

Une démarche paritaire de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse

Nathalie Jauvin
Andrew Freeman
Nancy Côté
Caroline Biron
Audrey Duchesne
Émilie Allaire

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1042



NOS RECHERCHES travaillent pour vous !

Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes;

Assurer la diffusion des connaissances et jouer un rôle de référence scientifique et d'expertise;

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.

Pour en savoir plus

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour. De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement. www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement :

- au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CNESST (preventionautravail.com)
- au bulletin électronique [InfoIRSST](#)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2019
ISBN : 978-2-89797-045-1
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
et de la valorisation de la recherche
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
mars 2019

Une démarche paritaire de prévention pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse

Nathalie Jauvin¹, Andrew Freeman², Nancy Côté², Caroline Biron², Audrey Duchesne¹, Émilie Allaire¹

¹ RIPOST, CERSSPL-UL, CIUSSS de la Capitale-Nationale

² RIPOST, CERSSPL-UL, Université Laval

RAPPORTS
SCIENTIFIQUES

R-1042



Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document.

En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

Cette publication est disponible en version PDF sur le site Web de l'IRSST.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent d'abord à remercier tous les employés du secteur jeunesse du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches qui ont pris part à cette recherche en participant activement au Groupe de soutien à l'intervention. Sans leur implication exemplaire, ce projet n'aurait pu être réalisé.

Nous voudrions aussi souligner la contribution des membres du comité consultatif de la recherche qui participent activement, depuis 2012, à cette recherche.

Un merci très spécial à tous ceux qui ont pris le temps de s'engager dans les différentes phases de la recherche en acceptant de participer aux entretiens ou de remplir les questionnaires de l'étude.

Nous tenons par ailleurs à souligner la participation des diverses directions du CISSS qui ont aussi pris part à la recherche en appuyant avec conviction la démarche et en facilitant l'implantation des projets développés.

Nous exprimons aussi notre reconnaissance envers la Confédération des syndicats nationaux (CSN) et l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) qui se sont aussi engagées activement dans la réalisation de la recherche et qui en ont facilité la réalisation.

Ces travaux n'auraient pas été possibles sans le soutien financier de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Nous souhaitons notamment souligner la marge de manœuvre octroyée à l'équipe de recherche afin de procéder aux aménagements nécessaires pour poursuivre les travaux, malgré le contexte de transformation affectant le milieu.

Enfin, soulignons également la participation d'une étudiante, Emma Pelletier-Bosshard et des professionnelles de recherche qui ont, chacune à leur tour, participé activement au projet : Émilie Allaire, Nadine Bolduc, Lilianne Bordeleau, Audrey Duchesne et Lise Poisblaud.

SOMMAIRE

Certains secteurs d'activité sont particulièrement touchés par des problèmes qui affectent la santé et la sécurité des travailleurs. C'est le cas, entre autres, des centres jeunesse où le travail est généralement caractérisé par une demande émotionnelle élevée, attribuable aux contacts fréquents avec des enfants et des familles en crise, et par le manque de ressources nécessaires pour gérer cette demande émotionnelle. On reconnaît d'ailleurs de plus en plus les effets attribuables au « travail émotionnellement exigeant » (TÉE), que ce soit sur le plan de la santé physique ou psychologique (stress post-traumatique, troubles musculosquelettiques, détresse psychologique, absentéisme, roulement de personnel, etc.). Des effets qui touchent les travailleurs, mais aussi, les organisations qui les emploient. L'importance de développer des interventions organisationnelles afin d'agir de façon préventive sur les effets potentiels de l'exposition au TÉE est donc bien documentée, mais il existe peu de connaissances spécifiques sur les interventions à mettre en place pour prévenir les effets de ce travail émotionnellement exigeant.

L'étude, qui visait à combler en partie cette lacune, avait pour objectif principal d'implanter et d'évaluer une intervention préventive paritaire visant à contrer les effets du TÉE chez les travailleurs des centres jeunesse. L'équipe de recherche visait plus particulièrement à 1) cerner les contraintes psychosociales (facteurs de risque) présentes dans l'organisation ciblée ainsi que les facteurs de protection; 2) développer des interventions appropriées pour à la fois diminuer les contraintes psychosociales au travail et optimiser les facteurs de protection existants; 3) évaluer le processus d'implantation de l'intervention; 4) mesurer les effets de l'intervention. La population étudiée se compose de travailleurs d'un centre jeunesse ainsi que des cadres de premier niveau qui supervisent les équipes en contact étroit avec la clientèle.

L'étude s'est déroulée en trois phases : a) la phase de développement, durant laquelle a eu lieu l'identification des cibles concrètes d'intervention, b) la phase d'implantation où les interventions privilégiées ont été mises en place, c) la phase d'évaluation durant laquelle le processus d'intervention et les effets de la démarche d'intervention ont été appréciés. Des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour réaliser ces trois phases. Des interventions spécifiques ont été développées par un groupe paritaire mis sur pied dans le contexte de la démarche : le Groupe de soutien à l'intervention (GSI).

Les résultats obtenus touchent diverses dimensions. D'abord, le projet a permis de dresser un portrait exhaustif, par questionnaire, des facteurs de risque et de protection présents chez les travailleurs d'un centre jeunesse et les gestionnaires qui les encadrent. Il s'ajoute par ailleurs à un portrait qualitatif déjà réalisé lors de phases antérieures de recherche. C'est en s'appuyant sur ces facteurs ainsi que sur les pistes d'intervention déjà dégagées que les interventions ont été priorisées par les membres du GSI. L'analyse permet de constater qu'une majorité des projets qui ont été développés pour contrer les effets du travail émotionnellement exigeant se rassemble autour de la bonification des ressources de soutien, ce qui est en adéquation avec les besoins en ressources qui avaient été ciblés lors des entrevues préparatoires.

Une analyse de l'ensemble du processus d'intervention puis des effets engendrés par celle-ci a aussi été réalisée. Parmi les constats qui apparaissent au travers de cette analyse, un élément – qui relève du contexte et non du projet lui-même – est omniprésent : la réforme de la santé et des services sociaux, qui a été implantée dans la même période que le présent projet. Cette transformation majeure a ébranlé le milieu accueillant l'équipe de recherche et, conséquemment, plusieurs assises du projet lui-même. Mais grâce à la force du partenariat déjà en place et à la nature paritaire du projet, la démarche d'intervention a pu voir le jour et, incidemment, générer des effets qui ont pu être étudiés. Les principales conditions gagnantes, déjà en place au moment d'amorcer la démarche d'intervention, ont d'ailleurs été dégagées de l'analyse. Selon les témoignages, ces conditions ont contribué à favoriser le maintien de la démarche de recherche-intervention par l'intermédiaire du GSI. Un bilan des défis rencontrés a également été dressé ainsi que le portrait d'un ensemble de facteurs ayant favorisé ou entravé la réussite de la démarche. L'ensemble de ces constats pourra éventuellement servir de base de réflexion pour toute organisation désireuse d'amorcer une démarche d'intervention préventive.

Au-delà des projets développés par le GSI, par exemple l'obtention d'un local pour les employés, l'accès à une ressource spécialisée du programme d'aide aux employés ou la constitution d'un programme de pairs aidants, l'équipe de recherche a également pu observer que la démarche globale de recherche-intervention, amorcée dès 2012, semble avoir eu un effet particulièrement « porteur » pour le milieu. Cet effet porteur s'explique par le fait qu'il y ait eu, par l'ensemble des acteurs du milieu (travailleurs, syndicats, gestionnaires et direction), une reconnaissance formelle de l'exposition des travailleurs – et des personnes qui les encadrent – à un contexte de travail émotionnellement exigeant et, conséquemment, une volonté partagée d'agir de façon préventive.

L'originalité de la présente recherche reposait sur une démarche participative d'intervention en milieu de travail appuyée sur des assises théoriques et méthodologiques rigoureuses, laquelle a fait l'objet d'un processus d'évaluation systématique à l'aide d'un modèle d'évaluation reconnu. Bien qu'elle ait été réalisée dans un centre jeunesse, les connaissances théoriques et pratiques développées pourront être utiles dans de nombreux autres milieux de travail touchés par le travail émotionnellement exigeant tels les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les milieux hospitaliers, les services d'urgence ou le secteur des déficiences intellectuelle et physique, par exemple.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	III
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES.....	IX
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XI
1. INTRODUCTION	1
1.1 Mise en contexte.....	1
1.1.1 Origine du projet.....	1
1.1.2 Implanter une démarche d'intervention dans un contexte de transformations majeures	3
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	5
2.1 État de la question	5
2.1.1 Le travail dans les services de protection à l'enfance	5
2.1.2 Un contexte de travail particulièrement lourd	6
2.1.3 Le développement de modalités préventives	8
2.2 Énoncé de la problématique	10
3. OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	11
4. MÉTHODOLOGIE.....	13
4.1 Éléments méthodologiques généraux	13
4.1.1 Cadre théorique.....	13
4.1.2 Devis	14
4.2 Méthodes quantitatives	16
4.2.1 Échantillon, recrutement et collecte des données	17
4.2.2 Outils.....	18
4.2.3 Les variables prises en compte dans l'évaluation quantitative	18
4.2.4 Analyses des variables (prédéveloppement et préimplantation)	27
4.2.5 Analyse de la connaissance du projet et des effets anticipés	30
4.3 Méthodes qualitatives	31
4.3.1 Outils.....	31
4.3.2 Analyse des entretiens	33
5. RÉSULTATS.....	35

5.1	Caractéristiques sociodémographiques	35
5.2	Portrait des facteurs de risque et de protection	37
5.2.1	Catégorie #1 : demandes	37
5.2.2	Catégorie #2 : ressources.....	40
5.2.3	Catégorie #3 : effets	42
5.3	Analyse du processus de développement et d'implantation des interventions.....	46
5.3.1	Phase préparatoire, préalable à l'intervention: entretiens supplémentaires avec des informateurs clés	46
5.3.2	Formation du Groupe de soutien à l'intervention (GSI)	48
5.3.3	Arrimage entre les projets développés et les pistes suggérées lors des entrevues exploratoires menées en phase préparatoire	55
5.3.4	Évaluation de l'implantation : un bilan des leçons tirées	56
5.4	Analyse des effets anticipés ou rapportés.....	60
5.4.1	Des effets dégagés de l'analyse qualitative	61
5.4.2	Évaluation par questionnaire de la connaissance du projet et des effets anticipés.	64
6.	DISCUSSION	69
7.	CONCLUSION.....	73
	BIBLIOGRAPHIE	75
	ANNEXE A : INFO-RIPOST	83
	ANNEXE B : CARTE HEURISTIQUE.....	85
	ANNEXE C : EXEMPLE DE SCHÉMA D'ENTRETIEN.....	87

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des participants selon les groupes d'emploi au temps 1 et 2	35
Tableau 2. Catégorie d'emploi et de sexe	35
Tableau 3. Catégorie d'âge	36
Tableau 4. Statut d'emploi.....	36
Tableau 5. Horaire habituel	36
Tableau 6. Secteur de travail	36
Tableau 7. Demande psychologique	37
Tableau 8. Efforts extrinsèques.....	37
Tableau 9. Changements organisationnels	38
Tableau 10. Travail émotionnellement exigeant	38
Tableau 11. Violence psychologique.....	39
Tableau 12. Menaces de violence physique.....	39
Tableau 13. Violence physique	40
Tableau 14. Latitude décisionnelle faible.....	40
Tableau 15. Faible soutien social au travail des supérieurs.....	41
Tableau 16. Faible soutien social au travail des collègues	41
Tableau 17. Reconnaissance.....	41
Tableau 18. Satisfaction de compassion	42
Tableau 19. Syndrome d'épuisement professionnel.....	42
Tableau 20. Fatigue de compassion (stress traumatique secondaire).....	43
Tableau 21. Surinvestissement	43
Tableau 22. Déséquilibre effort/reconnaissance.....	44
Tableau 23. Détresse psychologique	44
Tableau 24. Perception de l'état de santé	45
Tableau 25. Absentéisme (nombre de jours d'absence par année).....	45
Tableau 26. Motifs d'absentéisme	46
Tableau 27. Aller au travail malgré l'impression d'être malade	46
Tableau 28. Connaissance de l'initiative (projet RIPOST) : oui (n = 240)	65
Tableau 29. Confiance que la démarche contribue à améliorer ma situation de travail : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	65

Tableau 30. Attentes élevées par rapport aux effets de la démarche sur ma situation de travail d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	65
Tableau 31. Hâte de voir les effets des changements implantés dans le milieu : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	66
Tableau 32. Prêt à accepter les changements implantés dans le milieu : d'accord/fortement d'accord (n = 192).....	66
Tableau 33. Opportunité de donner son point de vue et ses suggestions avant le changement : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	66
Tableau 34. Sentiment d'avoir été impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	66
Tableau 35. Supérieur immédiat a fait des efforts pour impliquer employés : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	67
Tableau 36. Supérieur immédiat a indiqué les avantages des actions : d'accord/fortement d'accord (n = 192).....	67
Tableau 37. Supérieur immédiat a travaillé activement à la mise en place des actions : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	67
Tableau 38. Opportunité de discuter avec le supérieur immédiat des conséquences de la démarche : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	67
Tableau 39. L'information sur la démarche était accessible : d'accord/fortement d'accord (n = 193).....	67

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Phases et méthodes de la recherche (¹).....	15
Figure 2. Questions ajustées du ProQOL pour les cadres.....	19
Figure 3. La demande psychologique : détail des items mesurés	20
Figure 4. Efforts extrinsèques : détail des items mesurés	21
Figure 5. Changements organisationnels (HCPI) : détail des items mesurés	21
Figure 6. Violence : détail des items mesurés	22
Figure 7. La latitude décisionnelle : détail des items mesurés	22
Figure 8. Le soutien social : détail des items mesurés	23
Figure 9. La reconnaissance : détail des items mesurés	23
Figure 10. La satisfaction de compassion : détail des items mesurés	24
Figure 11. Le syndrome d'épuisement professionnel : détail des items mesurés	24
Figure 12. La fatigue de compassion (stress traumatique secondaire) : détail des items mesurés.....	25
Figure 13. Surinvestissement : détail des items mesurés.....	25
Figure 14. Détresse psychologique : détail des items mesurés	26
Figure 15. Raisons de l'absence : détail des items mesurés	27
Figure 16. Exposition à l'intervention : détail des items mesurés.....	31
Figure 17. Identification des cibles globales du processus d'intervention par le GSI	50
Figure 18. Aménagement d'un local pour le personnel qui intervient auprès des jeunes.....	51
Figure 19. Création d'une conférence pour faire connaître la réalité du travail dans les centres jeunesse (« tournée »).....	52
Figure 20. Ajout d'une ressource spécialisée au programme d'aide aux employés (PAE.....	53
Figure 21. Création d'un programme de « pairs aidants »	54
Figure 22. Réaménagement des horaires de travail des éducateurs.....	55
Figure 23. Besoins en ressources préalablement ciblés et projets développés	56

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AD :	Autonomie décisionnelle
APTS :	Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux
ARH :	Agent de ressources humaines
CC :	Comité consultatif
CERSSPL-UL :	Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CJ :	Centre jeunesse
CJCA :	Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSN :	Centrale des syndicats nationaux
DP :	Demande psychologique
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
EQCOTESST :	Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail
FPCJCA :	Fédération des professionnelles (FP-CSN) du Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches
GSI :	Groupe de soutien à l'intervention
HCPI :	Healthy Change Process Index
JCQ :	Job Content Questionnaire
JD-R :	Job Demands-Ressources
LD :	Latitude décisionnelle
LSJPA :	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
PAE :	Programme d'aide aux employés

ProQoL :	Professional Quality of Life
UQ :	Utilisation des qualifications
RH :	Ressources humaines
RIPOST :	Recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail
RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux
RTS-UPS :	Réception et traitement des signalements et urgence psychosociale
SECJCA :	Syndicat des employés du Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches
SPSS:	Statistical Package for the Social Science
SST :	Santé et sécurité du travail
TAS :	Technicien en assistance sociale
TÉE :	Travail émotionnellement exigeant

1. INTRODUCTION

Certains secteurs d'activité sont particulièrement touchés par des problèmes qui affectent la santé et la sécurité du travail (SST), ce qui engendre des coûts humains et organisationnels importants. Il en est ainsi, notamment, des milieux caractérisés par une activité centrée sur de la relation d'aide où les travailleurs exercent un « travail émotionnellement exigeant » (TÉE), dans un contexte où, par surcroît, les clientèles tendent à s'alourdir et où les contraintes organisationnelles sont croissantes (Vézina *et al.*, 2011). C'est le cas des centres jeunesse (CJ), par exemple. Les effets sur la santé physique et psychologique du TÉE et les coûts qui y sont associés sont de plus en plus étudiés : stress post-traumatique, troubles musculosquelettiques, détresse psychologique, perception négative de l'état de santé, absentéisme, roulement de personnel, etc. (Astvik *et al.*, 2012, Boyas et Wind, 2010; Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Dagan *et al.*, 2016; Hansung, 2011; Lizano et Mor Barak, 2012; Rochelle, 2015; Tham et Meagher, 2008; Zell, 2006). L'importance de mettre en place des interventions organisationnelles afin d'agir de façon préventive sur les effets potentiels de l'exposition au TÉE ne fait plus de doute, mais les modalités d'intervention spécifiques à cette problématique sont, elles, encore assez peu développées. Pourtant, les organisations ont besoin d'être mieux outillées pour résoudre cette problématique qui est de plus en plus reconnue.

1.1 Mise en contexte

1.1.1 Origine du projet

Les membres des comités paritaires de santé et sécurité du Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches (CJCA) se sont, au fil des années, montrés de plus en plus préoccupés par la santé des travailleurs chez qui on constatait un taux inquiétant de problèmes de santé, et ce, malgré les efforts de l'organisation pour agir de façon préventive. Le CJCA avait d'ailleurs obtenu la reconnaissance « Élite » de la norme « Entreprises en santé ». Or, on y constatait que, malgré les efforts consentis, plusieurs travailleurs manifestaient des signes de présence de problèmes de santé physique et, surtout, psychologique¹, qui se traduisaient notamment par un taux d'absentéisme qui constituait une source de préoccupation pour le milieu². Les facteurs à l'origine de cette situation apparaissaient multiples. Toutefois, une étude réalisée en 2011 au CJCA incitait les partenaires à poursuivre la réflexion sur la problématique du TÉE et à développer des actions préventives concrètes (Gagné, 2011) portant plus spécifiquement sur cette dimension.

Le présent projet repose donc sur une demande du milieu qui a décidé, de façon paritaire, de mettre en place une stratégie préventive pour ses travailleurs, appuyée tant par la direction que par les responsables syndicaux³. Le CJCA a alors approché l'équipe RIPOST (Recherche sur

¹ Des données (non publiées) du CJCA, disponibles au moment de la préparation du protocole de recherche, indiquaient alors qu'au cours des deux derniers exercices financiers, les problématiques en santé psychologique représentaient 58 % des heures liées à l'absence en assurance salaire et 60 % des coûts de l'assurance salaire.

² En 2009-2010, pour les 230 employés du CJCA, le taux d'inactivité pour des raisons de santé au travail s'élevait à 7,3 % comparativement à 4,5 % dans le secteur Soins de santé et assistance sociale selon Statistique Canada (2011). Cela représente une moyenne de 18 jours d'absences/employés/an par rapport à une moyenne de 11,2 jours/employés/an selon Statistique Canada.

³ Le syndicat représentant les professionnels et le syndicat représentant les employés, tous deux affiliés à la CSN.

les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail) afin de mieux saisir la nature des problèmes (les facteurs de risque, mais aussi les facteurs de protection présents dans l'institution), et cela dans le but de mettre en place des actions préventives organisationnelles appropriées pour contrer les effets du TÉE. Un comité consultatif paritaire, formé de représentants de la direction du Centre jeunesse, des responsables des deux syndicats concernés, d'une représentante du personnel de gestion et des chercheurs a alors été mis en place pour accompagner la démarche. Puis, deux étapes préparatoires au développement des interventions organisationnelles ont été réalisées en amont du projet d'intervention dont il est question dans le présent rapport⁴.

Ainsi, lors d'une phase préparatoire, une étude exploratoire a été réalisée auprès de 22 membres du personnel (cadres, professionnels, employés). Cette étude visait à mieux cerner les problèmes vécus par les travailleurs du CJCA, à mieux connaître leur contexte spécifique de travail et à identifier les premières pistes d'action visant à diminuer les contraintes du travail (Bolduc *et al.*, 2013). Elle a permis : 1) de confirmer que les travailleurs du CJCA vivent des tensions liées au fait d'exercer un TÉE et que ces tensions sont exacerbées par plusieurs éléments liés à l'organisation du travail; 2) d'identifier à la fois les principales difficultés, mais aussi les facteurs de protection ou leviers déjà présents dans l'organisation sur lesquels il serait possible de s'appuyer au moment de l'intervention; 3) de constater que ces tensions sont présentes chez les travailleurs en contact direct avec la clientèle, mais qu'elles affectent également le personnel d'encadrement, particulièrement celui qui supervise les équipes cliniques.

En complémentarité avec cette première phase exploratoire, l'équipe de recherche a également mené, au cours des mois de novembre et décembre 2013, six entrevues de groupe auprès de travailleurs du Centre jeunesse (employés, professionnels et cadres) touchés par le travail en contact direct auprès de la clientèle. L'objectif de cette seconde phase exploratoire était de cibler plus spécifiquement, en s'appuyant sur les données recueillies préalablement lors des entrevues individuelles, les facteurs de risque, mais aussi les facteurs de protection présents au CJCA afin de cerner les cibles plus spécifiques d'intervention qui devraient être développées. L'analyse des entrevues a permis : 1) de mieux connaître les difficultés et défis liés au travail en relation d'aide ou en contact direct avec la clientèle du CJCA/les défis liés à la gestion des équipes intervenant auprès de la clientèle du CJCA; 2) de recueillir les informations nécessaires pour orienter la stratégie préventive à élaborer en matière de santé psychologique au travail (ex : quels types d'interventions sont nécessaires, un groupe doit-il être privilégié plus qu'un autre?); 3) de déterminer les stratégies développées par les employés et les gestionnaires pour faire face aux difficultés; 4) d'identifier certains leviers déjà présents dans l'organisation. Ces deux phases exploratoires complétées, les partenaires avaient tous les éléments en main pour amorcer la démarche d'intervention, financée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

⁴ Le financement de la première phase a été assuré à parts égales par la direction du Centre jeunesse de Chaudière-Appalaches et les deux syndicats concernés alors que la seconde a été financée par le fonds de développement de l'équipe RIPOST

1.1.2 Implanter une démarche d'intervention dans un contexte de transformations majeures

Trois semaines après que les fonds de recherche aient été octroyés par l'organisme subventionnaire (IRSST), une réforme⁵ majeure du réseau de la santé et des services sociaux était amorcée à la suite de l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Cette réforme venait bouleverser de façon importante la structure de gestion des centres jeunesse⁶, mais aussi, la structure de représentation syndicale. Les partenaires de l'équipe de recherche traversaient alors une période marquée par des bouleversements et de l'incertitude et, globalement, par la perte de repères importants. Des départs à la retraite précipités, dont celui du porteur principal de ce projet pour l'institution, ainsi que de nombreux changements d'affectation ont marqué la période lors de laquelle la démarche d'intervention devait être amorcée.

Pour faire face à cette instabilité importante, les partenaires, toujours fortement motivés et engagés dans le processus de recherche, ont souhaité reporter les activités prévues pour l'amorce de l'intervention. Une pause a alors été demandée à l'IRSST, qui a accepté la demande conjointe des chercheurs et des partenaires. Les activités ont repris plusieurs mois plus tard et le plan de recherche a été légèrement modifié, afin d'intégrer une prise de mesures supplémentaire (autorisée par le comité d'éthique de la recherche responsable) permettant d'ajuster le portrait de la situation contemporaine de travail en fonction des nouveaux éléments contextuels.

Grâce à la capacité d'adaptation de toutes les parties concernées, la démarche d'intervention a pu être amorcée. Ainsi, des projets ont été développés paritairement par les acteurs du milieu, comme prévu initialement. Il convient cependant de préciser que les turbulences causées par le contexte ont tout de même eu un effet sur la capacité à générer et à implanter des interventions selon les délais initialement prévus. Une des conséquences attribuables aux délais supplémentaires inévitables est certes l'incapacité de mesurer comme prévu, par questionnaire, les effets de l'intervention. Grâce à un devis mixte de recherche, des données qualitatives permettent par ailleurs de couvrir la portion de l'évaluation du processus ainsi que certaines dimensions des effets. Pour la mesure des effets par questionnaire, le milieu souhaite réaliser une autre cueillette de données, plus tard en 2019.

⁵ La réforme majeure (2015) de la santé et des services sociaux a modifié en profondeur la structure administrative du réseau : 182 centres de santé et de services sociaux ont été fusionnés en 32 établissements où sont dorénavant centralisés la totalité des services, par territoires, incluant les services du secteur jeunesse. Cette fusion a généré de nombreuses modifications au plan de la gestion, notamment une diminution importante du nombre de cadres. Ceux qui sont demeurés en poste se sont notamment vus octroyer davantage de tâches administratives, un nombre plus grand d'employés à superviser, un plus vaste territoire à couvrir, et ce dans un contexte marqué par la baisse des ressources disponibles. Touchés par un éloignement des structures administratives et des gestionnaires de premier niveau, les employés des centres jeunesse ont aussi vu la nature de leur tâche évoluer (ex. : augmentation des tâches administratives). Jadis caractérisée par une structure administrative et de gestion plus accessible, la réforme a notamment provoqué au centre jeunesse accueillant la recherche un éloignement des structures décisionnelles et engendré, par exemple, des délais dans l'exécution des processus requis pour mettre en place les projets développés.

⁶ Afin d'assurer la cohérence du texte, nous avons fait le choix maintenir le terme « centre jeunesse » pour décrire le milieu dans lequel la recherche a été réalisée, malgré les transformations institutionnelles. Sur le terrain, les partenaires continuent d'ailleurs de référer à cette appellation pour décrire leur milieu de travail.

Ce rapport de recherche vise à tracer le bilan des différents éléments de cette démarche d'intervention : état des connaissances, objectifs de recherche, éléments méthodologiques, résultats colligés et projets développés, analyse et discussion. Un effort a été fait pour tenter de présenter les différentes sections du texte de façon à ce que les lecteurs puissent avoir une vision d'ensemble de la démarche qui intègre les données quantitatives et qualitatives.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 État de la question

Les problèmes de santé psychologique constituent aujourd'hui la cause première d'absence de courte et de longue durées dans les pays occidentaux. Ils génèrent des coûts élevés pour les organisations (Brun *et al.* 2003; Hemp, 2004; Sainsbury Centre for Mental Health, 2007; Harvey *et al.* 2017) qui se mesurent non seulement par l'absentéisme des travailleurs, mais, aussi, par du présentéisme, par un taux élevé de roulement du personnel et, aussi, par une perte de productivité significative (Sultan-Taïeb, 2012).

