

# PARAMÉDICAUX

Emily Rowland et Madison Brydges

# Paramédicaux

## INTRODUCTION

Le rôle principal des paramédicaux est de fournir des soins d'urgence et de relier les individus à des soins plus spécialisés. Les paramédicaux sont chargés d'une responsabilité importante et d'un vaste champ d'exercice qui n'a cessé de croître au cours des dernières années : aujourd'hui, le rôle des paramédicaux dans l'ensemble du Canada comprend souvent de nombreuses autres formes de soins communautaires. On compte plus de 30 000 paramédicaux autorisés au Canada; cependant, la demande pour leurs services a augmenté, entraînant des pénuries dans de nombreuses régions (Brown, 2018; National Occupational Competency Profile for Paramedics, 2011; Association des paramédics du Canada [APC], 2015).

Étant donné que la profession paramédicale évolue et que son progrès a eu lieu à un rythme variable au Canada, il existe plusieurs classifications de paramédicaux et de termes employés pour y référer. Le titre de « paramédical » est le titre professionnel le plus courant; cependant, certaines provinces ont d'autres niveaux de paramédicaux aux champs d'exercice distincts et aux exigences en matière de formation différentes. On les appelle « assistants en soins médicaux d'urgence » (EMA) ou « techniciens en soins médicaux d'urgence » (EMT). En général, le terme « paramédical » englobe trois niveaux d'exercice (soins primaires, soins avancés et soins intensifs) qui sont distincts des EMA, des EMT et des « répondants médicaux d'urgence » (EMR). La Classification nationale des professions (CNP) inclut les EMR sous le terme générique d'« aides-infirmiers/aides-infirmières, aides-soignants/aides-soignantes et préposés/préposées aux bénéficiaires » et leurs responsabilités sont distinctes de celles des paramédicaux. Aux fins du présent chapitre, le terme « paramédicaux » sera employé pour désigner les prestataires de tous les services d'urgence décrits dans les compétences nationales de l'APC (Profil national de compétence professionnelle des paramédicaux, 2011).

## APERÇU DE LA PROFESSION PARAMÉDICALE AU CANADA

Les services paramédicaux font partie des services médicaux d'urgence (SMU), un système interrelié de services qui comprend également la police et les services d'incendie, la répartition des urgences médicales et les communications avec les ambulances. Dans ce rôle, les paramédicaux fournissent des soins aux patients avant



et pendant les transferts vers des établissements médicaux, tels que les hôpitaux (APC, 2015). Les paramédicaux sont des cliniciens formés qui fournissent une gamme de soins préhospitaliers avancés, y compris des soins de traumatologie avancés, des tests pré-hospitaliers aux points d'intervention, l'administration de médicaments, et des soins cardiaques et en lien avec les accidents cérébrovasculaires. Au cours des dernières années, les paramédicaux ont également commencé à fournir des soins communautaires dans le cadre d'un modèle de soins distinct communément appelé paramédecine communautaire (Choi, Blumberg et Williams, 2016).

Les paramédicaux sont également des agents de sécurité publique qui communiquent avec les agents de répartition, les policiers, le personnel de sécurité publique (p. ex., agents des services frontaliers du Canada, agents de la GRC), les prestataires de services médicaux, les patients et leur famille (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2017a; Choi, Blumberg et Williams, 2016; Coffey, MacPhee, Socha et Fischer, 2016; gouvernement du Canada, 2005). Selon le CNP 2011, les paramédicaux sont employés par

des organisations variées dans plusieurs secteurs, y compris les services paramédicaux publics ou les SMU, les services ambulanciers privés, les hôpitaux, les services d'incendie, les ministères, les usines, les compagnies minières et d'autres organisations du secteur privé telles que les maisons de retraite.

Il existe trois niveaux de paramédicaux au Canada : les paramédicaux en soins primaires (PSP), les paramédicaux en soins avancés (PSA) et les paramédicaux en soins critiques (PSC) (ICIS, 2017b). Les PSP sont des paramédicaux de premier échelon ayant terminé un programme de formation paramédicale (habituellement un programme menant à un diplôme ou, dans certaines provinces, un diplôme de premier cycle) et fournissent des soins d'urgence qui comprennent un certain nombre d'interventions médicales contrôlées. Les PSA ont une formation supplémentaire et un champ d'exercice plus vaste qui comprend plus de médicaments et des interventions complexes. Enfin, les PSC ont la formation la plus avancée au Canada

et sont en mesure de fournir des soins spécialisés, y compris des procédures invasives et des traitements pharmacologiques supplémentaires (Profil national de compétence professionnelle des paramédicaux, 2011). Les PSC sont parfois appelés unités mobiles de soins intensifs (Toronto Paramedic Association, s. d.).

## HISTOIRE DE LA PROFESSION

Il existe des preuves que les services d'urgence remontent jusqu'à 900 EC, avant l'avènement de tous les autres systèmes d'urgence officiels ou de « paramédicaux » comme titre professionnel. Le tableau 1 présente une ligne du temps de l'évolution de la profession. Le contenu historique est basé sur la littérature de la province de l'Ontario.

TABLEAU 1 : Ligne du temps historique du développement de la paramédecine au Canada

Début des	L'amélioration de la morbidité devient évidente grâce aux efforts des paramédicaux. Par exemple, l'utilisation d'attelles pour traiter les fractures fémorales réduit la mortalité de 80 % à 20 %.
1939–1944	Les efforts ambulanciers organisés et le transport aéromédical sont utilisés pour la première fois pendant la Deuxième Guerre mondiale.
1945–	Le terme « assistant médical » se répand pendant la guerre de Corée. La guerre conduit également à une utilisation accrue des hélicoptères pour le transport aéromédical.
195	Les assistants médicaux spécialement formés commencent à fournir des soins directement sur le terrain et font la première démonstration d'un défibrillateur externe Hopkins sur un humain.
1959	Dans le cadre d'une expérience, les médecins russes se rendent dans la communauté pour explorer l'incidence qu'ils pourraient avoir sur les résultats des patients. Ils constatent que les soins préhospitaliers avancés pourraient affecter de manière significative les soins aux patients et concluent que des assistants formés aux soins préhospitaliers avancés pourraient produire les mêmes résultats.
Années 1960	Les ambulanciers commencent à se servir de la radiotélémesure portative pour envoyer des électrocardiogrammes aux médecins des services d'urgence. Cette décennie voit également le développement du système téléphonique d'urgence 911, qu'on utilise encore aujourd'hui.
1963	L'utilisation de la RCR et de la respiration artificielle se répand dans les hôpitaux et parmi les paramédicaux dans le but d'améliorer les soins préhospitaliers. Cependant, en raison des lois interdisant à quiconque n'est pas médecin d'administrer des soins avancés, de nombreux paramédicaux formés ne sont pas en mesure de les prodiguer.
Années 1970	Les programmes de SMU sont introduits dans les collèges communautaires.
197	La <i>Loi sur les ambulances</i> est adoptée en Ontario afin de réglementer l'autorité et la responsabilité des services d'urgence, y compris les permis, les qualifications et les normes.
Années 1980 et	Les programmes de SMU des collèges communautaires sont élargis et séparés en programmes pour les paramédicaux de soins primaires, avancés et critiques aux techniques et aux curriculums distincts.
Années 2000	Le champ d'exercice des paramédicaux s'élargit de façon à leur permettre de fournir plus de services médicaux communautaires en collaboration avec les médecins et les infirmières. Les ambulanciers paramédicaux commencent à fournir le soins des plaies, les vaccins et des services de suivi sur l'observance des médicaments, contribuant à réduire le fardeau des hôpitaux et des services d'urgence (Choi et al., 2016).

