire. On appelle l'ambulance et on s'attend que l'ambulance débarque avec sa trousse et qui... avec son équipement. (événement possible) Ben, ça arrive très souvent. On est obligés de le protocoliser... parce que les gens arrivent sur les appels là... et dans leur tête, ils vont dire – c'est encore un appel de merde!» (Participant A)

Dans la définition de l'épuisement professionnel, la dimension de désengagement fait aussi référence au sentiment d'inefficacité. Un participant nous parle de la culpabilité qu'il lui arrive de ressentir lorsqu'il se présente avec un usager stable au centre hospitalier.

«Je me sens parfois responsable d'engorger le système.» (Participant B)

Le désengagement s'exprime sous forme de longues négociations envers soi-même quand vient le temps de faire quelque chose que l'on perçoit comme un effort inutile et qu'on ne se sent pas efficace dans le contexte de certaines manipulations.

«Oui. Y a un sens. Des fois, c'est fatigant... des fois, c'est honnêtement fatigant... ça fait longtemps que je l'ai pas utilisé et je me souviens plus quelle strappe qu'y va en premier. Tu sors... tu sors... tu vas bien... c'est sûr que tu vas protéger le patient. Pis de toutes façons, si tu... l'as pas utilisé, pis y a quelque chose qui arrive au patient, t'es dans la merde parce que le... (...) tu dois utiliser le KED. Qu'y fasse frette, chaud, beau, qu'y mouille, tu dois utiliser le KED avec les patients. Quand y est stable. ... J'ai une directive clinique.» (Participant E)

Il existe une forme de désengagement reliée à l'équilibre entre les ressources dont dispose le technicien ambulancier paramédic et les exigences de l'activité professionnelle. Ce peut être en parlant des équipements requis sur une intervention :

«C'est très lourd. C'est très lourd quand tu l'amènes pour rien. C'est très léger quand tu l'amènes pour quelque chose. L'élément de motivation qui... est moins là. (Participant F)

«Ça arrive... fréquemment c'est sûr... Puis... même moi, non, j'amène pas... la (inaudible) appel que... toutes les interventions. Mais ça, je pense que... côté ... employeur... y pourraient confier à (inaudible)... si y nous mettaient ... Écoute, on dirait qu'on déménage quand... (inaudible) affaires là sur une intervention... on a tellement de choses, c'est incroyable. Pis si tu veux restreindre... faire... améliorer les trousse ou... C'est ça... écoute parce qu'on est chargés comme des ânes. Ça, le moniteur qui pèse... y est lourd, le moniteur... On s'entend. Y est vraiment lourd, le moniteur. La bonbonne d'O₂, la trousse médicale, notre trousse personnelle, qui et bon... la trousse à cas (ph) qu'y faudrait presque apporter... sur toutes les intervenants pareil... Ça en fait beaucoup. 9...) Même moi, je le fais pas tout le temps. Mais un moment donné, que j'aimerais faire tout le temps mais... je pense pas tout le temps à amener ma trousse personnelle. Faudrait trouver un moyen d'alléger peut-être le moniteur... » (Participant I)

Ce peut aussi être en parlant de ses capacités physiques, de la douleur. À ce titre, la gestion de la douleur s'est révélée un thème émergent affectant les attitudes de désengagement et, aussi, de cynisme. D'abord, la douleur et la charge physique sont explicitement évoquées comme une réalité avec laquelle ils doivent composer.

«En fin de carrière, le métier s'en vient dur. M'as te le dire. Hein... les genoux... j'ai mal aux genoux.» (Participant G)

«C'est évident et y faut que t'aies un côté aidant pour pouvoir continuer ce métier-là encore aujourd'hui malgré les douleurs qu'on peut avoir un petit peu partout nous aussi.» (Participant H)

Quelques participants témoignent des attitudes et des comportements adoptés pour s'ajuster aux douleurs physiques lors du travail. Cette situation s'apparente au désengagement :

«Les paramédics vont faire marcher les patients, avec excuse d'économiser leur dos, que l'état du patient nécessitait pas une mobilisation avec une civière chaise, l'utilisation de la civière, même si le protocole prévoit qu'aucune personne ne doit marcher,» (Participant A)

«Non, c'est ça. Ça, je pense pas que... .. qu'est-ce qui... en fait, je trouve pas que c'est une nonchalance des paramédics. C'est... vraiment plus côté pratique. Côté justement... c'est lourd.» (Participant I)

Il est à noter que les participants évoquent aussi la notion de modifier leur comportement pour atténuer la douleur dans la perspective où les interventions qu'ils réalisent sont non-urgentes.

D'autre part, le désengagement s'exprime dans l'intention de quitter le travail que la majorité des participants ont évoqué. C'est-à-dire que la majorité des participants mentionnent avoir pensé quitter leur emploi par manque de stimulation, conflit de rôle, et parce qu'ils étaient épuisés. Toutefois, selon la tranche d'années de carrière, au final, les participants ne quittent pas leur emploi, certains prennent des congés sans solde ou de maladie et reviennent. Leur attitude reste ambivalente. Les plus jeunes mentionnent ne pas vouloir quitter, mais certains y ont pensé en raison de l'horaire de vie et du conflit de rôle lié à la famille. Ils témoignent aisément des intentions de collègues de quitter.

«À ma connaissance, plusieurs personnes retournent à l'école étudier dans un autre domaine de la santé, pour avoir plus de stabilité, des horaires plus facile. Mais ces gens pensent toujours vouloir faire le métier de paramédic à temps partiel.» (Participant L)

L'intention de quitter est vraisemblablement associée au moment où certains techniciens ambulanciers paramédics remettent en question leur niveau de motivation face à la réalité de la tâche quotidienne.

«Je l'ai déjà quitté. Une pause. À ce moment-là, j'avais l'impression que je manquais de connaissances ou de défis... .. intellectuels et parallèlement, j'avais le goût d'aller chercher des connaissances élargies. Donc c'était un besoin personnel. Je pense que quand... t'es face à... la possibilité d'être blasé, je pense que c'était une bonne solution...» (Participant B)

«... change d'autres domaines pour dire – B'en là, j'ai fait mon temps dans... comme aidant. Je pense que j'ai donné assez. Je vas faire d'autres choses. Finalement, je retombais toujours à l'aidant... J'ai dit – Je dois être aidant (...) «Je pense que la réalité de mon travail. Parce que c'est ... les déceptions au niveau de ... je peux pas en faire plus, je peux pas aider plus. Et ça, b'en... fallait que je me mette... un mur, où je me dise – B'en j'ai fait le mieux que je pouvais ... tu peux pas en faire plus. Pas toi qu'y faut qu'y fasse le plus, c'est rendu à l'hôpital.» (Participant H)

«Pour varier... ou juste .. varier. Je pense qu'y a beaucoup d'ambulanciers qui ont quitté le domaine parce que à un certain moment donné, la flamme était un peu étouffée et y ont décidé qu'y voulaient voir si y pourraient trouver... pourraient pas être heureux ailleurs.» (Participant B)

Ceux qui ont effectivement quitté l'emploi expliquent comment leur intérêt pour ce métier les y a ramenés.

«J'ai pris X mois, je ne me sens pas plus reposé mais je me suis ennuyé du métier.» (Participant E)

Un participant énonce une vision synthétisée des causes du désengagement :

«Y a beaucoup de monde qui en ont mais qui fonctionnent pas nécessairement et qui deviennent un peu désabusés. C'est-à-dire... que... peut-être... beaucoup de.... non urgents par rapport à ce qu'y

s'attendaient. Y a beaucoup de... selon leurs valeurs à eux, de gens qui appellent une ambulance, pour des raisons que eux n'auraient pas appelé. Eux auraient pas appelé l'ambulance pour les mêmes raisons... Souvent y a beaucoup de jugement ... et beaucoup de frustrations... intérieures non expliquées qui se font.» (Participant F)

Le désengagement paraît facilement observable. Un participant souligne comment le désengagement est plus facile à déceler que le cynisme lorsqu'on observe ses partenaires.

«...je pense, pour vraiment être attentif à ça, c'est difficile, le cynisme, comme ont dit. Mais le désengagement, oui, on pourrait... (inaudible) y seraient capables de sortir une liste...» (Participant B)

6.4.5 La qualité des services

La qualité dans les services est évoquée par les participants de deux principales manières. Ils ne la nomment pas, l'évoquent simplement. Elle est présente dans le discours sur les pratiques et le concept du professionnalisme ou dans la mise en perspective des attitudes négatives et de leur conséquence sur l'activité professionnelle aussi, sur la situation de l'utilisateur.

«J'essaie de faire passer mes patients avant toutes choses. Je te dis pas que j'ai pas des fois, des comportements déviants. C'est comme tout le monde... j'ai des problèmes. C'est pas par manque de professionnalisme. C'est des fois... c'est par... écoeurantite du système de la façon qu'y nous font travailler.» (Participant D)

«Puis y a pas personne qui m'a m'outillé là-dedans... C'est même qu'y a fallu qu'y m'outille moi-même et qui me dise Aie, ce que tu fais, je pense que là, tu donnes pas le maximum de soins à tes patients. Il serait peut-être intéressant que t'aïlles faire autre chose. Moi, je suis sorti. J'ai pu faire ce backstep là... pour faire ça. Mais je pense que plusieurs collègues qui sont dans le tourbillon et qui réalisent pas ça... pis qui se désresponsabilisent... se désengagent dans... c'est le patient qui paie pour. » (Participant C)

Un participant rapporte l'impact des attitudes négatives sur l'activité professionnelle.

«Avoir des conséquences comme des plaintes, des relations de travail tendues.» (Participant M)

La relation entre professionnalisme et épuisement a été évoquée en termes d'un continuum.

«Je suis challengé sur d'autres choses. Parce que c'est le.. pas parce que je veux, mais parce que oui, j'ai des problèmes. Ça peut être mon attitude qui fait que je suis de même. Ça peut être, comme je te dis, des problèmes familiaux, des problèmes de santé... je feel pas aujourd'hui. J'ai travaillé avec un mal de tête... toute la journée, j'ai pas pu me faire remplacer... je me suis pogné avec mon boss.. Je me suis pogné avec mon partner. Y a des affaires. Non, c'est ça... pas parce que t'es pas professionnel. Y en a peut-être parce que y a un manque de professionnalisme, ça peut arriver». (Participant D)

«C'est sûr que ça peut le devenir parce que tu deviens impatient, tout un ensemble... tu deviens plus directif, plus... ça te tente pas nécessairement de répondre... » (Participant G)

«Moi, j'étais professionnel à (Service ambulancier)... je suis un technicien ambulancier instructeur avant de m'en aller. À un moment donné, ben... j'étais rendu non professionnel ... de par mes agissements... Mais pourquoi j'étais non professionnel? Pas parce que je voulais être pas professionnel. Parce que en arrière de ça, y avait un épuisement» (Participant C)

La qualité est aussi évoquée dans de multiples pratiques non balisées. Ce participant décrit comment la nature de la demande de l'utilisateur le pousse à examiner plus en profondeur la situation alors que l'utilisateur n'en demandait pas plus. Il en vient qu'à faire une intervention préventive auprès d'un patient diabétique:

« Y a plein de choses qui sont pas écrites dans le protocole qu'on peut faire. Ça, ça dépend de l'initiative de chaque personne. Je te donne

un exemple... Je suis arrivé... chez justement une personne de 70 ans. Plus que ça... quel âge qu'y avait... 80 ... je sais pas .. 87... y restait seul chez eux. Imagine toi donc qu'y avait pris un coup, pis là, y était tombé. Mais finalement, y s'était relevé et ... en arrivant là-bas, y est super drôle. Parle avec le monsieur, prend une glycémie. Nous autres, en bas de 4 mmol/L, on devrait donner du sucre. Y avait une histoire comme 3.8. Y a pris de l'alcool, pas trop une bonne idée. Tout ça. [...] Oui un genre de travailleur social. Mais ça, en... c'était pas écrit dans mon protocole. (Participant C)

Quoique la question ne leur ai pas été posée tel quelle, les participants reconnaissent spontanément comment leurs attitudes négatives affectent la qualité des services. Cela leur apparait particulièrement vrai dans le contexte de l'épuisement professionnel lié au constat d'une réalité différente du rôle à jouer que celui qu'ils espèrent.

6.5 Gestion du conflit de rôle : pistes de solution des participants

6.5.1 Réorganisation opérationnelle des ressources

Spontanément, deux participants d'expérience ont tenu à partager leur vision d'une solution pour l'amélioration des services à la population ainsi qu'une division du travail probablement plus approprié quant au respect des profils d'habiletés requis pour le travail urgent et non urgent dans le cadre du transport ambulancier.

«...tout ça encore parce que justement j'aime les gens. Je serais peut-être pas paramédics... je ferais d'autres choses. J'aimerais ça. Là, je suis avec des gens et j'aide... je suis aidant. Mais y aurait probablement un côté qui serait à améliorer mais je sais pas pantoute comment. Où est-ce que y aurait un côté urgent, un côté non urgent où y a des appels qui seraient triés... étant donné qu'y a beaucoup d'appels qui sont non urgents. Ben y aurait des équipes qui feraient des appels non urgents seulement et y seraient heureux, comme ceux qui font des interhospitaliers et qui font que ça... y ont choisi dans leur

vie de faire que ça. Donc y ont l'ancienneté pour le faire et sont heureux, les équipes, ça fonctionne. Mais dans les non urgents, ils pourraient faire la même chose d'avoir des...» (Participant H)

«C'est de prendre des gars de fin de carrière exemple... moi, pis t'en as plusieurs, les autres dans le barème des... 30 ans de métier, y en a beaucoup. Sur la flotte, un 20 % certain. Et puis séparer la flotte toujours donner des soins non urgent, c'est-à-dire... des 104+ mais... ... toutes les centres ... les centre d'accueil, les foyers d'accueil, les CHSLD, toutes les 104-5-6-7 tout donner ça à ces gars là... tu comprends? ...tu libères le 911... et t'es mets à part. Eux autres, sont capables d'attendre et t'as des équipes comme moi,... les stat, j'en ai ... je suis ben content d'en pogner des bons appels, quand c'est fondé, là... ... ça fait du bien..... c'est le fun. Ça te met en valeur, ça te valorise... Aie on a fait une belle job et je suis content JURON... ça arrive là... de temps en temps. Tu comprends?» (Participant G)

6.5.2 Rôle des employeurs/employés

Les participants reconnaissent l'équilibre précaire de leurs situations personnelle et professionnelle liées à une activité professionnelle exigeante. Un participant fait clairement état de ses solutions pour la prise en charge de l'épuisement professionnel lié ou non au conflit de rôle

«Prendre du recul car stress chronique Conventionner le repos, cyclique car pas des super-héros, réalité pesante urgent non urgent, humaines, famille travail.» Participant B

Ce même participant renchérit durant son entrevue :

« Je pense qu'y sont... si on avait le pouvoir de vraiment quitter, par choix ou non, de quitter à tous les cinq ans, exemple, parce que maintenant... ça permettrait à garder une plus grande rétention de personnel. Parce que souvent, Y vont peut-être envisager d'autres types d'emploi. Pis la majorité, dans le fond, vont revenir. Parce que ... si y ont le choix parce que c'est quand même ... ou vont le quitter mais que partiellement parce que... C'est y en a qui vont vouloir aller voir douanier, y vont peut-être essayer la police, pompier, retour aux études. rare que tu te mets tout d'un coup à plus aimer ce que t'as aimé aussi fort. Je pense que la majorité commence avec la flamme forte et pis... ça peut s'estomper et je pense que c'est sain de peut-être

un moment donné de... voir que finalement, d'autres choses... y a des choses qu'on aime.» (Participant B)

Pour la part de l'employeur :

«Pis... moi, je pense que effectivement, une piste de solution, pourrait être d'avoir un superviseur ou des superviseurs terrain proches de... des membres de leur unité administrative et de sentir le pouls correctement ... comment qu'y se sentent pour pouvoir prévenir ça.» (Participant D)

«On voit des choses qu'un humain normal ne devrait pas voir. On est des gens qui rentrent dans le quotidien dans l'intimité des gens. On écoute les gens. Les gens nous écoutent pas parce que c'est pas nous qui ont... délivrent nos problèmes. On écoute les gens... Si le paramédic veut parler, faut qu'y fasse appel à un PAE qu'y est à l'externe... Je regarde les services... comme (service ontarien), qu'y ont mis en place, des collègues formés pour parler avec d'autres collègues. C'est des gens de même niveau. Qui ont reçu une formation d'écoute. Permettre aux gens de ventiler.» (Participant A)

Les participants discutent de la part que peut louer l'employé.

«Oui mais je t'explique... sont pas nécessairement déçus mais sont peut-être tannés d'avoir ce genre d'appels là. Parce que ça fait une et l'autre et l'une et l'autre. Sauf que, en fait de paramédics, il faut que tu te repositionnes un certain moment donné, pour dire – Est-ce que je continue à faire ça de cette façon là? Ou bien je suis mieux de partir faire d'autres choses. Mais il faut que tu... .. prennes un recul.» (Participant H)

Une autre idée appuyée par quelques participants pour favoriser l'intégration des jeunes intervenants et limiter les effets du contact avec la réalité serait d'assurer un mentorat suite à l'embauche. Il a été souligné comme un souhait ou une expérience à renouveler tout en précisant que le contexte actuel de la convention collective et des philosophies de gestion des employeurs n'y sont pas favorables.

Les participants estiment que l'employeur a sa part à jouer dans la valorisation de la profession. Certains d'entre eux ont voulu exprimer leur vision à ce sujet dans un contexte où le conflit de rôle lié à la fonction non urgente du technicien ambulancier paramédic leur apparaissait une source de stress réelle. Les participants identifient des moyens de reconnaissance et d'élargir le champ de compétence tout en permettant de diminuer le stress associé au conflit de rôle.