Certains métiers, notamment ceux de relation d'aide, où on exerce un travail *a priori* « émotionnellement exigeant » (TÉE) – caractérisé par la présence d'une demande émotionnelle élevée en grande partie attribuable au contact direct avec une clientèle fragilisée, combinée au manque de ressources nécessaires pour gérer cette demande⁷ –, se trouvent particulièrement exposés aux effets délétères pour la santé et la sécurité (SST) des travailleurs (Barford et Whelton, 2010; Cheng *et al.*, 2000; Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Depanfilis et Zlotnik, 2008; Gamassou et Moisson-Duthoit, 2012 ; Huggard *et al.*, 2011; Huggard et Dixon, 2013; Lizano et Mor Barak, 2012 et 2015; Mandell *et al.*, 2013 ; Slocum-Gori *et al.*, 2013; Stansfeld *et al.*, 2012 ; van Vechel *et al.*, 2004). Ces métiers s'exercent par surcroît dans un contexte où les clientèles tendent à s'alourdir, où le risque de subir de la violence physique ou psychologique est accru (Newhill and Wexler, 1997) et où les contraintes organisationnelles sont croissantes (Astvik *et al.*, 2012; Granley, 2000; Hochschild, 1983; Tham et Maegher, 2008). Au Québec, le TÉE⁸ toucherait 63 % des travailleurs des secteurs public et parapublic, dont une proportion importante exerce des emplois en relation d'aide (ex. : personnel du réseau de la santé et des services sociaux, personnel de l'éducation), par rapport à 48 % de l'ensemble de travailleurs et certaines catégories d'emploi seraient plus particulièrement affectées, dont celles des professionnels (60,5 %), des semi-professionnels et des techniciens (58,8 %) ainsi que le personnel-cadre (57 %) (Vézina *et al.*, 2011).

2.1.1 Le travail dans les services de protection à l'enfance

L'univers du travail dans les services de protection à l'enfance constitue un des secteurs d'activité où le risque pour les travailleurs est particulièrement élevé en matière de santé psychologique au travail. Les effets du travail émotionnellement exigeant sont d'ailleurs de plus en plus étudiés, notamment au regard de l'épuisement professionnel, de l'absentéisme et du roulement du personnel (Antonopoulou *et al.*, 2017; Astvik *et al.*, 2012, Boyas et Wind, 2010; Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Dagan *et al.*, 2016; Font, 2012; Hansung, 2011; Krueger, 2002; Lizano et Mor Barak, 2012; Rochelle, 2015; Tham et Meagher, 2008; Zell, 2006). Ainsi, au Québec, parmi les institutions principalement touchées par le TÉE, on trouve les centres jeunesse (CJ). Les conditions d'exercice du travail dans ce secteur sont en effet excessivement stressantes et éprouvantes (Boyas et Wind, 2010), en raison notamment du type de clientèle

⁷ Cette définition du travail émotionnellement exigeant s'appuie à la fois sur la littérature sur la demande émotionnelle (De Jonge et Dormann, 2003) et, aussi, sur l'analyse des entrevues réalisées avec le personnel du Centre jeunesse où les travailleurs ont été amenés à définir ce concept (Bolduc *et al.*, 2013).

⁸ Données tirées de l'EQCOTESST, où on a mesuré le travail émotionnellement exigeant par l'utilisation d'une question unique, tirée du COPSOQ (Kristensen 2005) : *Je trouve mon travail émotionnellement exigeant.*

desservi et des conditions de plus en plus exigeantes du travail (Annie E Casey Foundation, 2003; Hansung, 2011; Yatamani *et al.*, 2009). Les effets du travail auprès de la clientèle des centres jeunesse et, tout particulièrement, ceux associés à l'exposition à la souffrance de la clientèle sur le personnel d'intervention en CJ sont d'ailleurs de mieux en mieux connus (Beaulieu et Tardif, 2010; Nadeau, 2010).

Au cours des dernières décennies, le secteur des services sociaux a été exposé à des transformations importantes. Il en est ainsi du secteur plus spécifique des services d'aide à l'enfance⁹ qui a subi, ici comme ailleurs dans les pays industrialisés, des changements majeurs – coupures budgétaires et pressions du rendement, modalités de travail davantage orientées vers les processus – qui ont favorisé une augmentation de la charge de travail, en quantité et en complexité, et une diminution des ressources (Astvik *et al.*, 2012; Gamassou et Moisson-Duthoit, 2012; Tham et Meagher, 2008). La plus récente de ces transformations étant la réforme majeure du réseau de la santé et des services sociaux amorcée en 2015. Ces restructurations successives entraînent, le plus souvent, une révision en profondeur de certaines pratiques et l'instauration de nouvelles politiques et procédures qui tendent à complexifier le travail. À ces nouvelles contraintes organisationnelles s'ajoute aussi la transformation progressive de la clientèle du secteur jeunesse (Institut de la Statistique du Québec, 2012; Laporte, 2007) qui rend la tâche d'intervention de plus en plus lourde et qui constitue un des facteurs de risque liés au taux de roulement de personnel élevé chez les intervenants en CJ (Tremblay et Joly, 2009).

2.1.2 Un contexte de travail particulièrement lourd

En effet, les travailleurs œuvrant en contact direct auprès de jeunes et de familles fragilisés sont particulièrement exposés à des interactions émotionnellement intenses et prolongées avec les enfants dont ils prennent soin (Eastwood et Ecklund, 2008). Les carrières dans le secteur des services de l'aide à l'enfance sont d'ailleurs considérées comme faisant partie de celles qui sont les plus épuisantes émotionnellement dans l'industrie des services sociaux (Kruger, 2002). Plusieurs facteurs peuvent contribuer à accentuer ce risque. D'abord, la nature même du travail joue un rôle important. Les services d'aide à l'enfance s'exercent auprès d'une clientèle particulièrement fragilisée, ce qui constitue un enjeu majeur sur le plan de la santé psychologique pour ces travailleurs, enjeu sur lequel il est par ailleurs difficile d'agir directement en vue d'en atténuer l'importance et, donc, les effets potentiellement délétères sur leur santé (Beaulieu et Tardif, 2010; Nadeau, 2010).

Plusieurs auteurs ont d'ailleurs abordé cette question en référant plus spécifiquement au concept de *fatigue de compassion – une condition qui est essentiellement attribuable au rôle d'empathie*¹⁰ – qui touche particulièrement les travailleurs qui exercent un travail en relation d'aide (Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Eastwood et Ecklund, 2008; Figley, 1995; Huggard *et al.*, 2011; Ray *et al.*, 2013; Stamm, 1995; Xanthopoulou *et al.*, 2013). Il est vrai que ceux qui travaillent au sein de ces services sont exposés sur une base régulière aux abus et à la négligence envers les enfants, à la violence familiale et à de multiples expériences traumatiques, à des histoires dérangeantes et à des résultats qui ne vont pas dans le sens

⁹ Au Québec, on réfère plus spécifiquement aux services offerts dans les centres jeunesse qui ont été intégrés au cours des dernières années au sein des services offerts par les Centres intégrés de santé et de services sociaux.

¹⁰ Certains auteurs réfèrent plutôt au concept de *traumatisme vicariant* ou de *stress traumatique secondaire* pour décrire ce phénomène. (Saakvitne et Pearlman, 1996; Ofosky 2011).

désiré (Osofsky, 2011), ce qui laisse des traces. Une étude réalisée auprès d'un service canadien de protection à l'enfance dans le milieu hospitalier a d'ailleurs démontré qu'un tiers d'entre eux souffraient d'épuisement émotionnel (De Jonge *et al.*, 2000). Mandell et ses collègues (2013) rapportent un taux d'épuisement émotionnel de plus de 35 % chez une population de travailleurs du secteur de l'aide à l'enfance. D'autres études font état d'un *niveau de stress traumatique secondaire* élevé ou de *détresse post-traumatique élevée* (Boyas et Wind, 2010; Caringi *et al.* 2017; Conrad et Kellar-Guenther, 2006; Mandell *et al.*, 2013; Zell, 2006) chez une population similaire.

Les connaissances actuelles démontrent aussi que d'autres indicateurs semblent particulièrement révélateurs des effets du travail dans le secteur de l'aide à l'enfance. En effet, certaines études font état de la présence d'un taux élevé d'*épuisement professionnel*, une condition davantage attribuable aux conditions de travail qui survient en réponse aux stressseurs liés à l'organisation de travail (Barford et Whelton, 2010; Boyas et Wind, 2010; Ellett *et al.*, 2007; Hansung, 2011; Lizano et Barak, 2012; Stalker *et al.*, 2007; Sprang *et al.*, 2011). Cette forte exposition aux risques se traduit aussi par un taux élevé de roulement de personnel (Barford et Whelton, 2010; DePanfilis et Zlotnik, 2008; Ellett, 2008; Lizano et Mor Barak, 2012; Mandell *et al.*, 2013; Van Hook *et al.*, 2008; Yatamani *et al.*, 2009). Outre les effets sur la santé de plus en plus connus chez le personnel voué à l'intervention, le personnel d'encadrement, qui occupe un rôle crucial dans le maintien des conditions favorables à la santé des travailleurs de terrain, est lui aussi exposé à certaines contraintes de travail. Une mobilité croissante est d'ailleurs également observée chez ce groupe, comme c'est le cas plus globalement dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) depuis quelques années¹¹ de sorte qu'il apparaît nécessaire de se pencher également sur les conditions de travail de plus en plus contraignantes des cadres pour expliquer ce phénomène grandissant de roulement (Bolduc et Baril-Gingras, 2010; Trudel *et al.*, 2005).

Certaines études rapportent par ailleurs des résultats plus nuancés qui font état de la complexité de la réalité de ce groupe de travailleurs et qui permettent de remettre à la fois en perspective les différentes formes d'atteinte à la santé et, éventuellement, certains facteurs de protection propres à ce type de profession, notamment la présence de *satisfaction de compassion* qui viendrait atténuer les conséquences de la fatigue de compassion (Figley *et al.*, 2011) ou le syndrome d'épuisement professionnel (Font, 2012). Ainsi, dans une étude réalisée au Colorado, alors que la moitié des travailleurs œuvrant dans le domaine de l'aide à l'enfance participant à la recherche a démontré un taux élevé ou très élevé de fatigue de compassion, seulement 7,7 % d'entre eux ont obtenu un taux d'épuisement professionnel élevé ou très élevé (Conrad et Kellar-Guenther 2006). Kruger (2002), dans la même veine, avait aussi constaté que malgré un épuisement émotionnel et physique marqué, les travailleurs demeuraient malgré tout bien engagés et qu'ils conservaient des niveaux de fierté et d'accomplissement élevés.

Comme le démontrent ces deux dernières études, des facteurs semblent donc, dans une certaine mesure, protéger ces travailleurs des effets délétères liés au travail émotionnellement exigeant. Plusieurs des travailleurs de ces organisations réussiraient ainsi à développer des stratégies individuelles pour atténuer les effets psychologiques du travail émotionnellement exigeant (Eastwood et Ecklund, 2008). Cependant, ces stratégies sont peu étudiées et encore

¹¹ Le taux de roulement du personnel d'encadrement, qui a augmenté de 9 % depuis 2005-2006, s'élevait à 12,85 % en 2009-2010 pour les établissements membres de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011).

moins celles sur les stratégies organisationnelles disponibles pour permettre à ces travailleurs de maintenir un équilibre salubre pour leur santé. Astvik et Melin (2012) ont par ailleurs récemment tenté de recenser différents modèles de stratégies d'adaptation (*coping*) « organisationnelles » (ex. : rencontres d'équipe, supervision d'équipe, espaces de parole, stratégies de soutien social) qu'utilisent les travailleurs des services sociaux des services à l'enfance afin de gérer le déséquilibre entre les fortes demandes et le manque de ressources. Ils ont également voulu vérifier quels impacts ces différentes stratégies avaient tant sur la santé de ces employés que sur la qualité du service. Les résultats de cette recherche illustrent que, sur une base individuelle, en l'absence des conditions de travail et des structures organisationnelles adéquates, les travailleurs tendent à recourir à des stratégies compensatoires afin de gérer les demandes accrues pour tenter de maintenir les niveaux de performance attendus; quand ces efforts compensatoires ne sont pas suffisants, ils peuvent être tentés d'ajuster à la baisse leur prestation, ce qui peut avoir un impact négatif sur la qualité du service offert. Cette étude illustre ainsi que, sans encadrement organisé pour agir de façon préventive sur la charge ressentie par les travailleurs, ces travailleurs utilisent spontanément des stratégies défensives individuelles qui n'exigent pas de transformations organisationnelles.

2.1.3 Le développement de modalités préventives

Ainsi, malgré la reconnaissance de la nature spécifique du travail émotionnellement exigeant chez les travailleurs des services d'aide à l'enfance et les effets néfastes sur leur santé et même sur les organisations qui les emploient, les modalités préventives qui pourraient agir sur les effets potentiellement délétères de l'exposition au travail dans ce type de services sont encore fragmentaires (Bercier et Maynard, 2015; Carangi *et al.* 2017). Globalement, la prévention chez ces travailleurs est le plus souvent abordée sous forme de stratégies individuelles (Busch, 2013) alors que les connaissances actuelles convergent surtout vers l'importance de développer des interventions organisationnelles appropriées pour prévenir les effets du travail émotionnellement exigeant chez les travailleurs du réseau de la protection de l'enfance. Il existe ainsi un réel besoin de réaliser des recherches portant sur les interventions organisationnelles afin de trouver des façons d'avoir accès aux ressources nécessaires pour créer des environnements de travail qui offrent un soutien permettant aux travailleurs de développer des stratégies qui ne vont pas à l'encontre de leur santé et de la qualité des services offerts (Astvik *et al.* 2012; Glisson *et al.*, 2006). L'état des connaissances converge donc vers le besoin d'effectuer des recherches sur les interventions et l'évaluation de l'implantation de ces interventions, avant de conclure à leur efficacité (Conrad et Kellar-Guenther, 2006). L'identification de stratégies préventives efficaces nécessite toutefois, comme le soulignent Seidler et ses collègues (2014), le recours à des études adoptant une grande rigueur méthodologique.

Une littérature de plus en plus riche existe sur les interventions organisationnelles visant, globalement, à agir sur la santé psychologique des travailleurs. Ainsi, depuis le début des années 2000, des interventions organisationnelles destinées à produire des effets durables sur la santé et la sécurité des employés ont été de plus en plus développées par les chercheurs des pays occidentaux, par rapport aux interventions plus traditionnelles ciblant plus particulièrement les comportements individuels. En effet, le contenu de ces interventions (c.-à-d. les activités élaborées dans le cadre du programme) est de mieux en mieux documenté et les connaissances sur les effets de ces interventions commencent à émerger (Jauvin *et al.*, 2014; Montano *et al.*, 2014), bien que les connaissances sur les méthodologies d'évaluation de

ces interventions organisationnelles soient, elles, encore relativement limitées (Karanika-Murray *et al.*, 2016). Par exemple, il est maintenant plus largement reconnu que des interventions plus globales, misant sur plusieurs cibles, à des niveaux organisationnels distincts, sont plus susceptibles de produire des améliorations sur la santé que celles qui sont restreintes à une cible unique (Montano *et al.*, 2014). La recherche produite jusqu'ici démontre également l'intérêt accru pour l'adoption d'une approche participative dans le contexte de ces interventions dorénavant conçues comme étant des projets collectifs (Gold, 1998; Jacobs *et al.*, 2018; McVicar, 2016; Nielsen, 2013.). Les connaissances sur les processus d'implantation des interventions, qui permettent de mieux connaître les facteurs facilitant ou entravant leur implantation, sont plus récentes et encore parcellaires (Egan *et al.* 2009; Jauvin *et al.*, 2014; Jenny *et al.*, 2015; Murta *et al.*, 2007; Nielsen 2013). Cela dit, il n'existe pas, à la connaissance des auteurs, de savoirs spécifiques sur les interventions à mettre en place pour prévenir les effets du travail émotionnellement exigeant et, donc, sur les cibles spécifiques à viser pour agir de façon appropriée.

La littérature ne nous permet donc pas de déterminer, à partir d'interventions déjà réalisées et évaluées, les cibles les plus pertinentes dans le secteur de l'aide à l'enfance. Plusieurs facteurs ont toutefois été dégagés de la littérature comme étant des cibles potentielles d'intervention auprès de ces travailleurs tels l'autonomie au travail, le soutien des superviseurs et des collègues, la création d'un environnement favorisant la coopération entre les employés, l'amélioration de la communication, la révision de la charge de travail, l'offre d'une formation adéquate et un sentiment de sécurité accru (Astvik *et al.*, 2012; Boyas et Wind, 2010; Barfod et Whelton, 2010; Osofsky, 2011; Stalker *et al.*, 2007).

Le soutien social, notamment celui des supérieurs, est reconnu pour jouer un rôle particulièrement important pour contrer les effets de certaines contraintes de travail (Chung et Chun 2015; Dagan *et al.*, 2016; Harvey *et al.*, 2017; McVicar, 2016). L'état des connaissances actuelles invite en effet à étudier de façon plus attentive ce groupe en tant qu'« acteur clé » de la conception et de la mise en place des interventions et donc, à colliger également de l'information sur leur rôle plus spécifique et la façon dont ils l'assument. Ce rôle des superviseurs ou des supérieurs immédiats a pourtant jusqu'ici été assez largement éludé dans les recherches portant sur le développement des interventions préventives en matière de santé psychologique au travail (Caouette *et al.* 2014; Nielsen, 2013). Or, plusieurs recherches démontrent que ces gestionnaires de premier niveau jouent un rôle crucial dans l'implantation des interventions, pouvant faire en sorte que celles-ci soient un succès ou, au contraire, un échec (Biron *et al.*, 2010; Bjorklund *et al.*, 2007; Coyle-Shapiro, 1999; Randall *et al.*, 2005). Comme le souligne Nielsen (2013), il est dorénavant nécessaire d'intégrer les gestionnaires de premier niveau (*line managers*) dans l'élaboration des interventions afin de développer une compréhension théorique commune ainsi que des mesures qui cernent les rôles des employés tout comme ceux des supérieurs immédiats et qui intègrent les connaissances liées aux rôles des employés et des supérieurs immédiats de façon proactive. Ce rôle crucial joué par les gestionnaires de premier niveau dans le développement d'interventions dans le secteur de l'aide à l'enfance a d'ailleurs été notamment soulevé par Ellett (2008). Celle-ci insiste sur l'importance du soutien que les personnes en situation de gestion peuvent apporter aux travailleurs exposés à un contexte de pressions internes et externes importantes. Elle souligne également le lien entre la présence d'un supérieur soutenant et le désir des employés de demeurer en emploi. Sprang et ses collègues (2011) ont aussi précisé l'importance de développer des interventions organisationnelles élaborées spécifiquement pour les travailleurs

des services à l'enfance en insistant sur le fait que les superviseurs constituent des joueurs clés dans le développement de ces interventions.

2.2 Énoncé de la problématique

Les effets d'un TÉE sur la santé psychologique et physique et les coûts qui y sont associés sont de plus en plus documentés : détresse psychologique, perception négative de l'état de santé, présence de troubles musculosquelettiques, etc. (Vézina *et al.*, 2011). Ainsi, l'importance de mettre en place des interventions organisationnelles afin d'agir de façon préventive sur les effets potentiels de l'exposition à un contexte de travail qui impose une demande émotionnelle accrue ne fait plus de doute (Harvey, 2017; Vézina *et al.*, 2011); toutefois, les modalités d'intervention spécifiques à cette problématique sont, elles, encore assez peu développées. Il est néanmoins reconnu que l'organisation doit occuper un rôle central dans le développement et l'implantation de ces interventions préventives (Jauvin *et al.*, 2014), notamment les personnes qui occupent un rôle d'encadrement direct auprès des travailleurs (Nielsen, 2013).

L'originalité du présent projet de recherche est donc de développer des connaissances portant sur les interventions appropriées pour prévenir les effets du travail émotionnellement exigeant chez les travailleurs d'un centre jeunesse. L'originalité de l'étude repose plus spécifiquement sur deux aspects. D'abord, elle permet de poser un regard plus rigoureux sur le rôle des gestionnaires de premier niveau dans le développement des interventions préventives, jusqu'ici peu exploré. Et ce en se penchant non seulement sur les travailleurs (employés, professionnels), mais aussi sur le personnel d'encadrement qui supervise les équipes cliniques, directement touchées par le développement des stratégies préventives en tant qu'acteurs clés qui peuvent eux aussi bénéficier de ces interventions. Ensuite, elle porte une attention plus soutenue à l'étude des facteurs de protection déjà présents dans l'organisation.

3. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif principal de cette étude consiste à implanter et à évaluer une intervention préventive visant à contrer les effets du travail émotionnellement exigeant chez les travailleurs d'un centre jeunesse. L'intervention est définie comme étant les changements organisationnels implantés pour réduire concrètement les effets du travail émotionnellement exigeant.

Les objectifs spécifiques de la recherche sont les suivants:

- 1) Cerner les facteurs de risque présents au CJ ainsi que les facteurs de protection;
- 2) Développer des interventions appropriées pour diminuer les facteurs de risque;
- 3) Évaluer le processus d'implantation de l'intervention;
- 4) Évaluer les effets de l'intervention sur :
 - a) Les facteurs de risque et de protection (demande psychologique, latitude décisionnelle, reconnaissance, soutien social, violence de la clientèle, satisfaction de compassion);
 - b) Les impacts du TÉE sur le personnel (fatigue de compassion, épuisement professionnel, perception de l'état de santé, absentéisme, présentéisme).

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Éléments méthodologiques généraux

4.1.1 *Cadre théorique*

Cette recherche portant sur le développement d'une intervention de prévention primaire se fonde sur le cadre proposé par Goldenhar *et al.* (2001), qui se décline en 3 phases : 1) le développement (l'identification *a priori* des risques ciblant des priorités sur lesquelles agir); 2) l'implantation (la mise en œuvre d'une intervention cohérente avec ces cibles); 3) l'évaluation de l'intervention (l'étude de l'efficacité de l'intervention.). Ce modèle a déjà été utilisé par la présente équipe de recherche et a donné de nombreux résultats positifs et probants (Bourbonnais *et al.*, 2012; Bourbonnais *et al.*, 2011; Bourbonnais *et al.*, 2005; Jauvin *et al.*, 2014). Dans le contexte spécifique de la présente recherche dans un centre jeunesse, le modèle a été bonifié par le recours à une analyse plus poussée du processus de développement des interventions et de l'effet anticipé des projets élaborés.

L'étude proposée visait aussi à bonifier ce cadre d'intervention en y ajoutant des éléments peu présents jusqu'ici : l'intégration du personnel de gestion en tant que cible de l'intervention, au même titre que les employés, et un accent plus important sur les facteurs de protection présents dans l'organisation (plutôt que centré essentiellement sur les facteurs de risque) pouvant servir de levier au développement des interventions.

La phase de développement a d'abord permis de consolider les conditions de succès de l'intervention et de s'assurer que les changements proposés reposaient sur des ancrages théoriques solides permettant d'intervenir sur les véritables causes du problème. Au chapitre des conditions de succès, l'équipe de recherche s'est assurée au préalable du soutien de la haute direction¹², de l'implication de tous les niveaux hiérarchiques et de la participation des travailleurs à la discussion des problèmes et à la recherche de solutions (Jauvin *et al.*, 2014; Vézina *et al.*, 2004).

La phase d'implantation visait à s'assurer de la mise en œuvre réelle des changements identifiés lors de la phase précédente. Le suivi de cette implantation a été assuré par diverses stratégies de collectes de données qualitatives permettant d'analyser de façon systématique les changements organisationnels introduits dans le milieu, le contexte dans lequel s'est inscrite l'intervention, les facteurs qui ont entravé ou facilité son implantation et la prise en charge de la démarche par le milieu.

La phase d'évaluation visait à déterminer dans quelle mesure l'intervention pouvait contribuer à réduire les effets du travail émotionnellement exigeant. Cette phase, telle que conçue à l'origine, devait permettre l'évaluation du processus d'intervention et, également, de la nature et de l'intensité de l'intervention. Cependant, en raison du contexte de transformations majeures auquel le milieu a été exposé, l'implantation des projets élaborés par le GSI a été prolongée de façon importante, ce qui n'a pas permis de prendre une mesure post-intervention, comme prévu

¹² Un formulaire d'entente a été signé par toutes les parties concernées afin de s'assurer de l'adhésion au projet et de formaliser les engagements de chacun.

initialement. Une seconde prise de mesures (temps 2) a été réalisée, au moment où les interventions commençaient à peine à être déployées, cela permettant d'avoir notamment accès à une mise à jour des différents indicateurs. L'implantation des projets devra être complétée au cours de la prochaine étude, par le recours planifié à une prise de mesures supplémentaires.

Ces trois phases reposent sur l'utilisation complémentaire de méthodes de recherche quantitatives et qualitatives. Afin d'évaluer les effets de l'intervention (phase 3 du modèle d'intervention), l'équipe a pris appui sur un modèle largement reconnu dans la littérature sur le stress au travail et les interventions préventives, soit le modèle de Job Demands-Ressources (JD-R) (Bakker et Demerouti, 2017; Demerouti *et al.*, 2001). Ce modèle de JD-R considère que le stress est une réponse au déséquilibre entre les demandes exigées d'un individu et les ressources dont celui-ci dispose pour y répondre. C'est l'interaction entre les demandes (c.-à-d. les aspects psychologiques, sociaux et organisationnels du travail qui requièrent un effort ou des habiletés physiques et/ou psychologiques, cognitives ou émotionnelles) et les ressources (c.-à-d. les caractéristiques du travail ou les caractéristiques personnelles qui contribuent à réduire les demandes) qui détermine l'impact de l'environnement de travail sur le développement du syndrome d'épuisement professionnel. Plus l'écart entre les demandes et les ressources s'accroît, plus le travailleur risque de se retrouver en situation d'épuisement professionnel et moins le travailleur dispose de moyens, moins grand est son engagement (Bakker et Demerouti, 2007; Demerouti *et al.*, 2001; Xanthopoulou, *et al.*, 2013). Ce modèle constitue donc un cadre d'analyse qui permet d'examiner à la fois la dimension stressante du travail (les demandes) ainsi que sa dimension motivationnelle (les ressources).

4.1.2 Devis

La population étudiée se compose de travailleurs du CJ ayant un mandat d'intervention directe auprès de la clientèle et des cadres de premier niveau qui supervisent les équipes en contact étroit avec la clientèle. Au moment où a été réalisée la recherche, il s'agissait plus précisément des employés et des chefs issus du Programme jeunesse (secteur hébergement en réadaptation, équipes de 2^e ligne, réadaptation externe et ressources de type familial) de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), de même que des employés du secteur de la sécurité qui relèvent pour leur part des Services techniques du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS).

Pour des fins de traitement et d'analyse des données, quatre groupes distincts ont été constitués, en fonction des mandats exercés par les répondants : 1) équipe « support » (agents d'intervention, surveillants d'établissement et gardiens de résidence), 2) éducateurs, 3) agents de ressources humaines (ARH), technicien en assistance sociale (TAS) et psychologue, 4) chefs de service.

Le devis utilise à la fois des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives (voir figure 1) qui sont hautement complémentaires.