Source : Ladouceur, 2015.

## ÉDUCATION ET FORMATION

La paramédecine au Canada est réglementée par les provinces, chaque province ayant ses propres besoins en matière de formation. Toutes les provinces exigent que les paramédicaux suivent un programme de formation et passent un examen pour pouvoir exercer la profession (ICIS, 2017a). Les candidats formés ailleurs dans le monde peuvent devoir fournir une preuve de leur formation avant de passer l'examen approprié dans leur région au Canada. Au cours de leur carrière, les paramédicaux sont souvent tenus de suivre régulièrement une formation médicale continue (qui varie selon la province et le niveau du paramédical).

Chaque province exige que les stagiaires paramédicaux :

- effectuent un programme de formation paramédicale reconnu : PSP, PSA ou PSC;
- réussissent un examen d'agrément provincial, qui peut varier selon le niveau paramédical (applicable dans la plupart des provinces); et
- être agréé auprès d'un organisme de réglementation provincial ou du gouvernement provincial.

La plupart des programmes paramédicaux au Canada sont offerts au niveau collégial, la plupart exigeant deux années d'études. Dans certaines provinces, la paramédecine est offerte comme programme universitaire de premier cycle. Certains programmes et certaines provinces ont adopté une approche d'éducation axée sur les compétences à l'aide du Profil national de compétence professionnelle (PCNP), qui définit les exigences minimales en matière de formation pour chaque niveau de paramédical.

### PROFIL NATIONAL DE COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE

Un comité multidisciplinaire a établi le PNCP pour les paramédicaux en 2001 afin d'établir les compétences requises pour exercer la paramédecine. Le profil a été mis à jour en 2011 et on y a ajouté la promotion de la santé et de la sécurité publique (Profil national de compétence professionnelle, 2011). Il est important de noter que ce document est un ensemble de lignes directrices et n'est pas mandaté au niveau national.

Les huit domaines de compétence définis dans le PNCP 2011 pour les paramédicaux sont les suivants :

- les responsabilités professionnelles;
- la communication;
- la santé et la sécurité;
- l'évaluation et les diagnostics;
- les traitements;
- l'intégration;
- le transport; et
- la promotion de la santé et la sécurité publique.

### EXIGENCES SUPPLÉMENTAIRES EN MATIÈRE DE FORMATION

#### *Exigences physiques*

En plus des compétences et des connaissances décrites ci-dessus, les paramédicaux doivent également être en mesure de respecter les exigences physiques élevées que le travail nécessite (Coffey et al., 2016). Ils doivent être en mesure de transférer physiquement les patients sur une civière, ainsi que d'accéder aux patients dans une grande variété de contextes tout en transportant également des équipements tels que des moniteurs cardiaques, des sacs pour voies respiratoires et des équipements en lien avec les médicaments. Dans les zones à haute densité, les paramédicaux peuvent être tenus de monter et de descendre les escaliers sur de nombreux étages (Coffey et al., 2016; Kluth et Strasser, 2006; Lavender, Conrad, Reichelt, Meyer et Johnson, 2000; Maguire, O'Meara, Brightwell, O'Neill et Fitzgerald, 2014). Ils doivent être en mesure d'accomplir toutes ces tâches en toute sécurité pour eux-mêmes, leurs pairs et leurs patients (Coffey et al., 2016; Conjoint Accreditation Services & CMA Conjoint Accreditation Services, 2012; Kluth & Strasser, 2006).

#### *Exigences en matière de transport*

Les paramédicaux passent une grande partie de leur temps à conduire des ambulances. En raison de la nature urgente du travail, ils doivent être en mesure de se rendre auprès des patients le plus rapidement possible (Lavender et al., 2000). Cela signifie qu'ils doivent avoir d'excellentes compétences en matière de conduite. Ils doivent également être en mesure de préparer, décharger et charger efficacement une ambulance à chaque appel.

### PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

En réponse aux pressions croissantes sur les services d'urgence canadiens, à l'utilisation croissante des services paramédicaux et au vieillissement de la population, la paramédecine communautaire (PC) est un domaine de pratique paramédicale qui émerge dans les quatre coins du pays (O'Meara, Stirling, Ruest et Martin, 2015). La paramédecine communautaire est un terme générique qui décrit :

Un modèle de soins dans le cadre duquel les paramédicaux appliquent leur formation et leurs compétences dans des environnements communautaires « non traditionnels », souvent en dehors du modèle habituel de transport et d'intervention d'urgence. Les paramédicaux communautaires exercent leurs fonctions dans un « champ élargi » qui comprend l'application de compétences et de protocoles spécialisés au-delà de la formation paramédicale de base. Les paramédicaux communautaires s'engagent dans un « rôle élargi », travaillant dans des rôles non-traditionnels en employant des compétences existantes. La formation supplémentaire pourrait comprendre l'évaluation des patients, les compétences cliniques et la connaissance des autres prestataires de soins de santé et des services sociaux existants dans une communauté locale. (Guo, Corabian, Yan et Tjosvold, 2017)

Les PC visent à dépasser les responsabilités d'urgence traditionnelles des paramédicaux et à combler les lacunes dans la prestation de soins de santé. Les paramédicaux communautaires fournissent des soins médicaux autres que ceux de courte durée dans divers milieux communautaires tels que des refuges, des résidences de patients ou des bâtiments de logements sociaux (Agarwal et al., 2018; O'Meara et al., 2015). L'objectif des programmes de PC est d'aider les individus et leurs équipes de soins de santé à traiter de manière proactive la santé de l'individu afin d'éviter les déplacements non urgents au service des urgences et de les relier à des services de soins de santé supplémentaires. Les PC aide également les paramédicaux à se faire reconnaître pour leurs capacités à améliorer la santé et le bien-être de la communauté en leur offrant la possibilité d'exercer leur profession de manière autonome en tant que professionnels de la santé indépendants au-delà de leur rôle traditionnel de transport (Groupe CSA, 2017).