«Bon, pour une douleur arthritique, pour être très honnête, même dans un contexte de soins critiques ou de soins avancés, comme on le connaît au Canada anglais, probablement que ça en resterait un transport. Maintenant, est-ce que on pourrait le transporter vers les facilités qui se doivent ou se rendre sur les lieux et valider que cette personne-là ne doit pas se présenter à l'urgence, laisser un petit papier comme quoi que l'infirmière va passer dans les 12 heures ou huit heures ou 24 prochaines heures. Pis que le service se déplace au lieu de mobiliser une équipe de paramédics, geler une ressource ambulancière, surcharger un établissement d'urgence.» (Participant A)

Ce participant précise qu'il devient valorisant de voir l'employeur s'investir au-delà des contrats signés avec les agences de la santé.

«...que ce soit en donnant des formations...» (Participant E)

Deux commentaires ressortent particulièrement du lot des suggestions pour que les énergies des employeurs soient mises à reconnaître ce qui existe déjà.

«Je pense que c'est une réforme du système de santé en son entier. Et j'ai lu dernièrement que more is not better. Better is better. Je trouvais ça intéressant. C'est un gestionnaire qui parlait au niveau des ressources ambulancières. Que plus n'est pas nécessairement meilleur. Mais que le système meilleur est meilleur... ..Ça prend une valorisation du système. C'est... l'employeur a une part à faire. Mais je pense que les gens doivent se valoriser eux-mêmes.» (Participant A)

«... Mettons une autoroute. Mettre un placard ... Deux paramédics gentils qui s'occupent d'une madame... c'est quoi c'est ça nos paramédics au Québec ... c'est ça... de la compassion, c'est de l'empathie. Moi, être à la tête d'une organisation, j'investirais je sais pas combien de mille piastres... mais je mettrais le long de l'autoroute ou le long d'une place passante deux paramédics... en uniforme sur la coche qui s'occupe de la grand mère de quelqu'un.» (Participant F)

Enfin, ils semblent d'une importance primordiale pour les participants d'être soutenus, reconnus dans les multiples rôles qu'ils ont à jouer, tant urgent que non urgent afin de poursuivre une profession exigeante.

Chapitre 7 : Discussion

7.1 Contribution de l'étude

La section qui suit présente la contribution scientifique de cette étude en répondant aux questions de recherche, et en comparant les résultats d'analyse au modèle théorique et à la littérature recensée. Une courte section sur des observations relatives à la pratique actuelle des participants introduira la discussion proprement dite des résultats.

Notre principale question de recherche consistait à cerner comment le technicien ambulancier paramédic québécois perçoit la réalité de son contexte de travail actuel. Conséquemment, sur les bases du modèle théorique (chapitre 4, p.106) les questions de recherche secondaires étaient de déterminer l'expérience d'un écart entre le rôle joué et la perception du rôle, se manifestant tel un conflit de rôle ainsi qu'explorer la relation possible avec les manifestations de cynisme et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédic.

Nous présentons aussi un modèle théorique modifié permettant la poursuite de travaux de recherche et de nouvelles perspectives sur la relation entre le conflit de rôle, l'épuisement professionnel et la qualité des services dans les SPU.

Finalement, nous présentons les recommandations qui s'en dégagent, nous discutons des limites entourant cette étude et nous terminons en établissant quelques pistes de recherche pour le futur.

7.1.1 Perception du contexte de pratique actuelle

Afin de mieux comprendre le contexte des réponses des participants relativement à la perception de leur rôle, nous commentons les résultats de l'analyse portant sur leur description du contexte de la pratique actuelle. Les techniciens ambulanciers paramédics que nous avons rencontrés ont démontré une perception de la réalité actuelle de la pratique congruente avec la littérature consultée et les données d'Urgences-santé non publiées que nous avons présentées. Ils font état d'un nombre important d'usagers de plus de 65 ans et de demandes liées à la prévalence de la maladie chronique, associée à une part importante des interventions non urgentes (Clark & Fitzgerald, 1999; Corporation d'Urgences-santé, 2010; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a; Shah et al., 2003; van Eijk & de Haan, 1998).

D'autre part, certains participants réalisent que le contexte géographique de leur secteur de travail est propice à l'établissement de résidence pour personnes âgées et influencent le nombre d'interventions non urgentes et le nombre d'interventions auprès des usagers de plus de 65 ans tout comme Livingston et son équipe (2007) l'ont observé dans le New Jersey en et Keskinoglu et al. (2009) en Turquie.

Une des questions de l'entrevue portait sur l'estimation des proportions d'interventions non urgentes et urgentes effectuées afin de connaître le contexte d'intervention particulier de chaque participant. Cette question amène les techniciens ambulanciers paramédics de cette étude à dépeindre deux facettes de leur pratique actuelle qui sont aussi des particularités importantes dénotées ailleurs dans le monde. Le premier aspect des deux, c'est le constat d'une diminution de l'exposition aux interventions urgentes de façon consistante avec les travaux de Vrostos, Pirrallo, Guse et Aufderheide (2008) et Michau, Roberts, Williams, et Boyle (2009). Le deuxième constat, c'est qu'ils rapportent comment les demandes des usagers sont le plus

souvent reliées à des perceptions de la détresse très personnelles. Elles sont loin, selon la perception des participants, de correspondre à leur conception professionnelle et médicale de la détresse. Cette observation est tout à fait semblable à ce que rapportent Jacob et al. (2008) sur la pratique en Pennsylvanie. Nous constatons donc que les participants vivent des conditions de pratique actuelle très similaires à ailleurs dans le monde, que le changement des pratiques en contexte préhospitalier est une réalité.

Toujours concernant la réalité de la pratique actuelle, il est intéressant de voir que les participants développent une culture commune avec les communautés de technicien ambulanciers paramédics étudiées à travers le temps et sans même ne s'être jamais rencontrés. Entre autres, le discours des participants emprunte certaines mêmes conceptions relatives à la situation de travail et le développement d'un même jargon. L'écart perçu entre la détresse cliniquement observée chez l'utilisateur et celle effectivement exprimée par l'utilisateur et le scepticisme qu'il génère chez l'intervenant est un sujet commun dans la littérature et cela depuis des années. Des expressions comme « shit call » ou « appel de merde », et la perception « d'utilisateur abuseur du système » sont mentionnées à plusieurs reprises autant dans les entrevues que dans la littérature tout comme l'utilisation de l'expression « bon appel » et « sauver des vies ». Dans l'ensemble, ces deux observations sur la culture paramédicale sont aussi évocatrices de la dualité de la pratique du technicien ambulancier paramédic ayant été rapportée par quelques auteurs comme élément de culture (Annandale, 1985; Munger, 1999; Palmer, 1983b; Zachariah, 1999). Ce sont là des bases qui permettent d'entrevoir de poursuivre l'approfondissement de l'étude du conflit de rôle au sein de toute la communauté.

Certaines autres caractéristiques et expériences reliées de à la situation de travail actuelle décrites par les participants viennent aussi aider à situer les

éléments de réponse que nous avancerons relativement aux questions de recherche. L'extrait qui suit illustre de façon concrète le lien qui existe entre l'expérience du travail, la conception et l'utilisation des outils de travail (ici les formulaires) et la réflexivité du technicien ambulancier paramédic sur sa pratique (Munger, 1999). Le participant réfléchit à la réalité de la pratique sur une intervention non urgente de transfert interétablissement (p.125). Il souligne comment le rapport d'intervention préhospitalière n'est pas approprié pour la réalité de ce type d'intervention, ou alors qu'il ne comprend pas comment le remplir ou comment il devrait y adapter sa pratique. Il se questionne sur ce qu'il doit faire lui-même ou encore demander à l'infirmière qui l'accompagne. Il indique que cette pratique n'est pas définie dans les directives écrites. À la fin, son formulaire lui sert de guide sur ce qui doit être fait ou observé, mais il reste pour lui inadapté à la réalité de l'intervention en cours.

Munger (1999) présente en conclusion:

« Workplace genres not only help to accomplish the actions that constitute the practice of the EMS profession but also provide EMS personnel with occasion to reflect and change that practice. My study suggests that it is not enough for preprinted report forms to have the necessary minimum data elements. Rather, how workers are allowed to document information seems to affect how they perform their professional duties. The use and arrangement of check boxes, short answer blanks, and narrative space has the potential to affect not only immediate practices but future practices as well. » (p.119)

Les entretiens ont aussi permis de constater comment pour les techniciens ambulanciers paramédics le quotidien de la pratique implique de réfléchir et réagir à plusieurs autres types d'outils ou procédures tels que le système de tri et de codification des affections cliniques, les modes de conduites, et la quantité et le poids des équipements. Ce sont autant de situations qui sont sources possibles de pression relatives au rôle. Les sections qui suivent

abordent concrètement les réponses à la principale question de recherche sur la perception du rôle et la question secondaire sur le conflit de rôle.

7.1.2 Le rôle

Selon Khan (1964), le rôle se compose des différentes attentes des différents émetteurs de rôle significatifs pour le travailleur dans l'exécution de son rôle, dont sa propre perception (« role-sender »). Suite à l'analyse des données, il ressort que pour les participants, la figure la plus significative est eux-mêmes avec leurs croyances, connaissance et interprétation de la formation reçue, et leurs repères cliniques. Les participants possèdent effectivement des attentes à l'égard de la satisfaction de leurs besoins et de leurs intérêts relativement au respect de leurs valeurs personnelles et professionnelles.

Autrement les autres figures d'importance sont les *PIC-TAP*, les usagers, les tierces personnes, la répartition, le partenaire et une figure abstraite du « système » ou de « l'agence » et de la « direction médicale » et de l'ensemble des messages composés des directives cliniques, opérationnelles et administratives, parfois représentées par le superviseur, par un réviseur ou un système d'information (messagerie électronique ou correspondance écrite).

Les participants se font une représentation très personnelle du rôle qu'ils ont à jouer. Comme Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964), l'explique, ils se font une synthèse personnelle de toutes les attentes qu'ils perçoivent importantes à rencontrer afin d'atteindre la performance qu'il croit attendue d'eux, leur rôle perçu. Cette synthèse est effectivement plus ou moins congruente au rôle attendu. Le technicien ambulancier paramédic contribue donc lui-même à se forger la perception de son rôle en ayant à son propre égard des attentes afin de se conformer à la définition propre qu'il a

internalisée. Les entretiens ont permis de dresser le portrait du rôle perçu par le technicien ambulancier paramédic ainsi que le rôle effectivement joué.

Le rôle objectif du technicien ambulancier paramédic était connu des participants qui reconnaissaient leur mission de soins d'urgence et les diverses fonctions et tâches à accomplir au quotidien dans leur travail. Il correspondait à celui présenté dans le cadre de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (2002, art. 65) aussi définie dans les *PIC-TAP* (2009) et l'analyse de la situation de travail du MELS (2006). Les plus jeunes techniciens ambulanciers paramédics rencontrés ont présenté une description du rôle objectif plus élaborée et plus nuancée que leurs confrères plus expérimentés, s'écartant de la seule définition légale et clinique du rôle associée aux soins d'urgence en y intégrant la notion de soutien moral et d'assistance à la personne.

Le rôle « joué » dépend principalement des directives de la répartition, des demandes des usagers et des directives cliniques ainsi que des besoins perçus par le technicien ambulancier paramédic et les ressources dont ils disposent pour y répondre.

Les entretiens de recherche permettent de détailler le rôle joué et les pratiques associées aux interventions non urgentes qui sont effectuées dans le contexte préhospitalier québécois. Ces observations contribuent à la connaissance puisqu'elles se distinguent de celles déjà publiées et qui sont peu détaillées, car la recherche n'a que très peu porté sur l'aspect non urgent de la pratique. Ces observations viennent aussi appuyer certaines tendances mentionnées dans les travaux publiés en 2005 et 2006 ayant servi à l'élaboration du diplôme d'études collégiales québécois en soins préhospitaliers d'urgence (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport), c'est-à-dire que le technicien ambulancier paramédic est appelé à voir la charge de son travail augmenter en regard des demandes de nature

psychosociale de la clientèle vieillissante. Toutefois, aucune description des implications associées n'y est spécifiée.

Bien que les pratiques ne soient pas précisément définies cliniquement ou dans le cadre légal de la pratique, celles effectuées par les techniciens ambulanciers paramédics québécois au chevet d'un usager stable ressemblent à celles qui se développent de façon plus élaborée ailleurs qu'au Québec (Cooper & Grant, 2008; Halter et al., 2011; Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005, 2006b; Snooks et al., 2004; Snooks et al., 2005; Wang, 2011).

Les intervenants décrivent donc comment leur pratique est majoritairement axée sur la prise en charge d'usagers de plus de 65 ans dont l'état est stable, mais qui nécessitent des soins de santé, une aide à la mobilisation et une assistance pour l'accès aux services de santé appropriés ainsi que pour mieux comprendre leur état de santé. Leur tâche nécessite quotidiennement de savoir communiquer avec cette clientèle particulière et d'interagir avec des tierces personnes qui contribuent au maintien de leur santé, mais qui ne leur sont pas proches. Les habiletés d'écoute active et la capacité à manifester une empathie sincère s'avèrent nécessaires pour offrir un service à la clientèle appropriée, selon leurs critères personnels et professionnels. Elles impliquent de savoir rassurer l'usager tout comme le dénote Coleman dans son éditorial sur les « Frequent Flyers » (2007). Elles se distinguent des habiletés de leadership utiles en situation urgente alors qu'une attitude plus directive et prompt est de mise. Elles nécessitent aussi de pouvoir négocier des conflits avec des ressources limitées à l'égard des droits des usagers et de l'offre et de l'organisation des services de santé.

Les techniciens ambulanciers paramédics agissent au quotidien comme défenseur du patient en agissant comme agent de liaison, en empruntant une manière de faire pouvant s'apparenter au travailleur social et à l'infirmière en

intervention communautaire afin d'assurer la sécurité et la santé de ceux-ci dans une continuité de soins hors d'un plan stratégique d'action établi ou connu (Delorme et al., 2011; Ministère de la Famille et des Aînées, 2010; Ministère de la Famille et des Aînés, 2009; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004, 2005, 2006a, 2009).

La comparaison des données d'entretien avec les variables du modèle théorique, permet d'identifier une expérience consistante avec l'existence d'un conflit de rôle chez le technicien ambulancier paramédic (Kahn et al., 1964; Rizzo et al., 1970), c'est-à-dire qu'un ensemble de différentes pressions provenant des différentes figures émettrices de rôle s'exercent sur le technicien ambulancier paramédic. Ces forces agissent comme un stress plutôt qu'une motivation. Dans la présente étude, certains participants rapportent ressentir l'effet d'un conflit de rôle de façon cyclique, d'autres, chronique. Certains affirment ne pas vivre un conflit de rôle, toutefois leur témoignage en illustre les concepts définis et décrits dans la littérature. L'intensité, le niveau de détresse ressentie face au conflit de rôle, n'a pas été proprement discutée en entrevue. Toutefois, la nature des réponses, le ton et les propos de certains participants laissent présager que le conflit de rôle est plus ou moins fort selon l'individu. Une observation en accord avec des travaux faits sur le niveau de détresse ressentie à l'égard du conflit de rôle (Siegall, 2000).

7.1.3 Le conflit de rôle et ses dimensions

Cette étude permet de dégager différentes dimensions qui favorisent plus précisément le conflit de rôle et qui s'apparentent aux cinq dimensions de Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal (1964).

7.1.3.1 La dualité du rôle

Dans sa nature même, l'activité professionnelle du technicien ambulancier paramédic implique un conflit inter-rôle car il doit s'adapter successivement à différents rôles qui s'avèrent incompatibles ou qui nécessitent un changement rapide de comportement en fonction des situations rencontrées. En parlant de cette réalité, les participants rapportent que certains paramédics sont faits pour l'urgence et d'autres non, certains sont « fins » d'autres, « pas fins ». Ils soulignent qu'ils doivent en mesure d'être affirmatif et avoir du sang-froid, puis d'être posés et chaleureux sur une même intervention. Il faudrait donc concevoir que cette seule pression du double rôle à jouer génère au quotidien un stress répété auquel doit s'ajuster le travailleur chez qui les ressources ne sont pas infinies. Elles sont même fréquemment limitées par les conditions de travail et monopolisées par le stress auquel le travailleur doit s'adapter (Johnson et al., 2005; Sterud et al., 2006). Selon le modèle de Bakker et Démérouti (2007), ces conditions augmentent le risque de souffrir d'épuisement professionnel. Un participant commentait comment l'identité des services préhospitaliers avait été assignée comme étant « d'urgence », c'est-à-dire sur une idée que ces services devaient littéralement répondre à des interventions urgentes. Ce participant réalise bien que son rôle est plus global que de répondre aux demandes préhospitalières urgentes.

Quelques participants ont fait mention de la chronicité du conflit de rôle. Ils l'associent aussi à une détresse variant d'intensité en fonction des expériences de travail et d'autres facteurs de stress associés à leur vie

personnelle et professionnelle. Cette situation corrobore la possibilité de l'expérience de stress modéré chronique relié au conflit de rôle (Hering & Beerlage, 2004; Mahony, 2001; Pearlin, 1989; Sterud et al., 2008; Sterud et al., 2011).

7.1.3.2 Attentes personnelles et la réalité du marché du travail

Dans la dynamique du conflit de rôle, des attentes et des valeurs personnelles incongrues avec le rôle perçu sont source de conflit. Il n'est pas vrai que cette dimension causait un problème à tous les participants. Certains manifestaient clairement un conflit face à intervenir sur une trop grande quantité d'interventions non urgentes alors qu'ils préfèrent agir en urgence, d'autres le ressentaient cycliquement et trouvaient satisfaction dans d'autres types d'interventions. Chez les participants ayant moins de 3 ans de carrière, les entrevues n'ont pas révélé l'expression franche d'un conflit entre leurs attentes personnelles et leur rôle perçu, mais ils le percevaient chez d'autres collègues ayant le même nombre d'années d'expérience. Cette observation est particulière alors qu'il semble que les attentes des participants soient satisfaites face au rôle joué dans un contexte où le taux de satisfaction est généralement bas dans ce domaine (Johnson et al., 2005).