PHASE	1. DÉVELOPPEMENT	2. IMPLANTATION	3. ÉVALUATION
	<p>Quelle est l'exposition aux facteurs de risque et de protection chez les travailleurs et chez les cadres de 1^{er} niveau? Quels changements sont requis? Quelle est la meilleure façon de favoriser les changements? Quelles sont les ressources (personnelles et organisationnelles) disponibles?</p>	<p>Quels sont les changements apportés? Comment se déroule le processus d'implantation? Comment évaluer la qualité de ces changements? Combien de personnes sont affectées par ces changements?</p>	<p>Dans quelle mesure l'intervention *réduit-elle : les facteurs de risque? *bonifie : les facteurs de protection? Dans quelle mesure l'intervention réduit-elle les effets du TÉE sur le personnel? Dans quelle mesure l'intervention améliore-t-elle la santé et la sécurité du personnel?</p>
MÉTHODE			
QUANTITATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures avant l'intervention. (Questionnaire) 		<ul style="list-style-type: none"> • Mesures 12 mois après l'intervention (questionnaire)
QUALITATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Entrevues avec informateurs clés (22)</i> ² • <i>Entrevues de groupe (6)</i> ² • Entrevues complémentaires avec informateurs clés (8) • Formation du GSI (Groupe de soutien à l'intervention) • Observation participante 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des changements auprès du GSI • Analyse du processus d'implantation et de prise en charge • Suivi des changements auprès d'informateurs clés • Observation participative • Suivi de l'implantation auprès d'informateurs clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi des changements auprès d'informateurs clés

Figure 1. Phases et méthodes de la recherche (1)

1 Adaptation de Goldenhar *et al.* 2001

2 L'italique souligne que les stratégies sont réalisées en phase présuvention

Les trois phases du modèle présenté (figure 1) font partie de l'étude. Cependant, la phase de développement (phase I) était déjà partiellement couverte par l'étude exploratoire déjà réalisée (sept. 2012 - avril 2013)¹³ au sein de l'établissement. L'engagement du milieu avait été officialisé par la signature d'une entente formelle entre les partenaires ; 22 entrevues exploratoires auprès d'informateurs clés avaient aussi été réalisées. Dans une phase subséquente, toujours préalable à la présente étude, six entrevues de groupe (un groupe « employés », un groupe « professionnels », un groupe « cadres », suivis de trois groupes « mixtes ») avaient été réalisées au cours de l'automne 2013 afin de mieux cerner les « objets »

¹³ Le milieu, de façon paritaire, a subventionné cette première phase exploratoire de la démarche.

d'intervention et les « cibles » plus spécifiques, sur la base des premiers constats issus des entrevues exploratoires. Une dernière série de huit entrevues auprès d'informateurs clés a été ajoutée au devis afin de mettre à jour le portrait initial du milieu, en raison du contexte de transformations majeures (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*). Ces entrevues ont donc été réalisées dans le contexte de la présente étude, avant la constitution du Groupe de soutien à l'intervention (GSI) paritaire, qui a constitué le moteur principal du processus d'intervention. Ce groupe, disposant d'une structure participative paritaire, a été constitué afin d'actualiser la recherche de solutions et de formaliser les opérations nécessaires pour assurer l'implantation du plan d'action. Un appel à tous a permis de recueillir le nom de participants volontaires et la composition du GSI a été déterminée par consensus par les membres du Comité aviseur qui ont pris appui sur un ensemble de paramètres tels : secteur, sexe, ancienneté, quart de travail, qualités recherchées (connaissance du milieu de travail, crédibilité auprès des collègues, leadership). C'est via ce GSI, qui s'est rencontré sur une base régulière, qu'ont été développées et implantées – à la lumière des résultats des phases préliminaires de recherche et du questionnaire préintervention – les mesures préventives locales. Les membres du personnel participant au GSI ont été libérés pour participer aux activités. Afin de leur permettre d'exercer ce rôle de façon optimale, ils ont été outillés et accompagnés par l'équipe de recherche.

Les phases II et III du modèle ont permis d'identifier les facteurs qui favorisent l'implantation des recommandations afin d'évaluer l'efficacité de la démarche. Alors que la phase d'implantation (phase II) a été réalisée à l'aide de méthodes qualitatives (voir sous-section 4.3) afin d'étudier de façon systématique les changements organisationnels introduits dans le milieu, le contexte dans lequel s'est déroulée l'intervention, les facteurs qui ont entravé ou facilité son implantation et la prise en charge de la démarche par le milieu, la phase d'évaluation (phase III), partiellement réalisée en raison du contexte de transformation, a été assurée par un devis quasi expérimental de type avant-après. Des entrevues auprès d'informateurs clés ont permis d'effectuer un suivi de type qualitatif des changements et d'observer le processus de pérennisation du déroulement de l'intervention. La participation des chercheurs au GSI a permis de recueillir de l'information utile au processus d'évaluation.

4.2 Méthodes quantitatives

Pour procéder à l'évaluation des effets de l'intervention, un questionnaire contenant des outils de mesure validés été administré à deux reprises¹⁴ : temps 1 « prédéveloppement » (printemps 2016) : avant l'amorce de l'élaboration des interventions; temps 2 « préimplantation » (automne 2017) : vers la fin du développement des interventions, mais avant l'implantation formelle des projets. Une troisième mesure, temps 3 (« postintervention »), est prévue en 2019.

¹⁴ Le contexte de transformations majeures du milieu a généré de nombreux changements entre la première prise de mesures et le moment où l'implantation a pris forme. Afin de s'assurer de dresser un portrait plus juste de la situation pré et postimplantation, il a été convenu, avec les partenaires du milieu de procéder à une mesure « préimplantation » qui devient la mesure de référence pour évaluer les effets de l'intervention.

4.2.1 Échantillon, recrutement et collecte des données

4.2.1.1 Temps 1 : prédéveloppement

La première collecte de données par questionnaire a eu lieu du 18 février au 30 avril 2016. À partir d'une liste d'employés fournie par le milieu, un membre de l'équipe de recherche a attribué à chacun des employés un numéro de code. Ce numéro de code permet de faire la comparaison entre les réponses aux questionnaires aux différentes prises de mesure. Les questionnaires ainsi codés ont été placés dans une enveloppe avec le formulaire de consentement et deux enveloppes de retour : une pour le questionnaire et l'autre pour le formulaire. Chacune des enveloppes a été cachetée et identifiée au nom de la personne à qui elle était destinée. Les chefs de service ont reçu les enveloppes des membres de leur équipe et ont été responsables de la distribution de celles-ci. Ils ont été invités, dans la mesure du possible, à accorder au personnel du temps (environ 30 minutes) pour remplir leur questionnaire lors d'une réunion d'équipe. Outre l'information véhiculée par les chefs, les employés ont aussi été informés qu'ils auraient la possibilité de répondre au questionnaire par le biais de l'info-RIPOST Vol.2, no.1 (Voir annexe A). Certains questionnaires ont été postés au domicile de personnes qui s'étaient absentes du travail au maximum trois mois avant le début de la collecte des données. Ces envois ont été effectués par les ressources humaines et étaient accompagnés d'une lettre cosignée par les parties patronale et syndicale, qui expliquait la démarche et insistait sur l'aspect volontaire de la participation.

Le questionnaire a été acheminé à toute la population à l'étude. Des 383 questionnaires acheminés, 264 questionnaires ont été remplis et retournés à l'expéditeur. Toutefois, la liste de 383 employés fournie par le milieu a dû être révisée puisqu'elle incluait des travailleurs non ciblés par la recherche (ex. : adjointes administratives) et des personnes qui étaient absentes des lieux de travail plus de trois mois avant l'administration du questionnaire. Ainsi, 32 personnes ont été retranchées de la liste; de ce nombre, 12 questionnaires remplis ont dû être rejetés pour un total de 253 questionnaires valides sur une possibilité de 351 (nombre de personnes sur la liste finale). Le taux de réponse est donc, au temps 1, de 72,08 %. Aucun questionnaire n'a été retourné avec la mention « refus de participer ».

4.2.1.2 Temps 2 : préimplantation

La collecte de données par questionnaire a eu lieu entre le 11 septembre et le 3 novembre 2017. Comme lors du temps 1, la liste d'employés a été fournie par le milieu. Le numéro de code sur le questionnaire a été réutilisé pour les employés ayant participé au temps 1, alors qu'un nouveau code a été créé pour les nouveaux participants au temps 2. La procédure de cueillette des données a été la même aux deux temps.

Le questionnaire a été acheminé à toute la population à l'étude soit 388 personnes. Au total, 240 questionnaires ont été remplis et retournés à l'équipe de recherche. Le taux de réponse est donc de 62 %. Aucun questionnaire n'a été retourné avec la mention « refus de participer ». Certains enjeux auxquels l'équipe de recherche a dû répondre lors de la collecte de données doivent être soulignés. D'une part, il a été plus laborieux pour le milieu de fournir la liste d'employés rapidement à l'équipe de recherche en raison d'un changement de système informatique au Service des ressources humaines. D'autre part, lors de la remise des questionnaires aux chefs de service, certains d'entre eux avaient quitté leur emploi, ce qui a

compliqué la distribution dans ces équipes (les chefs de service chargés de l'intérim étaient difficiles à rejoindre).

4.2.2 Outils

Questionnaire prédéveloppement

Le questionnaire prédéveloppement destiné au personnel totalisait 111 questions. Celui destiné aux cadres a été adapté et quelques items ont été ajoutés pour un total de 113 questions. Pour les détails relatifs à ces différences, voir les explications ci-dessous dans la section concernant l'instrument ProQOL.

Questionnaire préimplantation

Le questionnaire *préimplantation* destiné au personnel comportait 111 questions tandis que celui destiné aux cadres en totalisait 113. Dans les deux versions du questionnaire *préimplantation*, des questions ont été ajoutées afin de mesurer l'exposition à l'intervention.

4.2.3 Les variables prises en compte dans l'évaluation quantitative

Les variables indépendantes découlent d'un modèle reconnu sur le stress au travail et les interventions préventives, soit le modèle de Job Demands-Ressources (JD-R) (Demerouti *et al.*, 2001) déjà présenté à la section 4.1.1. Les questionnaires ont permis de colliger des données sur les trois principales dimensions du modèle de JD-R : les *demandes* (demande psychologique, exposition à la violence, exposition au travail émotionnellement exigeant, changements organisationnels, efforts extrinsèques), les *ressources* (du travail : latitude décisionnelle, reconnaissance, soutien social, satisfaction de compassion) et les *effets* (épuisement professionnel, fatigue de compassion, perception de l'état de santé, surinvestissement, détresse psychologique, absentéisme, présentéisme).

Certains des instruments utilisés pour mesurer ces dimensions intègrent des éléments qui appartiennent à plusieurs de ces catégories (demandes, ressources, effets). Dans cette section méthodologique, une description globale de ces instruments est d'abord proposée; toutefois, la présentation des détails en fonction des catégories a été regroupée.

La demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social et la reconnaissance ont été mesurés à partir des instruments développés pour les modèles de Karasek et de Siegrist qui ont été validés en langue française (Brisson *et al.*, 1998; Karasek *et al.*, 1998; Kessler *et al.*, 2002; Karasek, 1979; Karasek et Theorell, 1990; Niedhammer *et al.*, 2000; Siegrist, 2002). Ces variables ont été associées, dans de nombreuses recherches antérieures, à une série d'effets sur la santé physique et mentale (Amick *et al.*, 1998; Cheng *et al.*, 2000; Fuhrer *et al.*, 1999; Niedhammer *et al.*, 1998; Stansfeld et Candy, 2006).

Selon le modèle « Déséquilibre effort/reconnaissance » de Siegrist, tout travailleur s'attend de façon légitime à recevoir une rétribution en retour des efforts qu'il produit au travail. C'est lorsque cette attente n'est pas satisfaite que surgit un déséquilibre entre les efforts consentis et la reconnaissance attendue. L'effort est ici mesuré par la demande psychologique.

La satisfaction de compassion, le syndrome d'épuisement professionnel et la fatigue de compassion (stress traumatique secondaire) ont été mesurés en utilisant le [ProQOL](#) (Professional Quality of Life, version 5) (Stamm, 2010), un questionnaire de 30 items divisés en trois sous-échelles de 10 items, mesurant la *satisfaction de compassion* (la dimension positive incluse dans le fait de prendre soin), l'épuisement professionnel et la *fatigue de compassion* (le fait d'être sensible à la souffrance des autres). Cet instrument, qui porte sur les expériences des employés qui travaillent auprès de personnes qui ont subi des traumatismes (Huggard *et al.*, 2011), a été largement utilisé pour étudier le syndrome d'épuisement professionnel et le stress traumatique secondaire chez les travailleurs exposés indirectement aux traumatismes (Cieslak *et al.* 2014). Il s'agit de l'outil le plus utilisé pour mesurer les effets positifs et négatifs du travail auprès de personnes qui ont été exposées à des événements stressants (Najjar, *et al.*, 2009). Ce questionnaire a déjà été utilisé dans les recherches auprès de populations similaires et sa fiabilité et sa validité¹⁵ ont été démontrées dans différentes études (Jenkins et Baird, 2002; Slocum-Gori *et al.*, 2013; Stamm, 2002). La traduction française de l'outil est disponible sur le [site web](#) de l'instrument, mais aucune donnée de validation pour cette version française ne semble exister.

Quelques questions ont été reformulées dans la version du questionnaire pour les cadres, étant donné la nature différente de leur rôle (voir figure 2).

- J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que je supervise et la façon dont j'ai pu les aider.
- J'ai le sentiment de réussir dans mon travail de supervision.
- Je suis préoccupé(e) par plus d'une des personnes que je supervise.
- Il m'est difficile de séparer ma vie privée de mon rôle de gestionnaire.
- Je pense que j'ai pu être affecté(e) par le stress traumatique des personnes auprès desquelles j'interviens.
- En raison de mon travail de supervision, je me suis senti(e) « sur les nerfs » pour diverses raisons.
- Je me sens déprimé(e) du fait des expériences traumatisantes des personnes que je supervise.
- Mon rendement au travail baisse puisque mon sommeil est affecté en raison des expériences traumatisantes vécues par une personne que je supervise.
- Je me sens pris(e) au piège par mon rôle de supervision.
- Je me sens épuisé(e) par mon rôle de supervision.

Figure 2. Questions ajustées du ProQOL pour les cadres

¹⁵ Les alphas de Cronbach pour chaque échelle: fatigue de compassion, 0,80; épuisement professionnel, 0,72, satisfaction de compassion, 0,87 (Stamm, 2005).

Les deux questions suivantes ont aussi été ajoutées à la section concernant la fatigue de compassion (stress traumatique secondaire), pour mieux saisir la réalité vécue par les cadres :

- J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que je supervise.
- J'évite certaines activités ou situations, car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que je supervise.

La traduction française de quelques questions a aussi été ajustée. Ces ajouts ou modifications de l'instrument original ont été faits à la suite d'un exercice de validation des outils auprès des partenaires présents au sein du comité consultatif, afin de favoriser un meilleur arrimage avec la réalité du milieu de travail.

Les sous-sections suivantes permettent de décrire les dimensions évaluées par les questionnaires, en fonction cette fois des trois grandes catégories : demandes, ressources, effets.

4.2.3.1 Catégorie #1 : Demandes

La demande psychologique : La *demande psychologique* (DP) réfère : 1) à la charge de travail, 2) aux contraintes de temps, 3) aux exigences intellectuelles requises. Neuf questions tirées du *Job Content Questionnaire* (JCQ) de Karasek (1985) ont permis de mesurer cette variable (voir figure 3). Les scores pour chaque item varient de 1 à 4 selon le degré d'accord du répondant vis-à-vis de l'énoncé. En cumulant ces items, un score d'exposition à la demande psychologique est calculé, à partir d'un seuil de référence québécois (Institut de la statistique du Québec, 2000). Pour les travailleurs de la population québécoise, les répondants ayant un score égal ou supérieur à 24 présentent un degré de demande psychologique élevé.

- Mon travail exige d'aller très vite.
- Mon travail exige de travailler très fort mentalement.
- On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail.
- J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.
- Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres.
- Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.
- Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard.
- Mon travail est très mouvementé.
- Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.

Figure 3. La demande psychologique : détail des items mesurés

Les efforts extrinsèques : Cet indice réfère aux contraintes et exigences liées au travail à la fois sur le plan psychologique et physique (ex. : contraintes de temps, interruptions, responsabilité, charge physique, exigence croissante du travail). Les réponses aux trois questions qui sont intégrées à la figure 4 concernent les *efforts extrinsèques*. Les scores pour chaque item varient de 1 à 4 selon le degré d'accord du répondant vis-à-vis de l'énoncé (1 = Fortement en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = D'accord; 4 = Fortement d'accord). Les seuils qui permettent de déterminer si les travailleurs sont considérés être ou non exposés aux efforts extrinsèques sont les suivants : non exposé (< 8); exposé (≥ 8).

- Je suis souvent contraint(e) à faire des heures supplémentaires.
- Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.
- Mon travail exige des efforts physiques.

Figure 4. Efforts extrinsèques : détail des items mesurés

Les changements organisationnels : Cinq questions relatives aux *changements organisationnels* ont été posées aux participants. La première question (originellement en anglais : *Have there been any internal organizational change at your workplace that affected you within the last 12 months?*) est tirée de Tvedt *et al.* (2009). La traduction libre suivante de cette question a été vérifiée par un traducteur avant d'être utilisée : « Au cours des 12 derniers mois, j'ai été exposé(e) à des changements organisationnels au travail ».

Les quatre questions supplémentaires sont tirées du *Healthy Change Process Index* (HCPI) de Tvedt *et al.* (2009). La figure 5 permet de consulter ces quatre questions (traduction libre, vérifiée par un traducteur). Chaque question a été formulée pour mesurer chacune des quatre dimensions qui font partie d'un processus sain des changements organisationnels. Ces dimensions sont : la reconnaissance de la diversité, la disponibilité des cadres; les conflits constructifs; la clarification proactive des rôles. Une échelle de type Likert en quatre points a été utilisée.

Durant cette période de transformation :

- La direction a permis aux employés de réagir aux changements de diverses façons.
- J'ai pu parler avec mon supérieur immédiat des conséquences que ces changements auront pour moi.
- La direction a communiqué de manière à favoriser le dialogue au sujet de ces changements.
- Ces changements m'ont fait ressentir de l'insécurité par rapport à ce qu'on attend de moi dans mon travail.

Figure 5. Changements organisationnels (HCPI) : détail des items mesurés

L'expérience de travail : Dans la première partie de cette sous-section, la question suivante a été posée concernant le *travail émotionnellement exigeant* : « Votre travail est-il épuisant émotionnellement ? ». Cette question est similaire à celle soulevée dans l'EQCOTESST, mais sa formulation avait préalablement été revue lors d'une consultation avec les partenaires du comité consultatif. Les possibilités de réponses à cette question varient entre « extrêmement » et « très peu ou pas du tout » (1 = Extrêmement, 2 = Beaucoup, 3 = Assez, 4 = Peu, 5 = Très peu ou pas du tout).

La deuxième partie de cette sous-section concerne la violence au travail. Les questions visent à mesurer le niveau d'exposition à trois formes de violence : violence psychologique, menaces de violence physique et violence physique (voir la figure 6). Elles sont similaires à celles posées dans le contexte d'autres études (Vézina *et al.*, 2011; Institut de la Statistique du Québec, 2000), mais les trois concepts privilégiés ici ont été choisis en fonction de la réalité du travail en centre jeunesse. La validation de ces choix a été faite par les membres du comité consultatif. Les seuils suivants ont été utilisés :

non exposé (<2) : 1 = jamais

exposé (≥2) : 2 = de temps en temps; 3 = souvent; 4 = très souvent

- Au cours des 12 derniers mois, quand vous étiez au travail, avez-vous subi(e) de la violence psychologique de la part...de clients ? De supérieurs ? De collègues ?
- Au cours des 12 derniers mois, quand vous étiez au travail, avez-vous été menacé(e) de violence physique de la part...de clients ? De supérieurs ? De collègues ?
- Au cours des 12 derniers mois, quand vous étiez au travail, avez-vous subi de la violence physique de la part... de clients ? De supérieurs ? De collègues ?

Figure 6. Violence : détail des items mesurés

4.2.3.2 Catégorie #2 : Ressources

La latitude décisionnelle : Neuf questions du JCQ (Karasek, 1985) ont servi à mesurer la *latitude décisionnelle* (LD) (voir figure 7), qui se manifeste par l'utilisation et le développement des compétences et le contrôle sur le travail et qui nécessite l'autonomie dans le travail et la participation aux décisions. Les scores obtenus pour cette variable varient de 1 à 4, selon le degré d'accord du répondant avec l'énoncé. Les répondants ayant un score inférieur ou égal à 72 présentent un degré de latitude décisionnelle faible; il s'agit du seuil de référence québécois (Institut de la statistique du Québec, 2000).

- Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.
- Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.
- Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.
- Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.
- J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.
- Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.
- Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.
- J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.
- Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.

Figure 7. La latitude décisionnelle : détail des items mesurés

Le soutien social au travail : Onze items du JCQ (Karasek, 1985) ont servi à mesurer le *soutien social*. L'instrument permet d'estimer le soutien social de ceux qui assurent l'encadrement (soutien social des supérieurs) ainsi que le soutien social des collègues (voir figure 8). Les cinq premiers items correspondent au *soutien social des supérieurs* alors que les six derniers sont utilisés pour évaluer le *soutien social des collègues*. Les scores pour cet indice varient de 1 à 4 selon le degré d'accord du répondant vis-à-vis de l'énoncé.

Pour le soutien social des supérieurs, les répondants ayant un score inférieur à 15 présentent un degré de soutien social des supérieurs faible. Pour le soutien social des collègues, les répondants ayant un score inférieur à 18 présentent un degré de soutien social des collègues faible.

- Mon supérieur immédiat réussit à faire travailler les gens ensemble.
- Mon supérieur immédiat se soucie du bien-être des personnes qui sont sous sa supervision.
- Mon supérieur immédiat prête attention à ce que je dis.
- Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi.
- Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail.
- Les gens avec qui je travaille sont qualifiés pour les tâches qu'ils accomplissent.
- Les personnes avec qui je travaille s'intéressent à moi personnellement.
- Les gens avec qui je travaille sont amicaux.
- Les gens avec qui je travaille facilitent la réalisation du travail.
- Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles envers moi.
- Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble.

Figure 8. Le soutien social : détail des items mesurés

La reconnaissance : La *reconnaissance* est de trois ordres : 1) monétaire - la rémunération, 2) sociale - l'estime et le respect au travail et les perspectives organisationnelles et de promotion (incluant la déqualification et un travail qui ne correspond pas à la formation), 3) la sécurité d'emploi. Cette variable a été mesurée par les 11 items de reconnaissance du questionnaire de Siegrist (Niedhammer *et al.*, 2000; Siegrist, 2002) qui mesurent l'estime, le respect et le contrôle sur le statut professionnel, notamment la rémunération, la perspective de promotion et la sécurité d'emploi (voir figure 9). Les répondants ayant obtenu un score inférieur ou égal à 32 présentent un degré de reconnaissance faible.

- Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.
- Je reçois le respect que je mérite de mes collègues.
- Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.
- On me traite injustement à mon travail.
- Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.
- Mes perspectives de promotion sont faibles.
- Ma sécurité d'emploi est menacée.
- Ma position professionnelle actuelle correspond bien à ma formation.
- Vu tous mes efforts, je reçois tout le respect et l'estime que je mérite à mon travail.
- Vu tous mes efforts, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.
- Vu tous mes efforts, mon salaire est satisfaisant.

Figure 9. La reconnaissance : détail des items mesurés

La satisfaction de compassion : Dix questions tirées du ProQOL (voir l'explication ci-dessus) ont permis de mesurer la *satisfaction de compassion* (voir figure 10). Les seuils suivants sont utilisés pour estimer le niveau d'exposition : faible (≤ 22) ; moyen (23-41) ; élevé (≥ 42).

- Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres.
- Travailler avec ceux que j'aide me donne de l'énergie.
- J'aime mon travail d'aide.
- Je suis satisfait(e) de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles d'aide.
- Mon travail me procure de la satisfaction.
- J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que j'aide et la façon dont j'ai pu les aider.
- Je crois que mon travail me permet de faire la différence.
- Je suis fier(ère) de ce que je peux faire pour aider.
- J'ai le sentiment de réussir dans mon travail d'aide.
- Je suis heureux (euse) d'avoir choisi de faire ce travail.

Figure 10. La satisfaction de compassion : détail des items mesurés

4.2.3.3 Catégorie #3 : Impact

Le syndrome d'épuisement professionnel : Dix questions tirées du ProQOL (voir l'explication ci-dessus) ont permis de mesurer le *syndrome d'épuisement professionnel* (voir figure 11). Les seuils suivants sont utilisés pour estimer le niveau d'exposition : faible (≤ 22) ; moyen (23-41) ; élevé (≥ 42).

- Je suis heureux (se).
- Je me sens lié(e) à autrui.
- Mon rendement au travail baisse puisque mon sommeil est affecté en raison des expériences traumatisantes vécues par une personne que j'aide.
- Je me sens pris au piège par mon travail d'aide.
- Mes croyances/convictions me soutiennent.
- Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.
- Je me sens épuisé(e) par mon travail d'aide.
- Je me sens submergé(e) parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable.
- Je me sens « coincé(e) » par le système.
- Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui.

Figure 11. Le syndrome d'épuisement professionnel : détail des items mesurés

La fatigue de compassion (stress traumatique secondaire) : Dix questions tirées du ProQOL (voir l'explication ci-dessus) ont permis de mesurer la *fatigue de compassion* (voir figure 12). Les seuils suivants sont utilisés pour estimer le niveau d'exposition : faible (≤ 22) ; moyen (23-41) ; élevé (≥ 42).

- Je suis préoccupé(e) par plus d'une des personnes que j'aide.
- Je sursaute ou suis surpris(e) par des bruits inattendus.
- Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession d'aidant.
- Je pense que j'ai pu être affecté(e) par le stress traumatique des personnes que j'aide.
- En raison de mon travail d'aide, je me suis senti « sur les nerfs » pour diverses raisons.
- En raison de mon travail auprès de la clientèle, je me sens « sur les nerfs » pour diverses raisons.
- Je me sens déprimé(e) du fait des expériences traumatisantes des personnes que j'aide.
- J'évite certaines activités ou situations, car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'aide.
- Du fait de mon travail d'aide, je suis envahi(e) par des pensées effrayantes.
- Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.

Figure 12. La fatigue de compassion (stress traumatique secondaire) : détail des items mesurés

Le surinvestissement : Cette variable fait référence à des attitudes, des comportements qui sont associés à un engagement excessif dans le travail (ex. : compétitivité, hostilité, impatience, irritabilité, besoin d'approbation, incapacité à s'éloigner du travail). L'échelle comporte six questions qui sont intégrées à la figure 13. Les scores pour chaque item varient de 1 à 4 selon le degré d'accord du répondant vis-à-vis de l'énoncé (1 = Fortement en désaccord, 2 = En désaccord, 3 = D'accord; 4 = Fortement d'accord). Les seuils qui sont utilisés pour déterminer si les travailleurs sont exposés au surinvestissement sont les suivants : non exposé ($\leq 16,8$) ; exposé ($> 16,8$).

- Au travail, il m'arrive fréquemment d'être pressé(e) par le temps.
- Je commence à penser à des problèmes au travail dès que je me lève le matin.
- Quand je rentre à la maison, j'arrive facilement à me décontracter et à oublier tout ce qui concerne mon travail.
- Mes proches disent que je me sacrifie trop pour mon travail.
- Le travail me trotte encore dans la tête quand je vais au lit.
- Si je remets à plus tard quelque chose que je devrais faire le jour même, j'ai du mal à dormir le soir.

Figure 13. Surinvestissement : détail des items mesurés

Le déséquilibre effort/reconnaissance : Le *ratio déséquilibre effort/reconnaissance* est un indice qui identifie l'exposition à des situations de travail qui se caractérisent par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses. Comme expliqué précédemment, il est obtenu en

calculant un ratio entre le niveau de demande psychologique et le niveau de reconnaissance (faible < 1; élevé ≥ 1).

La détresse psychologique : La *détresse psychologique* est un indicateur précoce d'atteinte à la santé mentale qui apprécie deux des plus fréquents syndromes observés en cette matière : la dépression et l'anxiété. Il ne s'agit pas d'un outil diagnostique de ces pathologies, mais d'un indice qui identifie, dans une population, les personnes qui sont les plus à risque de développer de telles pathologies. Dans cette enquête, cet indicateur est mesuré par les six items de l'indice « K6 » de Kessler (2002) (voir la figure 14). La version française de cet instrument a été utilisée dans plusieurs études (Biron, 2016; EQCOTESST).

Les scores de cette échelle varient de 0 à 4, selon le degré d'accord du répondant avec l'énoncé. La somme de la pondération totale peut varier de 0 à 24. Les répondants ayant un score supérieur ou égal à 5 et inférieur à 7 présentent une détresse psychologique modérée, ceux ayant un score supérieur ou égal à 7 et inférieur à 13 présentent une détresse psychologique élevée. Enfin, les répondants ayant un score supérieur ou égal à 13 présentent une détresse psychologique très élevée.

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :

- Nerveux/nerveuse?
- Désespéré(e)?
- Agité(e) ou ne tenant pas en place?
- Si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire?
- Que tout était un effort?
- Bon(ne) à rien?