#### En plus de travailler sur terre, de nombreux

paramédicaux travaillent également en vol ou en transport médical aérien dans des avions ou des hélicoptères. Les paramédicaux sont également formés pour offrir des services médicaux d'urgence aux patients dans des endroits éloignés ou ayant des besoins critiques de traitements spécialisés (Kortbeek et Buckley, 2003; Mitchell, Tallon et Sealy, 2007). Ces services sont souvent contractés par des entreprises privées financées par des organismes privés, publics et sans but lucratif au Canada.

#### CHAMP D'EXERCICE

Les soins que la formation des paramédicaux leur permet de fournir peuvent varier considérablement selon le niveau, des interventions médicales complexes à l'administration de médicaments. Bien que le transport fasse partie du rôle, ils sont également responsables de nombreuses autres tâches d'ordre médical. En outre, le champ d'exercice varie en fonction du niveau de formation et d'éducation des paramédicaux.

À mesure que le champ d'exercice s'est élargi, les responsabilités et les compétences des paramédicaux se sont étendues. Le tableau 2 décrit leur champ d'exercice au Canada (Bowles, van Beek et Anderson, 2017)

TABLEAU 2 : L'exercice de la paramédecine au Canada

Milieux d'exercice	Soins	Disposition du patient
<p><b>Non contrôlés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aux côtés du patient</li> <li>Soins externes (p. ex. visites à domicile)</li> </ul> <p><b>Basés sur la localisation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Événements (p. ex., sports, concerts, rassemblements de masse)</li> <li>Sites industriels</li> <li>En communauté (par exemple, « devanture du magasin »)</li> </ul> <p><b>Communautaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites à domicile</li> <li>Cliniques de dépistage de l'hypertension / du diabète</li> </ul> <p><b>Basés sur les installations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>À l'hôpital (p. ex., service des urgences, triage, équipe assignée aux codes)</li> <li>Installations (p. ex. soins prolongés)</li> <li>Urgences en milieu rural</li> </ul>	<p><b>Urgences :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interventions d'urgence</li> <li>Réponses urgentes</li> <li>Réponses non urgentes / de routine</li> <li>Réponses aux codes / aux arrêts cardiaques à l'hôpital</li> </ul> <p><b>Soins urgents/continus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi et intervention interinstallations</li> <li>Triage ou surveillance (p. ex., à l'hôpital/aux urgences)</li> </ul> <p><b>Définitifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement et pontage (p. ex. traumatisme, ACV, STEMI)</li> <li>Traitement et congé (p. ex. diabète)</li> <li>Traitement et orientation (p. ex., cliniques de dépistage de l'hypertension, visites à domicile)</li> <li>Soins interprofessionnels/en équipe (p. ex., équipe de protection sur place aux urgences, personnel paramédical/infirmier aux urgences en milieu rural)</li> </ul>	<p><b>Transport pour soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appels d'ambulance</li> <li>Évacuation aérienne</li> </ul> <p><b>Transport entre les établissements de soins :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transferts entre établissements</li> <li>Transferts de soins critiques</li> </ul> <p><b>Soins sur place (sans transport) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Traitement et congé</li> <li>Traitement au point d'intervention (p. ex., dans l'établissement, aux urgences)</li> <li>Traitement et orientation</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primaires et préventifs</li> </ul>	

Source : Bowles, van Beek et Anderson, 2017.

Cette liste n'est pas exhaustive et n'inclut pas les aspects en lien avec la santé sociale, qu'on a identifié comme besoin éducatif pour les paramédicaux communautaires. Étant donné que ce rôle est relativement nouveau dans le contexte canadien et qu'il traverse une période de transformation et de changement, il n'existe encore aucun programme officiel de formation ni champ d'exercice spécifique pour les praticiens en PC.

### ÉQUIPES PARAMÉDICALES SPÉCIALISÉES

En plus des paramédicaux qui fournissent des soins préhospitaliers d'urgence traditionnels, il existe plusieurs équipes spécialisées formées pour répondre à des besoins uniques. Il peut s'agir d'urgences en région rurale, d'accidents maritimes, de catastrophes naturelles ou d'explosifs. Le financement existant est souvent insuffisant pour que tous les paramédicaux soient formés et équipés pour répondre à ces urgences, de sorte que des équipes plus petites sont mises sur pied pour répondre aux problèmes que la pratique traditionnelle ne couvre pas (Popov et al., 2007). Chacune de ces équipes a son propre ensemble d'exigences et sa propre formation qui vont au-delà

du curriculum général (Professional Paramedic Association of Ottawa, s. d.). Voici quelques exemples d'équipes spéciales :

- Unités en vélo

Les paramédicaux de ces unités se déplacent à vélo, ce qui leur permet d'être agiles et mobiles dans les zones urbaines où l'accès aux ambulances peut être difficile en raison des embouteillages ou des foules. Le plus souvent, les unités en vélo prodiguent des soins aux personnes qui fréquentent les pistes cyclables, les parcs et les lieux de réunion (comme la Colline du Parlement).

- Unités maritimes

Les paramédicaux de ces équipes sont formés pour prodiguer des soins en milieu marin. Ils peuvent soutenir les opérations de plongée, les patrouilles fluviales et les opérations de sauvetage. Ils assurent également l'éducation aux membres de la communauté qui utilisent les eaux publiques, tels que les nageurs et les plaisanciers, et ils coopèrent avec eux.

## LA PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE COMME STRATÉGIE DE PROFESSIONNALISATION EN ONTARIO

On peut comprendre le changement du rôle des paramédicaux des soins en urgence de courte durée à un rôle de soins primaires appelé paramédecine communautaire (PC) à travers la lentille sociologique de la professionnalisation. La PC est fondée sur l'idée que les paramédicaux sont particulièrement bien placés pour fournir des soins de santé mobiles dans la communauté et peuvent être des acteurs importants pour traiter des problèmes plus larges et systémiques du système de santé, tels qu'un manque d'accès aux soins à domicile ou des lacunes dans la prestation de soins primaires (Agarwal et Brydges, 2018; Guo, Bing et al., 2017).

