

# Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique

**Effets d'une intervention de soutien  
par des pairs**

Stéphane Guay  
Alexandre Lemyre  
Josianne Lamothe  
Steve Geoffrion

RAPPORTS  
SCIENTIFIQUES

R-1168-fr

## 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

Dans l'esprit de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), la mission de l'IRSST est de :

Contribuer à la santé et à la sécurité des travailleuses et travailleurs par la recherche, l'expertise de ses laboratoires, ainsi que la diffusion et le transfert des connaissances, et ce, dans une perspective de prévention et de retour durables au 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](http://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](http://preventionautravail.com))
- au bulletin électronique [InfoIRSST](#)

### Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022  
ISBN 978-2-89797-249-3 (PDF)

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2022

IRSST - Direction des communications, de la veille et de la mobilisation des connaissances  
505, boul. De Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec)  
H3A 3C2  
Téléphone : 514 288-1551  
[publications@irsst.qc.ca](mailto:publications@irsst.qc.ca)  
[www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca)

# Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique

## Effets d'une intervention de soutien par des pairs

Stéphane Guay<sup>1,2</sup>, Alexandre Lemyre<sup>1,2</sup>, Josianne Lamothe<sup>1,2</sup>, Steve Geoffrion<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Université de Montréal

<sup>2</sup> Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

<sup>3</sup> Centre de recherche de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté

RAPPORTS  
SCIENTIFIQUES

R-1168-fr



### 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.



#### ÉVALUATION PAR DES PAIRS

Conformément aux politiques de l'IRSST, les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient tous les participants de l'étude de même que les personnes suivantes :

Collaborateurs :

- Rodica Tcaciuc, conseillère en gestion de la recherche, responsable du programme de bourses d'études supérieures et de formation postdoctorale de l'IRSSST
- Charles Gagné, directeur de la Direction des communications, de la veille et de la mobilisation des connaissances de l'IRSSST
- Amélie Couvrette, Département de psychoéducation et de psychologie, UQO
- Martine Jacob, Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation - Montréal
- Mario Morissette, Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation - Montérégie
- Suzanne Rainville, praticienne-chercheuse, équipe de soutien clinique spécialisé de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté
- Henriette Bilodeau, professeure, École des sciences de la gestion, UQAM

Coordonnatrices de recherche :

- Isabelle Bernier, Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Jane Goncalves, Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Isabelle Robichaud, Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Nicole Tremblay, Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Analyses statistiques :

- Charles-Édouard Giguère, M. Sc., Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Assistantes de recherche :

- Gabrielle Lebrun, M. Sc., Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Rocío Guédé, M. Sc., Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Sarah-Marie Bruneau, M.A., Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
- Stéphanie Marchand, M.A., Centre d'étude sur le trauma, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>VI</b>
<b>ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>3</b>
1.1 Fréquence des événements potentiellement traumatiques dans le secteur de la santé et des services sociaux.....	3
1.2 Fréquence des événements potentiellement traumatiques en protection de la jeunesse .....	4
1.3 Trouble de stress post-traumatique et autres impacts psychologiques des EPT en milieu de travail.....	5
1.4 Impacts sur le travail.....	6
1.5 Le cadre théorique.....	8
1.6 Facteurs de risque et de protection.....	9
1.6.1 Facteur de risque : L'effet du sexe et du genre.....	9
1.6.2 Facteur de risque : Les conditions de travail.....	10
1.6.3 Facteur de protection : Le soutien du superviseur .....	11
1.6.4 Facteur de protection : Le soutien des collègues.....	13
1.6.5 Facteur de protection : Les programmes d'entraide.....	13
<b>2. OBJECTIFS DE RECHERCHE .....</b>	<b>18</b>
<b>3. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>19</b>
3.1 Approbation éthique.....	19
3.2 Recrutement des participants .....	19
3.2.1 Les travailleurs du CPEJ-Mtl et du CPEJ-Mon exposés à un EPT.....	19
3.3 Le soutien usuel dans les deux CPEJ.....	21
3.4 Plan de recherche.....	24
3.5 Déroulement et procédures de collecte des données.....	24
3.5.1 Volet quantitatif.....	24
3.5.2 Volet qualitatif.....	27
3.6 Stratégies d'analyses quantitatives et qualitatives .....	27
3.6.1 Stratégie 1 – quantitatif.....	28
3.6.2 Stratégie 2 – quantitatif.....	28
3.6.3 Stratégie 3 – quantitatif.....	29
3.6.4 Stratégie 4 – quantitatif.....	30