Figure 14. Détresse psychologique : détail des items mesurés

La perception de l'état de santé : La *perception de l'état de santé* est évaluée par une question unique (telle que posée dans l'EQCOTESST) : « En général, diriez-vous que votre santé est...? » (échelle de 5 niveaux entre « Excellente » et « Mauvaise »). On considère que le répondant a une perception négative de son état de santé si, en général, il perçoit sa santé « passable » ou « mauvaise » (par rapport à « excellente », « très bonne » ou « bonne »).

Absentéisme : L'*absentéisme* est mesuré par une question unique : « Au total combien de jours de travail avez-vous manqués à cause de votre santé au cours des 12 derniers mois ? » (Voir EQCOTESST.) Le nombre de jours d'absence liés à des raisons de santé sur une base annuelle est ainsi obtenu.

Les motifs de ces absences ont aussi été demandés (voir la figure 15).

Pendant ces journées où vous étiez absent(e) à cause de votre santé, quel problème vous a affecté le plus? Cocher un seul choix.

1. Problème psychologique incluant épuisement, dépression ou anxiété
2. Problème aux muscles, aux tendons, aux os ou aux articulations
3. Problème cardiaque ou vasculaire
4. Autre problème de santé

Figure 15. Raisons de l'absence : détail des items mesurés

Le présentéisme : Le *présentéisme* est le fait pour un travailleur d'être présent au travail, même s'il juge avoir des symptômes ou une maladie qui devraient l'inciter à se reposer et à s'absenter du travail (voir EQCOTESST). Une question unique a été posée pour mesurer le présentéisme : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé(e) d'aller au travail malgré l'impression que vous devriez plutôt vous absenter parce que vous étiez malade? »

Le présentéisme de courte durée (1 à 9 jours) se distingue du présentéisme de longue durée (10 jours et plus).

4.2.4 Analyses des variables (prédéveloppement et préimplantation)

Une base de données a été créée en utilisant le logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Afin d'éviter le risque d'erreurs, toutes les réponses ont été saisies par deux personnes. De plus, environ 20 % des questionnaires ont fait l'objet d'une vérification systématique.

4.2.4.1 Catégorie #1 : demandes

Demande psychologique : Pour créer l'indice de demande psychologique (DP), les réponses aux neuf questions de l'échelle (regroupées en trois sous-échelles : charge de travail, contraintes de temps et exigences intellectuelles requises) ont été additionnées.

Efforts extrinsèques : Pour créer l'indice *efforts extrinsèques*, les réponses aux trois questions de l'échelle ont été additionnées. Les sujets pour lesquels il y avait des valeurs manquantes ont été éliminés.

Changements organisationnels : Une distribution de fréquences « normales » a été créée pour les réponses obtenues à la question portant sur la perception d'avoir vécu des changements organisationnels.

Travail émotionnellement exigeant : Une distribution de fréquences « normales » a été créée pour les réponses obtenues à la question unique de cette échelle.

Violence : Pour chacun des trois éléments mesurés (violence psychologique, menaces de violence physique, violence physique), les réponses ont été regroupées selon un seuil : les répondants exposés sont ceux qui ont obtenu un score plus grand ou égal à 2.

4.2.4.2 Catégorie #2 : ressources

Latitude décisionnelle : Pour créer l'indice de latitude décisionnelle (LD), l'indice *utilisation des qualifications* (UQ) a été additionné à l'indice *autonomie décisionnelle* (AD). L'indice UQ se définit par la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences et ses qualifications. Il comprend six questions. L'indice AD se définit par la marge de manœuvre dans la manière d'effectuer son travail et de prendre part aux décisions qui s'y rattachent. Il comprend trois questions. Voici le calcul qui a été fait pour obtenir la LD : $(UQ*2) + (AD*4) = LD$

Soutien social des supérieurs : Les scores pour le soutien social des supérieurs varient de 1 à 4 selon le degré d'accord du répondant avec l'énoncé. Afin d'interpréter les résultats obtenus à cette échelle, une méthode de calcul a été utilisée : la dichotomisation de l'indice en deux catégories (faible/élevé) : le score du « milieu », qui distingue les participants ayant répondu en moyenne plutôt positivement ou plutôt négativement à cette échelle, est alors de 15. Selon ce mode de calcul, les répondants ayant un score inférieur à 15 présentent un degré de soutien social des supérieurs faible.

Pour créer l'indice, les réponses à cinq questions faisant référence à l'aide et la coopération des supérieurs ont été additionnées. En présence d'une ou deux valeurs manquantes, la valeur moyenne a été imputée à cette question chez la population de l'étude pour le même sexe, la même catégorie d'âge et la même catégorie professionnelle. Sinon, tous les sujets ayant des valeurs manquantes étaient éliminés. Le score total et la distribution normale (moyenne, écart type, etc.) étaient ensuite calculés.

Soutien social des collègues : Les scores pour le soutien social des collègues varient de 1 à 4 selon le degré d'accord du répondant avec l'énoncé. Afin d'interpréter les résultats obtenus à cette échelle, une méthode de calcul a été utilisée : la dichotomisation de l'indice en deux catégories (faible/élevé) : le score du « milieu », qui distingue les participants ayant répondu en moyenne plutôt positivement ou plutôt négativement à cette échelle, est alors de 18. Selon ce mode de calcul, les répondants ayant un score inférieur à 18 présentent un degré de soutien social des collègues faible.

Pour créer l'indice, les réponses à six questions faisant référence à l'aide et la coopération des collègues ont été additionnées. En présence d'une ou deux valeurs manquantes, la valeur moyenne a été imputée à cette question chez la population de l'étude pour le même sexe, la même catégorie d'âge et la même catégorie professionnelle. Sinon, tous les sujets ayant des valeurs manquantes étaient éliminés. Le score total et la distribution normale (moyenne, écart type, etc.) étaient ensuite calculés.

Reconnaissance : Les scores pour la variable reconnaissance varient de 1 à 4 selon le degré d'accord du répondant avec l'énoncé. Afin d'interpréter les résultats obtenus à cette échelle, deux méthodes de calcul ont été utilisées : a) la moyenne, b) la dichotomisation de l'indice en deux catégories (faible/élevé) : le score du « milieu », qui distingue les répondants ayant répondu en moyenne plutôt positivement ou plutôt négativement à cette échelle, est alors de 32. Selon ce mode de calcul, les répondants ayant un score inférieur ou égal à 32 présentent un degré de récompense faible. L'indice a été créé par l'addition des réponses aux 11 questions de l'échelle. S'il y avait une ou deux valeurs manquantes, la valeur moyenne était imputée à cette question chez la population de l'étude pour le même sexe, la même catégorie d'âge et la

même catégorie professionnelle. Sinon, tous les sujets qui ont des valeurs manquantes étaient éliminés.

Satisfaction de compassion (ProQOL) : Pour obtenir la variable *satisfaction de compassion*, les réponses à 10 questions ont été additionnées. L'échelle de l'instrument original contient les niveaux suivants : jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent. Cependant, par souci de cohérence avec le reste du questionnaire, l'échelle utilisée contenait plutôt les quatre niveaux suivants : jamais, rarement, parfois, très souvent. Dans l'analyse de données, les scores ont été ajustés sur une échelle de cinq.

En cas de données manquantes, la valeur médiane du score individuel a été imputée, et ce, seulement si au moins la moitié des réponses était fournie pour chaque sous-échelle.

4.2.4.3 Catégorie #3 : effets

Syndrome d'épuisement professionnel (ProQOL) : Pour obtenir la variable épuisement professionnel, les réponses à 10 questions ont été additionnées. L'échelle de l'instrument contient originalement les niveaux suivants : jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent. Cependant, par souci de cohérence avec le reste du questionnaire, l'échelle utilisée contenait plutôt les quatre niveaux suivants : jamais, rarement, parfois, très souvent. Dans l'analyse de données, les scores ont été ajustés sur une échelle de cinq.

En cas de données manquantes, la valeur médiane du score individuel était imputée, et ce, seulement si au moins la moitié des réponses était fournie pour chacune des sous-échelles.

Fatigue de compassion (Stress traumatique secondaire) (ProQOL) : Pour obtenir la variable *stress traumatique*, les réponses à 10 questions ont été additionnées. L'échelle de l'instrument contient originalement les niveaux suivants : jamais, rarement, parfois, souvent, très souvent. Cependant, par souci de cohérence avec le reste du questionnaire, l'échelle utilisée contenait plutôt les quatre niveaux suivants : jamais, rarement, parfois, très souvent. Dans l'analyse de données, les scores ont été ajustés sur une échelle de cinq.

En cas de données manquantes, la valeur médiane du score individuel a été imputée, et ce, seulement si au moins la moitié des réponses était fournie pour chaque sous-échelle.

Surinvestissement : Pour créer cet indice, les réponses à six questions ont été additionnées. Un score variant entre 6 et 24 a été obtenu; il permet de déterminer, à partir d'un seuil de 16,80, les non exposés ($\leq 16,80$) et les exposés ($> 16,80$). En présence de valeurs manquantes, la valeur moyenne à cet indice pour l'individu a été imputée. Si plus de 2 valeurs étaient manquantes, le sujet était éliminé.

Déséquilibre Effort/Reconnaissance : Pour calculer le score *effort-reconnaissance*, l'indice de demande psychologique (DP : 9 items) a été divisé par celui de reconnaissance (REC : 11 items). Comme le nombre d'items est non équivalent, le score obtenu a ensuite été multiplié par un facteur de correction (1,22). Les répondants ayant un score *supérieur* à 1 présentent un déséquilibre *effort-reconnaissance*.

Ratio effort-reconnaissance = (DP/reconnaissance) * facteur de correction
Facteur de correction = nombre d'items pour DP / nombre d'items pour REC
= 9 / 11 = 0,82, donc le facteur de correction = 1,22.

Détresse psychologique : Les pointages suivants ont été attribués à tous les items (6) de l'échelle de détresse psychologique : 4 points pour « tout le temps », 3 points pour « la plupart du temps », 2 points pour « parfois », 1 point pour « rarement » et 0 point pour « jamais ». Pour créer l'indice, les réponses converties aux 6 items ont été additionnées.

Perception de l'état de santé : Une distribution de fréquences « normales » a été créée pour les réponses sur l'échelle de perception de l'état de santé.

Absentéisme et motifs d'absentéisme : Les distributions de fréquences « normales » ont été créées pour les réponses obtenues aux questions concernant l'absentéisme et les motifs d'absentéisme.

Présentéisme : Une distribution de fréquences « normales » a été créée pour les réponses obtenues à la question portant sur le présentéisme.

4.2.5 Analyse de la connaissance du projet et des effets anticipés

L'exposition à l'intervention a été mesurée par l'ajout de quelques questions lors de la seconde mesure quantitative. Ces questions ont servi à mesurer tout particulièrement 1) le degré d'exposition aux différentes interventions; 2) le degré de connaissances de ces mêmes interventions; 3) le degré d'implication des répondants dans l'implantation de celles-ci; 4) la perception des répondants par rapport à ces interventions (voir la figure 16). Une échelle en 5 points a été utilisée (fortement en désaccord, en désaccord, ni d'accord ni en désaccord, d'accord et fortement d'accord).

Le projet d'intervention « RIPOST » est en cours d'implantation dans votre établissement. Êtes-vous au courant de cette initiative?

En vous référant à la démarche « RIPOST », veuillez indiquer votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants, en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation (échelle entre « fortement en désaccord » et « fortement d'accord ») :

- a) Je suis confiant(e) que la démarche contribue à améliorer ma situation de travail.
- b) J'ai des attentes élevées par rapport aux effets de la démarche sur ma situation de travail.
- c) J'ai hâte de voir les effets des changements implantés dans mon milieu.
- d) Je suis prêt(e) à accepter les changements implantés dans mon milieu.
- e) J'ai eu l'opportunité de donner mon point de vue et de proposer mes suggestions avant que les changements ne soient implantés.
- f) Je me suis senti(e) impliqué(e) dans l'élaboration et la mise en œuvre des changements en lien avec la démarche.
- g) Mon supérieur immédiat a fait beaucoup d'efforts pour impliquer les employés dans la démarche.
- h) Mon supérieur immédiat nous a indiqué clairement les avantages de mettre en place des actions.
- i) Mon supérieur immédiat a travaillé activement à la mise en place d'actions en lien avec la démarche.
- j) J'ai eu l'occasion de discuter avec mon supérieur immédiat des conséquences de la démarche sur moi.
- k) L'information concernant l'implantation de la démarche « RIPOST » est facilement accessible.

Figure 16. Exposition à l'intervention : détail des items mesurés

4.3 Méthodes qualitatives

4.3.1 Outils

Les données qualitatives ont été colligées grâce aux méthodes suivantes :

4.3.1.1 Observation participante

Les chercheurs ont participé activement aux rencontres du comité consultatif ainsi qu'à celles du GSI. À titre de responsables de l'animation du comité, ils ont aussi offert aux membres des deux comités leur expertise méthodologique et théorique. Pour chacune des rencontres, des comptes rendus détaillés ont été produits par l'équipe de recherche puis validés par les membres du comité et partagés avec les participants. Ces documents ont permis de circonscrire l'ensemble des activités des deux comités, en particulier l'avancement des travaux réalisés par le GSI.

4.3.1.2 Journal de bord

Un journal de bord a été tenu par la coordonnatrice du projet de recherche. Cet outil a servi à documenter l'ensemble des activités liées à l'implantation (rencontres des GSI, du comité consultatif, échanges hors rencontres et autres activités liées à l'implantation, activités de transfert de connaissances, etc.) ainsi que les réflexions des membres de l'équipe de recherche tout au cours du processus d'implantation. Ce journal a été analysé à l'aide d'une grille élaborée par l'équipe afin de dégager les principaux enjeux cernés, notamment en ce qui a trait aux acteurs interpellés par la démarche, aux stratégies développées localement pour réaliser les mesures préventives privilégiées (ex. : stratégies de communication) et aux facteurs facilitant et entravant la démarche.

Trois outils ont servi à colliger et à analyser l'information qualitative.

Un tableau regroupant l'ensemble des informations pertinentes recueillies lors de l'observation des participants (A) et le journal de bord (B) a été généré puis utilisé dans le contexte de l'analyse du processus d'intervention.

Une carte heuristique (voir annexe B) a été créée par l'équipe de recherche à l'aide d'un logiciel (*Creatly*) afin de colliger de l'information sur l'évolution des travaux du GSI. Cette carte a été mise à jour après chaque réunion. Elle a permis de collecter des données puis d'analyser de façon graphique l'évolution du projet dans le temps et d'y regrouper les assises principales de l'intervention (objectifs généraux et spécifiques, cibles d'action, mesures développées, effets attendus). L'outil a été partagé avec l'ensemble des membres du comité qui ont par ailleurs pu l'utiliser afin de soutenir leurs efforts de diffusion dans leurs secteurs respectifs.

Un outil de communication a aussi été élaboré, l'« Info-RIPOST », afin de partager de façon succincte avec tous, différentes informations relatives notamment à l'avancement des travaux et aux résultats de recherche. Les Info-RIPOST ont été intégrés comme matériel d'analyse. Jusqu'ici 19 numéros ont été publiés¹⁶.

4.3.1.3 Entretiens avec des informateurs clés

Des entretiens individuels ont été réalisés à deux moments distincts : phase 1 en amont du processus d'intervention, avant le début des travaux du GSI et phase 2 vers la fin des travaux du GSI. L'identification de la liste des participants potentiels a été réalisée en collaboration avec les membres du comité consultatif. Un formulaire de consentement a été rempli et signé et trois formats de grilles d'entretien (gestionnaires, employés et représentants syndicaux) ont été produits pour chacune des deux phases des entrevues. Les entretiens ont duré entre 40 minutes et 1 h 45 (durée moyenne d'environ 60 minutes) (voir annexe C : exemple de grille d'entretien).

Phase 1 : En amont du processus d'intervention : Une série d'entretiens, non planifiés à l'origine, a été ajoutée avant d'amorcer le processus d'intervention. Cette stratégie a été jugée nécessaire par l'équipe de recherche et les partenaires (et entérinée par le comité d'éthique de la recherche) afin d'étudier plus spécifiquement le contexte lié à la réforme du réseau de la santé et des services sociaux (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la*

¹⁶ Ces Info-RIPOST sont disponibles en ligne à l'adresse suivante : <http://www.ripost.qc.ca/info-ripost/>

santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales), un contexte pouvant influencer l'actualisation du projet de recherche. Les objectifs de cette collecte étaient donc de mettre à jour le portrait du milieu qui avait été dressé en 2012, d'analyser les effets des changements vécus sur le contexte et la réalité du travail, de valider les pistes d'actions proposées en 2012 lors des rencontres exploratoires et en 2013 lors des groupes de discussion et de mettre en lumière les nouveaux leviers découlant des changements.

Huit entrevues supplémentaires ont ainsi été réalisées auprès d'informateurs clés sélectionnés pour leur position stratégique leur permettant d'avoir une vision plus large des changements : trois gestionnaires (secteurs : psychosocial, réadaptation et sécurité), deux représentants syndicaux et trois employés (réadaptation, évaluation, application des mesures). Les personnes recrutées font partie d'une liste de personnes initialement ciblées par les membres du comité consultatif en fonction de critères établis par l'équipe de recherche; ils ont tous accepté de participer librement à cette collecte de données. Ces entretiens ont été réalisés au mois d'avril 2016, soit 1 an après la mise en vigueur de la loi à l'origine de cette réforme.

Phase 2 : Neuf entretiens individuels auprès d'informateurs clés ont été réalisés à l'automne 2017. Ces entretiens ont permis de rencontrer des personnes (intervenants de différents secteurs, représentants syndicaux, personnel de gestion) qui ont, à un moment ou à un autre, fait partie du comité consultatif ou du GSI et qui pouvaient contribuer, par leurs témoignages respectifs, à l'analyse du processus et des effets anticipés du projet d'intervention. Le recours à des entretiens individuels permettant de compléter les notes de terrain colligées en octroyant aux participants la possibilité de témoigner de leur expérience personnelle en lien avec la démarche et donc, en donnant accès à l'équipe de recherche à des éléments d'analyse en partie non accessibles lors des rencontres de groupe. Ces entrevues semi-dirigées ont été réalisées à partir d'un schéma d'entretien préétabli par une professionnelle de recherche non encore impliquée dans le projet de recherche. Ici encore, les membres du comité consultatif ont été consultés pour aider l'équipe de recherche à identifier des participants potentiels, en fonction de critères préétablis. Toutes les personnes rencontrées ont participé à cette entrevue sur une base volontaire.

4.3.2 Analyse des entretiens

Tous les entretiens réalisés lors des phases 1 et 2 ont été enregistrés sur support électronique, avec le consentement des participants, et ont fait l'objet d'un mémo. Le recours à des entretiens de type qualitatif (Poupart, 1980, 1997) a permis d'explorer plus en profondeur la perspective des participants. L'analyse a été réalisée à partir de la réécoute systématique de tous les entretiens. L'analyse du matériel a respecté les étapes classiques de codification, de catégorisation, de conceptualisation et de mise en relation. L'utilisation d'une grille de codification, à partir des thèmes préétablis, a permis de procéder à l'analyse systématique des données recueillies. Une analyse thématique verticale et horizontale du matériel recueilli a été effectuée (Blanchet et Gotman, 1992). L'étape de l'interprétation des données et de la recherche du sens, au niveau horizontal, a ensuite été entreprise. L'utilisation de la méthode comparative a été privilégiée afin de faire ressortir les similitudes et les contrastes dans les propos recueillis et d'en cerner les relations. Les résultats développés aux différents stades du volet qualitatif ont été présentés à la fois sous forme de texte et d'illustrations. Ils ont ensuite été validés auprès des membres du comité consultatif et du GSI et les commentaires reçus ont été intégrés à la production des résultats finaux.

5. RÉSULTATS

5.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les tableaux 1 à 6 présentent les caractéristiques sociodémographiques des participants aux temps 1 (prédéveloppement) et 2 (préimplantation). Globalement, la répartition des répondants entre les temps 1 et 2 est assez similaire. Le groupe le plus nombreux de répondants est celui des « ARH, TAS et psychologues », suivi de celui des « éducateurs », des employés du secteur « soutien ou assistance à l'intervention » et, enfin, de celui des « chefs de service ». Près de 75 % des participants sont des femmes; par contre, la grande majorité des participants de la catégorie « soutien ou assistance à l'intervention » sont des hommes. La plupart des participants ont entre 25-44 ans et ils ont un emploi régulier à temps complet. La moyenne du nombre d'heures de travail par semaine est très similaire aux temps 1 et 2 (entre 35-36 heures); par contre, l'écart type au temps 2 est plus grand (données non présentées). En ce qui concerne l'horaire habituel des participants, même si plus de la moitié ont un horaire de jour, un pourcentage important a tout de même un horaire de travail « autre » (horaire fractionné, horaire atypique, autres). Les secteurs de travail les plus représentés par les participants sont « réadaptation » et « application des mesures ».

Tableau 1. Répartition des participants selon les groupes d'emploi au temps 1 et 2

	Temps 1 : 2016	Temps 2 : 2017
Tous	253	240
Équipe support	27	26
Éducateurs	88	90
ARH, TAS et psychologues	122	108
Chefs de service	16	16

Tableau 2. Catégorie d'emploi et de sexe

	2016			2017		
	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme
Tous	253	66 (26,1 %)	187 (73,9 %)	240	64 (26,7 %)	176 (73,3 %)
Équipe support	27 (10,7 %)	23 (85,2 %)	4 (14,8 %)	26 (10,8 %)	21 (80,8 %)	5 (19,2 %)
Éducateurs	88 (34,8 %)	25 (28,4 %)	63 (71,6 %)	90 (37,5 %)	24 (26,7 %)	66 (73,3 %)
ARH, TAS et psychologues	122 (48,2 %)	13 (10,7 %)	109 (89,3 %)	108 (45,0 %)	15 (13,9 %)	93 (86,1 %)
Chefs de service	16 (6,3 %)	5 (31,3 %)	11 (68,8 %)	16 (6,7 %)	4 (25,0 %)	12 (75,0 %)

Tableau 3. Catégorie d'âge

	2016	2017
15-24 ans	14 (5,6 %)	14 (5,9 %)
25-34 ans	94 (37,3 %)	72 (30,1 %)
35-44 ans	92 (36,5 %)	100 (41,8 %)
45-54 ans	40 (15,9 %)	40 (16,7 %)
55 ans et +	12 (4,8 %)	13 (5,4 %)

Tableau 4. Statut d'emploi

	2016	2017
Emploi régulier à temps complet	205 (81,3 %)	190 (79,2 %)
Emploi régulier à temps partiel	38 (15,1 %)	32 (13,3 %)
Emploi occasionnel à temps partiel	8 (3,2 %)	14 (5,8 %)
Emploi temporaire à temps complet	1 (0,4 %)	4 (1,7 %)

Tableau 5. Horaire habituel

	2016	2017
Horaire de jour	144 (56,9 %)	143 (59,6 %)
Horaire de nuit	11 (4,3 %)	12 (5,0 %)
Horaire de soir	6 (2,4 %)	23 (9,6 %)
Horaire de jour et de soir	22 (8,7 %)	0 (0,0 %)
Horaire de jour, de soir et de nuit	5 (2,0 %)	0 (0,0 %)
Autre (horaire brisé, horaire irrégulier ou autres)	65 (25,7 %)	62 (25,8 %)

Tableau 6. Secteur de travail

	2016	2017
Application des mesures	62 (24,5 %)	56 (25,1 %)
Évaluation et RTS-UPS	43 (17,0 %)	37 (16,6 %)
Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)	10 (4,0 %)	8 (3,6 %)
Réadaptation	89 (35,2 %)	97 (43,5 %)
Équipe soutien/intervention (agent d'intervention, surveillant d'établissement)	26 (10,3 %)	19 (8,5 %)
Santé mentale jeunesse)	5 (2,0 %)	6 (2,7 %)
Ressource de type familiale (RTF)	11 (4,3 %)	0 (0,0 %)
Autre (secteurs multiples, ressources/services spécialisés)	7 (2,8 %)	0 (0,0 %)

5.3 Portrait des facteurs de risque et de protection

Le portrait des facteurs de risque et de protection qui a été dégagé grâce aux deux prises de mesures (prédéveloppement : temps 1 en 2016; préimplantation : temps 2 en 2017) est ici présenté, en fonction des trois catégories suivantes : demandes, ressources, effets.

5.3.1 Catégorie #1 : demandes

5.3.1.1 La demande psychologique

Le tableau 7 illustre un pourcentage important des répondants qui est exposé à un niveau élevé de demande psychologique, notamment chez les « éducateurs », les « ARH, TAS et psychologues » et les « chefs de service », et ce, tant au temps 1 qu'au temps 2. C'est le groupe « équipe support » qui se distingue ici, avec un taux moins élevé.

Tableau 7. Demande psychologique

	2016		2017	
	Faible (< 24)	Élevée (≥ 24)	Faible (< 24)	Élevée (≥ 24)
Tous	73 (29,0 %)	179 (71,0 %)	59 (24,6 %)	181 (75,4 %)
Équipe support	15 (57,7 %)	11 (42,3 %)	17 (65,4 %)	9 (34,6 %)
Éducateurs	33 (37,5 %)	55 (62,5 %)	25 (27,8 %)	65 (72,2 %)
ARH, TAS et psychologues	22 (18,0 %)	100 (82,9 %)	13 (12,0 %)	95 (88,0 %)
Chefs de service	3 (18,8 %)	13 (81,3 %)	4 (25,0 %)	12 (75,0 %)

5.3.1.2 Les efforts extrinsèques

Le tableau 8 indique que plus de la moitié des répondants aux temps 1 et 2 sont exposés aux efforts extrinsèques.

Tableau 8. Efforts extrinsèques

	2016		2017	
	Non exposé (< 8)	Exposé (≥ 8)	Non exposé (< 8)	Exposé (≥ 8)
Tous	111 (45,0 %)	136 (55,1 %)	108 (46,6 %)	124 (53,4 %)
Équipe support	16 (59,3 %)	11 (40,7 %)	14 (56,0 %)	11 (44,0 %)
Éducateurs	39 (45,9 %)	46 (54,1 %)	46 (54,1 %)	39 (45,9 %)
ARH, TAS et psychologues	51 (42,9 %)	68 (57,1 %)	41 (38,7 %)	65 (61,3 %)
Chefs de service	5 (31,3 %)	11 (68,8 %)	7 (43,8 %)	9 (56,3 %)

5.3.1.3 Les changements organisationnels

L'exposition aux changements organisationnels a touché la majorité des répondants aux temps 1 et 2. Le tableau 9 indique un pourcentage important de répondants qui considèrent avoir été touchés « beaucoup » ou « énormément », soit 81,3 % en 2016 et 68,3 % en 2017. Le tableau permet aussi constater que, lors de la première prise de mesures, tous les chefs de

service ont déclaré avoir été exposés à des changements organisationnels dans l'année qui précédait la prise de mesures.

Tableau 9. Changements organisationnels

	2016				2017			
	Pas du tout	Assez peu	Beaucoup	Énormément	Pas du tout	Assez peu	Beaucoup	Énormément
Tous	18 (7,2 %)	29 (11,5 %)	113 (45,0 %)	91 (36,3 %)	38 (16,2 %)	37 (15,7 %)	87 (36,9 %)	74 (31,4 %)
Équipe support	7 (26,9 %)	4 (15,4 %)	12 (46,2 %)	3 (11,5 %)	4 (15,4 %)	6 (23,1 %)	9 (34,6 %)	7 (26,9 %)
Éducateurs	8 (9,1 %)	15 (17,0 %)	36 (40,9 %)	29 (33,0 %)	19 (21,8 %)	16 (18,4 %)	29 (33,3 %)	23 (26,4 %)
ARH, TAS et psychologues	3 (2,5 %)	10 (8,3 %)	63 (52,1 %)	45 (37,2 %)	14 (13,1 %)	13 (12,1 %)	43 (40,2 %)	37 (34,6 %)
Chefs de service	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (12,5 %)	14 (87,5 %)	1 (6,3 %)	2 (12,5 %)	6 (37,5 %)	7 (43,8 %)

5.3.1.4 Le travail émotionnellement épuisant

Plus de 80 % des répondants aux temps 1 et 2 ont estimé que leur travail était émotionnellement épuisant (« assez », « beaucoup », « extrêmement »). Ces résultats étaient similaires pour toutes les catégories des employés, à l'exception de la catégorie « équipe support » dont l'exposition est moindre (voir le tableau 10).