Selon les théories sociologiques de la professionnalisation, on peut considérer la PC comme une initiative novatrice et entrepreneuriale. En Ontario, il s'agissait d'abord de programmes populaires, les paramédicaux travaillant avec d'autres acteurs locaux pour identifier les domaines de prestation des services présentant des difficultés et pour déterminer comment ils pourraient aider à répondre à des besoins spécifiques. Par exemple, un programme de PC a établi un partenariat avec les autorités locales du logement et d'autres soutiens communautaires pour fournir des soins de santé préventifs et un soutien social aux personnes âgées vivant dans des logements sociaux (Agarwal et Brydges, 2018)

Au cours des 20 dernières années, on a retiré les programmes de PC de ces sites d'innovation locaux (où les contextes sont uniques) et on a transformé leur portée et leur prestation pour servir un nouveau contexte. Même si les objectifs initiaux de la PC étaient principalement axés sur la diminution des appels aux services paramédicaux, on les a depuis ce temps élargis pour prioriser l'isolement social, le soutien social et les maladies chroniques (Agarwal et Brydges, 2018; Dainty et al., 2018).

De plus, en Ontario, les autorités sanitaires locales responsables du financement et de la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire et des services de soins primaires ont récemment commencé à établir des partenariats avec les services paramédicaux. Ces partenariats sont importants et l'officialisation de la PC au sein de ces organisations permet l'expansion des programmes dans certains domaines. De plus, ces relations ont permis d'aligner la PC sur d'autres priorités importantes des politiques de santé, comme la collaboration interprofessionnelle et les soins centrés sur le patient. Par exemple, certains paramédicaux communautaires ont servi d'extension à une équipe de soins primaires (Bigham et al., 2013). Il existe également des résultats qualitatifs significatifs mettant en évidence la nature centrée sur le patient de la PC. Les paramédicaux communautaires peuvent servir de source de soutien tant instrumental que social et fournir ces soins tout en assurant la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins des patients (Agarwal et Brydges, 2018; Dainty, Seaton, Drennan et Morrison, 2018)

N'étant qu'un seul aspect de la professionnalisation, les autres comprenant l'autoréglementation, un champ d'exercice dans les urgences en expansion et l'évolution de l'éducation et de la recherche, certains éléments importants de la PC (et sa place dans le système de santé plus large) nécessiteront des clarifications conceptuelles supplémentaires. Des facteurs structurels, tels que la législation et la réglementation existantes, peuvent nécessiter des modifications pour permettre une expansion significative de la PC qui soutient les rôles des autres prestataires de soins de santé et s'aligne sur ceux-ci. La PC peut également exiger que la communauté paramédicale élargisse les normes d'éducation existantes pour répondre aux exigences des nouveaux rôles dans le domaine des soins primaires.

Brydges, M. « The New Politics of Professionalization : the Case of Ontario Paramedics ». Présentation orale à la Canadian Health Workforce Conference (octobre 2018)

- Unités de soutien

Ces équipes ont reçu une formation spécialisée pour aider les services d'urgence à résoudre divers problèmes de sécurité communautaire. Il s'agit notamment de missions de recherche et de sauvetage, de menaces d'explosifs et de situations lors d'événements à forte densité de population ou dans des zones où la sécurité publique est menacée. Les membres de ces équipes collaborent avec la police et le personnel d'incendie pour éliminer les menaces et protéger la sécurité de la communauté.

- Unités tactiques

Les membres de ces équipes sont formés pour réagir à des événements dangereux dont des situations d'otage, des tireurs actifs ou des opérations policières à haut risque. Ils servent souvent d'équipe de soutien supplémentaire pour les services d'urgence et coordonnent les incidents multiservices.

- Unités de transfert à haut risque

La spécialité de ces unités est le transfert en toute sécurité des patients à haut risque. Ces unités ont été créées en 2014 en réponse à l'épidémie de virus Ebola. Les membres sont formés pour mettre en œuvre des précautions de sécurité rigoureuses lorsque des agents pathogènes hautement contagieux peuvent être présents et transporter les patients en toute sécurité à des soins médicaux isolés.

### PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

Les données démographiques sur les paramédicaux au Canada sont limitées. En 2013, on comptait significativement plus d'hommes que de femmes, mais plus de femmes sont entrées dans la profession au fil du temps (ICIS, 2017b). La figure 1 présente le nombre de paramédicaux employés dans des rôles traditionnels. Elle ne montre pas les paramédicaux dans des rôles non conventionnels tels que les services administratifs ou privés.

### RÉGLEMENTATION DE LA PROFESSION

Au Canada, chaque province a son propre organisme de réglementation et sa propre législation applicable aux paramédicaux. Dans certaines provinces (Alberta, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Saskatchewan et Manitoba), les paramédicaux font partie d'un collège autoréglementé. D'autres provinces utilisent d'autres modèles de réglementation : en Ontario, par exemple, les paramédicaux sont coréglementés par un organisme appelé base hospitalière et par le ministère de la Santé. Il n'existe actuellement aucune autorité de réglementation dans les territoires, qui compte sur des paramédicaux embauchés par la municipalité et des ambulances aériennes sous contrat pour prodiguer des soins à leurs résidents (Bowles, van Beek et Anderson, 2017; Fjeldheim et al., 2014).

En 2008, les organismes provinciaux de réglementation de la profession ont commencé à collaborer dans le but d'uniformiser la conformité entre les provinces. L'Organisation canadienne des régulateurs paramédicaux a été créée dans le but d'améliorer la mobilité de la main-d'œuvre au sein de la profession.

Le tableau 3 présente les diverses autorités de réglementation et la législation actuelle, ainsi que l'année où la réglementation a été établie dans chaque province.