3.6.5	Stratégie 5 – quantitatif.....	31
3.6.6	Stratégie 6 – quantitatif.....	32
3.6.7	Stratégie 7 – qualitatif.....	33
3.6.8	Stratégie 8 – qualitatif.....	34
3.6.9	Stratégie 9 – qualitatif.....	34
<b>4.</b>	<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>36</b>
4.1	Participation et attrition .....	36
4.1.1	Volet quantitatif.....	36
4.1.2	Volet qualitatif.....	37
4.2	Données descriptives.....	38
4.3	Objectifs de la recherche .....	40
4.3.1	Comparer les travailleurs de la cohorte du CPEJ-Mtl qui ont reçu le soutien d'un pair aidant de l'EIPT en plus du soutien usuel (CPEJ-Mtl avec EIPT) avec les travailleurs de chacune des deux autres cohortes (CPEJ-Mtl sans EIPT et CPEJ-Mon) qui ont reçu le soutien usuel seulement.....	40
4.3.2	Identifier les prédicteurs (facteurs de risque et de protection) de l'état psychologique et du fonctionnement au travail chez les travailleurs exposés à des EPT au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon.....	49
4.3.3	Explorer les motifs du recours et du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT chez les travailleurs exposés au CPEJ-Mtl .....	54
4.3.4	Explorer les besoins de soutien des travailleurs exposés au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon dans l'année suivant l'événement.....	58
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>62</b>
5.1	Retour sur l'objectif 1 : comparer les travailleurs de la cohorte du CPEJ-Mtl qui ont reçu le soutien d'un pair aidant de l'EIPT en plus du soutien usuel (CPEJ-Mtl avec EIPT) avec les travailleurs de chacune des deux autres cohortes (CPEJ-Mtl sans EIPT et CPEJ-Mon) qui ont reçu le soutien usuel seulement.....	62
5.2	Retour sur l'objectif 2 : identifier les prédicteurs (facteurs de risque et de protection) de l'état psychologique et du fonctionnement au travail chez les travailleurs exposés à des EPT au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon .....	64
5.2.1	L'état psychologique et le fonctionnement professionnel .....	64
5.2.2	La détresse psychologique après l'EPT.....	66
5.3	Retour sur l'objectif 3 : explorer les motifs du recours et du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT chez les travailleurs exposés au CPEJ-Mtl.....	67
5.4	Retour sur l'objectif 4 : explorer les besoins de soutien des travailleurs exposés au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon dans l'année suivant l'événement .....	69

5.5	Limites de l'étude .....	70
5.6	Recommandations .....	71
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>74</b>
<b>ANNEXE A .....</b>		<b>89</b>
A.I	Descriptions des instruments de mesure utilisés dans le volet quantitatif.....	89
A.I.I	Informations générales .....	89
A.I.II	Adhérence aux rôles de genre.....	89
A.I.III	Exposition à des événements potentiellement traumatiques.....	89
A.I.IV	État psychologique .....	90
A.I.V	Fonctionnement au travail .....	92
A.I.VI	Soutien perçu .....	94
<b>ANNEXE B .....</b>		<b>95</b>
B.I	Canevas d'entrevue semi-structurée pour le premier temps de mesure.....	95