Tableau 10. Travail émotionnellement exigeant

	2016					2017				
	Très peu / pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup	Extrêmement	Très peu / pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup	Extrêmement
Tous	9 (3,6 %)	32 (12,7 %)	80 (31,9 %)	83 (33,1 %)	47 (18,7 %)	11 (4,6 %)	28 (11,7 %)	67 (27,9 %)	96 (40,0 %)	38 (15,8 %)
Équipe support	4 (14,8 %)	10 (37,0 %)	10 (37,0 %)	3 (11,1 %)	0 (0,0 %)	9 (34,6 %)	7 (26,9 %)	5 (19,2 %)	5 (19,2 %)	0 (0,0 %)
Éducateurs	0 (0,0 %)	9 (10,5 %)	33 (38,4 %)	30 (34,9 %)	14 (16,3 %)	1 (1,1 %)	7 (7,8 %)	35 (38,9 %)	38 (42,2 %)	9 (10,0 %)
ARH, TAS psy.	5 (4,1 %)	10 (8,2 %)	32 (26,2 %)	43 (35,2 %)	32 (26,2 %)	1 (0,9 %)	10 (9,3 %)	22 (20,4 %)	47 (43,5 %)	28 (25,9 %)
Chefs de service	0 (0,0 %)	3 (18,8 %)	5 (31,3 %)	7 (43,8 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	4 (25,0 %)	5 (31,3 %)	6 (37,5 %)	1 (6,4 %)

5.3.1.5 La violence

Plus de 80 % des répondants (toutes les catégories d'emploi) déclarent avoir subi de la violence psychologique de la part de la clientèle (« de temps en temps »; « souvent »; « très souvent »). Le tableau 11 montre que certains répondants, employés ou chefs de service, déclarent eux aussi avoir subi de la violence psychologique de la part de membres de l'organisation (supérieurs, collègues ou subordonnés). Il importe de souligner que ces pourcentages sont calculés en fonction du nombre spécifique de répondants pour chacune sources de violence.

Environ le quart des répondants ont été exposés (« de temps en temps »; « souvent »; « très souvent »), aux temps 1 et 2, à de la violence physique exercée par les clients. Ce sont ici aussi surtout les catégories d'emploi « équipe support » et « éducateurs » qui ont été exposées (voir le tableau 13).

Tableau 13. Violence physique

	Client		Supérieur		Collègue		Subordonné	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Tous	63 (24,9 %)	55 (23,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Équipe support	13 (48,2 %)	14 (54,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	N/A	N/A
Éducateurs	42 (47,7 %)	36 (40,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	N/A	N/A
ARH, TAS et psychologues	8 (6,6 %)	5 (4,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	N/A	N/A
Chefs de service	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

5.3.2 Catégorie #2 : ressources

5.3.2.1 La latitude décisionnelle

Le tableau 14 montre un pourcentage important de participants qui sont exposés à une faible latitude décisionnelle. Les chefs de service semblent bénéficier de plus de latitude décisionnelle, quoique les données indiquent une tendance à la baisse entre 2016 et 2017.

Tableau 14. Latitude décisionnelle faible

	2016		2017	
	Faible (≤ 72)	Élevée (> 72)	Faible (≤ 72)	Élevée (> 72)
Tous	144 (56,9 %)	109 (43,1 %)	154 (64,4 %)	85 (35,6 %)
Équipe support	21 (77,8 %)	6 (22,2 %)	20 (77,0 %)	6 (23,1 %)
Éducateurs	53 (60,2 %)	35 (39,8 %)	58 (64,4 %)	32 (35,6 %)
ARH, TAS et psychologues	69 (56,6 %)	53 (43,4 %)	72 (67,3 %)	35 (32,7 %)
Chefs de service	1 (6,3 %)	15 (93,8 %)	4 (25,0 %)	12 (75,0 %)

5.3.2.2 Le soutien social au travail

La majorité des participants a bénéficié, aux temps 1 et 2, d'un niveau important du soutien social au travail de leurs supérieurs (voir le tableau 15). Cependant, la situation semble tendre vers une détérioration lors de la seconde prise de mesures, une baisse particulièrement marquée du côté des chefs de service. Ils ont aussi bénéficié, aux temps 1 et 2, d'un niveau important du soutien social au travail de leurs collègues (voir le tableau 16). Encore ici cependant, la situation semble avoir tendance à se détériorer pour quelques groupes, notamment les chefs de service.

Tableau 15. Faible soutien social au travail des supérieurs

	2016		2017	
	Non exposé (≥ 15)	Exposé (< 15)	Non exposé (≥ 15)	Exposé (< 15)
Tous	223 (88,5 %)	29 (11,5 %)	180 (75,6 %)	58 (24,4 %)
Équipe support	18 (66,7 %)	9 (33,3 %)	20 (76,9 %)	6 (23,1 %)
Éducateurs	76 (87,4 %)	11 (12,6 %)	64 (72,7 %)	24 (27,3 %)
ARH, TAS et psychologues	114 (93,4 %)	8 (6,6 %)	86 (79,6 %)	22 (20,4 %)
Chefs de service	15 (93,8 %)	1 (6,3 %)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)

Tableau 16. Faible soutien social au travail des collègues

	2016		2017	
	Non exposé (≥ 18)	Exposé (< 18)	Non exposé (≥ 18)	Exposé (< 18)
Tous	230 (91,3 %)	22 (8,7 %)	211 (87,9 %)	29 (12,1 %)
Équipe support	22 (81,5 %)	5 (18,5 %)	23 (88,5 %)	3 (11,5 %)
Éducateurs	77 (87,5 %)	11 (12,5 %)	78 (86,7 %)	12 (13,3 %)
ARH, TAS et psychologues	115 (95,0 %)	6 (5,0 %)	98 (90,7 %)	10 (9,3 %)
Chefs de service	16 (100,0 %)	0 (0,0 %)	12 (75,0 %)	4 (25,0 %)

5.3.2.3 La reconnaissance

Au moins la moitié des répondants, aux temps 1 et 2, dans toutes les catégories d'emploi, ont été exposés à un faible niveau de reconnaissance (voir le tableau 17). Cependant, c'est le groupe « équipe support » qui est le plus touché par cette situation, tous temps confondus.

Tableau 17. Reconnaissance

	2016		2017	
	Faible (≤ 32)	Élevée (> 32)	Faible (≤ 32)	Élevée (> 32)
Tous	145 (58,5 %)	103 (41,5 %)	143 (59,8 %)	96 (40,2 %)
Équipe support	20 (80,0 %)	5 (20,0 %)	20 (76,9 %)	6 (23,1 %)
Éducateurs	53 (61,0 %)	34 (39,1 %)	51 (56,7 %)	39 (43,3 %)
ARH, TAS et psychologues	64 (53,3 %)	56 (46,7 %)	64 (59,8 %)	43 (40,2 %)
Chefs de service	8 (50,0 %)	8 (50,0 %)	8 (50,0 %)	8 (50,0 %)

5.3.2.4 La satisfaction de compassion

Le tableau 18 indique que tous les répondants, aux temps 1 et 2, obtiennent un taux moyen (environ le tiers) ou élevé (environ les deux tiers) de satisfaction de compassion.

Tableau 18. Satisfaction de compassion

	2016			2017		
	Faible (≤ 22)	Moyenne (23-41)	Élevée (≥ 42)	Faible (≤ 22)	Moyenne (23-41)	Élevée (≥ 42)
Tous	0 (0,0 %)	91 (36,0 %)	162 (64,0 %)	0 (0,0 %)	84 (36,1 %)	149 (63,9 %)
Équipe support	0 (0,0 %)	8 (29,6 %)	19 (70,4 %)	0 (0,0 %)	6 (25,0 %)	18 (75,0 %)
Éducateurs	0 (0,0 %)	28 (31,8 %)	60 (68,2 %)	0 (0,0 %)	28 (32,2 %)	59 (67,8 %)
ARH, TAS et psychologues	0 (0,0 %)	52 (42,6 %)	70 (57,4 %)	0 (0,0 %)	48 (45,3 %)	58 (54,7 %)
Chefs de service	0 (0,0 %)	3 (18,8 %)	13 (81,3 %)	0 (0,0 %)	2 (12,5 %)	14 (87,5 %)

5.3.3 Catégorie #3 : effets

5.3.3.1 Le syndrome d'épuisement professionnel

Les données obtenues à l'échelle de l'épuisement professionnel montrent que la majorité des répondants atteignent un seuil d'exposition moyen. Parmi ceux-ci, deux groupes se distinguent sur le plan d'une exposition plus marquée, et ce, aux deux temps. Il s'agit des groupes « éducateurs » et « ARH, TAS et psychologues ». De plus, la situation du groupe « Équipe support » semble s'être aggravée. D'autre part, la situation du groupe « Chefs de service » semble s'être améliorée; toutefois, ce résultat doit être interprété avec une certaine prudence étant donné le nombre limité des participants dans ce groupe.

Tableau 19. Syndrome d'épuisement professionnel

	2016			2017		
	Faible (≤ 22)	Moyen (23-41)	Élevé (≥ 42)	Faible (≤ 22)	Moyen (23-41)	Élevé (≥ 42)
Tous	107 (42,3 %)	146 (57,7 %)	0 (0,0 %)	88 (37,6 %)	146 (62,4 %)	0 (0,0 %)
Équipe support	20 (74,1 %)	7 (25,9 %)	0 (0,0 %)	13 (52,0 %)	12 (48,0 %)	0 (0,0 %)
Éducateurs	36 (40,9 %)	52 (59,1 %)	0 (0,0 %)	34 (39,1 %)	53 (60,9 %)	0 (0,0 %)
ARH, TAS et psychologues	42 (34,4 %)	80 (65,6 %)	0 (0,0 %)	28 (26,4 %)	78 (73,6 %)	0 (0,0 %)
Chefs de service	9 (56,3 %)	7 (43,8 %)	0 (0,0 %)	13 (81,3 %)	3 (18,8 %)	0 (0,0 %)

5.3.3.2 La fatigue de compassion (stress traumatique secondaire)

Un nombre élevé de participants a obtenu, aux temps 1 et 2, un niveau moyen de stress traumatique secondaire. Les groupes formés par les « éducateurs » et « ARH, TAS et psychologues » sont particulièrement touchés par la fatigue de compassion alors que le groupe « équipe support » se distingue avec une exposition moins élevée (voir le tableau 20).

Tableau 20. Fatigue de compassion (stress traumatique secondaire)

	2016			2017		
	Faible (≤ 22)	Moyenne (23-41)	Élevée (≥ 42)	Faible (≤ 22)	Moyenne (23-41)	Élevée (≥ 42)
Tous	50 (19,8 %)	200 (79,4 %)	2 (0,8 %)	51 (21,7 %)	183 (77,9 %)	1 (0,4 %)
Équipe support	12 (44,4 %)	15 (55,6 %)	0 (0,0 %)	12 (46,2 %)	14 (53,8 %)	0 (0,0 %)
Éducateurs	18 (20,5 %)	69 (78,4 %)	1 (1,1 %)	15 (17,0 %)	73 (83,0 %)	0 (0,0 %)
ARH, TAS et psychologues	14 (11,5 %)	107 (87,7 %)	1 (0,8 %)	20 (19,0 %)	84 (80,0 %)	1 (1,0 %)
Chefs de service	6 (40,0 %)	9 (60,0 %)	0 (0,0 %)	4 (25,0 %)	12 (75,0 %)	0 (0,0 %)

5.3.3.3 Le surinvestissement

Approximativement un tiers de répondants qui ont été exposés au surinvestissement aux temps 1 et temps 2 (voir tableau 21). C'est le groupe « ARH, TAS et psychologues » qui semble le plus affecté.

Tableau 21. Surinvestissement

	2016		2017	
	Non exposé (≤ 16,8)	Exposé (> 16,8)	Non exposé (≤ 16,8)	Exposé (> 16,8)
Tous	167 (66,0 %)	86 (34,0 %)	149 (62,3 %)	90 (37,7 %)
Équipe support	22 (81,5 %)	5 (18,5 %)	23 (88,5 %)	3 (11,5 %)
Éducateurs	67 (76,1 %)	21 (23,9 %)	62 (69,7 %)	27 (30,3 %)
ARH, TAS et psychologues	69 (56,6 %)	53 (43,4 %)	54 (50,0 %)	54 (50,0 %)
Chefs de service	9 (56,3 %)	7 (43,8 %)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)

5.3.3.4 Le déséquilibre effort/reconnaissance

Le tableau 22 montre que plus de la moitié des répondants sont exposés, aux temps 1 et 2, au déséquilibre effort/reconnaissance. Le niveau d'exposition pour l'ensemble des participants est très similaire à travers les deux temps. Par contre, le niveau d'exposition a diminué pour les groupes « Équipe support » et « Chefs de service »; il a augmenté pour le groupe « ARH, TAS et psychologique ». Il importe de souligner que ces pourcentages sont calculés en fonction du nombre spécifique de répondants pour chaque niveau d'exposition.

Tableau 22. Déséquilibre effort/reconnaissance

	2016		2017	
	Non exposé (< 1)	Exposé (> 1)	Non exposé (< 1)	Exposé (> 1)
Tous	116 (46,8 %)	132 (53,2 %)	108 (45,2 %)	131 (54,8 %)
Équipe support	15 (60,0 %)	10 (40,0 %)	19 (73,1 %)	7 (26,9 %)
Éducateurs	46 (52,9 %)	41 (47,1 %)	46 (51,1 %)	44 (48,9 %)
ARH, TAS et psychologues	48 (40,0 %)	72 (60,0 %)	34 (31,8%)	73 (68,2 %)
Chefs de service	7 (43,8 %)	9 (56,3 %)	9 (56,3 %)	7 (43,8 %)

5.3.3.5 La détresse psychologique

Les taux obtenus à l'échelle de détresse psychologique sont présentés au tableau 23. Un pourcentage important de répondants manifeste un niveau de détresse psychologique de « modéré » à « élevé », et ce, tant au temps 1 qu'au temps 2. Le tableau indique des différences entre les taux d'exposition selon les groupes et c'est le groupe « équipe support » qui semble le moins exposé.

Tableau 23. Détresse psychologique

	2016				2017			
	Faible	Modérée (5-6)	Élevée (7-12)	Très Élevée (≥ 13)	Faible	Modéré e (5-6)	Élevée (7-12)	Très Élevée (≥ 13)
Tous	101 (40,2 %)	57 (22,7 %)	87 (34,7 %)	6 (2,4 %)	92 (38,7 %)	57 (23,9 %)	82 (34,5 %)	7 (2,9 %)
Équipe support	18 (66,7 %)	6 (22,2 %)	3 (11,1 %)	0 (0,0 %)	14 (56,0 %)	5 (20,0 %)	6 (24,0 %)	0 (0,0 %)
Éducateurs	30 (34,5 %)	19 (21,8 %)	35 (40,2 %)	3 (3,4 %)	34 (37,8 %)	18 (20,0 %)	36 (40,0 %)	2 (2,2 %)
ARH, TAS et psychologues	46 (37,7 %)	28 (23,0 %)	45 (36,9 %)	3 (2,5 %)	33 (30,8 %)	30 (28,0 %)	39 (36,4 %)	5 (4,7 %)
Chefs de service	7 (46,7 %)	4 (26,7 %)	4 (26,7 %)	0 (0,0 %)	11 (68,8 %)	4 (25,0 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)

5.3.3.6 La perception de l'état de santé

Le tableau 24 illustre que la perception de l'état de santé par l'ensemble des répondants est majoritairement « bonne » ou « très bonne ».

Tableau 24. Perception de l'état de santé

	2016					2017				
	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
Tous	30 (11,9 %)	117 (46,2 %)	92 (36,4 %)	14 (5,5 %)	0 (0,0 %)	34 (14,2 %)	103 (42,9 %)	96 (40,0 %)	6 (2,5 %)	1 (0,1 %)
Équipe support	4 (14,8 %)	16 (59,3 %)	6 (22,2 %)	1 (3,7 %)	0 (0,0 %)	4 (15,4 %)	15 (57,7 %)	6 (23,1 %)	1 (3,8 %)	0 (0,0 %)
Éducateurs	7 (8,0 %)	41 (46,6 %)	35 (39,8 %)	5 (5,7 %)	0 (0,0 %)	12 (13,3 %)	37 (41,1 %)	38 (42,2 %)	2 (2,2 %)	1 (1,1 %)
ARH, TAS et psychologues	16 (13,1 %)	50 (41,0 %)	49 (40,2 %)	7 (5,7 %)	0 (0,0 %)	13 (12,0 %)	45 (41,7 %)	47 (43,5 %)	3 (2,8 %)	0 (0,0 %)
Chefs de service	3 (18,8 %)	10 (62,5 %)	2 (12,5 %)	1 (6,3 %)	0 (0,0 %)	5 (31,3 %)	6 (37,5 %)	5 (31,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)

5.3.3.7 L'absentéisme

Les données suggèrent qu'il y aurait une réduction de l'absentéisme entre le temps 1 et le temps 2. En effet, le nombre de jours où les employés déclarent s'être absentés du travail au cours des 12 derniers mois en raison de leur santé a diminué.

Tableau 25. Absentéisme (nombre de jours d'absence par année)

	2016	2017
Tous	12,73 (É.T. = 33,3)	6,42 (É.T. = 20,1)
Équipe support	2,35 (É.T. = 3,7)	1,31 (É.T. = 2,2)
Éducateurs	15,45 (É.T. = 39,0)	8,83 (É.T. = 19,4)
ARH, TAS et psychologues	12,51 (É.T. = 32,0)	4,62 (É.T. = 14,9)
Chefs de service	14,77 (É.T. = 31,2)	0,70 (É.T. = 1,20)

Le tableau 26 indique les fréquences des problèmes principaux pour lesquels les employés ont été absents en raison de leur santé. Parmi les trois types de motifs préalablement inscrits dans le questionnaire, ce sont les motifs psychologiques qui sont le plus souvent mentionnés. Quant aux motifs « autres », qui ont été indiqués par plus de la moitié des répondants, et ce aux deux temps, on y retrouve essentiellement : petites infections (rhumes, gripes, etc.), insomnie; maux de tête, intoxication alimentaire, problèmes familiaux, opération, fatigue, problèmes digestifs, mononucléose, maladies chroniques, problèmes hématologiques et commotion cérébrale.

Tableau 26. Motifs d'absentéisme

	2016				2017			
	Psycho- logique	Musculo- squelettique	Cardio- vasculaire	Autres	Psycho- logique	Musculo- squelettique	Cardio- vasculaire	Autres
Tous	30 (24,2 %)	18 (14,5 %)	0 (0,0 %)	76 (61,3 %)	34 (31,5 %)	14 (13,0 %)	1 (0,1 %)	59 (54,6 %)
Équipe support	0 (0,0 %)	3 (27,3 %)	0 (0,0 %)	8 (72,7 %)	0 (0,0 %)	2 (20,0 %)	0 (0,0 %)	8 (80,0 %)
Éducateurs	17 (32,7 %)	9 (17,3 %)	0 (0,0 %)	26 (50,0 %)	21 (38,2 %)	6 (10,9 %)	1 (1,8 %)	27 (49,1 %)
ARH, TAS et psychologues	10 (19,2 %)	6 (11,5 %)	0 (0,0 %)	36 (69,2 %)	13 (35,1 %)	6 (16,2 %)	0 (0,0 %)	18 (48,6 %)
Chefs de service	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (66,7 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	6 (100,0 %)

5.3.3.8 Le présentéisme

Un pourcentage important des employés aux temps 1 et 2 déclare être allé au travail malgré l'impression d'être malade (voir le tableau 27). Ce phénomène de présentéisme semble s'accroître parmi le groupe « éducateurs ». D'autre part, le groupe "Équipe support" semble relativement moins affecté.

Tableau 27. Aller au travail malgré l'impression d'être malade

	2016	2017
Tous	127 (65,1 %)	98 (67,1 %)
Équipe support	7 (35,0 %)	4 (25,0 %)
Éducateurs	54 (74,7 %)	39 (86,7 %)
ARH, TAS et psychologues	56 (66,7 %)	49 (69,0 %)
Chefs de service	8 (50,0 %)	6 (42,9 %)

5.4 Analyse du processus de développement et d'implantation des interventions

5.4.1 Phase préparatoire, préalable à l'intervention: entretiens supplémentaires avec des informateurs clés

Une série d'entretiens avec des informateurs clés a été réalisée avant d'amorcer la phase d'intervention proprement dite, afin de mieux comprendre le contexte de transformations en cours au Centre jeunesse. Cette stratégie de recherche, non prévue initialement au protocole, a été ajoutée afin de mettre à jour les résultats de l'étude exploratoire réalisée en phase préliminaire – préalablement au financement – dans le but de mieux rendre compte d'éléments contextuels nouveaux ayant un effet appréhendé sur le milieu et sur le portrait qui avait été initialement dressé : la réforme du système de santé et des services sociaux. Cette modification au protocole a été soumise puis acceptée par le comité d'éthique de la recherche.

Voici, de façon succincte, les principaux éléments liés au contexte de transformation qui ont été dégagés de l'analyse de ces entretiens. Ces éléments ont été discutés puis validés en réunion du comité consultatif. Ils ont ensuite été présentés au GSI en complément des éléments à considérer dans le processus de développement des interventions. Au moment des entretiens, soit environ un an après l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, on constate que :

- Les cadres sont plus directement touchés par les changements que le personnel sur le terrain;
- Il y a une augmentation de la charge de travail et/ou un élargissement du territoire couvert pour les « chefs » (supérieurs immédiats), ce qui pose des enjeux d'organisation du travail et de soutien clinique;
- Le soutien clinique demeure un enjeu très important pour les personnes rencontrées. On constate, par ailleurs, sur le terrain un déplacement des fonctions de coordination clinique qui inquiète;
- La pression des statistiques au secteur psychosocial amène les intervenants à travailler plus souvent la porte fermée;
 - Au secteur de la réadaptation, avec la nouvelle direction en place, c'est l'inverse : il y a beaucoup plus d'ouverture et l'information circule mieux;
- Il existe certaines appréhensions liées à la perspective de fusionner avec les équipes du CISSS;
- Plusieurs considèrent que le siège social de la nouvelle organisation est beaucoup trop éloigné des clientèles et des travailleurs
- Dans certains secteurs, il existe un sentiment de perte identitaire; on estime que le travail risque de perdre de son sens;
 - Selon les participants, le projet RIPOST peut être un levier pour faire perdurer la culture du Centre jeunesse;
- Au secteur de la réadaptation, il existe de nouveaux leviers : nouvelle direction et liens plus étroits avec les ressources en santé mentale;
- Au secteur psychosocial, certains enjeux émergent : des enjeux de communication entre les équipes et d'autres liés à la compréhension des nouvelles logiques de gestion;
- La dynamique syndicale a changé; il y a un choc entre plusieurs cultures (liées aux anciennes structures). L'utilisation du grief est beaucoup plus courante, notamment parce que la nouvelle structure RH est beaucoup plus éloignée et que les délais pour traiter des dossiers sont très longs;
- Certains enjeux par rapport à la rétention du personnel et au recrutement des stagiaires dans certains secteurs « moins populaires » sont soulevés au moment où il y aura fusion des accréditations syndicales;
- Il y a eu annonce du maintien des mesures de conciliation travail/vie personnelle : le CISSS veut obtenir la certification « Entreprise en santé »;
- Il y a une réduction de la formation offerte aux employés.

5.4.2 Formation du Groupe de soutien à l'intervention (GSI)

À la suite de l'analyse des données recueillies lors des entretiens avec des informateurs clés, le Groupe de soutien à l'intervention (GSI) a été formé sur une base paritaire. C'est ce groupe qui, à partir des données colligées lors de la première prise de mesures ainsi que des données qualitatives recueillies en phase exploratoire, a été responsable de cibler les besoins les plus importants et de prioriser les pistes d'intervention et, conséquemment, de déterminer quels seraient les groupes ou les unités qui seraient touchés par les projets initiés.

La composition initiale du GSI a été déterminée en collaboration avec les membres du comité consultatif, selon les paramètres suivants :

- Quatre employés (un du groupe équipe support, un éducateur, un ARH de l'évaluation, un ARH de l'application des mesures);
- Deux représentants syndicaux¹⁷ (à l'origine FPCJCA et SECJCA; puis APTS);
- Deux chefs de service (secteur de la réadaptation et secteur psychosocial);
- Un représentant de la norme « Entreprise en santé - Élite »;
- Un membre professionnel de l'équipe RIPOST + 1 chercheur;

Un appel à tous a été lancé pour identifier, sur une base volontaire, les membres du Groupe de soutien à l'intervention. Cet appel a permis aux employés de poser leur candidature ou de suggérer la candidature d'un(e) collègue. Trente-cinq personnes se sont portées volontaires. Le comité consultatif s'est réuni pour participer à la sélection des membres du GSI sur la base du paritarisme et de critères préétablis, notamment sur le plan de la représentativité (ex. : secteur, sexe, ancienneté, territoire), mais aussi en matière de qualités recherchées chez les membres d'un tel comité (connaissance du milieu de travail, crédibilité auprès des collègues, leadership, présence régulière dans les lieux de travail). Un consensus a rapidement été dégagé et les personnes ayant manifesté leur intérêt ont toutes été contactées. Parmi les volontaires n'ayant pas été retenus pour faire partie du comité, plusieurs se sont fait offrir d'agir à titre de substitut, pour remplacer un membre du GSI en son absence.

5.4.2.1 Calendrier des rencontres

Dès l'automne 2016, le Groupe de soutien à l'intervention a été formé. Le comité s'est rencontré à 12 reprises, entre septembre 2016 et novembre 2017. Une douzaine de jours de libération ont été initialement octroyés aux employés afin de faciliter leur participation aux rencontres et pour travailler hors des rencontres sur le développement de leurs projets. Selon la planification initiale, les journées étaient divisées en deux parties : l'avant-midi était consacré aux rencontres du GSI et l'après-midi était libéré pour travailler sur les projets respectifs. Dans les faits, des aménagements ont été nécessaires dans la gestion du temps pour permettre aux membres d'actualiser certaines activités nécessitant des rencontres à l'extérieur de ces plages horaires prévues (ex. pour rencontrer des collaborateurs internes ou externes). D'autres aménagements ont aussi été faits lorsque des membres avaient besoin de jours ou d'heures supplémentaires pour réaliser leurs travaux. Enfin, quelques membres ont réussi à accomplir certaines tâches à l'intérieur de leur temps de travail.

¹⁷ Malgré un changement de représentation syndicale en cours de route, (CSN vers APTS), la représentation telle que prévue a été maintenue par l'APTS

Au cours du processus, certains membres du GSI ont été remplacés, la plupart en raison du contexte de transformations majeures qui prévalait à l'institution et qui a provoqué plusieurs changements de mandats ou de fonctions, particulièrement du côté de la gestion. D'autres absences ou départs sont plutôt attribuables à des motifs personnels, non liés au travail. Un membre n'a pas poursuivi son implication en raison de la difficulté à se libérer pour assister aux rencontres du comité.

Malgré ces mouvements au sein du GSI, les rencontres se sont tenues comme prévu et, avec l'accord de toutes les parties concernées, quelques rencontres supplémentaires ont été ajoutées pour permettre au comité de poursuivre ses activités et de faire progresser les projets.