Figure 1 : Paramédicaux, nombre absolu et par 100 000 habitants, Canada, 2018

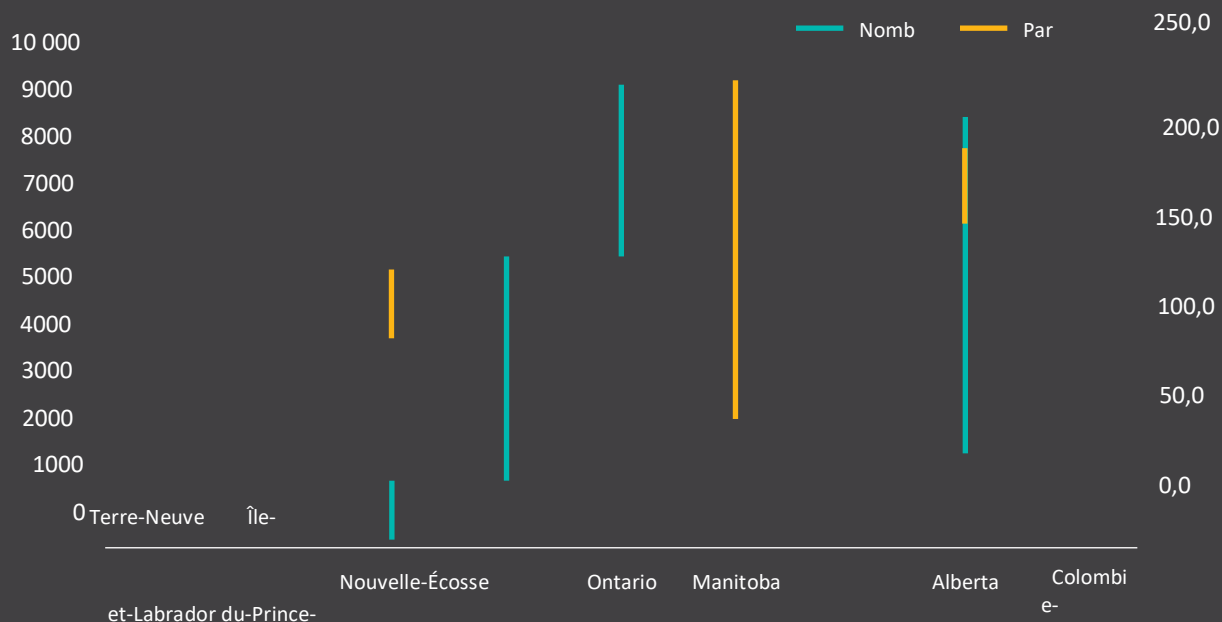




TABLEAU 3 : Autorités réglementaires et législation de la profession paramédicale

Province	Législation actuelle	Année de réglementation
Colombie-Britannique	Emergency Health Services Act	1974
Alberta	Health Professions Act, 2000	2008
Saskatchewan	le transport pour personnes souffrantes, 2007 Paramedics Act, 2007	2009
Manitoba	Loi sur les interventions médicales d'urgence et	1984
Ontario	Loi de 1990 sur les ambulances	1968
Québec	Loi sur les services préhospitaliers d'urgence	2011
Nouveau-Brunswick	Loi concernant l'Association des travailleurs paramédicaux	2006
Nouvelle-Écosse	Paramedics Act, 2017	2005
Île-du-Prince-Édouard	Emergency Medical Technicians Act	1972

Source : Organisation canadienne des régulateurs paramédicaux, 2016; ICIS, 2018.

### FINANCEMENT DES SERVICES ET MODÈLES DE PRESTATION

Au Canada, les services paramédicaux sont financés par plusieurs sources. Les systèmes de santé provinciaux financent généralement le système 911, et les autres coûts sont imputés aux administrations municipales ou provinciales ou couverts par des régimes d'assurance maladie privés (*Loi canadienne sur la santé*, 2005).

Il existe 13 systèmes de SMU au Canada qui ont recours à un large éventail de modèles de financement. Ces modèles vont du financement gouvernemental aux trois paliers de gouvernement aux programmes subventionnés et à ceux qui dépendent des paiements des particuliers ou de leurs régimes d'assurance-maladie.

Les services paramédicaux et d'urgence peuvent être assurés par le biais de programmes gouvernementaux ou régionaux ou de contrats privés. Les paramédicaux peuvent travailler dans plusieurs milieux, y compris les services ou les programmes gérés par les municipalités, les hôpitaux et les services d'incendie (Symons et Shuster, 2004).

### PRINCIPAUX ENJEUX DE LA PROFESSION

En raison de la nature imprévisible et à haut risque de la profession, les paramédicaux vivent plusieurs problèmes psychosociaux et plusieurs facteurs importants peuvent influencer la santé mentale, physique et sociale d'un paramédical (Fjeldheim et al., 2014; Maguire et al., 2014). Il est important de noter qu'une grande partie de la recherche portant sur la fréquence des maladies, des blessures et des décès fait appel à des échantillons de personnel de sécurité publique qui comprennent des pompiers, des policiers et certains postes de soins infirmiers, et pas seulement des paramédicaux.

### TRAVAIL PAR QUARTS

Comme beaucoup d'autres professionnels de la santé, les paramédicaux travaillent généralement par quarts. Bien qu'il existe des règlements qui régissent le nombre d'heures en service consécutives des paramédicaux et le temps requis entre les quarts de travail prévus, il se peut quand même qu'ils doivent travailler de 12 à 24 heures pendant plusieurs jours d'affilée avant d'avoir des congés. On a associé le travail par quarts à plusieurs conséquences négatives sur la santé physique et psychologique (Costa, 1996; Guadagni, Cook, Hart, Burles et Iaria, 2018; Sofianopoulos, Williams et Archer, 2012; Vedaa et al., 2016). Il a été prouvé qu'il

augmente les risques de troubles mentaux et de fatigue chronique et qu'il influence négativement l'équilibre travail-vie privée. Ces risques peuvent être particulièrement prononcés chez les paramédicaux en raison de la nature imprévisible de leur rôle (Hegg-Deloye et al., 2013). Par exemple, une fatigue accrue et une vigilance réduite peuvent augmenter les risques lorsqu'ils répondent à des appels d'urgence. Une autre étude a déterminé que les réponses empathiques des paramédicaux étaient négativement affectées par un manque de sommeil suffisant et de qualité (Guadagni et al., 2018).

#### SANTÉ PHYSIQUE, ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DÉCÈS

L'épuisement professionnel, les exigences physiques de l'emploi et l'épuisement lié au travail par quarts augmentent tous les risques de blessures professionnelles chez les paramédicaux (Lavender et al., 2000; Maguire et al., 2014; Reichard, Marsh et Moore, 2011). Les paramédicaux signalent systématiquement un nombre élevé de blessures liées au travail, une étude de 2005 indiquant que 30 % des paramédicaux se blessent au travail chaque année (Reichard et Jackson, 2009; Reichard et al., 2011; Heick, Young et Peek-Asa, 2009). Bon nombre de ces blessures résultent de foulures et d'entorses causées par les exigences physiques importantes de leur travail. Cependant, la littérature suggère que les accidents de circulation terrestre et aérienne sont également souvent responsables de blessures et de décès (Maguire et al., 2014; Reichard et Jackson, 2009; Reichard et al., 2011).

#### SANTÉ MENTALE

Il est de plus en plus reconnu que les paramédicaux sont sensibles à une variété de conditions émotionnelles et psychologiques en raison de leur travail, notamment : trouble de stress post-traumatique (TSPT), anxiété, dépression, épuisement professionnel et suicide. Des recherches récentes suggèrent qu'une interaction entre des appels d'urgence spécifiques (incidents critiques) et des facteurs de stress plus chroniques en milieu de travail (tels que le travail par quarts, les volumes d'appels élevés et le manque de ressources) expose les paramédicaux à un risque accru de ces formes de blessures liées au stress opérationnel (Declercq, Meganck, Deheegher et Van Hoorde, 2011; Halpern, Maunder, Schwartz et Gurevich, 2012b, 2012a; Regehr, Goldberg, Glancy et Knott, 2002).