7.1.3.3 La formation et réalité du marché du travail

Les participants sont unanimes sur le fait que le rôle pour lequel ils ont été formés n'est pas celui qu'ils jouent au quotidien. Il existe un grand écart entre les habiletés pour lesquelles ils se sont entraînés, les contextes de simulation et leur quotidien. Il existe aussi un écart entre les contenus théoriques reçus (formation initiale et continue) et leur utilité pour mieux appréhender la réalité des interventions rencontrées. Entre autres, la pratique implique de démontrer des connaissances et des habiletés d'appréciation de l'autonomie fonctionnelle et de communication interpersonnelle pour lesquelles ils

estiment ne pas avoir été formés en conséquence. Cette situation est corroborée ailleurs dans le monde et plusieurs systèmes ont amorcé des virages pour ajuster les programmes de formation en tenant compte de la réalité (Kilner, 2004; Peterson et al., 2009; Shah et al., 2008).

Le conflit de rôle semble donc provenir d'apprentissages qui ne permettent pas de faire face aux situations rencontrées ainsi que du manque de ressources ou de capacités pour accomplir le travail. Face à cette expérience du travail, plusieurs participants concluent même qu'il s'agit d'un passage obligé de leur intégration professionnelle. Ils s'en remettent alors à des interprétations personnelles pour adapter leur pratique clinique. Un effort important est mis à redéfinir leur pratique pour qu'elle se conforme aux attentes de l'utilisateur.

Dans le contexte où nous nous intéressons à l'apparition d'un épuisement face au stress généré par le manque de clarté face au rôle, les participants qui ont reçu un DEC disent qu'avec le contenu de leur formation, ils peuvent maintenant fonder leur approche personnelle sur des savoirs qui ont été vus en théorie, mais qui n'ont pas été mis en pratique, ni évalués en simulation. Cela laisse penser que le jeune technicien ambulancier paramédic s'en remet à ses propres efforts et à sa propre perception pour se forger une identité professionnelle, ce qui ressemble à une situation à risque telle que définie par Schaufeli (2004) et Bakker (2007).

7.1.3.4 Attentes liées à l'organisation des SPU

L'ensemble des observations qui suivent s'appuie sur les différentes dimensions du conflit de rôle (Kahn et al., 1964; Rizzo et al., 1970). Les perceptions qui se rapportent aux attentes organisationnelles semblent favoriser un conflit intra-émetteur (« intra-sender »), alors que certaines demandes des organisations s'opposent. À cet égard, ce sont les directives

et les standards d'évaluation qui semblent poser problème. Les participants ont rapporté comment les critères de performance associés aux délais d'intervention urgente ne s'accordaient pas bien avec leurs responsabilités légales de rédaction des rapports d'intervention ou encore avec le rôle de négociation et d'assistance des personnes en situation non urgente dans le respect des droits des usagers. Ces attentes comprenaient la pression pour se libérer et se rendre disponibles pour une prochaine affectation alors que la prochaine affectation est la plupart du temps non urgente.

Il y a aussi les contextes organisationnels qui favorisent un conflit entre le temps, les ressources et les capacités du travailleur à se conformer au rôle qu'il doit effectivement jouer (« work overload conflict »). À la question d'introduction, alors que les participants décrivaient une journée typique de travail, des commentaires spontanés ont été émis à l'égard du laps de temps trop court imparti à l'inventaire et à la vérification des équipements, comme le moniteur défibrillateur automatique, et le nettoyage des camions. Ces situations ne sont pas proprement dites liées au contexte non urgent du travail, mais il semblait important pour les participants d'en discuter. La situation la plus conflictuelle liée au contexte non urgent était plutôt la simple surcharge de travail qui menait à percevoir l'ensemble des tâches et des besoins difficiles à être rencontrés comme manger, terminer des rapports et faire l'inventaire.

Finalement, il y a les dimensions des demandes organisationnelles, celles des demandeurs et du travailleur, qui se heurtent l'une à l'autre (inter-émetteur, « inter-sender »). Dans le cadre de cette recherche, cette illustration de conflit est particulièrement importante. Les techniciens ambulanciers paramédics sont particulièrement sensibles quant aux demandes d'assistance et de transport qui s'opposent à leur objectif clinique de déceler un tableau clinique urgent et de le traiter. Pour certains, ces

situations sont source de frustrations, d'ennui, parfois de répulsion (usagers réguliers, situations cliniques perçues comme indignes de recevoir leur assistance et pour laquelle ils n'ont pas plus de directives cliniques ou de soins spécifiques à donner. Les premiers soins (Palmer, 1983b) existent, mais les participants n'ont pas la latitude de le donner et de laisser l'utilisateur au domicile (par exemple coup de marteau sur le pouce).

Il y a aussi les situations pour lesquelles ils connaissent l'issue de la trajectoire de soins : l'utilisateur qui, une fois au centre hospitalier, sera trié comme cas mineur, non prioritaire (ne nécessitant pas de réévaluation par le personnel du triage, délais d'attente variables en fonction de l'arrivée de clientèles plus urgentes). Ce phénomène était aussi illustré dans les modifications de l'agressivité en conduite d'urgence alors qu'on croit aller vers une intervention triée et codée urgente, mais dont les données supplémentaires indiquent un contexte non urgent. Ceci explique la réticence à emporter l'équipement au chevet des usagers alors qu'ils ne seront sûrement pas nécessaires. Ces situations cadrent avec la littérature (Mahony, 2001; Palmer, 1983b; Peterson et al., 2009; Shah et al., 2008; Smith-Cumberland & Feldman, 2005; Snooks et al., 2005). La possibilité de traiter et de recommander les usagers dont la situation est finalement stable, sans besoin de transport (« treat and refer ») est une pratique clinique préhospitalière étudiée depuis longtemps, mais qui a rarement été fait par souci d'éthique ou par logique médicale, politique ou économique. Toutefois, les expériences récentes s'annoncent prometteuses et ont révélé qu'une telle pratique clinique entraîne une satisfaction significative chez les techniciens ambulanciers paramédics (Dixon et al., 2009; Halter et al., 2011; Snooks et al., 2005).

Le conflit réside aussi entre l'écart perçu entre son auto-efficacité à rencontrer sa mission de soignant, son désir d'aider, les protocoles et le

besoin de l'usager. Par exemple, bien que le protocole spécifique qui s'adresse à la clientèle de plus de 65 ans liés au traumatisme spinal implique une immobilisation spinale systématique soit perçue comme problématique à cause des douleurs dorsales, de la détresse et de l'inconfort qui sont augmentés quand le patient est immobilisé, il est en fait désigné pour assurer la sécurité des usagers. Les participants mentionnaient une certaine détresse à cet égard et face aux supérieurs qui les félicitaient pour leur respect des protocoles.

Il est possible que nous ayons capté une dimension du conflit de rôle dans le long silence ayant suivi la question sur les critères de performance à atteindre sur les interventions non urgentes. Ce long silence a été suivi d'une hésitation à répondre ou à répondre par la négative chez six des participants ayant entre 3 et 20 ans d'expérience. Ils se sont finalement repris et la réponse qui suivait effectivement le temps de réflexion ou la reformulation de la question, entraînait une réponse franche de « aucun », sinon que s'assurer de compléter une appréciation clinique et exécuter un transport. D'autres participants ont alors ajouté que la performance requise consistait plus en un comportement professionnel. Chez les plus jeunes la réponse était plus rapide et affirmée et rappelait les propos des plus anciens une fois leur réflexion faite, sans plus de précision.

Les types de réponse obtenues à cette question d'entrevue de recherche, incertaines, hésitantes, sceptiques peuvent à la fois dénoter une incompréhension de la question, mais mis en perspective du modèle théorique, elles semblent souligner le manque de clarté à l'égard de certaines cibles liées au rôle qui peuvent limiter l'engagement des individus. La clarté du rôle importe dans l'expérience d'un travailleur, car elle contribue à atténuer l'effet de hautes exigences reliées à certains emplois tels que technicien ambulancier paramédic (Xanthopoulou et al., 2007).

Dans les différents discours analysés, la qualité et la performance dont doivent faire preuve les techniciens ambulanciers paramédics en situation non urgente semblent définies par réfutation : si ce n'est pas urgent, c'est que le technicien a identifié que ce n'est pas urgent ou au fait qu'il n'a pas eu de plainte. La qualité est aussi définie par la négative alors qu'elle consiste à adopter des comportements ne menant pas à des plaintes. Elle est aussi définie en termes naïfs comme « les usagers ne doivent pas marcher ».

Devant ces observations, il est possible que le conflit de rôle émane du manque de clarté dans la définition des cibles de performance et de qualité internalisées pour les pratiques non urgentes ou encore de l'absence de cibles concrètes ou du sentiment d'inefficacité. Ici nous nous référons à la composante d'« effectiveness » dans la théorie des sept piliers de la qualité de Donabedian (2003), c'est-à-dire à quel degré atteint-on une amélioration ou une stabilisation de la situation de l'utilisateur dont la condition est stable, mais nécessite les services des techniciens ambulanciers paramédics et d'un transport par ambulance.

7.1.3.5 Les caractéristiques de l'activité professionnelle

Les caractéristiques de l'activité professionnelle décrites par les participants sont consistantes avec le tableau dressé en recension des écrits. Comme Brief et Weiss (2002) l'ont décrit, les caractéristiques de l'organisation pour laquelle les individus travaillent affectent leurs pensées, leurs émotions et leurs actions. Ce qui a été constaté chez les participants, dans le cadre des entretiens à l'égard de leur réalité, est les émotions qui ont jailli quand ils décrivaient les situations suivantes : voix forte, manifestations de frustrations, contentement. Ceci se transmettait également dans les simples gestes du quotidien comme le fait d'emporter une boîte à lunch dans le camion ou de devoir se garer ailleurs à chaque début de quart de travail et de ne pas revenir à la caserne quand ils le désirent. À la suite de l'étude approfondie

des entretiens réalisés et les informations sur les caractéristiques personnelles fournies, nous trouvons qu'il est effectivement plausible que les individus qui sont confrontés au même défi dans le cadre du travail développent une tonalité affective similaire. Les participants manifestaient des attitudes, des commentaires et des vécus similaires, tant inter qu'intra années d'expérience de travail, tant hommes que femmes. Ce qui soutiendrait l'expérience commune de conflit de rôle perçu.

7.1.4 L'épuisement professionnel et les attitudes de cynisme et de désengagement

En explorant la perception du rôle selon les bases du modèle théorique adopté, il a aussi été possible de mettre en évidence certaines nuances dans l'expérience d'un conflit de rôle chez le technicien ambulancier paramédic.

Pour certains participants, le conflit de rôle nous semble être vécu comme un stress motivateur, pour d'autres, comme un stress modéré et chronique épuisant. Le conflit de rôle s'exprime de multiples façons. Cette observation est cohérente avec les travaux de Meijman et Mulder dans Bakker et Démérouti (2007) : « *Although job demands are not necessarily negative, they may turn into job stressors when meeting those demands requires high effort from which the employee has not adequately recovered* ». (Bakker et Démérouti, 2007, p.312)

C'est aussi cohérent avec les travaux de Siegall (1999) sur la mesure du niveau de détresse associé au conflit de rôle chez le travailleur. En effet, après avoir mesuré le niveau de détresse perçue face à l'expérience du conflit de rôle, il concluait que la détresse pouvait varier subjectivement face à un conflit et générer plus ou moins de stress chez le travailleur. Des niveaux de stress différents n'exigeront pas les mêmes besoins en ressources ou en effort pour s'y ajuster. Dans cette étude, les participants qui

reconnaissent faire l'expérience d'un conflit de rôle rapportent vivre des niveaux d'intensité différents de frustrations en différentes périodes. Selon l'intensité et l'épuisement ressenti, ils iront jusqu'à manifester des attitudes de cynisme et de désengagement inappropriées. Les participants font le même constat à l'égard du vécu de leur collègue et des différentes attitudes qu'ils manifestent en milieu de travail.

Alors que la détresse relative au conflit de rôle n'est pas explicitement évoquée par certains participants, et que nous n'avons pas spécifiquement mesuré le niveau de détresse perçue, le désengagement que certains rapportent rappelle les résultats de Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Ebbinghaus (2002). Ceux-ci ont identifié un lien significatif entre les manifestations de désengagement dans une association négative avec la tension «sensation de stress». Ils expliquent qu'il est plausible que le travailleur qui se distance du travail pour se protéger peut également se désengager des situations de travail stressantes rapportant alors moins de sensation de stress. Il est intéressant de noter que tous les participants ont manifesté leur intérêt à participer à cette étude en avançant qu'ils croyaient à la réalité d'une difficulté chez les techniciens ambulanciers de composer avec leur rôle en intervention non urgente.

D'autre part, les participants attestaient que certains individus techniciens ambulanciers paramédics ne semblent pas détenir les ressources personnelles permettant de poursuivre cette carrière sans trop souffrir du conflit de rôle. Les participants avancent qu'il existe un profil de paramédics fins, faits pour l'intervention non urgente, et un profil de « paramédics pas fins », non fait pour les interventions non urgentes. Cette remarque était faite par quelques-uns en référence à la vignette sur l'utilisation abusive du ton directif jointe au plan d'entrevue.

Tous les participants de cette étude ont avoué adopter une attitude inappropriée telle que celles décrites dans les plaintes rapportées par les commissaires aux plaintes et à la qualité des services. Ils voyaient aussi d'autres causes liées aux attitudes inappropriées dont la faim, la fatigue ponctuelle, un problème de personnalité, l'incompétence clinique, des capacités limitées chez certains individus, ou encore un problème de formation. Toutefois, tous les comportements ont été reliés par un participant ou l'autre au conflit de rôle et comme entraînant des manifestations de cynisme et de désengagement étant reliées à l'épuisement professionnel et aussi parfois au conflit travail-famille.

Ces observations sont conséquentes avec les travaux de Kahn et al. (1964), cités dans Rizzo, House et Lirtzman (1970).

« Kahn et al. (1964) found that persons reporting role conflict stated that their trust in the persons who imposed the pressure was reduced, they liked them less personally, they held them in lower esteem, they communicated less with them, and that their own effectiveness was decreased. » (Rizzo, House, et Lirtzman (1970), p.152)

Alors que tous les participants affirment voir des collègues frustrés face à l'évaluation du caractère urgent et non urgent, que plusieurs ont eux-mêmes ces frustrations, tous réaffirment qu'il existe pour eux un lien entre conflit de rôle et attitudes cyniques et de désengagent. Les plus jeunes sont encore une fois plus modérés, car ils n'affirment pas vivre un conflit de rôle, mais le voir chez d'autres jeunes et de plus vieux collègues.

En regard des attitudes particulières de cynisme et de désengagement, les participants reconnaissent quelles peuvent aussi être perçue comme telles alors qu'il s'agit plus tôt d'une manifestation des attitudes professionnelles requises en situation d'intervention urgente (leadership, recentrage, ton directif) qui sont utilisés hors contexte (usager stable) ou en contexte

approprié alors que l'utilisateur ne perçoit pas l'urgence de son état ou la pertinence de cette façon de faire. Un commentaire rapporté par plusieurs participants, cadres, formateurs et intervenants, était à l'effet que les plaintes en situations urgentes provenaient de tierces personnes témoins des situations, mais qui ne comprenant pas les enjeux.

Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services font état de manière fondamentalement non professionnelle dans la communauté paramédicale. Les participants, y compris les cadres et les réviseurs, avaient des propos plus nuancés. Les participants portaient une réflexion sur le processus actuel de révision des plaintes qui leur était méconnu et qui a été introduit sans présentation. Ils n'en comprennent pas les mécanismes ni les références pour juger de leurs actes. C'est une perception en partie corroborée par les commissaires consultés. À la lumière de ces observations et d'autres faites sur l'expérience du conflit de rôle, il apparaît qu'un écart dans la définition du professionnalisme ou du concept de qualité dans les services semble exister.

7.1.4.1 L'épuisement professionnel

Les attitudes et comportements de cynisme et de désengagement s'inscriraient en partie dans les manifestations de l'épuisement professionnel chez certains intervenants. Les participants rapportent qu'il ne s'agit pas systématiquement d'un manque de professionnalisme fondamental, mais plutôt d'une réalité inhérente à leur expérience professionnelle.

Six techniciens ambulanciers paramédics ont rapporté vivre un épuisement professionnel. Certains directement reliés au conflit à l'égard du rôle, d'autres, relié à une vision conflictuelle du travail ou du quotidien avec le partenaire, un nouveau rôle de gestion, l'aspect des relations interpersonnelles difficiles dans un contexte de travail de soignant ainsi qu'au

sentiment de porter le système sur ses épaules. De plus, chaque participant rapporte avoir été témoin d'un partenaire de travail possiblement épuisé, parfois seulement à cause d'un détail par rapport à son attitude et à son comportement. Ces observations qualitatives sont révélatrices des hautes exigences liées à cette pratique et tendent à illustrer les données d'une prévalence sous-estimée de l'épuisement professionnel chez les techniciens ambulanciers paramédics (Donnelly & Siebert, 2008; Grigsby & Mc Knew, 1988; Sterud et al., 2006).

Cette étude démontre comment il existe tout même une méconnaissance des causes de l'épuisement, de ses mécanismes de développement, mais surtout de l'absence de mesures particulières en milieu de travail pour détecter les manifestations de façon précoce et d'offrir des moyens efficaces de le prévenir. C'est la primauté des caractéristiques du travail (ressources et demandes liées au travail) qui est l'élément non reconnu comme cause de risque et non les aspects psychosociaux de l'individu. Le technicien ambulancier paramédic consulte quand il n'est plus en mesure de fonctionner. En général, les collègues se sont aperçus de son état avant lui. Le plus souvent les participants ont rapporté que l'attitude directive, désincarnée et cynique à tout moment du quart de travail constitue le signe que l'individu est épuisé. L'épuisement se présente sous forme d'un continuum qui est constaté par les participants, mais pour lequel il ne leur semble pas possible ou légitime d'intervenir. Les gens qui ont vécu des difficultés liées à l'épuisement ont cherché à s'en sortir.