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Plan d'intervention en cas d'événements potentiellement traumatiques dans les deux Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse .....	22
Tableau 2.	Instruments de mesure .....	25
Tableau 3.	Statistiques descriptives au Temps 1 pour chacune des trois cohortes.....	39
Tableau 4.	Modèles linéaires mixtes prédisant les variables de santé mentale en fonction de la cohorte, du temps et de l'interaction entre la cohorte et le temps, avant (étape 1) et après (étape 2) l'ajustement pour des variables potentiellement confondantes. ....	43
Tableau 5.	Modèles linéaires mixtes prédisant des variables de fonctionnement professionnel en fonction de la cohorte, du temps, de l'interaction double entre la cohorte et le temps (étape 1), des rôles de genre, de l'interaction double entre la cohorte et les rôles de genre, de l'interaction double entre le temps et les rôles de genre, de l'interaction triple entre la cohorte, le temps et les rôles de genre (étape 2), en contrôlant pour des variables potentiellement confondantes (étape 3) .....	45
Tableau 6.	Modèle linéaire généralisé prédisant l'absentéisme en fonction de la cohorte, du temps, de l'interaction double entre la cohorte et le temps (étape 1), des rôles de genre, de l'interaction double entre la cohorte et les rôles de genre, de l'interaction double entre le temps et les rôles de genre, de l'interaction triple entre la cohorte, le temps et les rôles de genre (étape 2), en contrôlant pour des variables potentiellement confondantes (étape 3) .....	47
Tableau 7.	Résumé des résultats pour l'objectif 1.....	49
Tableau 8.	Statistiques descriptives au temps 1 (n = 168), au temps 2 (n = 168), au temps 3 (n = 162) et au temps 4 (n = 161) pour les trois cohortes combinées. ....	50
Tableau 9.	Modèles linéaires mixtes décalés dans le temps (time-lagged) avec élimination progressive des prédicteurs non significatifs (stepwise backward elimination) prédisant des variables de santé mentale, le présentisme et la qualité de vie professionnelle en fonction de variables potentiellement confondantes (variables 1-8) et de variables de travail potentiellement modifiables (variables 9-18). ....	53
Tableau 10.	Résumé des résultats pour l'objectif 2.....	54
Tableau 11.	Résumé des résultats pour l'objectif 3.....	57
Tableau 12.	Résumé des résultats pour l'objectif 4.....	60

## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Analyse de panel croisée dans laquelle la détresse psychologique à un temps de mesure prédit l'exposition à une agression au temps de mesure suivant. ....	32
Figure 2.	Recrutement des participants et rétention à chacun des quatre temps de mesure.....	37
Figure 3.	Participants ayant complété le volet qualitatif de l'étude à chacun des quatre temps de mesure. ....	38
Figure 4.	Effets d'interactions doubles entre le temps et deux variables indépendantes (la cohorte ou l'adhérence à des rôles de genre) dans la prédiction de variables de fonctionnement au travail.....	48
Figure 5.	Modèle théorique des effets du soutien adéquat et du soutien inadéquat des collègues et du superviseur pour les travailleurs dans les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse .....	61

## SOMMAIRE

**Problématique.** Les travailleurs des services de protection de l'enfance sont exposés de manière répétée à des événements potentiellement traumatiques (EPT) dans le cadre de leur travail, notamment des actes de violence. Ils sont ainsi susceptibles de développer des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, l'insomnie, la dépression et des symptômes de stress post-traumatique. Sur le plan professionnel, les EPT engendrent des coûts élevés pour l'individu et l'organisation : baisse de la satisfaction au travail, absentéisme, changement d'emploi, baisse de productivité, etc. Dans ce contexte, le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a mis en place un protocole d'intervention post-traumatique (IPT) impliquant une équipe d'intervention post-traumatique (EIPT) formée pour offrir du soutien aux employés touchés par un EPT.

**Objectifs de l'étude.** La présente étude comprend quatre objectifs : 1) comparer les effets du soutien des pairs aidants de l'EIPT en plus du soutien usuel (c.-à-d., soutien des collègues et du superviseur, et référence au programme d'aide aux employés) au soutien usuel uniquement sur les symptômes psychologiques et le fonctionnement professionnel des travailleurs exposés à un EPT ; 2) identifier les prédicteurs de l'état psychologique et du fonctionnement professionnel chez les travailleurs exposés à un EPT ; 3) explorer les motifs du recours et du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT chez les travailleurs exposés à un EPT ; et 4) explorer les besoins de soutien des travailleurs exposés à un EPT.