5.4.2.2 Processus de développement des projets

Le processus de développement des projets s'est amorcé dès la première rencontre du comité et s'est étalé sur plus d'une année. La réflexion sur des projets à mettre en place a été amorcée en s'appuyant sur le portrait dégagé tant par les données qualitatives recueillies préalablement (entretiens individuels et de groupe) que par les données colligées grâce à l'administration du premier questionnaire au printemps 2016. Une démarche d'identification des cibles globales (voir figure 17) puis spécifiques a été réalisée au sein du GSI en utilisant des outils conçus par l'équipe RIPOST (<http://www.irsst.qc.ca/prevention-violence/trousse-a-outils.html>) et des priorités d'action ont été identifiées.



Figure 17. Identification des cibles globales du processus d'intervention par le GSI

Après une première période de délibérations du GSI, des projets ont peu à peu été développés par les membres qui se sont généralement regroupés en plus petites équipes – en fonction de leurs intérêts respectifs ou de leurs secteurs de travail – pour amorcer le développement des projets prioritaires. Un membre a choisi de porter son projet seul, mais il a obtenu le soutien des chefs de son secteur pour l'aider à atteindre ses objectifs.

Chaque projet a pris naissance et s'est développé selon des paramètres uniques, laissant place à la créativité de chacun. Au fil des rencontres, parfois sur des périodes plus ou moins longues, des projets ont évolué, se sont précisés et ont pris leur envol. D'autres ont emprunté des directions différentes, certains ont été mis de côté puis remplacés par d'autres, jugés plus prioritaires, ou réalisables. Les responsables des projets se sont engagés à consulter les milieux concernés, particulièrement en début de processus, pour s'assurer d'agir conformément aux besoins de ceux-ci. Ils ont aussi été invités à préparer un plan d'action et à élaborer un argumentaire leur permettant de présenter leur projet aux instances concernées afin d'obtenir l'aval des autorités et de bien attacher la mise en place des activités proposées dans les

processus administratifs de l'institution (ex. : service des communications, service des ressources humaines).

L'ensemble du processus de développement des interventions a été saisi par l'utilisation d'une carte heuristique mise à jour après chaque rencontre (voir annexe B). Cet outil a permis de suivre l'évolution des projets, mais aussi de choisir de développer des pistes qui n'avaient pas été priorisées, ainsi que d'autres programmes en place (ou « sur la glace ») qui touchent des cibles similaires à celles poursuivies. Les Info-RIPOST ont pour leur part permis de partager l'information sur les activités du GSI à tous les employés et cadres concernés.

Dans un contexte de grandes transformations organisationnelles, la mise en place de chacun des projets s'est déroulée sur une période plus longue que celle qui avait initialement été anticipée. Au moment de rédiger ce rapport, certains des projets étaient encore à l'étape d'actualisation, bien que tout près d'atteindre le but visé. Cinq projets ayant été développés au sein du GSI seront sommairement présentés. D'autres projets, dont le développement est moins avancé, sont toujours à l'étude. Et d'autres encore ont été proposés et seront peut-être repris ou adaptés éventuellement, dans le contexte du processus de pérennisation de la démarche. Voici donc, dans les encadrés qui suivent, des exemples des projets développés avec les secteurs visés, les objectifs poursuivis et quelques éléments descriptifs (figures 18, 19, 20, 21 et 22) :

<p>Cible :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les employés (non-cadres) qui travaillent dans le centre et qui sont en contact avec la clientèle <p>Objectifs poursuivis :</p> <ul style="list-style-type: none">• Améliorer le soutien social pour le personnel du centre• Favoriser une meilleure reconnaissance au sein des équipes et entre les secteurs<ul style="list-style-type: none">○ Encourager une plus grande mixité entre les corps de métier• Permettre de « décompresser » en période de crise• Faire le pont avec d'autres ressources disponibles (PAE; Programme de pairs aidants) <p>Description :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un local a été aménagé pour les employés de tous les corps de métier en contact avec la clientèle : identification des locaux appropriés, modifications à la structure, aménagement physique de l'espace, etc.)• Un lieu de pause, de détente (table de billard, télé, ordinateur, téléphone), de repos (lits), de retrait (si un employé a vécu une crise)• Un local accessible aux employés pour se retrouver et fraterniser• La possibilité (éventuelle) d'y attacher une programmation <p>État d'avancement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le lancement officiel du local est prévu en été 2018.

Figure 18. Aménagement d'un local pour le personnel qui intervient auprès des jeunes

<p>Cible :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les employés qui travaillent dans les différents secteurs « jeunesse », tous les secteurs du CISSS qui collaborent avec le secteur jeunesse (éventuellement : collaborateurs externes) <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Faire connaître/reconnaître la nature réelle du travail dans les centres jeunesse aux collègues du CISSS (activité de sensibilisation) et aux collaborateurs externes• Favoriser un changement de culture, une plus grande ouverture entre les intervenants des centres jeunesse et les autres collègues du CISSS<ul style="list-style-type: none">○ Diminuer les tensions potentielles• Déconstruire des mythes et recueillir les questions et les insatisfactions chez les collègues du CISSS/chez d'autres collaborateurs <p>Description :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une activité interactive (conférence) a été préparée<ul style="list-style-type: none">○ Format : mises en situation, connaissances à transmettre sur le secteur (ex. lois)• Arrimage avec le service des communications• Durée et contenu de l'activité variable, selon les contextes• Activité prétestée (comité consultatif public étudiant)• Préparation d'outils papier à remettre lors des conférences• Planification d'un calendrier des conférences <p>État d'avancement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le programme est débuté depuis le printemps 2018.

Figure 19. Création d'une conférence pour faire connaître la réalité du travail dans les centres jeunesse (« tournée »)

<p>Cible :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tous les employés du secteur jeunesse <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Offrir un soutien plus adéquat – parce que plus spécialisé - aux employés consultant le PAE• Favoriser une plus grande ouverture des employés à consulter le PAE pour requérir de l'aide <p>Description :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prise de contact avec la firme responsable du PAE afin d'avoir accès à des ressources spécialisées lorsque les employés vivent des difficultés en lien avec le travail et ont besoin de consulter• Spécialisation de l'offre initiale de service du Programme d'aide aux employés (PAE) / création d'un système pour filtrer adéquatement les demandes dès l'entrée afin de permettre de rediriger immédiatement les personnes en difficulté vers une ressource ayant reçu une formation<ul style="list-style-type: none">○ Formation de plusieurs intervenants/psychologues sur le territoire d'un centre jeunesse (en fonction des points de service) par la firme de PAE afin que ceux-ci puissent développer l'expertise appropriée○ Préparation de la documentation pertinente (à partir des données de recherche) par les membres de l'équipe du GSI pour transmettre à la firme de PAE <p>État d'avancement :</p> <ul style="list-style-type: none">• La firme de PAE a mis en place les modalités pour offrir un accompagnement spécialisé. Le programme sera publicisé à l'automne 2018.

Figure 20. Ajout d'une ressource spécialisée au programme d'aide aux employés (PAE)

<p>Cible :</p> <ul style="list-style-type: none">• Secteur réadaptation prioritairement (<i>dans le secteur psychosocial cela se fait plus spontanément déjà</i>). Pourrait être élargi.
<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Offrir un soutien aux intervenants en période de crise (aide ponctuelle)<ul style="list-style-type: none">○ Permettre de ventiler• Accompagner les intervenants, au besoin, pour consulter d'autres ressources plus spécialisées• Briser l'isolement• Recommander au besoin (services, organismes communautaires, médecin, PAE, etc.)
<p>Description :</p> <ul style="list-style-type: none">• Mise en place d'un programme de pairs aidants volontaires habilités à répondre aux demandes ponctuelles de collègues confrontés à une situation de crise.• Recrutement de personnes intéressées et aptes à exercer un rôle de pair aidant• Élaboration de la structure du programme• Planification de la formation et de la structure d'accompagnement pour les pairs aidants• Présentation du programme dans les directions
<p>État d'avancement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le développement du programme devrait être complété d'ici décembre 2018.

Figure 21. Création d'un programme de « pairs aidants »

<p>Cible :</p> <ul style="list-style-type: none">• Secteur réadaptation <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dégager les éducateurs pour leur permettre de réaliser les tâches attendues dans leur horaire• Favoriser la rétention du personnel expérimenté et le maintien de l'expertise dans le milieu <p>Description :</p> <ul style="list-style-type: none">• Proposition aux chefs de canevas d'horaires tenant compte de la réalité de chaque secteur en s'inspirant de modèles d'autres établissements (ex : centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)<ul style="list-style-type: none">○ Implantation initiale dans une unité pilote• Intention de réduire le nombre d'heures en accompagnement scolaire pour offrir une marge de manœuvre plus importante pour effectuer d'autres tâches (projet à plus long terme) <p>État d'avancement :</p> <ul style="list-style-type: none">• La réflexion est toujours en cours et intégrée à d'autres processus organisationnels pour atteindre l'objectif (objectifs du projet sur un plus long terme compte tenu de la complexité des démarches à réaliser).

Figure 22. Réaménagement des horaires de travail des éducateurs

5.4.3 Arrimage entre les projets développés et les pistes suggérées lors des entrevues exploratoires menées en phase préparatoire

Lors de la phase exploratoire de recherche, (celle qui n'a pas été subventionnée) un ensemble de besoins avait été cerné grâce à l'analyse des entretiens qualitatifs réalisés auprès des employés et des gestionnaires participants. Avaient alors été identifiées certaines ressources jugées prioritaires, par les participants, pour faire face au travail émotionnellement exigeant. Celles-ci avaient alors été regroupées selon cinq catégories de besoins émergeant des témoignages : le soutien, les espaces de parole, les outils, le temps et la reconnaissance. Parmi ces pistes, certaines ressortaient encore davantage du discours. Dans la figure 23, elles apparaissent au centre, en caractère gras.

Cette stratégie de recherche faisait alors partie intégrale de la phase de développement (phase 1) du devis de recherche afin de déterminer, dans la perspective des acteurs, les ressources nécessaires pour prévenir les effets d'un travail émotionnellement exigeant. À droite, en vert, ont été greffés à la figure les cinq projets présentés préalablement. Les flèches permettent de constater que les interventions développées par le GSI s'arriment à plusieurs priorités cernées, notamment sur les plans du soutien par les pairs et par des professionnels dédiés, de l'accès à un espace pour échanger et respirer, du temps d'accalmie et de ressourcement et de la reconnaissance. Au-delà des projets spécifiques développés par le GSI, il apparaît aussi que le processus d'intervention lui-même, dans sa globalité, contribue à la dimension reconnaissance organisationnelle. Seule la dimension « Outils » n'a pas été touchée, ce qui s'explique principalement par le contexte de réforme en cours. En effet, les délibérations au sein du GSI ont permis de dégager la difficulté de générer de nouveaux outils ou de nouvelles formations, dans un contexte de mouvance qui était plutôt caractérisé par une baisse d'accès à la formation et à une révision des outils disponibles.

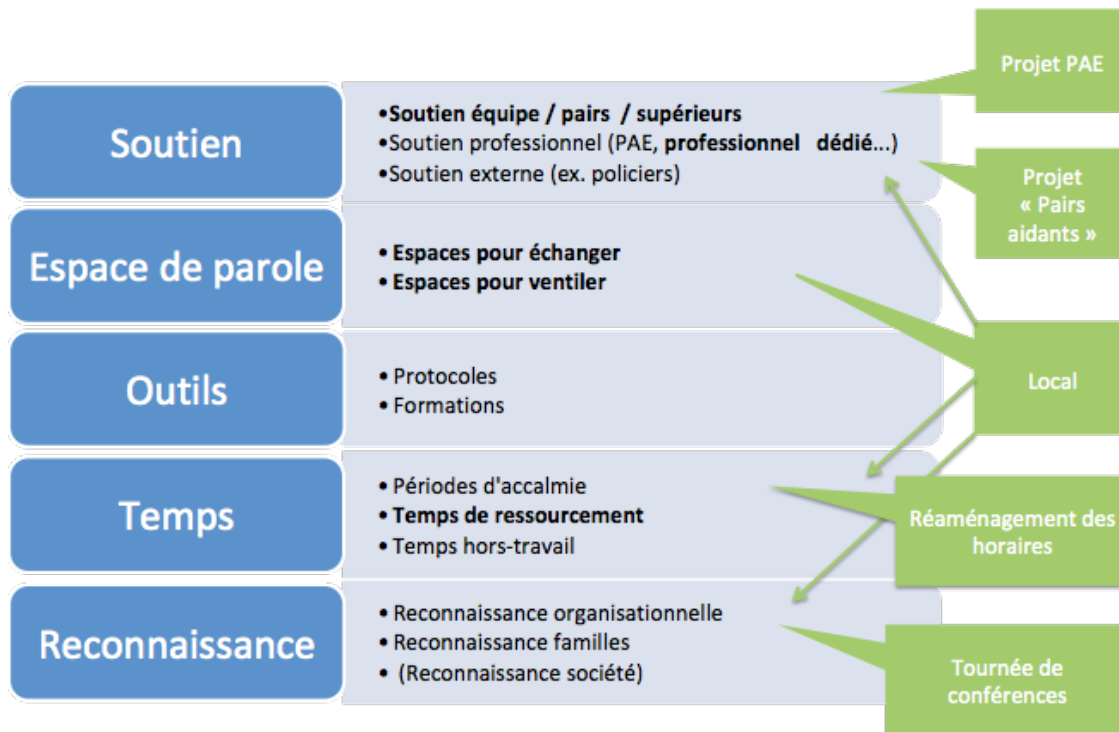


Figure 23. Besoins en ressources préalablement ciblés et projets développés

5.4.4 Évaluation de l'implantation : un bilan des leçons tirées

L'analyse du processus de développement et d'implantation de l'intervention, qui passe par la mise en place des projets issus du Groupe de soutien à l'intervention, a été réalisée en combinant l'ensemble des données qualitatives recueillies lors du suivi des changements auprès du GSI, de l'analyse du processus d'implantation et de la prise en charge, du suivi des changements auprès d'informateurs clés et de l'observation participante.

Pour des fins d'analyse, les éléments dégagés ont été regroupés en trois thèmes distincts : les principales conditions gagnantes ayant permis au projet de prendre forme, les défis de contexte et de processus rencontrés et, enfin, les facteurs facilitant et entravant le développement des projets initiés par le GSI. De façon succincte, chacun des thèmes et les principales manifestations qui se dégagent de l'analyse seront présentés. Quelques extraits d'entretiens viendront accompagner le texte. Ceux-ci ont été sélectionnés parce qu'ils étaient en adéquation avec le sens des propos recueillis de façon générale.

5.4.4.1 Conditions gagnantes : phase préparatoire du projet d'intervention

Le premier thème dégagé de l'analyse est celui des conditions gagnantes à mettre en place pour favoriser l'émergence, le développement et l'actualisation de telles interventions préventives. Il s'agit d'éléments fondamentaux à rechercher, voire à cultiver, s'ils ne sont pas déjà présents, avant même d'amorcer un processus d'intervention préventive paritaire qui nécessite l'engagement de tous. Dans le projet étudié, ces conditions gagnantes étaient initialement présentes avant même l'amorce de la démarche d'intervention ; le terrain ayant été préparé pendant quelques années par l'ensemble des partenaires. Cela dit, ces conditions ont été remises en cause, en cours de processus, en raison des transformations ayant affecté l'ensemble des acteurs engagés dans la démarche (direction, syndicat, recherche). Des efforts ont donc dû être consentis, de toutes parts, pour rétablir ces nécessaires assises et s'assurer collectivement que les conditions qui étaient propices avant les transformations demeuraient toujours présentes. Voici donc, sommairement, la liste des principales conditions gagnantes qui ont été dégagées de l'analyse qualitative :

- Le projet est une initiative du milieu ;
- Tous les acteurs s'entendent sur la reconnaissance du problème (perception partagée du problème) ;
- Tous adhèrent à une visée préventive ;
- La structure du projet est paritaire :
« Ce que j'ai aimé c'était que c'était vraiment paritaire, toutes les parties présentes étaient écoutées, il y avait de bons échanges, on ne sentait pas que l'on travaillait l'un contre l'autre, les employeurs contre les syndicats, on travaillait tous ensemble pour trouver des solutions » (un intervenant avec mandat syndical);
- Les diverses instances font preuve d'engagement envers le milieu (à tous les niveaux de ces instances, y compris celui de la haute direction) :
« C'est un très beau projet [...] c'est un projet novateur, c'était très audacieux [...] de venir reconnaître comme employeur que l'emploi que tu donnes peut créer chez eux des impacts psychologiques, de ne pas cacher ça, de venir le démontrer scientifiquement. Comme pas en avant là c'est déjà wow puis d'en faire partie à la base c'est super intéressant » (un représentant de la gestion);
- Le projet fait appel à une structure d'intervention éprouvée (une méthode d'intervention reconnue, solide) ;
- Le projet a un potentiel de pérennité/de transférabilité

5.4.4.2 Principaux défis : phase de développement et d'implantation de l'intervention

Le second thème qui émerge des analyses est celui des défis cernés dès la phase de développement de l'intervention et, plus tard, lors du processus d'implantation des projets développés par le GSI. Ces défis ont été catégorisés selon qu'ils émergeaient du contexte d'implantation – sur lequel les personnes engagées dans le processus d'intervention n'avaient que peu de prise – ou du processus d'intervention lui-même.

Le plus important des défis de contexte qui émerge des analyses est, sans contredit, la réforme du réseau de la santé et des services sociaux qui a provoqué des bouleversements importants et qui a eu une influence considérable sur le projet, remettant même en question sa poursuite. Cela dit, grâce aux conditions gagnantes déjà en place et à la mobilisation du milieu (voir section précédente), les ajustements nécessaires au nouveau contexte ont pu être effectués.

Une pause de plusieurs mois a notamment été accordée pour permettre au milieu de retrouver certains repères avant de reprendre les activités du projet. Cependant, cette même réforme a continué de générer des défis qui ont eu des effets sur le développement des interventions :

- Le maintien des paramètres du projet d'intervention (avec de nécessaires ajustements), dans un contexte de transformations majeures ;
- L'instabilité causée par la réforme qui touche tous les partenaires : équipes de gestion, syndicat, équipe de recherche :

« La réforme ici on la vit tous les jours. C'est compliqué, il y a des affaires qui changent. C'est l'enfer comment ça crée des délais, qu'il y a une lourdeur administrative. C'est jusque dans le petit quotidien qu'on est chamboulés... » (un intervenant en réadaptation);
- L'éloignement des gestionnaires de proximité (amplifié par les nouvelles façons de faire) :

« De tradition, les gestionnaires ont toujours aussi joué le rôle de cliniciens [ils ont déjà été cliniciens]. Mais on se dirige dans une organisation où les gestionnaires doivent « gérer » : on perd beaucoup au niveau humain » (un supérieur immédiat);
- La cohabitation parfois difficile de deux secteurs distincts (secteur psychosocial et secteur réadaptation) ;
- La présence de règles administratives et syndicales à respecter.

Quant aux défis sur le plan des processus qui ont été dégagés des analyses, la plupart tournent autour de dynamiques en place au moment du développement et de l'implantation du projet : l'animation, la communication, la participation, l'adhésion aux projets, etc. :

- L'animation du processus par l'équipe de recherche ;
- L'exercice du leadership au regard du projet par des représentants de la gestion / par les responsables syndicaux ;
- La formation du GSI (c.-à-d. le processus d'identification des membres) ;
- L'habilitation des membres responsables du développement des interventions (ex. : développement d'un plan d'action, préparation d'un argumentaire) ;
- La dynamique au sein du comité (rapports d'entraide, rapports de pouvoir, etc.) ;
- La participation aux rencontres (défi de disponibilité) / la libération des gens :

« On est *terrain plancher*, on n'a pas de pause. Juste de s'investir dans un comité comme ça c'est complexe. De trouver du temps. Le temps de rencontre on est libérés. Mais après pour mettre l'énergie pour travailler concrètement sur le projet [...] j'ai pas le temps » (un intervenant);
- La stabilité au sein du GSI (maintien d'expertise ; intégration de nouveaux membres) :

« ... les changements d'acteurs autour de la table emmènent leurs lots de problèmes parce que les gens qui arrivent ne sont pas au courant de tout, c'est à recommencer un peu l'histoire, se rappeler ce qui a emmené l'organisation et les parties impliquées à mettre en place un projet... » (un intervenant avec mandat syndical);
- Le développement des projets et leur arrimage avec le milieu (identification de partenaires, entérinement des projets par la gestion) ;

- La mise en place d'un processus de communication (outil de communication Info-RIPOST ; structure de communication initiée par les gestionnaires et par les syndicats).

5.4.4.3 Facteurs facilitants ou entravants : retour sur l'ensemble de la démarche

Le troisième thème qui émerge des analyses est lié davantage aux leçons apprises à travers l'ensemble de la démarche qui s'est, rappelons-le, amorcée en 2012 par la réalisation d'un premier volet exploratoire. On peut donc ici saisir quels sont, selon les données recueillies, les facteurs qui ont favorisé ou entravé, selon le sens qu'ils prennent (ex. : présence ou absence du facteur), la mise en place de l'ensemble de la démarche qui visait à agir sur les effets du travail émotionnellement exigeant. Les éléments retenus ici englobent donc l'ensemble des activités réalisées pendant environ cinq années et incluent, par exemple, autant les activités du comité consultatif que celles du GSI. On y considère aussi, conséquemment, les facteurs présents avant et après la vague majeure de transformations liées à la Loi 10. Encore ici, ces facteurs ont été regroupés selon les catégories établies lors de l'analyse :

Partenariat

- Liens solides équipe de recherche/milieu ;
- Partage de normes explicites : proximité, transparence, ouverture, intégrité;
- Engagement des individus et des structures

« On n'a jamais eu besoin de convaincre les gestionnaires ni même les directeurs responsables [...]. Le projet a été bien positionné et on avait l'adhésion de l'équipe de gestion. [...] Les syndicats étaient impliqués, avaient leur place, ils étaient là pour faire avancer le projet de façon générale » (une intervenante, membre de comité).

Vision

- Perception partagée du sens de l'action à entreprendre :
« J'en retire une expérience très positive. Il y a un sentiment de sens aussi. On fait ça parce qu'on espère que ça va aider les gens » (intervenante, membre du comité);
- Capacité « historique » de travailler ensemble (confiance établie);
- Capacité à trouver ensemble des solutions pour faire face aux défis;
- Ouverture pour faire les choses différemment (innovation);
- Intérêt pour le développement d'un projet porteur pour l'établissement / perspective de transférabilité mise en valeur ;
- Volonté affirmée pour pérenniser le projet.

Contexte organisationnel

- Stabilité de la structure institutionnelle, des équipes de gestion;
- « Poids » relatif des processus de gestion (proximité des services, « souplesse » des processus).

Processus de recherche

- Présence de personnes « neutres » (recherche) :
« ... ce que j'ai aimé c'est que l'équipe de recherche est vraiment neutre, ils ne prenaient pas partie pour l'un ou pour l'autre, ils n'essayaient pas non plus d'orienter les échanges, ils nous laissaient de la place... » (intervenant, mandat syndical);
- Rigueur du processus de recherche ;
- Pertinence des données de recherche.

Modalités

- Disponibilité de financement ;
- Dégagement des membres faisant partie du comité ou du GSI ;
- Stabilité au sein du comité et du GSI ;
- Octroi de marge de manœuvre / Présence de pouvoir décisionnel / Espace pour la créativité :
« Si j'avais été encadré, ça n'aurait pas eu le même effet, je n'aurais pas eu la même passion à le faire [...] ça c'est un gros point positif » (intervenant, membre de comité);
- Prise en charge de l'animation (recherche).

Composition du comité et du GSI / dynamique

- Diversité des membres ;
- Dynamisme des membres ;
- Motivations intrinsèques pour s'engager ;
- Ouverture aux réalités de tous et aux différents points de vue.

Leadership / animation du projet sur le terrain

- Animation du projet au sein des équipes (gestionnaires immédiats);
- Animation du projet par le syndicat;
- Présence de mécanismes de communication ;
- Arrimage du projet aux structures en place (ex. norme Entreprise en santé)

5.5 Analyse des effets anticipés ou rapportés

En dépit du fait que les délais attribuables au contexte de transformations majeures n'aient pas permis de procéder pleinement à une évaluation des effets de l'intervention par questionnaire, l'ensemble du corpus de données qualitatives a, pour sa part, favorisé la compréhension d'une grande partie de ces effets. Ce sont les résultats de ces analyses qualitatives qui sont présentés ici, en première partie. Puis, en seconde partie, il sera fait état de certains résultats obtenus lors de l'administration du second questionnaire au temps 2, à une échelle qui touche la perception des changements par les répondants.

5.5.1 Des effets dégagés de l'analyse qualitative

L'analyse qui suit repose sur une lecture de l'ensemble du corpus de données qualitatives recueillies depuis l'amorce du processus d'intervention : observation participante, notes de terrain, entrevues avec informateurs clés, etc. Seront donc présentés ici les principaux effets étudiés grâce aux témoignages de personnes ayant été directement ou indirectement engagées dans le processus d'intervention par l'entremise, notamment, du comité consultatif et du Groupe de soutien à l'intervention. Des personnes, donc, qui connaissent pour la plupart le projet de l'intérieur et qui sont davantage en mesure, à cette étape-ci d'implantation, de saisir certains des effets du projet, notamment sur la capacité de la démarche à contrer l'influence du travail émotionnellement exigeant dans les centres jeunesse. Voici donc ce que l'analyse qualitative révèle sur le plan des effets avérés ou potentiels de la démarche RIPOST, en soi, mais aussi des projets d'intervention spécifiques développés par le GSI.

Le premier des constats qui revient à travers les analyses c'est sans nul doute l'effet porteur du projet RIPOST, et cela depuis l'amorce de la démarche, en phase exploratoire (préalable à la subvention). Le fait de mettre en marche un projet mobilisant l'ensemble des partenaires, qui ont peu à peu pris en charge la démarche, est considéré comme un des éléments forts de l'intervention, qui dépasse les effets potentiels des projets spécifiques développés au sein des GSI. Et le fait que ce projet puisse être poursuivi, malgré les obstacles liés aux transformations institutionnelles qui ont touché tant la gestion que les syndicats, est considéré comme un élément particulièrement positif par de nombreuses personnes qui en ont témoigné, comme le fait ici un intervenant :

« Juste le fait qu'il y en ait eu un [le projet RIPOST], c'est une réussite. »

Le second constat qui est omniprésent dans les analyses c'est le fait que la démarche a permis, dès l'amorce des travaux, de reconnaître « officiellement », par tous les acteurs, la nature émotionnellement exigeante du travail et, conséquemment, les besoins spécifiques des travailleurs œuvrant dans le CJ. Cette reconnaissance collective semble avoir donné le ton à l'ensemble des travaux qui ont suivi. Ce qui a permis d'ouvrir plus librement les échanges sur un sujet auparavant tabou, comme en témoigne ici un supérieur immédiat :

« Ce que ça va avoir changé le plus : la conscientisation. C'est une job qui est *tough*, c'est une job qui nous amène à devoir se protéger psychologiquement [...] ça fait qu'il faut essayer de trouver des mécanismes pour se protéger de ça [...]. J'imagine que les gens vont se protéger un peu plus, trouver des nouveaux trucs, accepter d'en parler... comme c'est dans le discours de la direction puis c'est dans le discours des employés bien c'est quelque chose qui est accepté que ça se peut que ça soit *tough* puis que c'est pas grave de brailler durant un quart de travail parce que on a trouvé ça difficile »...