En outre, les horaires de travail variables des paramédicaux, le manque de sommeil et l'exposition à la violence les placent également à un risque plus élevé d'anxiété et de dépression (Reichard et al., 2011). Les données indiquent que les femmes et les hommes paramédicaux subissent des niveaux similaires de violence et d'abus sur le lieu de travail (Boyle, Koritsas, Coles et Stanley, 2007). Une étude de 2014 sur l'exposition aux traumatismes chez le personnel de sécurité publique a révélé que les stagiaires paramédicaux étaient exposés à des taux élevés de traumatismes (Fjeldheim et al., 2014). L'exposition aux traumatismes comprend le fait d'assister à de graves accidents de la route et à de la violence. À la suite de cette exposition, les paramédicaux connaissent un risque accru de maladie mentale, d'idées suicidaires et de TSPT (Carleton et al., 2018; Drewitz-Chesney, 2012; Streb, Hällér et Michael, 2014). Récemment, on a demandé à s'attaquer aux risques de maladie mentale en augmentant les ressources et en mettant en œuvre des changements systémiques dans la profession.

#### REPRÉSENTATION DES FEMMES DANS LA PARAMÉDECINE - UNE PERSPECTIVE ALBERTAINE

Cheryl Cameron, M. Ed., B.A., ACP, Angeline Abela, M.A., B.H.Sc-P., ACP, Becky Donelon, Ed. D., ACP, Melanie Doiron, B.GS., ACP, et Bre Hutchinson, J.D., BCom.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les femmes paramédicales constituent de 30 à 40 %/100 000 paramédicaux de la population active dans les provinces (1). Les femmes paramédicales, non binaires, et les personnes de couleur et autochtones sont sous-représentées dans la profession paramédicale et dans les rôles de direction formalisés (2,3). Des recherches émergentes indiquent que les femmes en paramédecine font face à de nombreuses difficultés pour progresser dans les rôles de direction (2).

Contribuant à l'avancement de la profession au même titre que leurs collègues dans des domaines tels que l'éducation, les pratiques exemplaires et l'innovation opérationnelle, mais toujours sous-représentées dans les rôles de direction officiels. Il est difficile de déterminer les aspirations en matière de direction des nombreuses femmes travaillant dans la profession paramédicale sans plus d'exploration en raison du manque de recherches publiées dans ce domaine.

En réponse au manque de représentation des femmes dans les rôles de direction officiels au sein des SMU en Alberta, un groupe de femmes qui occupent divers postes d'autorité dans des organismes de santé financés par l'État ont entamé une conversation sur les façons d'accroître la représentation au sein de la profession. Notre expérience personnelle des difficultés à faire progresser notre carrière, malgré l'obtention d'autres diplômes et qualifications professionnelles, et le manque d'opportunités de mentorat ont servi de motivation pour collaborer afin d'identifier des moyens d'accroître la diversité, l'inclusion et l'équité dans les SMU et les organisations paramédicales connexes.

La mise en place réussie d'un système de santé sûr, axé sur les compétences et centré sur le patient exige une main-d'œuvre représentative des personnes desservies par le système. Des données récentes ont montré que le manque de représentation des femmes dans la direction et la main-d'œuvre de la santé a entraîné une incompréhension et un silence au sujet des préoccupations des femmes en matière de santé dans la recherche médicale et la littérature (4,5,6).

Bien que l'histoire ait sa place et que le changement doive être géré avec soin, les nouvelles idées et l'innovation comptent davantage pour un système de santé qui craque sous la pression. Notre groupe a connu et reconnu des obstacles systémiques et culturels touchant les femmes et les personnes d'origines diverses dans notre main-d'œuvre, obstacles qui empêchent l'avancement à des rôles de direction officiels, malgré des contributions abondantes à la profession. Nous avons entendu d'autres femmes en paramédecine qui rencontrent encore de nombreux obstacles, du biais inconscient lors de l'embauche et le symbolisme, au sexisme pur et simple. Les femmes paramédicales de première ligne sont toujours interrogées par leurs patients et leurs partenaires sur leurs compétences professionnelles : si elles peuvent conduire, si elles peuvent soulever, et l'idée archaïque selon laquelle les femmes qui veulent fonder une famille ne sont pas adaptées aux rôles exigeants de direction paramédicale. La caractérisation des traits de leadership dans l'ensemble des construits genrés empêche de mettre l'accent sur les compétences et les aptitudes et limite le dialogue à un examen restreint des approches historiques. Ce discours narratif limite le progrès et revient à un vieux trope à savoir si les femmes sont capables et si les hommes sont meilleurs dans le rôle paramédical. Souvent, la discussion est formulée sous forme de débat insistant sur la binarité à savoir quel genre (négligeant de nombreux paramédicaux s'identifiant comme ni hommes, ni femmes) apporte le plus à la profession.

Une direction éclairée et diversifiée entraîne des décisions équilibrées et pertinentes et développe davantage les capacités de reconnaissance et de résolution de problèmes à tous les niveaux de la direction et de la main-d'œuvre. Les femmes en paramédecine veulent promouvoir un avenir dans lequel on soutient des points de vue diversifiés et on comprend les forces et les faiblesses actuelles de la main-d'œuvre par des actions délibérées. À travers les expériences collectives de nos groupes, nous avons reconnu les nombreuses femmes qui offrent du mentorat, du leadership et qui agissent comme modèles positifs pour la main-d'œuvre paramédicale et l'opportunité est là pour leur permettre de s'élever à la même plateforme que leurs homologues masculins. Les femmes en paramédecine ont démontré leur détermination envers un avenir meilleur en devenant des leaders dans leur poursuite continue de l'apprentissage et de l'enseignement supérieur dans un système qui leur a historiquement apporté très peu de soutien ou de parrainage et peu d'occasions de développer un terrain commun favorisant la croissance.

Alors que nous commençons le travail visant à résoudre ces problèmes dans notre groupe et dans nos organisations, nous avons également entendu parler d'autres femmes en paramédecine qui créent des réseaux, développent du soutien et des occasions d'apprentissage, échangent leurs expériences et aident les autres à s'y retrouver dans les chemins menant aux rôles de direction. Nous avons été témoins de la propagation de plus en plus rapide des communautés formelles et informelles de femmes en paramédecine qui militent pour une représentation accrue dans les rôles de direction, et nous sommes convaincus que grâce à une attention accrue, à un plaidoyer persistant et à un soutien tangible de nos alliés masculins, un véritable changement est possible dans notre profession. Le fait d'ignorer la diversité de la main-d'œuvre ne sert plus l'avancement de la paramédecine ou l'amélioration de la prestation des soins de santé, et des groupes comme le nôtre continueront de promouvoir des solutions et de plaider en faveur d'une représentation ciblée à tous les niveaux de direction de notre profession.