**Méthodologie.** Les participants étaient des travailleurs récemment exposés à un EPT au travail provenant des CPEJ du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et de la Montérégie-Est. La vaste majorité des EPT rapportés (96 %) impliquaient l'exposition à des comportements agressifs de la part des jeunes ou de leurs parents. Les participants ont rempli un ensemble de questionnaires en ligne à quatre reprises, soit à l'intérieur d'un mois suivant leur EPT (176 travailleurs), deux mois après l'EPT (168 travailleurs), six mois après l'EPT (162 travailleurs), et 12 mois après l'EPT (161 travailleurs). Les questionnaires incluaient des mesures sur les rôles de genre, les symptômes psychologiques, le fonctionnement au travail et le soutien perçu. Soixante-quatre participants ont également pris part à une entrevue individuelle portant sur les motifs du recours ou du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (pour les participants de Montréal) et sur les besoins de soutien.

**Résultats.** Pour le premier objectif, les participants ont été divisés en trois groupes : 1) les participants de Montréal qui ont eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (CPEJ-Mtl avec EIPT), 2) les participants de Montréal qui n'ont pas eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (CPEJ-Mtl sans EIPT), et 3) les participants de Montérégie-Est, où aucun programme de soutien par les pairs spécialisé en post-trauma n'était offert (CPEJ-Mon). Au Temps 1, les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT et ceux du CPEJ-Mon

présentaient davantage de symptômes de stress aigu et un plus haut taux d'absentéisme comparativement aux participants du CPEJ-Mtl sans EIPT, suggérant qu'ils étaient davantage affectés par leur EPT. Peu importe le temps de mesure, il n'y avait aucune différence significative entre les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT et ceux des deux autres groupes pour les autres variables de santé mentale et de fonctionnement professionnel. Dans l'ensemble, ces résultats ne supportent pas la supériorité du soutien par un pair aidant de l'EIPT en plus du soutien usuel comparativement au soutien usuel seul.

Concernant le deuxième objectif, certaines variables de travail potentiellement modifiables prédisaient la sévérité des symptômes psychologiques, une faible productivité au travail et/ou la qualité de vie professionnelle durant l'année suivant l'exposition à un EPT. En particulier, la confiance en sa capacité à composer avec l'agressivité des usagers et le degré auquel le travail était perçu comme étant sécuritaire étaient des facteurs de protection, alors que les demandes psychologiques liées au travail (p. ex. la charge de travail) constituaient un facteur de risque. En outre, les travailleurs qui vivaient davantage de détresse psychologique suivant leur EPT étaient plus à risque d'être (ré-)exposés à des comportements agressifs au travail deux mois plus tard.

Concernant le troisième objectif, les entrevues avec les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT ont révélé plusieurs conséquences négatives des EPT sur la santé psychologique, lesquelles peuvent constituer un motif important pour recourir au soutien d'un pair aidant. Néanmoins, pour certains, le recours au soutien d'un pair aidant était davantage d'ordre préventif. Être encouragé à utiliser le soutien d'un pair aidant par un collègue (directement ou par l'exemple) ou avoir déjà utilisé cette forme de soutien étaient d'autres facteurs pouvant motiver le recours. Les participants ont rapporté plusieurs bénéfices de leur(s) rencontre(s) avec un pair aidant. Concernant les motifs du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT, les participants ont rapporté un manque d'utilité perçue, ou encore l'accès à d'autres sources de soutien (superviseur, collègues, conjoint, psychologue). D'autres participants n'ont pas eu recours au soutien d'un pair aidant, car ce service n'a pas été offert par le superviseur ou encore parce qu'ils manquaient d'information.