Les travailleurs qui se sont engagés dans les diverses étapes du projet ont aussi, à maintes reprises, souligné l'effet positif de s'être sentis écoutés, entendus par l'équipe de recherche, mais aussi par les autres participants, soit lors des entretiens de groupe (ceux ciblés pour participer au début), soit en comités (comité consultatif ou GSI). Une intervenante résume ainsi son propos sur la participation aux entretiens qualitatifs menés en phase exploratoire :

« C'était constructif, ça ouvrait comme à une possibilité. »

Grâce à cette prise de conscience collective, accompagnée d'un processus de recherche qui a donné accès à des données scientifiques propres au milieu, les différents acteurs ont peu à peu pu disposer d'un langage commun, de connaissances solides, communément partagées. Ce qui a plu à plusieurs acteurs, tant du côté des travailleurs que des gestionnaires. Une intervenante en témoigne ainsi :

« Moi je suis très contente. Moi, ce que je voulais c'est qu'on arrive à démontrer à quel point c'est un travail qui est exigeant, qui est spécifique, qui est lourd et qui a des impacts émotifs tant pour les intervenants, les éducateurs que pour les chefs aussi... C'est pas vrai que parce que tu es chef tout va bien [...]. Moi, juste les résultats des questionnaires, qu'on en ait parlé, de se rendre compte [...] c'est assez. »

Un autre effet qui est largement abordé par les acteurs du milieu c'est le mouvement généré par la démarche qui a non seulement rapproché les secteurs (réadaptation et psychosocial), ce qui était un ingrédient fondamental à la réussite du projet en soi et à la constitution des comités (comité consultatif et GSI) (« non seulement c'est pertinent, c'est nécessaire de mettre tout le monde dans le comité »), mais qui a aussi favorisé une nécessaire prise de connaissance de la réalité des autres personnes qui œuvrent dans les centres jeunesse, un processus favorable à la fois à une baisse de la tension entre les individus et les secteurs, mais aussi à une reconnaissance mutuelle et à de possibles manifestations de soutien. Ce mouvement a également été constaté entre les secteurs de travail, où il existait des tensions bien documentées. Le témoignage de cet intervenant fait référence ici plus spécifiquement à la prise de conscience de la réalité des personnes en situation de gestion, un sujet qui a été largement abordé tout au long de la démarche :

« Ça été intéressant de prendre conscience qu'eux-autres aussi ils gèrent du stress. [...] Ça permet peut-être des relations plus humaines [entre travailleurs et chefs]. C'est venu officialiser ça. Ça c'est intéressant. Moi, l'affaire qui m'a le plus frappé, c'est comment ils sont seuls. [...] Eux ils peuvent plus ou moins discuter de leurs difficultés. »

Ceux qui ont été plus impliqués dans la démarche partagent en général une opinion positive sur les effets déjà présents et attendus, et leur opinion va globalement dans le sens d'une réussite, même si le processus d'implantation n'est pas totalement bouclé. Ils soulignent que le projet a amorcé un mouvement de changement positif, qu'ils souhaitent voir se perpétuer, comme en témoigne ici un cadre intermédiaire :

« À la base, oui, c'est une réussite. Ça a ouvert quelque chose. C'est une amorce de changement. Le défi c'est la pérennité dans un contexte de pression qui s'accroît. »

Les analyses permettent par ailleurs de constater qu'il y a une certaine difficulté à mesurer l'ampleur des effets d'un tel processus d'intervention puisqu'il se trouve peu à peu imbriqué dans le lot des activités en cours et n'est plus nécessairement perçu comme un projet en soi. Ce qui démontre, par ailleurs, que le projet d'intervention a réussi à faire sa place dans les activités du milieu. Voici comment l'exprime un intervenant :

« Des fois des changements comme ça on les vit et on ne les voit pas tant [...] toute la partie reconnaissance que c'est un travail qui n'est pas facile puis qu'il peut y avoir des impacts sur la santé psychologique des employés c'est plus quelque chose maintenant qui fait partie des faits, les gestionnaires le savent puis ce n'est pas nécessairement remis en question... »

Parmi les effets positifs de la démarche, il y a les gains en matière d'habilitation des personnes qui ont participé plus directement au projet, particulièrement au GSI. Certains auraient, en effet, développé de nouvelles habiletés qu'ils peuvent dorénavant transposer dans d'autres contextes. Ce qui est d'ailleurs considéré comme étant un gain tant pour la personne qui a développé de nouvelles habiletés ou compétences que pour l'organisation qui bénéficie d'une ressource souvent disposée à relever de nouveaux défis, comme en témoigne un employé qui, depuis sa participation au GSI, œuvre activement à d'autres projets dans son secteur :

« Je suis sorti de ma zone de confiance, j'me suis *pitché* en bas d'un avion, puis je m'en suis bien sorti... »

Pour d'autres membres engagés dans la démarche, mais peu habitués d'être mobilisés dans des projets similaires, il a été plus difficile de faire partie du mouvement et d'aller chercher les ressources nécessaires, malgré les diverses formes de soutien qui leur ont été proposées.

Évidemment, les effets concrets de la démarche sont les plus attendus et les personnes engagées dans le processus sont pour la plupart très positives face aux projets développés et aux effets potentiels qu'ils pourront avoir pour les travailleurs, en matière de réduction des conséquences du travail émotionnellement exigeant. Le fait que les travailleurs pourront avoir accès, sous peu, à des ressources de soutien plus nombreuses (PAE spécialisé / local / réseau de pairs aidants) et plus adaptées est l'élément qui ressort le plus sur le plan des attentes. Des intervenants témoignent ici de cet intérêt pour les projets développés :

« Pour les PAE c'est une TRÈS bonne idée! Pour avoir déjà été au PAE, effectivement les premières séances il faut que tu expliques ton contexte. J'ai entendu beaucoup de membres qui disaient combien de fois ils ont été obligés de demander à l'employeur de rajouter des séances... »

« Le local c'est une super de belle idée, très concrète, dans le quotidien des intervenants [...] Ça a un impact sur le soutien social qui est un gros facteur de protection pour l'ancien Centre jeunesse [...] C'était un milieu tissé très très très serré. De maintenir ça, ça peut avoir un impact. »

Enfin, la question du contexte de transformations transparait de façon importante dans l'ensemble de l'analyse qualitative. Plusieurs, par exemple, ont le sentiment que si la démarche d'intervention avait, comme prévue, pris forme dans le contexte de l'ancienne organisation (Centre jeunesse), les effets auraient été soit plus nombreux, soit plus rapides. Un cadre intermédiaire en témoigne ainsi :

« Je pense que si on avait poursuivi le projet RIPOST dans le Centre jeunesse ça aurait eu un plus gros impact. On n'était pas une aussi grosse organisation. »

Cela dit, la quasi-totalité des personnes qui ont témoigné ne regrettent pas d'avoir poursuivi leur engagement dans la démarche, malgré le nouveau contexte. Avec le temps, des liens ont été tissés dans la nouvelle organisation, des ponts se sont construits entre les « anciens » du Centre jeunesse, toujours engagés dans le processus, et les nouveaux acteurs. Ceux-ci ont peu à peu participé à soutenir la continuité avec les membres de la nouvelle organisation qui ont été interpellés pour faciliter la mise en place de certains projets ou pour arrimer, plus globalement, le processus aux nouvelles structures organisationnelles :

« Oui, il y a eu des obstacles à cause de toute la transformation organisationnelle, mais de façon générale j'en retire quelque chose de très positif. »

D'autres, enfin, ont même eu le sentiment que le fait de poursuivre la démarche entreprise avant la réforme a peut-être contribué à amoindrir certaines conséquences de la réforme, comme le dit ici un participant lors des entretiens :

« Mais peut-être le fait que RIPOST a été là ça a amenuisé les conséquences, peut-être que c'aurait pu être pire... »

5.5.2 Évaluation par questionnaire de la connaissance du projet et des effets anticipés.

L'exposition à l'intervention a été mesurée par l'ajout de 11 questions lors de la seconde mesure quantitative qui visaient plus spécifiquement à mesurer : 1) le degré d'exposition aux différentes interventions; 2) le degré de connaissances de ces mêmes interventions; 3) le degré d'implication des répondants dans l'implantation de celles-ci; 4) la perception des répondants par rapport à ces interventions (voir la figure 16). Une échelle en 5 points a été utilisée (fortement en désaccord, en désaccord, ni d'accord ni en désaccord, d'accord et fortement d'accord). Les tableaux 28 à 39 présentent plus spécifiquement les pourcentages de répondants qui ont répondu positivement à chacune de ces questions, en indiquant qu'ils étaient « d'accord » ou « fortement d'accord » avec les énoncés. Il ressort notamment qu'une très forte majorité de participants avait connaissance du projet RIPOST, mais c'est dans la catégorie « équipe support » que le taux est le moins élevé. Il est aussi constaté que plus de la moitié de participants ont confiance que la démarche contribue à améliorer leur situation de travail. Toutefois, moins de la moitié des participants ont des attentes élevées par rapport aux effets de la démarche sur cette même situation. La grande majorité déclare avoir hâte de voir les effets des changements implantés dans leur milieu et se dit aussi prête à accepter ces changements. Les taux d'accord obtenus aux questions qui suivent sont en général moins élevés. Ce sont les « chefs de service » et le groupe « équipe support » qui déclarent le plus fermement avoir eu l'opportunité de donner leur point de vue et de formuler leurs suggestions

avant que les changements ne soient implantés; le taux global est d'environ 40 %. Un pourcentage moindre de répondants déclare avoir été impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre des changements en lien avec la démarche. L'engagement du supérieur immédiat (impliquer les employés dans la démarche, indiquer clairement les avantages de mettre en place des actions, travailler activement à la mise en place d'actions en lien avec la démarche) est évalué positivement par une proportion variant de 21 à 35 %. Un pourcentage limité de participants considère, par ailleurs, qu'ils ont eu une opportunité de discuter avec leur supérieur immédiat des conséquences de la démarche sur eux. Finalement, près de la moitié des répondants déclare que l'information concernant l'implantation de la démarche RIPOST est facilement accessible et ce sont les groupes « chefs de service » et « équipe support » qui obtiennent les taux les plus élevés.

Tableau 28. Connaissance de l'initiative (projet RIPOST) : oui (n = 240)

Tous	190 (79,2 %)
Équipe support	16 (61,5 %)
Éducateurs	64 (71,1 %)
ARH, TAS et psychologues	95 (88,0 %)
Chefs de service	15 (93,8 %)

Tableau 29. Confiance que la démarche contribue à améliorer ma situation de travail : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	106 (54,9 %)
Équipe support	12 (66,7 %)
Éducateurs	35 (54,7 %)
ARH, TAS et psychologues	50 (52,1 %)
Chefs de service	9 (60,0 %)

Tableau 30. Attentes élevées par rapport aux effets de la démarche sur ma situation de travail d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	76 (39,4 %)
Équipe support	9 (50,0 %)
Éducateurs	22 (34,3 %)
ARH, TAS et psychologues	38 (41,6 %)
Chefs de service	7 (46,7 %)

Tableau 31. Hâte de voir les effets des changements implantés dans le milieu : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	165 (85,5 %)
Équipe support	17 (94,5 %)
Éducateurs	54 (84,4 %)
ARH, TAS et psychologues	79 (82,3 %)
Chefs de service	15 (100 %)

Tableau 32. Prêt à accepter les changements implantés dans le milieu : d'accord/fortement d'accord (n = 192)

Tous	158 (82,3 %)
Équipe support	15 (88,2 %)
Éducateurs	53 (82,8 %)
ARH, TAS et psychologues	75 (78,2 %)
Chefs de service	15 (100 %)

Tableau 33. Opportunité de donner son point de vue et ses suggestions avant le changement : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	76 (39,4 %)
Équipe support	11 (61,1 %)
Éducateurs	20 (31,3 %)
ARH, TAS et psychologues	35 (36,5 %)
Chefs de service	10 (66,7 %)

Tableau 34. Sentiment d'avoir été impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	54 (27,9 %)
Équipe support	5 (27,8 %)
Éducateurs	12 (18,7 %)
ARH, TAS et psychologues	30 (32,2 %)
Chefs de service	7 (46,7 %)

Tableau 35. Supérieur immédiat a fait des efforts pour impliquer employés : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	62 (32,1 %)
Équipe support	3 (16,7 %)
Éducateurs	17 (26,6 %)
ARH, TAS et psychologues	37 (38,6 %)
Chefs de service	5 (33,4 %)

Tableau 36. Supérieur immédiat a indiqué les avantages des actions : d'accord/fortement d'accord (n = 192)

Tous	67 (34,9 %)
Équipe support	5 (27,8 %)
Éducateurs	22 (34,9 %)
ARH, TAS et psychologues	36 (37,5 %)
Chefs de service	4 (26,7 %)

Tableau 37. Supérieur immédiat a travaillé activement à la mise en place des actions : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	41 (21,2 %)
Équipe support	5 (27,8 %)
Éducateurs	12 (18,8 %)
ARH, TAS et psychologues	20 (20,9 %)
Chefs de service	4 (26,7 %)

Tableau 38. Opportunité de discuter avec le supérieur immédiat des conséquences de la démarche : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	28 (14,5 %)
Équipe support	4 (22,2 %)
Éducateurs	8 (12,5 %)
ARH, TAS et psychologues	14 (14,6 %)
Chefs de service	2 (13,3 %)

Tableau 39. L'information sur la démarche était accessible : d'accord/fortement d'accord (n = 193)

Tous	89 (46,1 %)
Équipe support	11 (61,1 %)
Éducateurs	25 (39,1 %)
ARH, TAS et psychologues	40 (41,7 %)
Chefs de service	13 (86,7 %)

6. DISCUSSION

Le but poursuivi par cette étude était d'implanter et d'évaluer une intervention préventive visant à contrer les effets du travail émotionnellement exigeant chez les travailleurs d'un centre jeunesse. Pour y parvenir, l'équipe de recherche a eu recours à un devis de recherche reposant sur des méthodes mixtes permettant de cerner les facteurs de risque et de protection présents dans le milieu, d'étudier le processus de développement et d'implantation de la démarche d'intervention et, enfin, d'en évaluer les effets. Tout au long du projet, les chercheurs ont accompagné les partenaires du milieu qui ont développé, de façon paritaire, des projets d'intervention spécifiques prioritaires visant à diminuer les facteurs de risque ciblés ou, encore, à optimiser les facteurs de protection présents.

Ce projet a vu le jour dans un contexte de transformations majeures et certains aménagements au devis initial ont été rendus nécessaires. Cette situation imprévue a aussi exigé, chez tous les partenaires, une capacité d'adaptation importante ainsi que certaines habiletés à innover afin d'identifier des solutions sur mesure à des défis nouveaux et imprévus. Une des conditions qui a favorisé ces ajustements est certes la mobilisation initiale particulièrement forte du milieu autour de ce projet, qui avait d'ailleurs été entériné, au préalable, dans le contexte d'une entente formelle réunissant toutes les parties (direction, syndicats, recherche). À cela, s'ajoute la confiance mutuelle entre les partenaires réunis depuis plusieurs années autour d'une activité particulièrement porteuse de sens pour chacun et qui, pour la nouvelle organisation, a rapidement été ciblée comme étant une activité ayant un potentiel de transférabilité important.

Différentes stratégies de recherche ont été mises en place afin d'étudier et d'évaluer le processus d'implantation de la démarche et, dans la mesure où le contexte le permettait, certains des effets de l'intervention. L'évaluation du processus d'implantation, amorcée tôt dans l'évolution de la recherche, constitue un ancrage crucial de la démarche évaluative. Elle permet non seulement d'étudier le processus en soi, qui s'inscrit le plus souvent dans un contexte environnemental complexe, mais elle contribue aussi, par ailleurs, à saisir certains des effets de l'intervention tout comme les changements observés (Biron *et al.*, 2016; Hammer *et al.*, 2015; Karanika-Murray *et al.*, 2016). Dans le contexte de la présente étude, les méthodes pour procéder à cette analyse du processus se sont justement avérées particulièrement utiles pour percevoir les effets ressentis par les participants puisque, rappelons-le, il n'avait pas été encore possible, au moment de la rédaction de ce rapport, de procéder à la mesure postintervention par questionnaire. Par ailleurs, l'évaluation qualitative des effets a pu être combinée à une mesure quantitative de la perception des changements, intégrée au second questionnaire (temps 2). Ce type de mesure de perception du changement, par questionnaire, est d'ailleurs de plus en plus utilisé lors d'évaluations d'interventions organisationnelles, notamment parce qu'il a le potentiel, selon certains, d'être un meilleur indicateur de l'évaluation de la situation actuelle de travail que de l'exposition mesurable au changement (Biron *et al.*, 2014; Hasson *et al.*, 2014).

Les données colligées par questionnaire, à deux reprises – une première fois quelques mois avant que la démarche d'intervention ne soit enclenchée et une seconde fois alors que les activités du GSI étaient globalement bien avancées, mais les projets non encore déployés – ont permis de dresser un portrait des employés du Centre jeunesse et de dégager les principaux facteurs de risque et de protection en place. Le but n'était pas, ici, de comparer l'évolution des

variables entre les deux prises de mesure (l'intervention n'étant pas implantée), mais d'étudier la situation au moment où les projets allaient être déployés. Ces données ont permis de dresser différents constats sur l'exposition à divers facteurs de risque et de protection tant pour les employés que pour les chefs de service. Parmi les constats qui ont guidé le choix des projets d'intervention à prioriser en complétant le portrait dressé par les entretiens qualitatifs, soulignons quelques facteurs qui méritent une attention particulière : une demande psychologique particulièrement élevée, une forte exposition à la violence de la clientèle (violence psychologique; menaces de violence physique) ainsi que peu de latitude décisionnelle et de reconnaissance pour la plupart des groupes. On peut donc s'interroger sur les facteurs qui font en sorte que les employés de ces secteurs réussissent tout de même à être présents au travail et à faire face aux conditions difficiles dans lesquelles ils exercent leurs fonctions. À cet égard, d'autres données apportent un éclairage intéressant au regard des facteurs de protection. Ainsi, l'étude a permis de constater chez les répondants que le soutien social constitue un rempart important pour ces travailleurs, que ce soutien soit offert par les collègues ou par les supérieurs. Cet effet du soutien social comme rempart à la souffrance au travail a d'ailleurs fait largement l'objet d'études précédemment (Bourbonnais *et al.*, 2006; Vézina et St-Arnaud, 2011). Ce qui est intéressant c'est aussi de constater que les répondants semblent également particulièrement protégés par la satisfaction de compassion, qui, selon les témoignages recueillis, contribue à donner du sens à leur travail et, donc, de la motivation à le poursuivre, malgré les difficultés rencontrées.

Comme présenté plus tôt, les changements proposés et développés par le Groupe de soutien à l'intervention ont touché plusieurs cibles (demande, latitude, reconnaissance, soutien), mais ce sont les projets en lien avec une amélioration des mesures de soutien qui ont été les plus nombreux. Cela s'explique principalement par le fait qu'une bonification de ce facteur de protection est ce qui semble le plus utile aux participants pour gérer des situations difficiles qui menacent l'équilibre de chacun. Mais aussi, comme il ressort de l'analyse du processus, parce que ces mesures qui favorisent l'implication des travailleurs eux-mêmes étaient plus accessibles, particulièrement dans un contexte de transformations majeures où la capacité d'agir sur des structures existantes ou en mouvance est limitée, voire parfois inexistante. De plus, les délais impartis aux processus de changements sont trop longs et favorisent l'incertitude. Une équipe a tout de même réussi à proposer une activité (Création d'une conférence pour faire connaître la réalité du travail dans les centres jeunesse) nécessitant un arrimage avec les activités du nouvel établissement, grâce à une préparation solide des porteurs de ce projet et à l'appui reçu des administrateurs. Enfin, il importe de souligner que, malgré l'intérêt clairement manifesté dès le départ de se pencher sur la situation des cadres et de développer un projet qui leur était plus spécifiquement destiné, il a été plus difficile pour eux de parvenir jusqu'ici à leurs fins, dans un contexte où, rappelons-le, ils ont été les premiers à subir les effets des transformations et à être exposés à un ensemble de changements qui allaient, pour plusieurs, à l'inverse de ce qui était souhaité, soit une plus grande disponibilité pour soutenir leurs employés; ce qui avait été clairement exprimé lors de la phase préliminaire de recherche. Le rôle protecteur du soutien des supérieurs immédiats est d'ailleurs largement documenté dans la littérature (Chung et Chun, 2015; Nelson, 2016). Cela dit, ces cadres pourront aussi bénéficier d'un des projets développés qui rejoindra tous les employés : l'accès à un programme d'aide aux employés spécialisés. Et ils continueront de réfléchir à des actions à mettre éventuellement en place.

Une des leçons fondamentales qui peut être tirée de cette recherche est, certainement, la force du partenariat qui, malgré un contexte particulièrement déstabilisant, a soutenu une démarche à laquelle chacun des acteurs croyait profondément et était prêt à défendre de façon exceptionnelle et avec beaucoup de rigueur. Ils ont aussi su s'adapter avec souplesse et innover pour trouver, ensemble, les solutions les plus appropriées. Sans ce partenariat, qui a favorisé la participation active de tous les acteurs à l'ensemble du processus de recherche et d'action, le projet aurait fort probablement connu une fin précipitée. Cette capacité du milieu à identifier collectivement des pistes de solution adaptées à cette nouvelle réalité fait d'ailleurs écho aux fondements de la recherche participative qui s'engage dans la résolution des problèmes en coconstruction et qui favorise l'appropriation (*empowerment*) du processus par les participants (Brown *et al.*, 2013; Gold, 1998; Jenny *et al.*, 2014). Cela dit, une telle avenue nécessite un niveau de collaboration très élevé des différentes parties et une ouverture à un partage du leadership (McVicar, 2016) ce qui ne fait pas partie, d'emblée, de la culture des organisations. Avant d'entamer un tel processus dans tout milieu de travail, il convient donc de valider si les éléments sont présents et partagés. Et s'ils ne le sont pas encore, il s'avère essentiel de préparer plus adéquatement le terrain afin de réunir ces conditions initiales fondamentales.

Une autre leçon tirée de ce projet porte davantage sur la question des effets produits par une telle démarche; effets principalement étudiés ici par des méthodes qualitatives. Les effets constatés dépassent d'ailleurs les limites préalablement envisagées. Sur le terrain, il est apparu que l'intervention englobait beaucoup plus que les projets développés par le GSI. Elle s'inscrit dans un mouvement, porté depuis plus de cinq ans, qui a permis d'abord d'ouvrir la voie vers une perspective de changement, en misant *a priori* sur la reconnaissance du phénomène de travail émotionnellement exigeant (et ses conséquences) et en déployant une plateforme commune pour comprendre et identifier des solutions. Ce mouvement plus global a aussi constitué un prétexte pour alimenter la discussion entre des personnes, des secteurs ou des catégories d'emploi qui avaient entre eux peu de réels contacts. Dans le contexte plus spécifique de fusion, ce même mouvement a aussi permis aux gens du « secteur jeunesse » de faire valoir leur réalité de travail et leurs besoins spécifiques. D'ailleurs, plusieurs des personnes ayant témoigné ont mentionné qu'un des effets marquants de la démarche aura été de préserver, en un certain sens, certains acquis quant à la spécificité du travail exécuté dans ce qu'était autrefois le Centre jeunesse. Ultiment, les effets de la réforme qui leur était imposée ont été amoindris.

Une des limites importantes, à cette étape-ci du processus de recherche, est de ne pas avoir pu procéder à une prise de mesures « postintervention » par questionnaire, puisque malgré les délais accordés pour prolonger la recherche, et en raison de ce contexte de grande instabilité lié à la réforme, les interventions élaborées par le GSI ont été déployées selon une cadence beaucoup plus lente que prévue. Cela dit, pour les projets eux-mêmes, il semble s'agir dans les circonstances d'un avantage, dans la mesure où ils peuvent bénéficier de plus de temps pour établir leurs principales assises. Mais sur le plan de l'évaluation des effets, une prise de mesures devra être reprise pour conclure l'ensemble du portrait. Quoi qu'il en soit, le recours à diverses méthodes qualitatives a permis d'étayer l'ensemble du processus d'intervention ainsi qu'une partie des effets anticipés ou perçus par les personnes ayant témoigné.

Une question demeure : le milieu qui a accueilli cette recherche peut-il assurer la pérennité du processus d'intervention, après le retrait de l'équipe de recherche? S'il est impossible de

répondre maintenant à cette question, il convient toutefois de souligner que cette discussion sur la pérennité a été amorcée particulièrement tôt dans le contexte des rencontres du comité consultatif, afin de favoriser la réflexion chez les acteurs présents et de les engager dans les actions nécessaires pour pouvoir s'assurer, car telle était leur volonté, de pouvoir perpétuer le mouvement d'intervention, de poursuivre les projets en cours, mais, aussi, d'en amorcer éventuellement de nouveaux. Quoi qu'il en soit, il est souhaitable que cette démarche soit complétée avec les partenaires en 2019 par une prise de mesures additionnelles qui permettrait d'étayer la question de pérennité et venir exposer, ultérieurement, les conclusions pertinentes.

7. CONCLUSION

Cette recherche a permis un avancement des connaissances à l'égard des modalités de prévention visant à contrer les effets du travail émotionnellement exigeant chez les travailleurs d'un centre jeunesse. Les auteurs du présent rapport estiment que les retombées pourraient être transférables dans d'autres institutions (ex. : CHSLD, milieux hospitaliers, secteur de la déficience intellectuelle et physique, services d'urgence) où le travail est aussi fortement caractérisé par un TÉE et où on ne dispose que de très peu de connaissances sur les stratégies préventives primaires à mettre en œuvre.

Grâce à une évaluation particulièrement poussée du processus de développement et d'implantation des interventions, les connaissances acquises dans le contexte de ces travaux pourraient être utiles pour inspirer d'autres milieux désireux d'élaborer leurs propres modalités préventives. Cela pourrait avoir des répercussions positives pour d'autres catégories de travailleurs ayant des contacts directs avec une clientèle fragilisée et, aussi, pour le personnel-cadre, qui avait jusqu'ici été peu considéré dans les études interventionnelles. Cet intérêt pour le transfert des connaissances s'exprime d'ailleurs de plus en plus avec force. Par exemple, lors d'une activité¹⁸ tenue par l'équipe de recherche en février 2018 (en collaboration avec les partenaires du milieu), l'intérêt des représentants issus d'autres milieux touchés par un contexte de travail émotionnellement exigeant était manifeste et des pistes de modalités de valorisation des données ont déjà été identifiées. Et, sur le terrain, des participants ont depuis amorcé des contacts avec le milieu ayant accueilli la recherche pour amorcer leurs propres travaux. Une des demandes spécifiques sur laquelle il conviendrait prioritairement de se pencher, à la suite des échanges ayant eu lieu lors de ce symposium, c'est celle de concevoir un outil qui permettrait de mieux informer les milieux, à partir des données probantes développées sur la question du travail émotionnellement exigeant. En disposant d'un tel outil, il serait alors plus facile pour les milieux d'amorcer une réflexion sur les actions à mettre en place, en s'appuyant sur un argumentaire solide.

Un des éléments sur lesquels il est crucial de miser pour le développement d'activités de recherche futures est, sans aucun doute, la préparation de devis mixtes d'évaluation des interventions permettant d'étayer de façon encore plus approfondie les effets des interventions, qui demeurent difficiles à saisir dans le contexte de constante mouvance où les projets sont lancés. Cette mouvance se traduit par des changements organisationnels non seulement fréquents, mais aussi en compétition les uns avec les autres – notamment avec ceux élaborés en contexte de recherche. Il semble aussi particulièrement important de développer des connaissances sur les mécanismes de pérennisation des projets qui demeurent peu documentés alors que, sur le terrain, cet enjeu demeure toujours préoccupant, en particulier lorsque l'équipe de recherche se retire.

¹⁸ Symposium : Exercer un travail émotionnellement exigeant : enjeux et pistes de solution. Tenu à Lévis le 21 février 2018 (Subvention du CERSSPL-UL obtenue pour tenir cette activité).