## CONCLUSION

L'exercice paramédical au Canada comprend les RMU, les PSP, les PSA et les PSC et chacun a des responsabilités différentes et exige différents niveaux de formation. Quel que soit le niveau ou la région, on recommande aux paramédicaux de suivre un cadre national de compétences qui comprend les huit domaines importants décrits dans le PNCP. La paramédecine communautaire est un domaine émergent dans la profession qui permet aux paramédicaux de prendre soin des membres des communautés à l'extérieur des hôpitaux. Ce nouveau type de pratique pourrait partiellement alléger la pression sur les services d'urgence canadiens. Les paramédicaux sont confrontés à un certain nombre de problèmes qui peuvent augmenter leurs risques de résultats négatifs pour la santé, y compris l'épuisement professionnel et le TSPT. Alors que les paramédicaux continuent de gagner en autonomie et de s'adapter à une responsabilité accrue, d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre comment les changements législatifs et réglementaires affectent à la fois le public et les membres de la profession.

## ACRONYMES

PSA	Paramédical en soins avancés
SPA	Soins préhospitaliers avancés
PSC	Paramédical en soins critiques
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
PC	Paramédecine communautaire
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
EMA	Assistant en soins médicaux d'urgence
RMU	Répondant médical d'urgence
SMU	Services médicaux d'urgence
EMT	Technicien en soins médicaux d'urgence
CNP	Classification nationale des professions
PNCP	Profil national de compétence professionnelle
APC	Association des paramédics du Canada
PSP	Paramédical en soins primaires
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

## SECTIONS RÉGIONALES DE L'ASSOCIATION DES PARAMÉDICS DU CANADA

[Ambulance Paramedics of British Columbia](#)

[Alberta College of Paramedics](#)

[Saskatchewan Emergency Medical Services Association](#)

[Paramedic Association of Manitoba Ontario](#)

[Paramedic Association Corporation des](#)

[Paramédics du Québec Paramedic](#)

[Association of New Brunswick](#)

[Paramedic Association of Prince Edward Island](#)

[Paramedic Association of Newfoundland and Labrador](#)

[Forces armées canadiennes – Association du service de santé royal canadien](#)

## ORGANISMES PARTENAIRES PARAMÉDICAUX CANADIENS

[Organisation canadienne des régulateurs paramédicaux](#)

[Chefs paramédics du Canada](#)

[Society for Prehospital Educators in Canada The](#)

[Alliance of Canadian EMS Honour Guards](#)

[Canadian Paramedic Memorial Foundation](#)

[Agrément Canada](#)

## RÉFÉRENCES

- Agarwal, G., Angeles, R., Pirrie, M., McLeod, B., Marzanek, F., Parascandolo, J. et Thabane, L. (2018). Evaluation of a community paramedicine health promotion and lifestyle risk assessment program for older adults who live in social housing: a cluster randomized trial. *CMAJ*, *190*(21), E638–E647. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170740>
- Agarwal, G., et Brydges, M. (2018). Effects of a community health promotion program on social factors in a vulnerable older adult population residing in social housing. *BMC Geriatrics*, *18*. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0764-9>
- Bigham, B. L., Kennedy, S. M., Drennan, I. et Morrison, L. J. (2013). Expanding Paramedic Scope of Practice in the Community: A Systematic Review of the Literature. *Prehospital Emergency Care*, *17*(3), 361–372. <https://doi.org/10.3109/10903127.2013.792890>
- Bowles, R. R., Beek, C. van et Anderson, G. S. (2017). Four dimensions of paramedic practice in Canada: Defining and describing the profession. *Australasian Journal of Paramedicine*, *14*(3). Extrait de <https://ajp.paramedics.org/index.php/ajp/article/view/539>
- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. et Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medicine Journal*, *24*(11), 760–763. <https://doi.org/10.1136/emj.2007.046789>
- Brown, R. (2018). La population vieillissante au Canada : un changement dans la prestation des services paramédicaux – Canadian Paramedicine News. Extrait le 4 juillet 2018 de <https://canadianparamedicine.ca/the-aging-population-in-canada-a-shift-in-paramedic-services-delivery/>
- Loi canadienne sur la santé. (16 mai 2005). Loi canadienne sur la santé – Foire aux questions. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante-foire-questions.html>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017a, 7 décembre). Ambulanciers paramédicaux. Extrait le 4 juillet 2018 de <https://www.cihi.ca/fr/ambulanciers-paramedicaux>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2017b, 7 décembre). Ambulanciers paramédicaux | ICIS. Extrait le 23 septembre 2018 de <https://www.cihi.ca/fr/ambulanciers-paramedicaux>
- Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., Duranceau, S., LeBouthillier, D. M., ... Asmundson, G. J. G. (2018). Mental Disorder Symptoms among Public Safety Personnel in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(1), 54–64. <https://doi.org/10.1177/0706743717723825>
- Choi, B. Y., Blumberg, C. et Williams, K. (2016). Mobile Integrated Health Care and Community Paramedicine: An Emerging Emergency Medical Services Concept. *Annals of Emergency Medicine*, *67*(3), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.005>
- Coffey, B., MacPhee, R., Socha, D., et Fischer, S. L. (2016). A physical demands description of paramedic work in Canada. *International Journal of Industrial Ergonomics*, *53*, 355–362. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2016.04.005>
- Conjoint Accreditation Services, & CMA Conjoint Accreditation Services. (2012). *Guidelines for paramedic programs on the use of the Paramedic Association of Canada's (PAC) 2011 National Occupational Competency Profile (NOCP) in the Canadian Medical Association (CMA) conjoint accreditation process*. Association médicale canadienne.

Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 27(1), 9–16. [https://doi.org/10.1016/0003-6870\(95\)00047-X](https://doi.org/10.1016/0003-6870(95)00047-X)

Groupe CSA. (2017). Community paramedicine: Framework for program development. *Defence Research and Development Canada*, 38.

Dainty, K. N., Seaton, M. B., Drennan, I. R. et Morrison, L. J. (2018). Home Visit – Based Community Paramedicine and Its Potential Role in Improving Patient-Centered Primary Care: A Grounded Theory Study and Framework. *Health Services Research*, 53(5), 3455–3470. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12855>

Declercq, F., Meganck, R., Deheegher, J. et Van Hoorde, H. (2011). Frequency of and subjective response to critical incidents in the prediction of PTSD in emergency personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 24(1), 133–136.