En ce qui a trait au quatrième objectif, d'après l'analyse des entrevues dans les trois groupes, les participants ont exprimé le besoin d'être soutenus par leur superviseur et leurs collègues. Dans les semaines et les mois qui ont suivi l'EPT, plusieurs travailleurs ont manifesté leur intérêt à recevoir du soutien émotionnel de la part de leur superviseur et un temps d'échange pour apprendre de l'EPT. En ce qui concerne le soutien des collègues, en plus du besoin de validation et de bienveillance, les participants ont fait mention de besoins de soutien concrets (p. ex. dans la gestion des jeunes agressifs) et informationnels (p. ex. se faire encourager à recourir à de l'aide). Les participants ont nommé que la reconnaissance des difficultés par les collègues était une condition nécessaire afin d'apprécier les efforts de soutien. Malheureusement, plusieurs participants

n'ont pas bénéficié du soutien attendu de la part du superviseur ou des collègues en raison d'un manque de temps dû aux conditions de travail.

**Conclusion.** Cette étude confirme qu'une proportion importante des travailleurs exposés à des EPT présentent des difficultés psychologiques. Bien que le soutien du superviseur et des collègues puisse aider les travailleurs à composer avec les conséquences d'un EPT, des barrières organisationnelles (p. ex. charge de travail élevée) briment ce soutien. Dans un tel contexte, l'offre d'accompagnement par des pairs aidants doit être bonifiée et complémentée afin d'être une mesure de soutien efficace.

## ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Acronyme	Définition
BSS	Bureau de la santé et de la sécurité
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPEJ-Mtl	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CPEJ-Mon	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de la Montérégie-Est
EIPT	Équipe d'intervention post-traumatique
EPT	Événement potentiellement traumatique
ESG	Enquête sociale générale
IPT	Intervention post-traumatique
TSA	Trouble de stress aigu
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

**IRSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

## INTRODUCTION

Les intervenants en protection de la jeunesse (ci-après, « les intervenants ») sont en constante interaction avec des personnes vulnérables dans des contextes émotionnellement tendus (Domon-Archambault *et al.*, 2020). En effet, chaque jour, ils interviennent dans des contextes marqués par la violence conjugale, la maltraitance, les problématiques de santé mentale, la toxicomanie et d'autres problématiques sociales majeures (Saint-Jacques *et al.*, 2015). La nature même de leur mandat les expose régulièrement à des événements potentiellement traumatiques (EPT). Par exemple, les intervenants peuvent être exposés aux conséquences de la maltraitance envers les enfants, à des comportements d'automutilation, à de la désorganisation et à des tentatives de suicide chez leurs usagers (Molnar *et al.*, 2020 ; Piggot *et al.*, 2004). De plus, les jeunes qui reçoivent les services de la protection, particulièrement ceux qui ont été placés en centre résidentiel, présentent plusieurs problématiques associées à l'agressivité, comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les troubles de l'attachement, les difficultés majeures d'autorégulation, la délinquance et divers problèmes de comportements (Ayotte *et al.*, 2017 ; Collin-Vézina *et al.*, 2011 ; Domon-Archambault *et al.*, 2020 ; Piggot *et al.*, 2004). Ces contextes créent un climat propice aux réactions agressives des usagers à l'encontre des intervenants, qu'elles soient physiques (p. ex. coups et blessures) ou verbales (p. ex. : menaces, harcèlement ; Lamothe *et al.*, 2018 ; Robson *et al.*, 2014 ; Winstanley et Hales, 2008). En résumé, les intervenants sont fréquemment exposés à des EPT, soit directement (p. ex. subir les agressions des usagers) ou indirectement (p. ex. écouter à répétition des histoires traumatiques). Ces EPT peuvent générer des conséquences négatives tant pour les intervenants qui les subissent que les usagers et les organisations (Robson *et al.*, 2014 ; Winstanley et Hales, 2008). Par exemple, les intervenants victimes d'agressions risquent davantage d'éprouver des sentiments de colère et de peur intense, ainsi que des symptômes d'épuisement professionnel (Winstanley et Hales, 2015). Un bon nombre d'intervenants éprouvent aussi une détresse intense à la suite d'interventions difficiles (Grootegoed et Smith, 2018 ; Molnar *et al.*, 2020). Cependant, à ce jour, peu d'études ont documenté la façon dont les intervenants s'adaptent aux conséquences liées aux EPT et les manières les plus appropriées pour les soutenir dans leur adaptation (Robson *et al.*, 2014).