Certains participants avaient une vision juste de l'épuisement tel que décrit dans le cadre théorique (Maslach et al., 2001; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2009), mais plusieurs en avaient une vision partielle. Les plus jeunes avaient une représentation plus floue. Ils sont toutefois plus à risque.

7.1.4.2 Le cynisme

L'étude réalisée contribue à documenter comment le cynisme s'exprime chez les techniciens ambulanciers paramédics dans le continuum de l'épuisement de la santé alors qu'il semble en partie relié au conflit de rôle.

Les attitudes de cynisme rapporté en entretien nous semblent correspondent à celles de la littérature. Certaines ressemblent à celles considérées comme stratégies d'adaptation appropriées et liées à la culture de ces intervenants et certaines à celles considérées comme inappropriées dans la littérature (Palmer, 1983b; Tangherlini, 1998, 2000). Les mêmes gestes particuliers associés à la dépersonnalisation découlant de l'épuisement professionnel dont Daloz (2005) dépeint le portrait chez les intervenants de santé sont rapportés par les techniciens ambulanciers paramédics. Ils les ont accomplis en certains moments perçus d'épuisement professionnel. D'autres rapportent ne pas avoir particulièrement vécu un épuisement. Leurs propos et leurs attitudes et leurs gestes tenus en entretien laissent toutefois place au questionnement alors qu'il semble correspondent aux manifestations même de cynisme dans l'épuisement professionnel. Il y a le langage désabusé, les expressions négatives, la colère à l'endroit des usagers et des organisations. Dans la reprise d'une étude de même nature que celle-ci, il serait intéressant de jumeler des mesures probantes de l'épuisement chez les participants à la réalisation des entretiens.

Dans la littérature, le concept d'épuisement est décrit comme étant évolutif et d'intensité variable, et ses trois dimensions s'y manifesteraient dans une séquence particulière qui ne fait pas encore consensus. Souvent, l'intervenant ne s'aperçoit pas lui-même être épuisé ou le déni simplement (Bakker & Demerouti, 2007; Maslach & Leiter, 2008; Maslach et al., 2001; Schaufeli et al., 2009). C'est donc que les manifestations de cynisme décrites dans les entretiens peuvent être à la fois signe d'un épuisement

professionnel plus ou moins latent, de simples stratégies d'adaptation permettant une préservation des ressources chez l'intervenant, d'un problème de personnalité (plus rare) ou les conséquences d'un épuisement professionnel franc.

Alors que la maltraitance s'inscrit dans le développement de l'épuisement professionnel, qu'il apparaît intimement lié avec la dépersonnalisation (Daloz & Bénony, 2005), les éléments révélés en entretien semblent s'inscrire dans le même ordre des choses. Au plus fort des épisodes d'épuisement témoignés, les techniciens ambulanciers paramédics concernés indiquait avoir été rude avec les usagers. Les observations de cette recherche restent limitées à cet égard. Elles confirment toutefois que la maltraitance existe dans cette pratique, les gestes rapportés consistaient en une mise en scène visant à ridiculiser la situation d'un usager, un comportement agressif et désincarné envers un usager ainsi que l'utilisation de menaces (coercition) d'avoir recours à certains équipements pour la gestion des voies respiratoires chez certains usagers perçus comme simulant une inconscience.

7.1.4.3 Le désengagement

Les observations concernant les attitudes de désengagement s'apparentent à celles sur le cynisme et sont cohérentes avec la littérature sur les attitudes de désengagement liées à l'épuisement. C'est-à-dire que certains participants rapportent un sentiment d'inefficacité envers les usagers stables pour qui ils perçoivent ne pas en faire plus ou encore constater que malgré le transport et l'assistance offerts, leur prise en charge en centre hospitalier sera pénible. Certains participants attestaient se sentir eux-mêmes responsables d'engorger le système de la santé en voyant leurs usagers s'entasser aux services des urgences. Plutôt présente, et ce, dès les premiers mois de travail, l'intention de quitter la profession était fortement liée au fait de ne pas se sentir utile ou à cause de l'ennui face au travail non urgent dans la

pratique. Cette intention était aussi reliée au constat de la précarité d'emploi, du type d'horaire et du peu de possibilités de conciliation travail-famille.

Des attitudes de désengagement et de cynisme étaient distinctement liées à la perception d'un écart entre la nécessité d'emporter l'équipement au chevet des usagers ou dans certains cas de les mobiliser de façon sécuritaire en fonction de leur état et l'énergie déployée face à d'autres stress (douleurs dorsales ou charge physique du transport d'équipement, fatigue, actions vaines face à un usager stable). Certains des techniciens ambulanciers paramédics prennent consciemment ce risque en expliquant que ces gestes leur permettent de passer à travers leur journée. Autant des jeunes ayant moins de 3 ans d'expérience que les plus expérimentés témoignent de ces attitudes et de ces réflexions. L'inconfort est reconnu comme un facteur lié à l'adoption de comportements en santé ainsi que la perception de son auto-efficacité (Godin, 1988; Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J., 2008). La douleur est également un facteur de stress non négligeable (Bakker & Demerouti, 2007).

7.1.5 La qualité des soins

Dans la perspective de Neveu (2008), cette étude contribue de façon originale à mettre en relation l'expérience du stress avec les attitudes professionnelles et la qualité dans les SPU. Il apparaît que la qualité est un enjeu associé aux manifestations qui découlent des attitudes de cynisme et de désengagement, qu'elles soient reliées à l'épuisement personnel, à l'expérience d'un conflit de rôle, au deux, ou à d'autres causes.

Une des dimensions du professionnalisme ayant été abordée par les participants était la capacité à se reconnaître épuisé et à chercher à se reposer pour mieux revenir. La reconnaissance incomplète du tableau clinique de l'épuisement professionnel doit certainement limiter sa prise en

charge par l'individu et son entourage au travail. En fait, les techniciens ambulanciers paramédics rapportent vivre toutes sortes de stress qui les forcent à s'ajuster et auxquels ils semblent se résigner de façon inconsciente par intérêt pour l'intervention d'urgence, par vocation. C'est une situation tout récemment décrite dans les travaux de Johnson (2005) et Patterson (2005), mais décrite encore plus spécifiquement par Nirel (2008) concernant les paramédics d'Israël.

Pour ce qui est de l'impact de l'épuisement professionnel sur la qualité des services offerts par les techniciens ambulanciers, certaines des dimensions des sept piliers de la qualité sont particulièrement touchées. Tant dans l'expérience des participants que dans les éléments pointés dans la recension, les attitudes de cynisme et de désengagement tel qu'ils mènent à négliger la plainte d'un usager, à limiter la communication avec celui-ci ou à s'en désintéresser, affecteront possiblement l'efficacité, la reconnaissance de la légitimité et de l'acceptabilité des services (Donabedian, 2003c). Sans connaître les théories touchant la qualité dans les services de santé, le discours des participants présentait comment l'usager pouvait se sentir « mal pris » en charge ou encore comment « non compris » dans certaines situations où le technicien ambulancier paramédic faisait preuve d'attitudes négatives ou réagissait fortement à se sentir sur-mobilisé pour une intervention non urgente.

Le service à la clientèle est une thématique qui a été abordée par certains participants, ce thème est certainement apparenté à la légitimité et l'acceptabilité des services de santé. Plusieurs participants ont affirmé qu'il devait y avoir plus de formation et de repère pour s'approprier les notions de qualités entourant le service à la clientèle dans le cadre de leur pratique. D'autre part, les participants se sont montrés foncièrement pessimistes quant à la portée du message sur l'éthique professionnelle actuellement diffusé

dans le milieu. Cet état des choses nous ramène aux fondements de l'éthique et du professionnalisme qui sont associés aux capacités à faire preuve d'une morale saine chez les intervenants de santé. Des concepts louables, mais qui restent théoriques dont le suivi dépend de la disposition d'un individu à adopter certains comportements qui dépendent eux-mêmes d'autres facteurs et non pas seulement de sa volonté (Croskerry et Musson dans Croskerry, Cosby, Schenkel, & Wears, 2008).

Sur une note plus prometteuse, les diverses pratiques initiées de façon personnelle par les intervenants semblent a priori contribuer positivement sur l'optimisation et l'efficience des soins. Les techniciens ambulanciers paramédics qui prennent sur leur responsabilité de diriger les usagers, les éduquer, évaluer leurs états psychosociaux sont une contribution à la qualité globale des services de santé. L'encadrement de ses pratiques en assurerait d'autant plus l'efficacité et la légitimité.

7.1.6 Modèle conceptuel modifié

En fonction du modèle conceptuel défini pour l'analyse des données, il ressort un autre constat original qui se détaille en deux points. Ces éléments nous permettent d'ajuster un modèle permettant de mieux se représenter l'adaptation au conflit rôle.

Dans le contexte d'interventions non urgentes majoritairement auprès d'usagers de plus de 65 ans, les participants ont démontré comment ils s'ajustent au conflit de rôle pour se protéger des effets du stress. De façon non sollicitée et vraisemblablement appropriée, plusieurs participants ont décrit des initiatives proactives visant à maintenir l'intérêt pour leur pratique ou à atteindre leur propres standards de qualité, ou ceux internalisés, en intervention non urgente.

Dans une perspective de qualité des services, de standardisation et de pratiques cliniques de plus en plus basées sur des évidences scientifiques, c'est un défi que d'assurer la qualité d'une majorité d'interventions où les pratiques sont basées sur des approches dites, au sens perçu dans les entretiens, « personnels ». Les techniciens ambulanciers paramédics définissent la qualité de l'intervention en ces mots « Est-ce que le patient a passé un bon moment? » et « Est-ce que je viens d'en échapper une? ». Leurs bonnes intentions peuvent mener à des initiatives qui ne sont pas propices au respect des dimensions importantes de qualité des services de santé (Donabedian, 2003a).

L'avantage pour la qualité, c'est d'avoir une communauté d'intervenants qui a su intégrer la nouvelle réalité de son rôle. Parmi les attitudes et comportements appropriés dénotés :

- ⇒ Développer une approche comprenant une évaluation de l'état de santé, de la condition psychosociale, et l'intervention éducative sur les ressources en santé et la prise en charge de la problématique vécue.
- ⇒ Recommander les usagers de plus de 65 ans dont la condition psychosociale compromet la sécurité et la santé
- ⇒ Favoriser les droits des usagers en présence de tierces personnes qui ne sont pas des proches
- ⇒ Socialiser avec l'utilisateur, favoriser son confort et l'assister dans sa préparation au transport et au séjour en centre hospitalier

Le désavantage, c'est qu'il est impératif d'encadrer ou d'intégrer ces pratiques de façon sécuritaires et justifiées pour la santé et le bien-être de l'utilisateur. L'intervenant doit avoir une certitude et pouvoir s'appuyer sur un

cadre de pratique solide lorsqu'il intervient auprès de l'utilisateur, il en est aussi garant.

Finalement, cette étude a permis aux participants de parler de ce qui leur apportait satisfaction dans leur travail autre que leur intérêt premier pour l'urgence. Il ressort des entretiens que le fait de pouvoir développer un intérêt pour le contact humain et se sentir utile ou de se percevoir efficace (perception d'auto-efficacité) permet d'être satisfait professionnellement et personnellement et de moins ressentir le conflit de rôle. Dans l'ensemble, ces expériences amènent les techniciens ambulanciers paramédicaux à donner un sens à leur travail en situation non urgente.

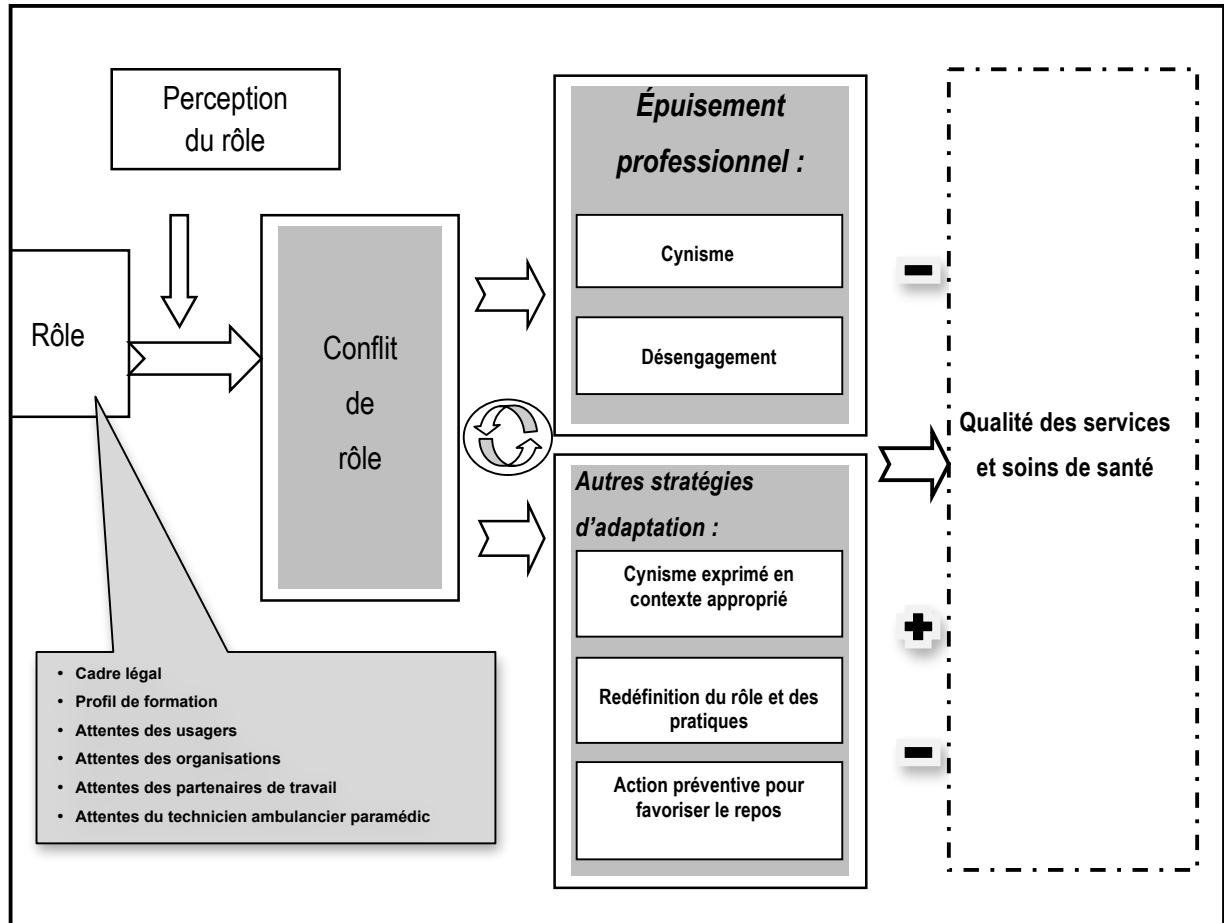
Relativement à l'analyse des données effectuées, nous proposons les modifications suivantes (figure 5, p.219) au modèle conceptuel initial (figure 4, p.105). Le titre est modifié pour n'inclure que l'adaptation au conflit de rôle. Ensuite, principalement, nous proposons de tenir compte de deux nouveaux aspects qui se sont révélés importants et qui devraient être considérés dans la poursuite de l'étude du conflit de rôle chez le technicien ambulancier paramédical.

Le premier aspect, c'est la dimension des autres stratégies d'adaptation au conflit de rôle possibles et dont font preuve les techniciens ambulanciers paramédicaux (figure 5, p.219). Parmi celles-ci, le cynisme exprimé en contexte approprié et permettant de relâcher la pression entourant la réalité difficile du travail en situation non urgente. Il y a aussi les initiatives personnelles pour redéfinir les pratiques ou les actions entreprises pour mieux répondre au besoin de l'utilisateur faute de directives cliniques ou de formation appropriées. Il y a aussi la prise ou la planification d'un retrait ou d'un repos afin de maintenir son intérêt pour une pratique conflictuelle.

Le deuxième aspect, c'est le sens de la relation entre les variables. L'ajout de flèches en mouvement vient préciser qu'il semble exister une dynamique entre le conflit de rôle, la quasi-expérience de l'épuisement, l'épuisement et la décision d'avoir recours à d'autres stratégies d'adaptation et qui est changeante au courant de la carrière d'un même individu (figure 5, p.219).

Finalement, toujours pour préciser la relation entre les concepts du modèle, nous avons ajouté un symbole de négation et un symbole d'addition entre les stratégies d'adaptation et la qualité des services (figure 5, p.219). C'est qu'il semble que les différentes stratégies d'adaptation adoptées par le technicien ambulancier paramédic peuvent sembler efficaces pour limiter l'expérience de l'épuisement professionnel, mais peuvent à la fois contribuer au maintien de la qualité des services ou contribuer à sa détérioration. Entre autres, en absence de directives cliniques, de formation ou de suivi de la qualité pour les encadrer, certaines des initiatives personnelles pour redéfinir des pratiques pourraient s'avérer inappropriées pour la situation de l'utilisateur.

Figure 5
Modèle conceptuel du conflit de rôle
chez le technicien ambulancier paramédic



(Adapté de Bakker & Demerouti, 2007; Demerouti et al., 2001; Donabedian, 2003b; Kahn et al., 1964; Neveu, 2008; Rizzo et al., 1970)

7.2 Recommandations

Cette section présente les recommandations que nous suggèrent les résultats obtenus au regard des questions de recherche et de la gestion des SPU dans une perspective d'encourager les attitudes organisationnelles, ou liées au travail, et professionnelles des techniciens ambulanciers paramédics et la qualité des services.