Drewitz-Chesney, C. (2012). Posttraumatic Stress Disorder Among Paramedics: Exploring a New Solution With Occupational Health Nurses Using the Ottawa Charter as a Framework. *Workplace Health & Safety; Thousand Oaks*, 60(6), 257–263. <http://dx.doi.org.myaccess.library.utoronto.ca/10.3928/21650799-20120516-51>

Fjeldheim, C. B., Nöthling, J., Pretorius, K., Basson, M., Ganasen, K., Heneke, R., ... Seedat, S. (2014). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. *BMC Emergency Medicine*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-11>

Gouvernement du Canada, ministère des Finances (23 février 2005). Budget 2005: Budget Plan – Annex 8 – Tax Measures: Supplementary Information [Budget]. Extrait le 20 septembre 2018 de <https://www.fin.gc.ca/budget05/bp/bpa8a-eng.asp>

Guadagni, V., Cook, E., Hart, C., Burles, F. et Iaria, G. (2018). Poor sleep quality affects empathic responses in experienced paramedics. *Sleep and Biological Rhythms*, 16(3), 365–368. <https://doi.org/10.1007/s41105-018-0156-8>

Guo, Bing, Corabian, Paula, Yan, Charles et Tjosvold, Lisa. (2017). *Community paramedicine: Program characteristics and evaluation* [Revue]. Extrait du site Web de l'Institut for Health Economics : <https://www.ihe.ca/publications/community-paramedicine-program-characteristics-and-evaluation>

Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B. et Gurevich, M. (2012a). Identifying, describing, and expressing emotions after critical incidents in paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 111–114.

Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B. et Gurevich, M. (2012b). The critical incident inventory: characteristics of incidents which affect emergency medical technicians and paramedics. *BMC Emergency Medicine*, 12(1), 10.

Hegg-Deloye, S., Brassard, P., Jauvin, N., Prairie, J., Larouche, D., Poirier, P., ... Corbeil, P. (2013). Current state of knowledge of post-traumatic stress, sleeping problems, obesity and cardiovascular disease in paramedics. *J Med, emermed-2012-201672*. <https://doi.org/10.1136/emered-2012-201672>

Kluth, K., et Strasser, H. (2006). Ergonomics in the rescue service—Ergonomic evaluation of ambulance cots. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 36(3), 247–256. <https://doi.org/10.1016/j.ergon.2005.10.002>

Kortbeek, J. B. et Buckley, R. (2003). Trauma-care systems in Canada. *Injury*, 34(9), 658–663. [https://doi.org/10.1016/S0020-1383\(03\)00158-X](https://doi.org/10.1016/S0020-1383(03)00158-X)

Lavender, S. A., Conrad, K. M., Reichelt, P. A., T. Meyer, F. et Johnson, P. W. (2000). Postural analysis of paramedics simulating frequently performed strenuous work tasks. *Applied Ergonomics*, 31(1), 45–57. [https://doi.org/10.1016/S0003-6870\(99\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S0003-6870(99)00027-7)

Maguire, B. J., O'Meara, P. F., Brightwell, R. F., O'Neill, B. J. et Fitzgerald, G. J. (2014). Occupational injury risk among Australian paramedics: an analysis of national data. *The Medical Journal of Australia*, 200(9), 520. <https://doi.org/10.5694/mja14.10941>

Mitchell, A. D., Tallon, J. M. et Sealy, B. (2007). Air versus ground transport of major trauma patients to a tertiary trauma centre: a province-wide comparison using TRISS analysis. *Canadian Journal of Surgery*, 50(2), 129–133.

*Profil national de compétences professionnelle des paramédicaux*. (2011). Extrait de <http://www.paramedic.ca/uploaded/web/documents/2011-10-31-Approved-NOCP-English-Master.pdf>

O'Meara, P., Stirling, C., Ruest, M., et Martin, A. (2015). Community paramedicine model of care: an observational, ethnographic case study. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1282-0>

Association des paramédics du Canada. (2015). Voluntary professional organization of paramedicine practitioners in Canada. Extrait le 29 juin 2018 du site Web de l'Association des paramédics du Canada : <https://paramedic.ca/>

Popov, D. A., Schwartz, B., Mazurik, L., Cheskes, S., Rotolo, P., Silver, D. et MacInnis, G. (2007). Multi-Disciplinary Special Teams Provide Emergency Medical Services Systems with the Capability to Handle Disaster Situations in a Reliable, Safe, and Economical Manner. *Prehospital and Disaster Medicine*, 22(S1), S34–S35. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00060696>

Professional Paramedic Association of Ottawa. (s. d.). Special Operations. Extrait le 26 mars 2019 du site Web de la Professional Paramedic Association of Ottawa : <https://www.ottawaparamedics.ca/special-ops/>

Regehr, C., Goldberg, G., Glancy, G. D. et Knott, T. (2002). Posttraumatic Symptoms and Disability in Paramedics. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 953–958. <https://doi.org/10.1177/070674370204701007>

Regehr, C. (2005). BRINGING THE TRAUMA HOME: SPOUSES OF PARAMEDICS. *Journal of Loss and Trauma*, 10(2), 97–114. <https://doi.org/10.1080/15325020590908812>

Reichard, A. A. et Jackson, L. L. (2009). Occupational injuries among emergency responders. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/ajim.20772>

Reichard, A. A., Marsh, S. M. et Moore, P. H. (2011). Fatal and Nonfatal Injuries Among Emergency Medical Technicians and Paramedics. *Prehospital Emergency Care*, 15(4), 511–517. <https://doi.org/10.3109/10903127.2011.598610>

Sofianopoulos, S., Williams, B. et Archer, F. (2012). Paramedics and the effects of shift work on sleep: a literature review. *Emerg Med J*, 29(2), 152–155. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.094342>

Streb, M., Hällner, P., & Michael, T. (2014). PTSD in Paramedics: Resilience and Sense of Coherence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 452–463. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000337>

Symons, P., et Shuster, M. (2004). International EMS Systems: Canada. *Resuscitation*, 63(2), 119–122. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.06.010>

Toronto Paramedic Association. (s. d.). Scope of Practice. Extrait le 23 septembre 2018 du site Web de la Toronto Paramedic Association : <https://www.torontoparamedic.com/scope-of-practice/>

Vedaa, Ø., Harris, A., Bjorvatn, B., Waage, S., Sivertsen, B., Tucker, P. et Pallesen, S. (2016). Systematic review of the relationship between quick returns in rotating shift work and health-related outcomes. *Ergonomics*, 59(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/00140139.2015.1052020>