BIBLIOGRAPHIE

- Amick, B. C., Kawachi, I., Coakley, E. H., Lerner, D., Levine, S., et Colditz, G. A. (1998). Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24(1), 54-61.
- Annie, E. Casey Foundation (2003). *The unsolved challenge of system reform: The condition of the frontline human services workforce*. Tiré de <http://www.aecf.org/upload/publicationfiles/the%20unsolved%20challenge.pdf>
- Antonopoulou, P., Killian, M., et Forrester, D. (2017). Levels of stress and anxiety in child and family social work: Workers' perceptions of organizational structure, professional support and workplace opportunities in Children's Services in the UK. *Children and Youth Services Review*, 76, 42-50.
- Astvik, W., et Melin, M. (2013). Coping with the imbalance between job demands and resources: A study of different coping patterns and implications for health and quality in human service work. *Journal of Social Work*, 13(4), 337-360.
- Bakker, A. B., et Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285.
- Barford, S. W., et Whelton, W. J. (2010). Understanding burnout in child and youth care workers. *Child Youth Care Forum*, 39(4), 271-287.
- Beaulieu, M., et Tardif, G. (2010). Éducateur en Centre jeunesse : un métier qui n'est pas de tout repos. *Défi Jeunesse*, 16(2), 20-26.
- Bercier, M. L., et Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81-89.
- Biron, C., Gatrell, C., et Cooper, C. L. (2010). Autopsy of a failure. Evaluating process and contextual issues in an organizational-level work stress intervention. *International Journal of Stress Management*, 17(2), 135-158.
- Biron, C., St-Hilaire, F., Baril-Gingras, G., Paradis, M-E., Chabot, S., Lefebvre, R., Ivers, H., Vézina, M., Fournier, P-S., Gilbert-Ouimet, M., & Brisson, C. (2016). *Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires* (Rapport n° R-921). Montréal: IRSST.
- Björklund, C., Grahn, A., Jensen, I., et Bergström, G. (2007). Does survey feedback enhance the psychosocial work environment and decrease sick leave? *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(1), 76-93.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.
- Bolduc, F., et Baril-Gingras, G. (2010). Les conditions d'exercice du travail des cadres de premier niveau : une étude de cas. *PISTES*, 12(3), Tiré de <http://journals.openedition.org/pistes/2777>
- Bolduc, N., Jauvin, N., Freeman, A., et Hegg-Deloye, S. (2013). *Démarche paritaire de prévention des problèmes de santé mentale au travail au Centre jeunesse Chaudière-Appalaches – Bilan des rencontres exploratoires*. Québec: RIPOST.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., et Vézina, M. (2011). Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occupational Environmental Medicine*, 68(7), 479-486.
- Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J., et Vézina, M. (2012). Evaluation of an intervention to prevent mental health problems among correctional officers. Dans C. Biron, M. Karanika-Murray, et C. Cooper (dir.), *Improving Organizational Interventions For Stress and Well-Being* (p. 187-215), New York: Routledge.

- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Vézina, M., Jauvin, N., et Brisson, C. (2005). Les caractéristiques du travail et la santé des agents en services de détention. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 53(2), 127–142.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M. et Lower, A. (2006). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental in an acute care hospital. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 326-334.
- Boyas, J., et Wind, L. H. (2010). Employment-based social capital, job stress, and employee burnout: A public child welfare employee structural model. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 380-388.
- Brisson C., Blanchette C., Guimont C., Dion G., Moisan J., Vézina M., Masse L. (1998). Reliability and validity of the french version of the 18-item Karasek job content questionnaire, *Work & Stress*, 12(4), 322-336.
- Brun, J.-P., Biron, C., Martel, J., et Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*. (Rapport n° R-342). Montréal: IRSST.
- Bush, J. (2013). *Secondary Traumatic Stress in Child Welfare. PART (Practice and Research Together. Tiré de http://www.partcanada.org/uploads/managed/MediaFiles/113_secondary_traumatic_stress_in_child_welfare.pdf*
- Brown P., Fraser K., Wong C. A., Muise, M., et Cummings, G. (2013). Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 459–472.
- Caouette, M.-E., Paradis, M.-E., et Biron, C. (2014). Implementing the Quebec “Healthy Enterprise” standard: Considering readiness to change and psychosocial safety climate. Dans Burke, R. J., et Richardsen, A. M. (Eds.), *Corporate wellness programs: Linking employee and organizational health*, (p. 120-144). Edward Elgar.
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M., et Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*. 23(2), 186-195.
- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E. H., Schwartz, J., et Colditz, G. (2000). Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *British Medical Journal*, 320(7247), 1432-1436.
- Chung, Y., et Chun, J. (2015). Workplace stress and job satisfaction among child protective service workers in South Korea: Focusing on the buffering effects of protective factors. *Children and Youth Services Review*, 57, 134-140.
- Cieslak, R., Shojii, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., et Benight, C.C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among Wworkers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75-86.
- Conrad, D., et Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080.
- Coyle-Shapiro J. A.-M. (1999). Employee participation and assessment of an organizational change intervention: A three-way study of total quality management. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(4), 439–456.
- Dagan, S. W., Ben-Porat, A., et Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, 51, 203-211.
- De Jonge, J., Dollard, M. F., Dormann, C., Le Blanc, P. M., et Houtman, I. L. D. (2000). The demand-control model: Specific demands, specific control, and well-defined groups. *International Journal of Stress Management*, 7(4), 269-287.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001), The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- DePanfilis, D., et Zlotnik, J. L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 995-1008.
- Eastwood, C., D. et Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 103-122.
- Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M., et Whitehead, M. (2009). Reviewing evidence on complex social interventions: Appraising implementation in systemic reviews of the health effects of organisational-level workplace interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(1), 4-11.
- Ellett, A. J. (2009). Intentions to remain employed in child welfare: The role of human caring, self-efficacy beliefs, and professional organizational culture. *Children and Youth Services Review*, 31(1), 78-88.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. Dans C. R. Figley, (Dir.), *Compassion Fatigue: Secondary Traumatic Stress Disorders from Treating the Traumatized*. (p. 1-20), New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R., Lovre, C., et Figley, K. R. (2011). Compassion, fatigue, vulnerability and resilience in practitioners working with traumatized children. Dans Ardino, V. (Dir), *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence: A handbook of research and practice*. (p. 417-432). Wiley-Blackwell.
- Font, S. (2012). Burnout in child welfare: The role of employment characteristics and workplace opportunities. *Social Service Review*, 86(4), 636-659.
- Gagné, M. (2011). *Les facteurs organisationnels ayant un impact sur la charge de travail. Étude de cas dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Essai pour l'obtention du MBA, Management, Université Laval.
- Gamassou, C. E., et Moisson-Duthoit, V. (2012). Le travail des professionnels de la relation d'aide : jongler avec des gratifications et des souffrances. *Gestion*, 37(2), 65-71.
- Glisson, C., Dukes, D., et Green, P. (2006). The effects of the ARC organizational intervention on caseworker turnover, climate, and culture in children's service systems. *Child Abuse & Neglect*, 30(8), 855-880.
- Gold, N. (1998). Using participatory research to help promote the physical and mental health of female social workers in child welfare. *Child Welfare*, 77(6), 701-724.
- Goldenhar, L. M., LaMontagne, A. D., Katz, T., Heaney, C., et Landsbergis, P. (2001). The intervention research process in occupational safety and health: An overview from the National Occupational Research Agenda Intervention Effectiveness Research team. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(7), 616-622.
- Grandey, A. A. (2000). Emotional eegulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95-110.
- Hansung, K. (2011). Job conditions, unmet expectations, and burnout in public child welfare workers: How different from other social workers? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 358-367.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant R. A., Christensen, H., et Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310. doi:10.1136/oemed-2016-104015
- Hasson, H., Brisson, C., Guérin, S., Gilbert-Ouimet, M., Baril-Gingras, G., Vézina, M., et Bourbonnais, R. (2014). An organizational-level occupational health intervention: Employee perceptions of exposure to changes, and psychosocial outcomes. *Work & Stress*, 28(2), 179-197.

- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work but out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), 49-58.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Huggard, P., et Dixon, R. (2011). Tired of Caring: The impact of caring on resident doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3,105-112.
- Huggard, P.K., Stamm, B.H. et Pearlman, L.A. (2013). *Physician Stress: Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. In C.R. Figley, P.K. Huggard & C. Rees (Eds.), *First Do No Self-Harm*. (p.127-145). New York: Oxford University Press.
- Institut de la Statistique du Québec (2000). Enquête sociale et de santé 1998, Québec, Gouvernement du Québec, 642 p.
- Institut de la Statistique du Québec (2012). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*. Québec : ISQ. Tiré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2013/violence-fam.pdf>
- Jacobs, S., Johnson, S., et Hassel, K. (2018). Managing workplace stress in community pharmacy organisations: Lessons from a review of the wider stress management and prevention literature. *International Journal of Pharmacy Practice*, 26(1), 28-38.
- Karasek, R.A. (1985), Job content questionnaire and user's guide: Department of industrial and system engineering, University of southern California, Los Angeles.
- Jauvin, N., Bourbonnais, R., Vézina, M., Brisson, C., et Hegg-Deloye, S. (2014). Interventions to Prevent Mental Health Problems at Work: Context and Process Factors. Dans C. Biron, R. Burke, & C. L. Cooper (dir.), *Creating Healthy Workplaces: Stress Reduction, Improved Well-being, and Organizational Effectiveness*. Lancaster University, UK: Gower.
- Jenny, G. J., Brauchli, R., Inauen, A., Füllemann, D., Fridrich, A., & Bauer, G. (2015). Process and outcome evaluation of an organizational-level stress management intervention in Switzerland. *Health Promotion International*, 30(3), 573-585.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R., et Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., et Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychological job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T. , Walters, E. E., et Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Kranika-Murry, M., Biron, C., et Saksvik, P. O. (2016). Organizational health interventions: Advances in evaluation methodology. *stress and health*, 32(4), 255-257.
- Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., & Christensen K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Kruger, M. (2002). A further review of the development of the child and youth care profession in the United States. *Child & Youth Care Forum*, 31(1), 13-26.
- Laporte, L. (2007). Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 97-114.
- Lizano, E. L., et Mor Barak, M. E. (2012). Workplace demands and resources as antecedents of job burnout among public child welfare workers: A longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 34, 1769-1776.

- Lizano, E. L., et Mor Barak, M. (2015). Job burnout and affective wellbeing: A longitudinal study of burnout and job satisfaction among public child welfare workers. *Children and Youth Services Review, 55*, 18-28.
- Jacobs, S., Johnson S., et Hassell, K. (2018) Managing workplace stress in community pharmacy organisations: lessons from a review of the wider stress management and prevention literature. *International Journal of Pharmacy Practice, 26*(1), 28-38.
- Mandell, D., Stalker, C., de Zeeuw Wright, M., Frensch, K., et Harvey, C. (2013). Sinking, swimming and sailing: Experiences of job satisfaction and emotional exhaustion in child welfare employees. *Child and Family Social Work, 18*, 383-393.
- McVicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000-213) using the job demands-resources model of stress. *Journal of Nursing Management, 24*(2), E112-E136.
- Montano, D., Hoven, H., et Siegrist, J. (2014). Effects of Organisational-level Interventions at Work on Employee's Health: A Systematic Review. *BMC Public Health, 14* (135), <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/135>
- Murta, S. G., Sanderson, K., et Oldenburg, B. (2007). Process evaluation in occupational stress management programs: A systematic review. *American Journal of Health Promotion, 21*(4), 248–254.
- Nadeau, S. (2010). Le traumatisme vicariant. *Défi Jeunesse, 16*(2), 27-32.
- Najjar, N., Davis, L., Beck-Coon, K., et Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health and Psychology, 14*, 267–277.
- Newhill, C. E., et Wexler, S. (1997). Client violence toward children and youth services social workers. *Children and Youth Services Review, 19*, 195-212.
- Nielsen, K. (2013). Review article: How can we make organizational interventions work? Employees and line managers as actively crafting interventions. *Human Relations, 6*(8), 1029-1050.
- Osofsky, J. D. (2011). Vicarious traumatization and the need for self-care in working with traumatized young children. Dans J. D. Osofsky (dir.), *Clinical Work with Traumatized Young Children* (p. 336-348). New-York: Guilford Press.
- Poupart, J. (1980). La méthodologie qualitative : une source de débats en criminologie. *Crime et/and Justice, 7-8*(3-4) : 163-173.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques ». Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (dir.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : G. Morin.
- Randall, R., Griffiths, A., et Cox, T. (2005). Evaluating organizational stress-management interventions using adapted study designs. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 14*(1), 23-41.
- Ray, S. L., Wong, C., White D., et Heaslip, K. (2013). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. *Traumatology, 19*(4), 255-267.
- Rochelle, S.L. (2015). *A Study of the Causes of Turnover among Erie County's Child Protective Services Caseworkers: Vicarious Trauma, Supervisory Style, Bureaucratic Structure, and Safety*. Masters Project, State University of New-York College.
- Sainsbury Centre for Mental (2007). *Health Mental health at work. Developing the business case*. Policy Paper 8. London. Sainsbury Institute for Mental Health.
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K., et Riedel-Heller, S. G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component

- emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 9(10). Tiré de <http://www.occup-med.com/content/9/1/10>
- Siegrist, J. (2002). The model of effort-reward imbalance. Tiré de <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-medizinische-soziologie/forschung-research/the-eri-model-stress-and-health/theoretical-background-of-the-effort-reward-imbalance-model/>
- Siegrist, J., et Peter, R. (2000). The effort-reward imbalance model. Dans P. Schnall, K. Belkic, P. Landsbergis et D. Baker (Dir.), *The Workplace and Cardiovascular Disease* (p. 83-87). Philadelphia: Hanley & Belfus, Inc.
- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P., et Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1127-1134.
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172-178.
- Sprang, G., Carlton, C., & Clark, J. (2011). Secondary Traumatic Stress and Burnout in Child Welfare Workers: A Comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare*, 90(6), 149-168.
- Stalker, C. A., Mandell, D., Frensch, K. M., Harvey, C., et Wright, M. (2007). Child welfare workers who are exhausted yet Satisfied with their jobs: How do they do it? *Child and Family Social Work*, 12, 182-191.
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Maryland: Sidran Press: Lutherville.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2e ed.). Pocatello, États-Unis: ProQOL.org.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. Dans Figley, C. R. (dir.), *Treating compassion fatigue*, pp.107-119, New York: Brunner-Routledge.
- Stansfeld, S., et Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32(6), 443-462.
- Stansfeld, S.A., Pike, C., McManus, S., Harris, J., Bebbington, T., Brugha, A., Hassiotis, R., Jenkins, R., Meltzer, H., Moran, P., et Clark, C. (2012). Occupations, work characteristics and common mental disorder. *Psychological Medicine*, 43, 961-973.
- Sultan-Taïeb, H. (2012). Comment calculer le coût des problèmes de santé mentale au travail pour l'employeur? Communication présentée lors de l'École d'été RIPOST : Des interventions pour agir sur la santé mentale au travail, Québec.
- Tham., P., et Meagher, G. (2008). Working in human services: How do experiences and working conditions in child welfare social work compare? *British Journal of Social Work*, 39(5), 807-827.
- Tremblay, C., et Joly, J. (2009). Le roulement de personnel chez des intervenants en Centre jeunesse : état, causes et effets. *Revue de psychoéducation*, 38(2), 189-213.
- Trudel, J. M., Saba, T., et Guérin, G. (2005). Les liens entre les attentes et les possibilités de réalisation des attentes et l'engagement affectif, l'intention de quitter et la performance au travail : le cas du cadre « nouveau », *Revue internationale sur le travail et la société*, 3(1), 61-106.
- Tvedt, S. D., Saksvik, P. Ø., et Nytrø, K. (2009). Does change process healthiness reduce the negative effects of organizational change on the psychosocial work environment? *Work & Stress*, 23(1), 80-98.
- Van Hook, M., & Rothenberg, M. (2008). Quality Of Life and Compassion Satisfaction/Fatigue and Burnout in Child Welfare Workers: A Study of the Child Welfare Workers in Community Based

- Care Organizations in Central Florida. Paper presented at NACSW Convention, Orlando, Florida.
- van Vegchel, N., Schaufeli, W., Dormann, C., Söderfeldt, M., & de Jonge, J. (2004). Quantitative versus emotional demands among Swedish human service employees: Moderating effects of job control and social support. *International Journal of Stress Management*, 11(1), 21-40.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., et Trudel, L. (2004). Facteurs de risques psychosociaux. Dans Manuel d'Hygiène du travail : du diagnostic à la maîtrise des facteurs de risque. Mont-Royal : Modulo-Griffon.
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., St-Vincent, M., Funes, A., Duguay, P., Vézina, S., & Prud'homme, P. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de SST (EQCOTESST)*. (Rapport n° RR-691). Montréal: IRSST.
- Vézina, M., et St-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, (1), 119-128.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., et Fischbach, A.. (2013). Work engagement among employees facing emotional demands; The role of personal resources. *Journal of Personnel Psychology*, 12(2), 74-84.
- Yatamani, H., Engel, R., et Spjeldnes, S. (2009). Child welfare worker caseload: What's just right? *Social Work*, 54(4), 361-368.
- Zell, M. C. (2006). Child welfare workers: Who they are and how they view the child welfare system. *Child Welfare*, 85(1), 83-103.

ANNEXE A : INFO-RIPOST

Mars 2016, Vol 2, #1

RIPOST
Recherches sur les interactions
personnelles, organisationnelles
et sociales du travail

INFO-RIPOST

VOL 2, NUMÉRO 1 : PROCHAINE ÉTAPE DU PROJET : LE QUESTIONNAIRE PRÉ-INTERVENTION

Ce cinquième numéro vous présente la prochaine étape du projet : le questionnaire pré-intervention. Ce questionnaire confidentiel a pour but de faire un portrait global de la situation de travail de votre groupe, notamment de cerner les principaux facteurs de risque et de protection dans votre organisation.

Quoi? Un questionnaire en version papier. Il vous prendra environ 30 minutes pour le compléter.

Qui ? Tous les intervenants et les cadres en situation de gestion du CISSS de Chaudières-Appalaches – secteur jeunesse, anciennement du Centre jeunesse de Chaudières-Appalaches. Les intervenants visés sont ceux qui font partie du Syndicat des professionnelles du Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CSN) et du Syndicat des employés du Centre Jeunesse Chaudière-Appalaches (CSN).

Comment ? Le questionnaire a commencé à être distribué dès la **mi-février** par votre **chef de service**. Celui-ci vous indiquera la façon de retourner le questionnaire complété, en toute **confidentialité**, dans une enveloppe cachetée pré-adressée à RIPOST.



Les données recueillies via ce questionnaire aideront à planifier des **interventions préventives** qui seront élaborées pour vous, par un comité paritaire qui sera formé sous peu.



Afin de pouvoir dresser le portrait le plus juste de votre réalité, il est essentiel que le **taux de réponse** au questionnaire soit **le plus élevé possible**. Pour cela, nous vous invitons à prendre le temps de compléter votre questionnaire et à nous le retourner le plus tôt possible.



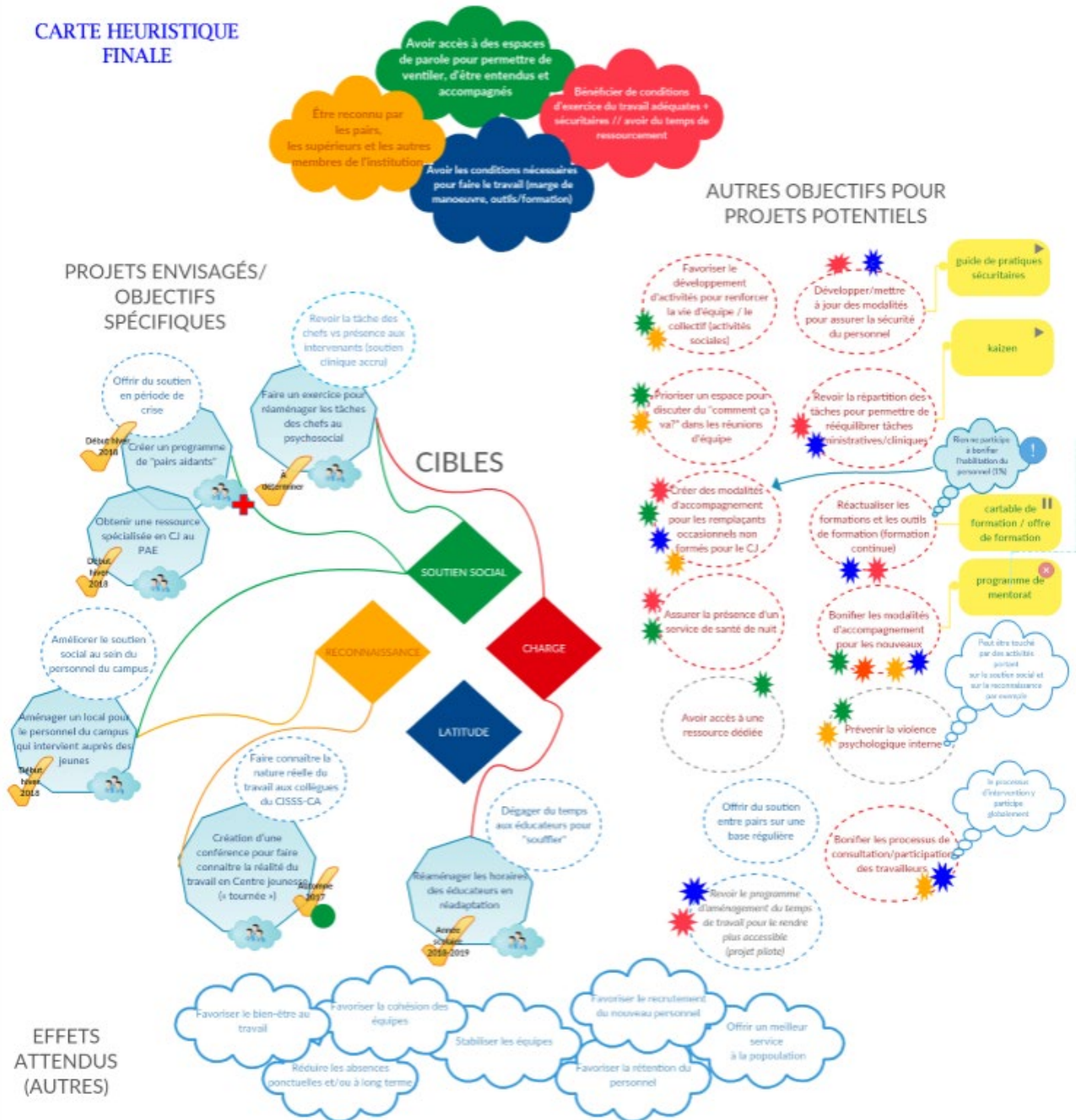
Si jamais vous choisissez de ne pas compléter le questionnaire, nous vous demandons simplement d'indiquer « refus de participer » sur la première page du questionnaire et de le retourner dans l'enveloppe de retour.

Vous souhaitez plus d'informations? Vous pouvez contacter la coordonnatrice du projet de recherche, Lilianne Bordeleau : lilianne.bordeleau@csss.qc.ca



ANNEXE B : CARTE HEURISTIQUE

CARTE HEURISTIQUE FINALE



ANNEXE C : EXEMPLE DE SCHÉMA D'ENTRETIEN

Élaboration et évaluation d'une démarche paritaire de prévention primaire visant à contrer les effets du travail émotionnellement exigeant en centre jeunesse

ENTREVUES INDIVIDUELLES - schéma d'entretien PROFESSIONNELS-EMPLOYÉS/Cadres

PROCESSUS D'IMPLANTATION

Mise en contexte

[Après les présentations...]

Le secteur « centre jeunesse » du CISSS travaille actuellement, en collaboration avec l'équipe de recherche RIPOST, à l'implantation et l'évaluation d'une intervention préventive paritaire visant à contrer les effets du TÉE chez les travailleurs de CJ (employés, professionnels, cadres).

Nous réalisons actuellement quelques rencontres auprès de quelques employés et cadres du CJCA qui ont été impliqués de près ou de loin dans le projet, afin d'explorer plus en profondeur leur perspective sur le processus de développement des projets. C'est pour cette raison que nous vous avons invité à participer à cet entretien aujourd'hui.

Les objectifs de ces rencontres sont principalement de :

- ✓ Documenter le processus d'intervention (développement et implantation);
- ✓ Mieux saisir l'expérience de personnes ayant été engagées ou interpellées de près ou de loin dans le processus d'intervention;
- ✓ Vérifier la perception des travailleurs (employés, professionnels et cadres) face aux interventions développées et/ou implantées;
- ✓ Documenter l'impact (réel ou attendu) des changements sur le travail des employés.

Consentement à l'enregistrement : pour mieux écouter, faciliter la conservation des informations, pour que les propos analysés reflètent plus fidèlement les propos de la personne participante.

Question de la confidentialité : nom fictif, numéro d'entretien, aucune donnée fournie à des personnes extérieures à l'équipe de recherche, seulement des données agrégées et dépersonnalisées seront diffusées.

Durée de la rencontre : environ 1h00 : vérifier si toujours ok pour la personne...

Avant de commencer l'enregistrement, on a quelques questions [fiche signalétique] et un formulaire à remplir en deux copies [formulaire de consentement].

FONCTION

Tout d'abord, pouvez-vous me décrire votre travail au centre jeunesse, quel est votre mandat?

LE PROJET D'INTERVENTION (niveau de connaissance et d'implication)

Que savez-vous, globalement, du « projet RIPOST » ?

Avez-vous été impliqué(e) dans sa mise en place? Et si oui, comment? À quel titre (rôle)?

Si la personne a été plus directement impliquée dans les activités). Vous avez été impliqué(e) dans des activités (GSI, Comité aviseur...).

Pour quelles raisons vous êtes-vous impliqué dans ce projet?

Quel rôle avez-vous joué? Comment cela s'est-il passé?

Comment avez-vous trouvé l'expérience de groupe? (Comité aviseur, GSI) Pourquoi?

Si la personne a été interpellée pour participer à certains projets (sans être membre de comités).

Dans quel contexte avez-vous été impliqué dans ce projet?

Quel rôle avez-vous joué? Comment cela s'est-il passé?

Est-ce que c'est une expérience que vous avez appréciée?

Comment avez-vous trouvé l'expérience de groupe?
Pourquoi?

LES INTERVENTIONS

Avez-vous observé des changements en lien avec le projet « RIPOST », en général (depuis les débuts des travaux au cours des dernières années? Lesquels ? (Quel a été l'impact d'avoir un tel projet au sein de votre organisation)

Quelles sont, à votre connaissance, les principales actions qui ont été développées dans le cadre de ce projet d'intervention?

Certaines interventions développées par le GSI sont en phase d'implantation. Avez-vous déjà constaté l'impact de ces interventions (OU quels changements anticipez-vous? Quels pourraient être les impacts?) (utiliser ensuite la liste des activités implantées pour questionner plus systématiquement si non discuté spontanément)

Par rapport à quoi?

Depuis quand avez-vous observé ces changements?

[sous-questionner par rapport à une amélioration ou à une détérioration]

À quoi attribuez-vous ces changements?

Qui est touché par ces changements?

(SI PERTINENT, SELON L'IMPLANTATION)

Selon vous, qu'est-ce qui a fait que cette activité fut une réussite (ou non)? ... Quels sont les facteurs qui ont fait en sorte que cette activité a été un succès (ou non)?

Au sein du CJ, durant l'implantation, s'est-il passé quelque chose qui a pu venir influencer la mise en place d'interventions? Si oui, quoi?

Comment vos collègues ou les membres de votre équipe ont-ils réagi à ce « projet RIPOST»? Et aux interventions développées (si les actions ont été implantées)?

Êtes-vous satisfait de ce qui a été fait dans le cadre de ce projet? Avez-vous le sentiment que votre point de vue est partagé dans votre milieu? Pourquoi?

Si c'était à refaire, qu'est-ce qui pourrait être fait différemment?

FIN DE L'ENTRETIEN

Est-ce qu'il y a un thème que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez aborder?

MERCI