Nous prenons soin de remercier les participants qui, par leur témoignage, contribueront à ajouter à la validité des recommandations suivantes. Certaines proviennent directement de leurs idées.

L'ensemble de nos recommandations touche trois volets à encourager :

- * *Encouragement de la reconnaissance des causes organisationnelles du stress et de ses impacts sur les attitudes des travailleurs ainsi qu'à la mise en place de stratégies pour en atténuer les effets.*
- * *Encouragement de la reconnaissance d'une pratique professionnelle en santé plus large que celle de «l'urgence médicale» ou de l'intervention préhospitalière «d'urgence», soit celle d'un intervenant de première ligne en contexte préhospitalier collaborant à la mission de santé, de santé publique et de sécurité publique, le paramédic.(Martinez, 1998; O'Meara, 2009)*
- * *Encouragement de l'intégration professionnelle et du développement d'une identité professionnelle basés sur des fondements solides*

Nos premières recommandations visent à augmenter la reconnaissance des problématiques d'attitudes professionnelles et organisationnelles comme intimement liées aux stress organisationnels dans l'activité professionnelle de technicien ambulancier paramédic. Cette approche fera en sorte de pouvoir avoir un impact sur la santé à la fois des travailleurs, des usagers et de celles des organisations. Les actions précises à prendre devraient inclure :

- ⇒ Lors des enquêtes de plainte, de porter une attention particulière à la détresse sous-jacente chez le travailleur ainsi qu'aux conditions de travail prévalentes au moment des interventions pour favoriser la conscience de ses limites et le soutien du travailleur ainsi que la part des organisations dans l'organisation de la tâche.
- ⇒ La mise place d'un programme national ou régional de mentorat favorisant l'intégration professionnelle (0-3ans). Un tel programme fournira des ressources d'appui solide et de suivis limitant le risque d'interprétation personnelle des pratiques chez les jeunes intervenants travaillant avec d'autres jeunes intervenants en raison de l'attribution des quarts de travail par ancienneté. Il favoriserait le transfert des connaissances dans le contexte des conventions collectives actuelles.
- ⇒ Pour une organisation, mesurer à intervalle régulier les types et les niveaux de stress chez les techniciens ambulanciers paramédics et ses impacts sur les attitudes liées au travail. Faire appel à des organisations pour établir des stratégies probantes de gestion du stress en milieu de travail. En mesurer les coûts-bénéfices.

Il est aussi intéressant de viser des actions qui auront pour effet d'atténuer le conflit de rôle perçu. Toute initiative visant à clarifier le rôle ainsi que la présentation de standards cohérents est souhaitable:

- ⇒ Ajuster et rehausser la nature des contenus et le temps qui leur est réservé ainsi que les approches dans les programmes de formation initiale et continue. Aussi, favoriser la mise à jour des compétences des formateurs et maîtres de stage sur les clientèles et pratiques actuelles.

Les thèmes à inclure sont : clientèle gériatrique, habiletés de communication interpersonnelle et gestion des conflits liés aux droits des usagers au regard du cadre clinique, des approches de santé publique et des plans stratégiques concernant les problématiques de santé prioritaires.

- ⇒ Pour une organisation, adopter un style de gestion favorisant l'intégration d'une identité professionnelle congruente aux attentes en matière d'attitudes professionnelles et de qualité des services.
- ⇒ Inclure une initiative d'éducation aux éléments de La loi sur la protection des usagers des services de santé et des services sociaux et à son application dans les SPU, au processus de gestion des plaintes et selon une approche de clarification des valeurs.
- ⇒ Utiliser des stratégies de modification des comportements et attitudes chez les intervenants en santé probantes afin de diminuer l'impact des initiatives personnelles non standardisées sur la qualité des services. (Eccles, Grimshaw, Walker, Johnston, & Pitts, 2005; Godin, 1988; Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J., 2008)

Selon nous, la valorisation des pratiques non urgentes des techniciens ambulanciers paramédics en contexte préhospitalier devraient passer rapidement par :

- ⇒ La mise en place d'activités d'entraînement aux habiletés cliniques liées aux besoins des usagers stables, favorisant une réponse des plus appropriées lors d'interventions urgentes.
- ⇒ La définition de critères de performance et de qualité spécifiques pour les interventions non urgentes alignées sur les priorités en santé du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ⇒ Informer régulièrement les intervenants sur la réalité des interventions ainsi que sur les états de santé des usagers sous la forme de bulletin ou de portail des services pour tous types d'intervention.

À plus long terme :

- ⇒ Revoir l'organisation du travail pour diminuer les contraintes cognitives plutôt que de mettre l'emphase sur les capacités individuelles à s'adapter aux contraintes liées au rôle (Croskerry, P., & Musson, D. M. dans P. Croskerry, K. S. Cosby, S. M. Schenkel & R. L. Wears (2008).
- ⇒ Développer des soins et services précis aux usagers dont l'état est stable en contexte préhospitalier, favorisant d'un même élan, un meilleur triage et un meilleur référencement, contribuant à une meilleure continuité et sécurité des soins.
- ⇒ Intégrer et définir le rôle des techniciens ambulanciers paramédics dans les plans d'action stratégiques et programmes liés aux priorités problématiques en santé de la population. Aussi, leur faire appel systématiquement afin qu'ils soient représentés dans les équipes de planification des services et sur la table de concertation alors qu'ils en sont le plus souvent absents.
- ⇒ Développer de nouveaux modes de réponse visant possiblement la séparation plus efficace des ressources affectées aux interventions urgentes et non urgentes et le développement d'intervenants spécialisés pour l'un et l'autre type d'intervention (Emergency Medical Services Chiefs of Canada, 2011)

7.3 Limites de l'étude

La principale limite d'une étude qualitative visant à explorer un phénomène, à en attester la réalité subjective telle que vécue par les participants, c'est qu'elle ne permet pas de faire des liens de cause à effet entre les variables explorées. Les différents résultats présentés doivent être considérés comme un appui pour entrevoir les directions possibles et les actions à prendre pour la suite.

Bien que les stratégies de recrutement des participants visaient à maximiser la variation des cas, et qu'elles visaient aussi à permettre l'accès aux individus qui constituent les sources de données pertinentes, il se peut que l'échantillon représente des participants plus motivés dans l'exercice de leur profession et donc plus enclins à vouloir participer. On doit garder un regard critique sur la généralisation possible des résultats et se rappeler que ceux-ci représentent principalement l'expérience vraie des individus ici consultés. Il faut aussi concevoir qu'ici, des individus avec un profil plus problématique ne sont possiblement pas représentés alors qu'ils ne se sont probablement pas manifestés n'étant pas enclins à discuter de leur pratique.

Une autre limite dans le recrutement est le fait que la réalité des régions éloignées n'a que peu été touchée. Les techniciens ambulanciers paramédics rejoints dans le cadre de ce projet provenaient principalement de régions à forte concentration de population, étant donné la logistique à déployer pour leur recrutement. Leur expérience aurait pu révéler d'autres aspects de la pratique qui sont probablement influencées par les distances à parcourir et les ressources de santé limitées.

Les entretiens de recherche avec les techniciens ambulanciers paramédics ont été particulièrement longs. Le plan d'entrevue long combiné à une manière tout à fait particulière de répondre chez ces travailleurs techniciens ambulanciers paramédics nous amènent à penser que certains aspects de leurs pensées n'ont pu être révélés.

Les participants illustraient, ou plutôt mettaient en scène, avec beaucoup de détails les discussions et les actions ayant été vécues allant même jusqu'à personnifier leurs partenaires, les usagers et les tierces personnes. Le résultat entraînait d'obtenir de longs récits pour illustrer des points très circonscrits. Cette façon de communiquer rappelle les conclusions de Tangherlini (2000) dans ces travaux sur la pratique du conte, «Storytelling»,

chez les techniciens ambulanciers paramédics comme moyen de donner aux évènements ponctuels de chaque jour de travail, intervention par intervention, interaction par interaction avec les usagers et les autres intervenants d'urgence et de santé, un sens à l'ensemble de leur expérience de travail. Si ce type de recherche avait à être repris, nous suggérons de concevoir des plans d'entrevue avec des pauses permettant à la fois de se reposer mais aussi de séparer les thématiques.

Aussi, considérant l'importance de la réflexivité du chercheur dans une approche qualitative de production des connaissances, il nous est apparu une réalité que d'avoir à composer avec la dynamique d'entretien de type recherche-thérapie. Cette dynamique s'installe alors que l'intervieweur est à la fois reconnu comme le chercheur et intervenante en santé. Richards and Emslie (2000) en pausent et en décrivent la dynamique et ces conséquences possibles dans la recherche sur les services de santé. Notre expérience se rapproche de leur constat alors qu'il nous a semblé que dans une certaine partie des entrevues, certaines interactions relevaient de la nature de la relation d'aide. Cet aspect peut avoir limité l'accès à la description du phénomène au profit d'une occasion de ventiler certains vécus difficiles. Il a été remarqué que la forme du matériel à transcrire en est affectée alors que les entretiens sont plus entrecoupés par des manifestations d'écoute de la part du chercheur ainsi que de prise de conscience de part et d'autre. Il serait important de poursuivre la réflexion quant aux moyens qui pourraient prévenir cette dynamique de l'entrevue de recherche tout en respectant les participants et leurs besoins de s'exprimer sur un sujet émouvant.

Une limite du plan d'entrevue même est qu'il n'abordait pas la notion de niveau de détresse perçue face au conflit de rôle. Bien que certains contenus d'entrevues en ont révélé un peu sur cet aspect, cette donnée aurait été

d'intérêt à être abordée systématiquement pour mieux situer les manifestations de cynisme et de désengagement et le conflit de rôle.

Comme Daloz et Bénony (2008) le soulignent dans leur étude sur la maltraitance et l'épuisement professionnel, en raison de la nature même des gestes étudiés, les participants ne divulguent pas systématiquement les pratiques inappropriées. Autant la désirabilité sociale que la non-conception des représentations du cynisme, du désengagement, des gestes de maltraitance dans le contexte professionnel particulier/culture entraîne possiblement les participants à ne pas divulguer certaines informations. Aussi, il se peut qu'ils n'en discernent pas la pertinence ou la signification. Ces éléments restent à considérer dans l'interprétation à faire des résultats de l'étude.

Il reste un défi éthique que d'assurer le respect des participants et celui des normes de la société dans laquelle est réalisée la recherche. D'autres stratégies de recherche pour en arriver à mieux documenter les réelles manifestations de maltraitance dans les services de santé restent à essayer.

7.4 Piste de recherche

Dans une perspective d'analyse et de l'évaluation d'évaluation des systèmes de santé, nous entrevoyons différentes initiatives de travaux de recherche possibles. Il serait particulièrement intéressant de considérer:

Une recherche approfondie sur l'épuisement professionnel :

- ⇒ Effectuer une étude épidémiologique longitudinale auprès d'une cohorte de futurs techniciens ambulanciers paramédics sur la trajectoire de l'épuisement professionnel et leur expérience du stress

en situation de travail sachant qu'elle est considérée parmi les plus stressantes, de même que sur la trajectoire de l'épuisement professionnel. Sachant aussi que la profession est parmi les plus stressantes, effectuer une étude reliant leur expérience du stress avec celle-ci.

- ⇒ Poursuivre des travaux visant à mesurer l'impact de l'application de stratégies organisationnelles pour une meilleure gestion des contraintes liées à la situation de travail et à l'épuisement professionnel ainsi que sur la qualité des soins des techniciens ambulanciers paramédics.

Sur le conflit de rôle :

- ⇒ Développer un test psychométrique étant capable de discerner les sources de stress modérés et chroniques tels que le conflit de rôle et les niveaux de détresse associés.
- ⇒ Développer un instrument psychométrique avec une échelle plus précise à la réalité de cette pratique pour mesurer le conflit de rôle à partir d'outils existants.
- ⇒ Déterminer précisément quelles sont les figures significatives et mesurer leur degré de force d'influence sur le technicien ambulancier paramédic. Il serait intéressant de sonder cet aspect afin d'affiner les processus de communication des attentes à l'égard du rôle en conséquence des résultats organisationnels et professionnels souhaités.

Sur l'identité professionnelle et le fondement de la pratique paramédicale.

- ⇒ Étudier les processus de formation de l'identité professionnelle et les facteurs qui l'influencent dans le contexte québécois.
- ⇒ Poursuivre des travaux visant à définir comment se construit la pratique paramédicale afin de permettre le développement de critères de qualité et de performance en conséquence.

Sur la gestion et la qualité des SPU :

- ⇒ Amorcer des travaux de réflexion sur la définition et l'évaluation de critères de performance et de qualité précis pour les interventions non urgentes. Il serait intéressant d'impliquer la communauté des intervenants dans l'ensemble du processus. Une recherche de type recherche-action pourrait être à développer pour la réalisation d'un tel projet.
- ⇒ Mettre en place de nouveaux modes de réponse et de nouveaux types de ressources tels que l'affectation de différents niveaux de ressources paramédicales pour l'intervention urgente, non urgente et même communautaire tout en procédant.
- ⇒ Mesurer les impacts économiques de ces nouveaux services ainsi que sur la santé des populations en développant préalablement des protocoles de recherche appropriés. Publier les résultats de tels travaux.

L'ensemble de ces travaux permettra de mieux comprendre les facteurs qui influencent particulièrement la pratique paramédicale et les résultats des SPU en matière de santé de la population.

Chapitre 8 : Conclusion

Par le biais d'entretiens auprès des techniciens ambulanciers paramédics québécois, cette étude qualitative a permis de dépeindre la réalité des interventions préhospitalières non urgentes telle que perçue par ceux-ci. Bien qu'ils aient le double rôle d'intervenir en situation d'urgence et de non-urgence, le nombre d'interventions réalisées auprès d'usagers de plus de 65 ans représente la majeure partie de leur pratique actuelle.

En raison de la nature de son rôle et de la réalité avec laquelle le technicien ambulancier paramédic compose au quotidien, cette étude visait à établir l'existence d'un conflit de rôle chez le technicien ambulancier paramédic. Selon le modèle proposé à la fin de cette recherche, nous concluons qu'il existe un conflit de rôle dans la pratique du technicien ambulancier paramédic. Il existe entre autre sous la forme d'un stress modéré et chronique relié à la situation de travail. Cette expérience entraîne chez certains intervenants des manifestations de cynisme et de désengagement. Ces attitudes peuvent s'expliquer par la présence d'un épuisement professionnel chez le travailleur. Certaines de ces manifestations semblent liées à des problématiques de qualité dans l'administration des services et des soins.

Une des contributions originales de cette étude consiste à avoir relevé d'autres stratégies d'adaptation possibles au conflit de rôles que celles du cynisme et du désengagement et qui peuvent être reliées à des problématiques de qualité. Alors que pour certains intervenants, le conflit de rôle semble agir comme une motivation plutôt qu'une contrainte, ils travaillent à redéfinir leur pratique. Consciemment et inconsciemment, il s'en suit vraisemblablement la modification et l'adoption de leurs pratiques

professionnelles dans le cadre des interventions non urgentes. Ces pratiques ne sont pas nécessairement basées sur le cadre légal, les directives cliniques, la littérature probante ou ni dans la théorie de la pratique. Elles peuvent, ou non, contribuer à la qualité des services et ne sont pas précisément réviser par la direction médicale des SPU.

Selon les résultats de cette étude, les réflexions futures pourront porter sur les processus à mettre en place pour favoriser le développement d'une pratique conforme aux attentes du technicien ambulancier paramédic lui-même, de celles des organisations ainsi que de celles des usagers concernant leur états de santé et leurs besoins en services préhospitaliers. Ces recommandations s'inscrivent bien dans l'objectif d'optimiser la qualité et les coûts reliés aux SPU. Concrètement, les techniciens ambulanciers paramédics souhaitent le rehaussement des programmes de formation initiale et continue, une meilleure intégration sur le marché du travail et la reconnaissance d'un champ élargi pour les pratiques cliniques dans un contexte préhospitalier de soins primaires et non seulement de soins d'urgence. Conséquemment, il s'agit d'autant d'éléments qui visent à assurer les ressources permettant la conservation des énergies chez le travailleur, à prévenir l'épuisement professionnel en diminuant le conflit de rôle.

Au terme de cette étude, quelques pistes de recherche ressortent et semblent importantes à suivre. La mise sur pied de projets d'étude combinant des devis de recherche-action et épidémiologique pourrait viser directement l'amélioration de la gestion des contraintes liés à la situation de travail. Ces projets pourraient avoir l'objectif de répondre à des questions comme : quelle est la prévalence de l'épuisement professionnel chez les techniciens ambulanciers paramédics? Quel est le niveau de détresse ressentie face au conflit de rôle? Quels sont les coûts-bénéfices de la réduction du stress associé au conflit de rôle? Quels sont les impacts sur la santé de la

population et la qualité des services préhospitaliers? Particulièrement, nous appuyons qu'une étude épidémiologique longitudinale soit réalisée sur l'épuisement professionnel chez le technicien ambulancier paramédic afin d'en comprendre les trajectoires possibles au long d'une carrière.

Finalement, des projets sur les fondements de la pratique paramédicale et la définition de qualité se font présentement dans le monde, en outre en Australie, en Suisse, en Grande-Bretagne, aux États-Unis et ici même ailleurs dans le Canada. Vu la similarité entre les communautés professionnelles paramédicales d'ailleurs et d'ici, les objectifs futurs en recherche devraient inclure la collaboration internationale comme une avenue intéressante à développer pour le Québec.

Bibliographie

- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (2009). *Rapport 2008-2009 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes.*
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (2010). *Rapport 2009-2010 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes.*
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2010). *Rapport annuel 2009-2010 Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services.* Québec.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2008). *Rapport 2007-2008 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services de l'agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie.*
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2009). *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2008-2009 de l'agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie.*
- Ahl, C., Nyström, M., & Jansson, L. (2006). Making up one's mind: - Patients' experiences of calling an ambulance. *Accident and Emergency Nursing, 14*(1), 11-19. doi:10.1016/j.aen.2005.10.002
- Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior, In Press, Corrected Proof.* doi:10.1016/j.jvb.2011.03.007
- American Board of Emergency Medicine. (2011). American Board of Emergency Medicine History. Repéré le juin 2011 à http://www.abem.org/public/portal/alias__rainbow/lang__en-US/tabID__3573/DesktopDefault.aspx
- Annandale, E. (1985). Work Roles and Definitions of Patient Health. *Qualitative Sociology, 8*(2), 124-148.
- Arial, M., Benoit, D., & Danuser, B. (2010). Division de l'attention lors d'interventions d'urgence préhospitalière : quelques apports de

l'analyse d'activité en situation réelle de travail. *Journal International de Santé au Travail*, 2, 16-23

Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximal d'ambulances, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux du transport par ambulance, c. L-0.2, r. 2 (1984).

Association médicale canadienne (2007). *Summary of provincial regulations / legislation relevant to paramedics*.

Association professionnelle des paramédics du Québec. (2003). Code d'éthique (p.6).

Bakker, A. B. , & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the Job Demands-resources Model to Predict Burnout and Performance.

Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99(2), 274-284. doi:10.1037/0022-0663.99.2.274

Ball, L. (2005). Setting the scene for the paramedic in primary care: a review of the literature. *Emergency Medicine Journal*, 22(12), 896-900. doi:10.1136/emj.2004.019588

Barkley, K. T. (1978). *The ambulance : the story of emergency transportation of sick and wounded through the centuries*. (1st^e éd.). Hicksville, N.Y.: Exposition Press.

Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., & Woollard, M. (2004). Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emerg Med J*, 21, 235-236.

Bigham, B. L., Morrison, L. J., & Kennedy, S. M. *Expanding paramedic scope of practice in the community*. Toronto.

Bigham, B. L., Morrison, L. J., Pitts, D., Pitts, R., Maher, J., Brooks, S. C., . . . Shojania, K. (2008). *La sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence Promouvoir et harmoniser une culture de sécurité des patients dans les services médicaux d'urgence (SMU)*. Institut canadien pour la sécurité des patients.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18
- Boutin, G. (2000). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Presse de l'Université du Québec.
- Bowles, R. R. (2009). From learning activities to the meaning of life: Fostering professionalisme in Canadian paramedic education. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 7(4), 2009
- Bray, S. R., & Brawley, L. R. (2002). Role Efficacy, Role Clarity, and Role Performance Effectiveness. *Small Group Research*, 33(2), 233-253. doi:10.1177/104649640203300204
- Brazeau, C. M. L. R., Schroeder, R., Rovi, S., & Boyd, L. (2010). Relationships Between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate. *Academic Medicine*, 85(10), S33-S36 10.1097/ACM.1090b1013e3181ed1094c1047.
- 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.
- Brief, A. P., & Weiss, H. M. (2002). Organizational behavior: Affect in the Workplace. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 279
- Campeau, A. (2008). The Space-Control Theory of Paramedic Scene-Management. *Symbolic Interaction*, 31(2), 285-302
- Cascio, W. F. (2006). The Economic Impact of Employee Behaviors on Organizational Performance. *California Management Review*, 48(4), 41-59
- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing & Health Sciences*, 5(2), 155-163. doi:10.1046/j.1442-2018.2003.00147.x
- Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., chapitre C-12 C.F.R. (1975).
- Clark, M. J., & Fitzgerald, G. (1999). Older people's use of ambulance services: a population based analysis. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 16(2), 108-111

- 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
- Code civile du Québec, L.Q., 1991, c. 64. (1991).
- Code des professions, L.R.Q., c. C-26 (2010).
- Coleman, E. A. (2007). How can we ground the "frequent fliers"? *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 467-468
- Comité d'experts en hémodynamie du réseau québécois de cardiologie tertiaire (2005). *Le développement de l'hémodynamie au Québec Évaluation des besoins et proposition pour une utilisation optimale des ressources Perspective 2005-2010 Rapport du comité d'experts en hémodynamie du réseau québécois de cardiologie tertiaire*. Québec.
- Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, & Dicaire, A. (2000). *Urgences préhospitalières : "un système à mettre en place" : Rapport*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois, & Gauthier, G. (2007). Rapport final. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/46663>
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, & Clair, M. (2000). *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux Rapport et recommandations Solutions émergentes*. Québec.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., Potvin, L., Boyle, P. (1991). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal : G. Morin
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1994). Healthy Mind; Healthy Organization—A Proactive Approach to Occupational Stress. *Human Relations*, 47(4), 455-471. doi:10.1177/001872679404700405
- Cooper, S. J. R., & Grant, J. (2008). New and emerging roles in out of hospital emergency care: A review of the international literature. *International Emergency Nursing*, 17(2), 90-98. doi:DOI: 10.1016/j.ienj.2008.11.004
- Cooper, S. (2005). Contemporary UK paramedical training and education. How do we train? How should we educate? [Article]. *Emergency Medicine Journal*, 22(5), 375-379. doi: 10.1136/emj.2004.019208

- Corporation d'Urgences-santé (2005). *Profil clinique de la clientèle d'Urgences-santé Période financière 2004-05*. Montréal.
- Corporation d'Urgences-santé (2009a). *Programme d'amélioration continue de la qualité des interventions cliniques*, Montréal.
- Corporation d'Urgences-santé (2009b). *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Montréal.
- Corporation d'Urgences-santé (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010*.
- Corporation d'Urgences-santé. (2011a). *Distribution des patients rencontrés par les paramédics selon la carte d'appel et le groupe d'âge*. Données statistiques. Montréal.
- Corporation d'Urgences-santé. (2011b). *Distribution des patients rencontrés par les paramédics selon la nature du cas et le groupe d'âge*. Données statistiques. Montréal.
- Corporation d'Urgences-santé. (2011c). *Distribution des patients rencontrés par les paramédics selon la priorité d'appel et le groupe d'âge du patient* Données statistiques. Montréal.
- Corporation d'Urgences-santé. (2011d). *Distribution des patients transportés selon le groupe d'âge le mode de transport*. Montréal.
- Creswell, J. (2003). *Research Questions and Hypotheses: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* ((2^e éd., p. 105-118): Sage Publications.
- Croskerry, P., & Musson, D. M. (2008). Individual Factors in Patient Safety. Dans P. Croskerry, K. S. Cosby, S. M. Schenkel & R. L. Wears (dir.), *Patient safety in emergency medicine*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cydulka, R., Emerman, C., Shade, B., & Kubincanek, J. (1997). Stress levels in EMS personnel: a national survey. *Prehospital Disaster Med*, 12, 136 - 140
- Cydulka, R. K., Lyons, J., Moy, A., Shay, K., Hammer, J., & Mathews, J.(1989). A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. *Annals of Emergency Medicine*, 18(11), 1151-1156. doi:10.1016/s0196-0644(89)80050-2
- Daloz, L., & Bénony, H. (2007). Le sujet en état d'épuisement professionnel: Approche clinique sur une population de soignants. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 68(2), 126-135. doi: 10.1016/s1775-8785(07)88910-7

- Daloz, L., & Bénony, H. (2005). Burnout et maltraitance dans la relation soignante. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(2), 156-160. doi:10.1016/j.amp.2005.02.009
- Daniels, K., & Harris, C. (2000). Work, Psychological Well-being and Performance. *Occupational Medicine*, 50(5), 304-309. doi:10.1093/occmed/50.5.304
- De Coster, R. (1990). La Tragédie du 6 décembre 1989 à l'École Polytechnique de Montréal. Dans G. d. t. D. Coster (dir.). Montréal.
- Delbridge, T. R., Bailey, B., Chew Jr, J. L., Conn, A. K. T., Krakeel, J. J., Manz, D., . . . Wilson, E. M. (1998). EMS Agenda for the Future: Where We Are ... Where We Want to Be. *Annals of Emergency Medicine*, 31(2), 251-263. doi:10.1016/s0196-0644(98)70316-6
- Delorme, A., Duhamel, M., Potvin, N., & Fondaire, M. (2011). *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Ebbinghaus, M. (2002). From mental strain to burnout. *European Journal of Work & Organizational Psychology*, 11(4), 423
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Baker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512
- Desharnais, G. (2008). *La professionnalisation: entre la protection du public et l'intérêt des professionnels*. Cowansville: Les Éditions Yvon Blais Une société Thomson.
- Devereux, G. (1994). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement Georges Devereux ; préf. de Weston La Barre ; trad. de l'anglais par H. Sinaceur, revue par l'auteur*. Paris Aubier.
- Devers, K. (1999). How will we know «good» qualitative research when we see it? Begginning the dialogue in health services research. *Health Services Research*, 34(5), 1153-1188
- Division of Medical Sciences, Committee on Trauma and Committee on Shock,,. (1966). *Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society*. Washington, D.C: National Academy of Sciences-National Research Council.

- Dixon, S., Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Wardrope, J., Snooks, H., . . . Nicholl, J. (2009). Is it cost effective to introduce paramedic practitioners for older people to the ambulance service? Results of a cluster randomised controlled trial. *Emergency Medicine Journal*, 26(6), 446-451. doi:10.1136/emj.2008.061424
- Dobbie, A. E., & Cooke, M. W. (2008). A descriptive review and discussion of litigation claims against ambulance services. *Emergency Medicine Journal*, 25(7), 455-458. doi:10.1136/emj.2007.052324
- 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
- Donabedian, A. (2003a). *The components of Quality in health Care*. (The American University of Armenia Corporation^e éd.). New York: Oxford University Press
- Donabedian, A. (2003b). *Introduction to Quality Assurance in Health Care, An*. Oxford University Press USA.
- 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
- Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., Johnston, M., & Pitts, N. (2005). Changing the behavior of healthcare professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(2), 107-112. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.09.002
- Elyas, R. (2007, March). *The birth of a new specialty: the history of emergency medicine in canada*. Communication présentée Proceedings of the 16h Annual History of Medicine Days Melanie Stapleton-. Repéré à http://dspace.ucalgary.ca/bitstream/1880/47538/1/Elyas_2007.pdf
- Emergency Medical Services Chiefs of Canada (2011). *Community Paramedicine Submission to the Standing Committee on Health*. Ottawa.
- Emergency Medical Services Chiefs of Canada (2006). *The Future of EMS in Canada: Defining the New Road Ahead*. Calgary: EMSCC/DSMUC.

- Fairbanks, R. J., Crittenden, C. N., O'Gara, K. G., Wilson, M. A., Pennington, E. C., Chin, N. P., & Shah, M. N. (2008). Emergency Medical Services Provider Perceptions of the Nature of Adverse Events and Near-misses in Out-of-hospital Care: An Ethnographic View. *Academic Emergency Medicine*, 15(7), 633-640. doi: 10.1111 / j.1553-2712.2008.00147.x
- Favret-Saada, J. (1977). *Les Mots, la mort, les sorts. Enquête sur la sorcellerie dans le bocage*. Paris: Gallimard.
- Figgis, K., Slevin, O., & Cunningham, J. B. (2010). Investigation of paramedics' compliance with clinical practice guidelines for the management of chest pain. *Emergency Medicine Journal*, 27(2), 151-155. doi:10.1136/emj.2008.064816
- First Look Studios (Writer). (1989-1996). Rescue 9-1-1.
- Fitch, J., & Griffiths, K. (2005). EMS in Critical Condition: Meeting the Challenge *InFocus*, 37, 16
- Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H., & Bordeleau, L. (2007). *Le système sociosanitaire au Québec Gouvernance, régulation et participation*. Montréal: Gaetan Morin éditeur Chenelière Éducation.
- Freeman. (2009). Recruitment and Retention in Rural and Urban EMS: Results from a National Survey of Local EMS Directors. *Journal of public health management and practice*, 15(3), 246-252
- Gibson, G. (1977). Measure of Emergency Ambulance Effectiveness Unmet Need and Innapropriate Use. *Journal of the Americam College of Emergency Physicians*, 6(9), 4
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3(1), 36
- Godin, G. (1988). Les fondements psychosociaux dans l'étude des comportements reliés à la santé. *Santé et Société*, 2, 5-20.
- Grigsby, D. W., & Mc Knew, M. A. (1988). Work-Stess Burnout among Paramedics. *Psychological Reports*, 63(Août), 55-64
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p.105-117): Thousand Oak:Sage.

- Haller, J. S. J. (1990). The beginnings of urban ambulance service in the United States and England. *The Journal of Emergency Medicine*, 8(6), 743-755. doi:10.1016/0736-4679(90)90289-8
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2011). Identifying risk of emotional sequelae after critical incidents. *Emergency Medicine Journal*, 28(1), 51-56. doi:10.1136/emj.2009.082982
- Halter, M., Vernon, S., Snooks, H., Porter, A., Close, J., Moore, F., & Porsz, S. (2011). Complexity of the decision-making process of ambulance staff for assessment and referral of older people who have fallen: a qualitative study. *Emergency Medicine Journal*, 28(1), 44-50. doi:10.1136/emj.2009.079566
- Hammer, J. S., Mathews, J. J., Lyons, J. S., & Johnson, N. J. (1986). Occupational stress within the paramedic profession: An initial report of stress levels compared to hospital employees. *Annals of Emergency Medicine*, 15(5), 536-539. doi:10.1016/s0196-0644(86)80988-x
- Hennington, A., Janz, B., & Poston, R. (2011). I'm just burned out: Understanding information system compatibility with personal values and role-based stress in a nursing context. *Computers in Human Behavior, In Press, Corrected Proof*. doi:DOI: 10.1016/j.chb.2011.01.004
- Hering, T., & Beerlage, I. (2004). Working conditions, stress and burn-out in emergency medical services «Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst». *Emergency Medical & Rescue «Notfall + Rettungsmedizin»*, 7(6), 415-424. doi:10.1007/s10049-004-0681-7
- Hjälte, L. a. d., Suserud, B.-O. d., Herlitz, J. b. d., & Karlberg, I. a. c. *Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. [Article]*. *European Journal of Emergency Medicine* June 2007;14(3):151-156.
- Ingleton, C., Payne, S., Sargeant, A., & Seymour, J. (2009). Barriers to achieving care at home at the end of life: transferring patients between care settings using patient transport services. *Palliative Medicine*, 23(8), 723-730.
- Institut national de santé publique du Québec (2006). *Soins palliatifs de fin de vie au Québec: définition et mesures d'indicateurs Partie 1: population adulte (20 ans et plus) Direction systèmes de soins et services*
- Institut de la Statistique du Québec (2011a) *Population générale - Toutes les régions*. Québec: Gouvernement du Québec,

http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_poplt/2011_2011.htm consulté le 14 décembre 2011.

- Institut de la statistique du Québec (2011b). *Le Québec chiffres en main*. Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2011/QCM2011_fr.pdf
- Jacob, S. L., Jacoby, J., Heller, M., & Stoltzfus, J. (2008). Patient and physician perspectives on ambulance utilization. *Prehospital Emergency Care, 12*(2), 176-181
- Jensen, J. L., Croskerry, P., & Travers, A. H. (2011). Consensus on paramedic clinical decisions during high-acuity emergency calls: results of a Canadian Delphi study. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 13*(5), 310-318. doi:10.2310/8000.2011.110405
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *J Manage Psych, 20*, 178-187.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. Oxford, England: John Wiley.
- Kennedy, S. M. (2010). *The Future of Emergency Medical Services: Less Emergency, More Medical Services*. (Royal Roads University).
- Keskinoglu, P., Sofuoglu, T., Özmen, O., Gündüz, M., & Ozkan, M. (2009). Older people's use of pre-hospital emergency medical services in Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50*(3), 356-360. doi:DOI: 10.1016/j.archger.2009.05.019
- Kilner, T. (2004). Educating the ambulance technician, paramedic, and clinical supervisor: using factor analysis to inform the curriculum. *Emerg Med J, 21*(3), 379-385
- Krohmer, J. R. (1999). Appropriate Emergency Medical Services Transport. *Academic Emergency Medicine, 6*(1), 5-7. doi:10.1111/j.1553-2712.1999.tb00086.x
- Kue, R., Ramstrom, E., Weisberg, S., & Restuccia, M. (2009). Evaluation of an Emergency Medical Services–Based Social Services Referral Program for Elderly Patients. *Prehospital Emergency Care, 13*(3), 273-279. doi:doi:10.1080/10903120802706179

- Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior*, 9(3), 217-239. doi:10.1002/job.4030090303
- Lang, J., Thomas, J. L., Bliese, P. D., & Adler, A. B. (2007). Job Demands and Job Performance: The mediating effect of psychological and physical strain and the moderating effect of role clarity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(2), 116-124. doi:10.1037/1076-8998.12.2.116
- Larouche, F. (1996-1997). Urgence. Série télévisée.
- Larouche, F. (2009). Trauma. Série télévisée.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. doi:10.1037/0021-9010.81.2.123
- Lefrançois, D. (2007, novembre). *Vision du paramédic québécois de demain*. Communication présentée 24e Congrès scientifique de l'Association des Médecins d'urgence du Québec, Montréal, Québec.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout (*Research companion to organizational health psychology* (p. 544-564). Northampton, MA: Edward Elgar Publishing; US.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331-339
- Livingston, D., Marques-Baptista, A., Brown, R., Liu, J., & Merlin, M. A. (2010). Prehospital intervention probability score: a novel method for determining necessity of emergency medical service units. *The American Journal of Emergency Medicine*, 28(5), 552-560. doi:10.1016/j.ajem.2009.02.002
- Loi médicale, L.R.Q., c. M-9 (1973).
- Loi sur la police, L.R.Q., chapitre P-13.1 (2000).
- Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., chapitre S-2.1 (1979).
- Loi sur la sécurité incendie, L.R.Q., chapitre S-3.4 (2001).
- Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, L.R.Q., chapitre P-31.1 (2001).

- Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2 (1991).
- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, L.R.Q., chapitre S-6.2 (2002).
- Loi sur les transports, L.R.Q., chapitre T-12 (1972).
- Lupien, S. J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A. J., & Schramek, T. E. (2007). The effects of stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 65, 209-237
- Mahony, K. L. (2001). Management and the creation of occupational stressors in an Australian and a UK Ambulance Service. *Australian Health Review*, 24(4), 135-145. doi:doi:10.1071/AH010135a
- Marin, M.-F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R.-P., Sindi, S., Arsenault-Lapierre, G., . . . Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 583-595. doi:10.1016/j.nlm.2011.02.016
- Martinez, R. (1998). New Vision for the Role of Emergency Medical Services. *Annals of Emergency Medicine*, 32(5), 594-599. doi:10.1016/s0196-0644(98)70039-3
- 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, New Jersey: L. Erlbaum Associates.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422
- Mazen J, E. S. (2011). Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. *Emergency Medicine International*, 2012.
- Michau, R., Roberts, S., Williams, B., & Boyle, M. (2009). An investigation of theory-practice gap in undergraduate paramedic education. *BMC Medical Education*, 9, 23.
- Miles, M. B., & Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Sage.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, (2005). *Étude préliminaire: Techniques ambulancières*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, (2006a). *Soins préhospitaliers d'urgence, programme d'études techniques 181.A0*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, (2006b). *Techniques ambulancières : rapport d'analyse de la situation de travail Secteur de la formation santé*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Famille et des Aînées (2010). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015*. Québec.

Ministère de la Famille et des Aînés (2009). *Plan stratégique 2008-2012*. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Le système de la santé et des services sociaux Une image chiffrée*. Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Politiques de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux*

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînées vivant à domicile Cadre de référence*. Québec: .

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Un défi de solidarité Les services aux aînées en perte d'autonomie Plan d'action 2005-2010*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006a). *Plan d'action interministériel en toxicomanie*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006b). *Plan d'organisation administrative du ministère de la santé et des services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Plan qualité clinique Indicateurs cliniques Énoncés d'assurance de la qualité Programme d'amélioration continue de la qualité (pacq)*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref*. Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009). *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics Troisième édition 2007 (sans modification majeure)*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010a). *États de santé de la population québécoise Quelques repères (2010)*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010b, Novembre). Services ambulanciers. Repéré le 15 Avril 2011 à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/services_ambulanciers.php
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011a). *Comptes de la santé 2009-2010 à 2011-2012*, . Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011b). Info-Santé 8-1-1. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/info-sante-811.php>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011c). *Protocole d'intervention médicosociale : organisation des services et grandes lignes de l'intervention - Pour répondre aux besoins des victimes d'agression sexuelle*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, & Société de l'assurance automobile du Québec:,,Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie,,. (2011d). Bienvenu sur le site du continuum de services en traumatologie (CST). Repéré le 20 février 2011 à <http://www.fecst.gouv.qc.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux & Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (2010). *Prévention du suicide Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Formation PIC-TAP 2007 Module 2 : Appréciation de la condition clinique préhospitalière v. 1.0*.
- Mulholland, P., O'Meara, P., Walker, J., Stirling, C., & Tourle, V. (2009). Multidisciplinary Practice in Action: The Rural Paramedic –It's Not Only Lights and Sirens. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 7(2). doi:990312

- Munger, R. (1999). Emergency Medical Technician Run Reports: A Study of Genre, Practice, and Reflection. *Business Communication Quarterly*, 62(2), 116-120.
- National Highway Traffic Safety Administration (2010). *National EMS Scope of Practice Model*.
- Neveu, J.-P. (2008). Burnout and Consequences: A Review of Health Professional Maltreatment to the Patient. Dans J. R. B. Halbesleben (dir.), *Handbook of stress and burnout in health care* (p. 157-172). New York: Nova Science Publishers.
- 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.
- O'Meara, P. (2009). Paramedics marching toward professionalism. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 7(1), 5p
- O'Meara, P. (2011). Community paramedicine. Repéré à <http://www.paramedics.org.au/ruralremote/?p=136>
- O'Meara, P. (2005). A generic performance framework for ambulance services: an Australian health services perspective. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 3(3)
- O'Meara, P. (2003). Would a prehospital practitioner model improve patient care in rural Australia? *Emergency Medicine Journal*, 20(2), 199-203. doi:10.1136/emj.20.2.199
- Organisation Canadienne des Régulateurs Paramédicaux. (2012). L'Organisation Canadienne des Régulateurs Paramédicaux Repéré 2012 à <http://www.ocrp.ca/>
- Palmer, C. E. (1983a). A note about paramedics' strategies for dealing with death and dying. *Journal of Occupational Psychology*, 56(1), 83-86.
- Palmer, C. E. (1983b). "Trauma Junkies" and Street Work. *Journal of Contemporary Ethnography*, 12(2), 162-183. doi:10.1177/0098303983012002003
- Paramedic Association of Canada. (2011). Paramedic Association of Canada. Repéré à <http://paramedic.ca/>
- Patterson, P. D., Jones, C. B., Hubble, M. W., Carr, M., Weaver, M. D., Engberg, J., & Castle, N. (2010). The Longitudinal Study of Turnover and the Cost of Turnover in Emergency Medical Services. *Prehospital*

Emergency Care, 14(2), 209-221.
doi:doi:10.3109/10903120903564514

Patterson, P. D., Probst, J. C., Leith, K. H., Corwin, S. J., & Powell, M. P. (2005). Recruitment and Retention of Emergency Medical Technicians: A Qualitative Study. *Journal of Allied Health*, 34(3), 153-162

Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2^e éd.). Sage Publications Inc.

Patton, M. (2002). *Strategic Themes in Qualitative Inquiry dans Qualitatives Research and Evaluation Methods, Chapitre 2, 3ième édition*. Sage Publications: 37-73.

Pearlin, L. I. (1989). The Sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 241-256

Peterson, L. K. N., Fairbanks, R. J., Hettinger, A. Z., & Shah, M. N. (2009). Emergency Medical Service Attitudes Toward Geriatric Prehospital Care and Continuing Medical Education in Geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 530-535. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02108.x

Platts-Mills, T. F., Leacock, B., Cabanas, J. G., Shofer, F. S., & McLean, S. A. (2010). Emergency medical services use by the elderly: analysis of a statewide database. *Prehospital Emergency Care*, 14(3), 329-333. doi:10.3109/10903127.2010.481759

Loi sur la Société de l'assurance automobile du Québec et d'autres dispositions législatives (2004).

Regehr, C., & Millar, D. (2007). Situation Critical: High Demand, Low Control, and Low Support in Paramedic Organizations. *Traumatology*, 13(1), 49-58. doi:10.1177/1534765607299912

Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus et la disposition des cadavres, c. L-0.2, r. 1 (1981).

Règlement sur la sécurité dans les bains publics, c. S-3, r. 3 (1981).

Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence, c. M-9, r. 2 (2006).

Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (2011). 3234 Ambulanciers/ambulancières et autre personnel paramédical.

Repéré le 21 mai 2011 à

<http://www5.hrsdc.gc.ca/NOC/Francais/CNP/2006/RechercheRapide.a.spx?val65=3234>

- Revicki, D. A., & Gershon, R. R. M. (1996). Work-related stress and psychological distress in emergency medical technicians. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(4), 391-396. doi:10.1037/1076-8998.1.4.391
- Revicki, D. A., Whitley, T. W., Landis, S. S., & Allison, E. J. (1988). Organizational Characteristics, Occupational Stress, and Depression in Rural Emergency Medical Technicians. *The Journal of Rural Health, 4*(2), 73-83. doi:10.1111/j.1748-0361.1988.tb00314.x
- Rey, A. (Ed.) (2012) le Grand Robert de la langue française version électronique. Paris.
- Reynolds, L. (2004). Is Prehospital Care Really a Profession? *Journal of Emergency Primary Health Care, 2*(1-2), 1-4
- Richards, H., & Emslie, C. (2000). The 'doctor' or the 'girl from the University'? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Family Practice, 17*(1), 71-75. doi:10.1093/fampra/17.1.71
- Richards, J. R., & Ferrall, S. J. (1999). Inappropriate Use of Emergency Medical Services Transport: Comparison of Provider and Patient Perspectives. *Academic Emergency Medicine, 6*(1), 14-20. doi:10.1111/j.1553-2712.1999.tb00088.x
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly, 15*(2), 150-163
- Robinson, V., Goel, V., Macdonald, R. D., & Manuel, D. (2009). Inter-Facility Patient Transfers in Ontario: Do You Know What Your Local Ambulance Is Being Used For? *Healthcare Policy, 4*(3), 53-66
- Safar, P. (2000). On the Future of Reanimatology. *Academic Emergency Medicine 7*(1), 75-89
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job Demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: A Multi-Sample Study. *Journal of Organizational Behavior, 25*(3), 293-315

- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *The Career Development International, 14*(3), 204-220
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies, 3*(1), 71-92. doi:10.1023/a:1015630930326
- Schwab, R. L., & Iwanicki, E. F. (1982). Perceived Role Conflict, Role Ambiguity, and Teacher Burnout. *Educational Administration Quarterly, 18*(1), 60-74. doi:10.1177/0013161x82018001005
- Shah, M. N. (2006). The Formation of the Emergency Medical Services System. *American Journal of Public Health, 96*(3), 414-423
- Shah, M. N., Glushak, C., Karrison, T. G., Mulliken, R., Walter, J., Friedmann, P. D., . . . Chin, M. H. (2003). Predictors of Emergency Medical Services Utilization by Elders. *Academic Emergency Medicine, 10*(1), 52-58. doi:10.1197/aemj.10.1.52
- Shah, M. N., Rajasekaran, K., Sheahan, W. D., Wimbush, T., & Karuza, J. (2008). The Effect of the Geriatrics Education for Emergency Medical Services Training Program in a Rural Community. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(6), 1134-1139. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01738.x
- Sieggall, M. (2000). Putting the stress back into role stress: improving the measurement of role conflict and role ambiguity. *Journal of Managerial Psychology, 15*(5), 427-435. doi:10.1108/02683940010337176
- Silvestri, S., Rothrock, S. G., Kennedy, D., Ladde, J., Bryant, M., & Pagane, J. Can paramedics accurately identify patients who do not require emergency department care? *Prehospital Emergency Care, 6*(4), 387-390
- Siriwardena, A. N., Shaw, D., Donohoe, R., Black, S., & Stephenson, J. (2010). Development and pilot of clinical performance indicators for English ambulance services. *Emergency Medicine Journal, 27*(4), 327.
- Smith-Cumberland, T. L., & Feldman, R. H. (2005). Survey of EMTs' Attitudes towards Death. *Prehospital and Disaster Medicine, 20*(3), 184-188.
- Smith, M. (2010). *Utilizing Control in Emergency Medical Services: Expertise in Paramedics. Ph.D. dissertation.* (Dissertation, The Ohio State University, Ohio).

- Snooks, H., Kearsley, N., Dale, J., Halter, M., Redhead, J., & Cheung, W. Y. (2004). Towards primary care for non-serious 999 callers: results of a controlled study of "Treat and Refer" protocols for ambulance crews. *Quality and Safety in Health Care*, 13(6), 435-443. doi:10.1136/qshc.2003.007658
- Snooks, H., Wrigley, H., George, S., Thomas, E., Smith, H., & Glasper, A. (1998). Appropriateness of use of emergency ambulances. *Journal of Accident and Emergency Medicine*, 15(4), 212-215
- Snooks, H. A., Kearsley, N., Dale, J., Halter, M., Redhead, J., & Foster, J. (2005). Gaps between policy, protocols and practice: a qualitative study of the views and practice of emergency ambulance staff concerning the care of patients with non-urgent needs. *Quality & safety in health care*, 14(4), 251-257. doi:14/4/251 [pii] 10.1136/qshc.2004.012195
- 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
- Sterud, T., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, Ø. (2011). A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 6(10). doi:10.1186/1745-6673-6-10
- Stone, S. C., Abbott, J., McClung, C. D., Colwell, C. B., Eckstein, M., & Lowenstein, S. R. (2009). Paramedic knowledge, Attitudes, and Training in End-of-Life Care. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(6), 529-534.
- Swick, H. M. (2000). Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Academic Medicine*, 75(6), 612-616
- Taggart, G. (2011). Don't we care?: the ethics and emotional labour of early years professionalism. *Early Years*, 31(1), 85-95. doi:10.1080/09575146.2010.536948
- Tangherlini, T. R. Stories of Emergency Medical Responders. Dans Fitzroy Dearborn Publishers (dir.), *Traditional Storytelling Today An International Sourcebook*. Chicago London.

- Tangherlini, T. R. (1998). *Talking Trauma*. University Press of Mississippi.
- Tangherlini, T. R. (2000). Heroes and Lies: Storytelling Tactics among Paramedics. *Folklore*, 111(1), 43-66. doi:10.1080/001558700360889
- The Quality Assurance Agency for Higher Education (2004). *Paramedic science*. Gloucester.
- Turpin, C. (1994). *Dela mort à la vie: L'économie du service ambulancier au Québec de 1970 à 1990*. (Université d'Ottawa).
- U.S Department of Transportation (1995). *"Star of Life" Emergency Medical Care Symbol Background, Specifications, Criteria*. Washington, D.C. 20590: National Highway Traffic Safety Administration Office of Traffic Injury Control.
- Universal, N. (Writer). (1972). Emergency! Série télévisée.
- Van Der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(suppl 1), i40-i46. doi:10.1136/oem.60.suppl_1.i40
- van Eijk, J. T. M., & de Haan, M. (1998). Care for the chronically ill: the future role of health care professionals and their patients. *Patient Education and Counseling*, 35(3), 233-240. doi:Doi: 10.1016/s0738-3991(98)00066-4
- van Tiggelen, R., & Derleyn, P. (1996). "La Guerre des Serpents n'aura pas lieu..." ou le Caducée est-il caduque. *Annales médicales militaires belges*, 10(3), 124-126
- Vérificateur général du Québec (1998). *Rapport à l'assemblée nationale pour l'année 1997-1998 Tome II Faits saillants*. Québec.
- Vilke, G. M., Tornabene, S. V., Stepanski, B., Shipp, H. E., Ray, L. U., Metz, M. A., . . . Harley, J. (2007). Paramedic self-reported medication errors. *Prehospital Emergency Care*, 11(1), 80-84
- Vrotsos, K. M., Pirrallo, R. G., Guse, C. E., & Aufderheide, T. P. (2008). Does the number of system paramedics affect clinical benchmark thresholds? *Prehospital Emergency Care*, 12(3), 302-306.
- Wang, H. (2011). *Community paramedicine*. Repéré à <http://ircp.info/Portals/22/Downloads/Research/Community%20Paramedicine%20Summary%20of%20Evidence%20-%20Hui%20Wang%20%202011%20January%2028.pdf>

- West, C. P. (2012). Empathy, distress and a new understanding of doctor professionalism. *Medical Education*, 46(3), 243-244. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04192.x
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Tans, T. W., & Schreurs, P. J. G. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786. doi:10.1108/02683940710837714
- Yin, R. (2009). *Case study research : design and methods*. Calif. : Sage Publications.
- Young, K. M., & Cooper, C. L. (1997). Occupational stress in the ambulance service: a diagnostic study. *Health Manpower Management*, 23(4), 140-147. doi:10.1108/09552069710184418
- Zachariah, B. S. (1999). The problem of ambulance misuse: Whose problem is it, anyway? *Academic Emergency Medicine*, 6(1), 2-5. doi:10.1111/j.1553-2712.1999.tb00085.

Annexe 1 Plan d'entrevue

Accueil du participant :

Salutations d'usage et remerciements pour participation. .

Et

Explication des buts de l'étude, description de l'identité du chercheur, du déroulement de l'entrevue, rappel des modalités prévues pour assurer la confidentialité, rappel du désistement possible en tout temps, du consentement libre et éclairé et signature du formulaire de consentement et réponse aux questions du participant s'il y a lieu concernant sa participation.

Caractéristiques personnelles :

- > Nom, prénom
- > Âge
- > Nombre d'années d'expérience
- > Fonction
- > Type de milieu (rural, semi-urbain, urbain).
- > Type de formation initiale reçue et autres formations
- > Type de poste occupé et d'horaire de travail
- > Charge de travail sur un quart (nombre d'affectations : minimum, maximum, moyenne)

Question d'ouverture générale

- > Pour débiter, pourriez-vous me décrire votre dernière journée de travail ou une journée type de travail?

Questions clés

Attitude et constat face à la réalité du travail

- > Selon vous, est-ce que votre expérience actuelle du travail correspond à la description de l'emploi que vous désiriez effectuer quand vous avez choisi de devenir technicien ambulancier paramédic? En quoi est-elle la même ou est-elle différente?

La définition du rôle

- Pourriez-vous me définir dans vos mots quel est le rôle du technicien ambulancier paramédic?

Caractéristiques et stress liés à l'activité professionnelle

- Quelles sont les caractéristiques qui définissent votre emploi?
- Quels sont les stress associés à votre emploi?

Type d'interventions

- Selon votre perception, dans quelle proportion du temps effectuez-vous :
 - Des interventions urgentes
 - Des interventions non urgentes
 - Auprès d'usagers de plus de 65 ans
- Quels sont les différences entre les gestes pratiqués sur une intervention urgente et une intervention non urgente?
- Dans le cadre de votre pratique, quelles sont les besoins des patients de plus de 65 ans, ou malade chronique identifiés lors de vos interventions non urgentes auprès d'eux?
- Pour les patients présentant des conditions stables, non urgentes, les personnes de plus de 65 ans et malades chroniques, quels sont les protocoles ou directives spécifiques à suivre?
- Quelle (s) types d'intervention vous intéressent le plus?
- Quelle est votre opinion à lecture de la citation suivante?

«If 9-1-1 is the only number that citizens can call for assistance and an ambulance the only thing that EMS can send, is the patient to blame when an ambulance shows up for a minor problem?» (Zacharia, 1999).

Traduction :

«Si le 9-1-1 est le seul numéro d'urgence que peut composer un citoyen pour demande assistance et qu'une ambulance est le seul service qu'offre les services préhospitaliers d'urgence, est-ce qu'il faut blâmer le patient lorsqu'une équipe de techniciens ambulanciers paramédics se présente pour un problème mineur?»

La formation

- > En quoi la formation (initiale ou continue) reçue vous a-t-elle préparé à la réalité des interventions non urgentes et aux interventions auprès des personnes de plus de 65 ans, malades chroniques.

Performance, attitudes et comportements attendus

- > Quels sont les critères de performance à atteindre lors d'interventions auprès d'usagers de plus de 65 ans, malades chroniques? D'interventions non urgentes? (face aux pratiques cliniques et des attitudes et comportements)

Les attitudes et les comportements à l'égard des usagers et du travail

- > Qu'est-ce qu'une attitude ou un comportement approprié/inapproprié dans le cadre de votre travail?
- > Avez-vous déjà pensé quitter votre emploi? Pour quelles raisons?
- > Avez-vous déjà témoigné de ce type d'intention de la part d'autres intervenants? Selon votre perception quelles étaient leurs raisons?

L'épuisement professionnel

- > Pourriez-vous me définir dans vos mots, ce qu'est l'épuisement professionnel, ses causes et comment il se manifeste (signes et symptômes) chez le technicien ambulancier paramédic ?
- > Croyez-vous avoir vécu cette problématique? Ou avez-vous été témoin de cette problématique chez un collègue? Si oui, comment la situation a-t-elle évolué?

Conflit de rôle

- > Selon votre perception, existe un écart entre l'idée que vous vous faites de votre rôle et le rôle que vous joué au quotidien comme technicien ambulancier paramédic

Voici différentes illustrations d'attitudes (comportements) rapportées par les Commissaires aux plaintes et la littérature comme étant inappropriées ou liées au stress vécu en lien avec le travail ou à l'épuisement professionnel:

Plaintes les plus fréquentes des usagers
Niveau verbal inadéquat : ton inutilement directif
Manque d'écoute au niveau des signes et symptômes exprimés par le patient ou la famille
Manque d'empathie : faire marcher un patient jusqu'à l'ambulance malgré un état de grande faiblesse.
Plaintes les plus problématiques
Imposer un choix de centre hospitalier
Manque d'écoute lorsque cela amène une prise en charge inadéquate à partir d'une impression diagnostique
Manque de rigueur (évaluation, utilisation des équipements, suivi, etc.)
Liées au cynisme et à la dépersonnalisation
Je suis frustré, car les patients abusent de moi.
Je n'aime pas ce type «x» de patient.
Nonchalance dans la relation avec le patient
«Pourquoi me donner du trouble, ils ne le méritent pas»
Liées au désengagement
Faire marcher le patient
Ne pas compléter l'intervention
Comportements de maltraitance :
Psychologique : Menace à l'attention du patient
Physique : Utilisation abusive de contentions

- > Quelles sont vos impressions sur ces attitudes et comportements?
- > Selon votre perception, quelles pourraient en être la cause?
- > Avez-vous déjà manifesté ce type d'attitude?
 - Ou été témoin de ce type d'attitude?
 - Dans quelles circonstances?
- > Selon vous, comment pourrait-on prévenir ces attitudes?

Questions de conclusion

Rôle futur

- > Auriez-vous un commentaire à apporter sur les changements possibles au rôle du technicien ambulancier paramédic alors que la population vieillit et que plus de personnes sont chroniquement malades?

Formalités

- > Reformulation des propos généraux du participant afin d'assurer un respect de sa pensée.
- > Auriez-vous d'autres ajouts ou commentaires dont vous voudriez nous faire part sur le sujet de l'entrevue?
- > Est-il possible de vous contacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données qui sera faite?

Remerciements

Annexe 2 Feuille support du participant

Cet outil comporte des extraits du contenu du plan d'entrevue. Il permet un support visuel au participant lors de l'entrevue. Il offre aussi un lexique définissant certains concepts explorés dans la recherche.

Section A Citation sur les usagers des SPU

«If 9-1-1 is the only number that citizens can call for assistance and an ambulance the only thing that EMS can send, is the patient to blame when an ambulance shows up for a minor problem?» (Zacharia, 1999).

Traduction :

«Si le 9-1-1 est le seul numéro d'urgence que peut composer un citoyen pour demande assistance et qu'une ambulance est le seul service qu'offre les services préhospitaliers d'urgence, est-ce qu'il faut blâmer le patient lorsqu'une équipe de techniciens ambulanciers paramédics se présente pour un problème mineur?»

Section B Attitudes et comportements chez le technicien ambulancier paramédic

Plaintes les plus fréquentes des usagers
Niveau verbal inadéquat : ton inutilement directif
Manque d'écoute au niveau des signes et symptômes exprimés par le patient ou la famille
Manque d'empathie : faire marcher un patient jusqu'à l'ambulance malgré un état de grande faiblesse.
Plaintes les plus problématiques
Imposer un choix de centre hospitalier
Manque d'écoute lorsque cela amène une prise en charge inadéquate à partir d'une impression diagnostique erronée
Manque de rigueur (évaluation, utilisation des équipements, suivi, etc.)
Liées au cynisme et à la dépersonnalisation
Je suis frustré, car les patients abusent de moi.
Je n'aime pas ce type «x» de patient.
Nonchalance dans la relation avec le patient
«Pourquoi me donner du trouble, ils ne le méritent pas»
Liées au désengagement

Faire marcher le patient
Ne pas compléter l'intervention
Comportements de maltraitance :
Psychologique : Menace à l'attention du patient
Physique : Utilisation abusive de contentions

Section D

Ball (2005) souligne qu'il existe un besoin criant de documenter et apprécier l'élargissement ou les modifications des pratiques, que de nouvelles dimensions de la pratique doivent être explorées pour une meilleure prise en charge des besoins de l'utilisateur.

Section E

Terminologie

Cynisme :

Attitude cynique

Cynique :

Qui ignore effrontément les conventions, les principes moraux établis.

Synonymes :

Immoral

Effronté : cavalier, effronté, familier, impertinent, impoli, irrespectueux, provocant, sans gêne.

Sarcastique : frondeur, ironique, moqueur.

Québec, familier : baveux

Dépersonnalisation

Action d'ôter les éléments caractérisant la personnalité d'une personne ou d'un objet. Action d'enlever la personnalité, ne plus reconnaître en l'autre, ne plus percevoir son humanité.

«C'est Monsieur «123 rue Principale»; «C'est un cas de psy», «Transporter de la viande»

Désengagement

Attitude désengagée

Désengagé :

Se retirer d'un engagement


Annexe 3 Approbation du Comité du programme de maîtrise en administration de la santé

Université 
de Montréal

Faculté de médecine
Département d'administration de la santé

Le 6 octobre 2011

Madame Diane Audet
Vice-décanat à la recherche et aux études supérieures
Faculté de médecine
Pavillon Roger-Gaudry
Bureau P711


Objet : Mémoire. « La conception du rôle et les attitudes de cynisme, de dépersonnalisation et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédic québécois »
Étudiant : **Emmanuelle Bourdon**
Code permanent : 

Madame Audet,

Par la présente, je désire vous informer qu'un sous-comité du programme de maîtrise a examiné le protocole de recherche présenté par Mme Emmanuelle Bourdon pour son mémoire de maîtrise.

Les membres du comité ont accepté le protocole ont estimé qu'il est conforme aux exigences scientifiques et qu'il rencontre les exigences au plan de l'éthique.

Restant à votre disposition pour toute information supplémentaire, je vous prie d'agréer Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


Lise Lamothe, Ph.D.
Responsable des programmes de 2^e cycle

LL/nr

ensemble
pour la santé

C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Téléphone 
Télécopieur 

Annexe 4 Certificat d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'université de Montréal



Comité d'éthique de la recherche en santé

11 novembre 2011

Objet: Approbation éthique - « La conception du rôle et les attitudes de cynisme, de dépersonnalisation et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédic québécois »

Mme Emmanuelle Bourdon,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Isabelle Ganache, présidente intérimaire
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

/gp

c.c. Gestion des certificats, BRDV

Nicole Leduc, professeure titulaire, Faculté de médecine - Département d'administration de la santé

Nicole Roberge (Adm. de la santé, 2e cycle)
p.j. Certificat #111T-004-CERES-D

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone
Télécopie
ceres@u

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	La conception du rôle et les attitudes de cynisme, de dépersonnalisation et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédic québécois
Étudiante requérant	Emmanuelle Bourdeau [redacted] titulaire de la M.Sc. Administration de la santé, Faculté de [redacted] Administration de la santé.
Sous la direction de	Nicole Leduc, professeure titulaire, Faculté de médecine - Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

[redacted]
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

11 novembre 2011
Date de délivrance

1er décembre 2012
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

Cepsum
2100 Boul. Édouard-Montpetit
7^e étage, bur. 7213
Montréal QC H3T 1J4

Téléphone : [redacted]
Télécopieur : [redacted]
ceres@umc [redacted]

Annexe 5 Formulaire d'information et de consentement



Faculté de médecine
Département d'administration de la santé

Formulaire d'information et de consentement

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet : La conception du rôle et les manifestations de cynisme et de désengagement chez les techniciens ambulanciers paramédics québécois dans le contexte des interventions non urgentes.

Cette recherche est réalisée par :

Emmanuelle Bourdon
Étudiante à la maîtrise en administration de la santé (option recherche)
Université de Montréal
Courriel :
Téléphone : [REDACTED]

Sous la direction de :

Nicole Leduc, Ph. D., professeure à la faculté de médecine, département d'administration de la santé, Université de Montréal.

Ce projet ne bénéficie pas de financement.

Description du projet de recherche

Dans le cadre du programme de maîtrise en administration des services de santé, option mémoire de recherche en analyse et évaluation des systèmes de santé, vous êtes invités à participer à notre projet de recherche dont les objectifs sont :

- 1) dépeindre la réalité des interventions préhospitalières non urgentes telle que perçue par les techniciens ambulanciers paramédics;
- 2) explorer son influence sur la conception du rôle et les manifestations de cynisme et de dépersonnalisation, de désengagement et d'inefficacité chez les techniciens ambulanciers paramédics.

Cette recherche qualitative exploratoire constitue un premier effort de documentation de la réalité des interventions non urgentes, dans le cadre des services préhospitaliers d'urgence québécois, en s'intéressant aux expériences des techniciens ambulanciers paramédics. Nous nous intéressons

particulièrement à la conception de leur rôle et aux impacts possibles sur leurs attitudes et comportements à l'égard des usagers et du travail.

Le contexte des interventions non urgentes est une réalité influencée par l'accroissement de la population vieillissante et de la population vivant avec une maladie chronique. De plus, le phénomène du cynisme et du désengagement des intervenants préoccupe de plus en plus alors que l'on constate qu'il a un impact sur la qualité des services et la performance au travail.

Vous êtes invités à poser toute question supplémentaire que vous auriez sur ce projet.

Nature, durée et conditions de la participation

Nous recherchons des techniciens ambulanciers paramédics qui oeuvrent actuellement auprès des usagers dans le cadre des activités régulières d'un service ambulancier québécois. Vous pouvez aussi occuper une position autre telle qu'administrateur, instructeur, enseignant ou réviseur, en autant qu'une part de votre exercice s'effectue auprès des usagers.

Votre participation consistera à nous accorder une entrevue d'une heure à une heure et demie.

Durant l'entrevue, nous discuterons de vos fonctions, de l'expérience des techniciens ambulanciers paramédics dans le contexte des interventions non urgentes et du vieillissement de la population.

Vous serez invités à vous exprimer sur les sujets suivants : la formation reçue, la définition de votre rôle, les attitudes et comportements reliés à ce contexte de pratique tels que les manifestations de cynisme et de désengagement au travail possiblement reliés à l'épuisement professionnel chez le technicien ambulancier. Vous vous exprimerez aussi sur votre perception des usagers et de leurs besoins, des interventions cliniques qui sont effectuées, ainsi que sur les attitudes et les comportements des techniciens ambulanciers paramédics à leur égard et recensés dans la littérature et par les commissaires aux plaintes québécois.

L'entrevue réalisée sera enregistrée avec votre consentement et retranscrite par l'étudiant chercheur aux fins d'analyse. Si vous ne souhaitez pas que l'entrevue soit enregistrée, nous prendrons des notes durant l'entrevue afin d'en retenir les éléments essentiels.

La participation à cette recherche est volontaire. À tout moment, vous êtes libres de mettre fin à l'entrevue ainsi que de vous retirer de l'étude sans que cela vous porte préjudice.

Risques et inconvénients

Votre participation à cette étude ne vous occasionnera aucun inconvénient si ce n'est du temps passé en entrevue.

Avantages et bénéfices

Votre participation à cette étude n'entraînera aucun avantage personnel direct.

Ce projet a été évalué par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal

Votre participation à cette étude nous est précieuse, c'est une occasion de faire connaître les différentes dimensions de votre travail à tout futur lecteur de ce projet de recherche. Très peu de données qualitatives existent en recherche sur le vécu des acteurs préhospitaliers à l'égard des interventions non urgentes en contexte de vieillissement de la population et de leurs relations avec les manifestations d'épuisement professionnel telles que le cynisme et le désengagement. Votre contribution sera originale.

Sur simple demande de votre part, nous vous transmettrons les résultats de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Compensation

Aucune compensation n'est rattachée à votre participation.

Diffusion des résultats

Suite au dépôt et à l'acceptation de ces travaux, les résultats de cette recherche seront diffusés dans le répertoire électronique des thèses de l'Université de Montréal. De plus, la diffusion scientifique des résultats pourra se faire par des colloques, des publications savantes ou dans le cadre d'activités d'enseignement.

Protection de la confidentialité

Afin d'assurer la confidentialité, les informations permettant d'identifier une personne seront retranchées. De plus, les renseignements personnels recueillis lors de l'entrevue individuelle demeureront anonymes à l'aide d'un système de codification où votre nom sera associé à une lettre au hasard. Seules l'étudiante chercheuse et la directrice auront accès à cette information. Les fichiers sonores d'entrevue, les transcriptions électroniques, et les données d'études obtenues resteront confidentielles et ne seront utilisées par aucune autre personne que l'étudiant chercheur sous la supervision de la directrice de mémoire. Votre nom n'apparaîtra dans aucune publication et ne sera mentionné dans aucune discussion. Les données publiées ne seront pas croisées avec une information personnelle permettant de l'associer à un participant particulier. Les originaux des formulaires de consentement, les fichiers sonores, les transcriptions électroniques ainsi que les données de l'étude seront conservés par la directrice de maîtrise dans un classeur sous clé durant sept années, après quoi ces documents seront détruits. Les notes écrites seront détruites. Aux fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Droit de retrait

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche, et ce, par simple avis verbal. Advenant votre désistement suite à l'entrevue, toutes les données seront détruites.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter :

Emmanuelle Bourdon
Étudiante à la maîtrise en d'administration des services de santé (option recherche)
Tél. : [REDACTED]
Courriel :

M^{me} Nicole Leduc, Ph. D.
Professeure titulaire, Département de la santé
Faculté de médecine, Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7
Tél. : [REDACTED]
Courriel :

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) par courriel cerfm@umontreal.ca ou par téléphone au 514 343-6111, poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9 h et 17 h.

Consentement

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela affecte votre réputation en tant que travailleur de la santé.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Prénom et nom du participant
(caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Annexe 6 Modèle de lettre de sollicitation



Faculté de médecine
Département d'administration de la santé

Le 15 novembre 2011

Aux techniciens ambulanciers paramédics oeuvrant au sein des services préhospitaliers d'urgence québécois

Objet : Projet de recherche sur la conception du rôle et les manifestations de cynisme et de dépersonnalisation, de désengagement et d'inefficacité chez les techniciens ambulanciers paramédics québécois dans le contexte des interventions non urgentes.

Madame, Monsieur,

Nous effectuons un projet de recherche dont les objectifs sont de dépeindre la réalité des interventions préhospitalières non urgentes telles que perçues par les techniciens ambulanciers paramédics et d'explorer son influence sur la conception du rôle et les manifestations de cynisme et de désengagement chez les techniciens ambulanciers paramédics. Ce projet fait partie de la démarche nécessaire pour l'obtention du diplôme de maîtrise en administration des services de santé, option analyse et évaluation du système de santé de M^{me} Emmanuelle Bourdon, étudiante.

En tant qu'acteurs du domaine préhospitalier d'urgence québécois, nous aimerions solliciter votre participation à notre étude. Elle consistera à nous accorder une entrevue d'environ une heure, une heure et demi, durant laquelle nous discuterons la formation reçue, la définition de votre rôle, les attitudes et comportements reliés à ce contexte de pratique tels que les manifestations de cynisme et de désengagement au travail possiblement reliées à des manifestations de l'épuisement professionnel chez le technicien ambulancier. Vous vous exprimerez aussi sur votre perception des usagers et de leurs besoins et sur des interventions cliniques que vous effectuez.

M^{me} Emmanuelle Bourdon, candidate à la maîtrise, communiquera avec vous prochainement pour vérifier votre intérêt à participer à l'étude et, le cas échéant, prendre rendez-vous pour une entrevue au moment et à un endroit permettant un enregistrement de qualité qui vous conviendra le mieux.

Vous êtes les acteurs de ce milieu et le récit de votre expérience nous est important. Votre participation à cette étude nous est donc précieuse. De plus, très peu de données qualitatives existent en recherche sur le vécu des acteurs préhospitaliers à l'égard des interventions non urgentes. Votre contribution sera originale.

Vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos plus sincères salutations.

Nicole Leduc, Ph.D.
Professeure titulaire
Département d'administration de la santé

Emmanuelle Bourdon
Candidate à la maîtrise
Département d'administration de la santé