La présente étude visait à réaliser la **phase II** d'une recherche évaluative portant sur une intervention novatrice en matière de prévention du développement du stress post-traumatique à la suite de l'exposition à un EPT au travail. Cette intervention a été développée par le Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CPEJ-Mtl) à partir de consultations et des données probantes dans le domaine. Elle touche de nombreuses facettes du soutien aux intervenants-es ayant vécu un EPT. Ce protocole, appelé Intervention post-traumatique (IPT), inclut l'offre de soutien par les pairs aidants de l'équipe d'intervention post-traumatique (EIPT) afin de prévenir et

d'atténuer le développement de réactions post-traumatiques et leur chronicité. Il est également possible que le soutien de pairs aidants contribue à prévenir d'autres conséquences négatives des EPT sur les plans de la santé mentale (p. ex. : symptômes dépressifs, anxiété, difficultés de sommeil) et du fonctionnement au travail.

Conscient de l'importance de développer des interventions efficaces, le CPEJ-Mtl s'est engagé dans un processus visant à évaluer scientifiquement leur intervention. Le présent projet a été conduit à la suite d'une première étude (**phase I**) financée par l'IRSST en 2009 (Bilodeau *et al.*, 2014). Cette première étude, de nature exploratoire et descriptive, visait à dégager la théorie sous-jacente à l'IPT, à identifier les variations dans l'implantation de l'intervention en contexte réel et à décrire les interventions alternatives implantées dans les autres CPEJ du Québec afin de prévenir l'incidence du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les résultats de la **phase I** ont permis de démontrer la pertinence théorique et empirique de l'IPT du CPEJ-Mtl. Les données montrent que cette intervention jouissait dans l'ensemble d'un haut niveau de conformité dans son application. L'obtention de ces données préliminaires était essentielle pour procéder à l'analyse des effets de cette intervention. La présente étude (**phase II**) a permis de mesurer les effets du soutien par les pairs aidants de l'EIPT en comparant l'évolution de trois cohortes de travailleurs exposés à un EPT dans deux CPEJ, soit le CPEJ-Mtl (avec ou sans EIPT) et le CPEJ de la Montérégie-Est (CPEJ-Mon). L'étude a ainsi permis d'évaluer si l'ajout d'une intervention préventive offerte par des pairs aidants de l'EIPT a un effet favorable sur le rétablissement des travailleurs en CPEJ exposés à un EPT, en plus de cerner les facteurs de risque et de protection de leur adaptation à la suite de l'événement.

# 1. ÉTAT DES CONNAISSANCES

## 1.1 Fréquence des événements potentiellement traumatiques dans le secteur de la santé et des services sociaux

La cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013) définit les EPT comme étant (a) l'exposition à un danger de mort, à la possibilité de blessures sérieuses, ou à de la violence à caractère sexuelle. Cette exposition peut être directe ou indirecte (c.-à-d., être témoin d'un EPT survenant à une autre personne, ou encore entendre parler d'un EPT vécu par un proche). L'exposition répétée ou extrême à des détails d'événements traumatiques (p. ex. écouter les récits traumatiques d'enfants qui ont été abusés) correspond également à la définition d'un EPT (American Psychiatric Association, 2013). Le terme « potentiellement » souligne l'importance de la perception individuelle dans un contexte particulier pour déterminer si un événement est un facteur de stress traumatique sur le plan psychologique (Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, 2019).

Les EPT sont fréquents dans les milieux de la santé et des services sociaux, particulièrement sous la forme d'actes de violence. La plus récente enquête sociale générale (ESG) sur la victimisation au Canada révèle que 26 % de tous les incidents autodéclarés de victimisation avec violence, y compris les agressions sexuelles, les vols qualifiés et les voies de fait, se sont produits au lieu de travail des répondants (Cotter, 2021). Les résultats de l'ESG précédente indiquaient que 33 % de tous les cas de violence en milieu de travail ont impliqué une victime qui travaillait dans les secteurs de l'assistance sociale ou des services de soins de santé (De Léséleuc, 2007). D'autre part, un rapport de Statistique Canada sur la violence faite spécifiquement aux infirmières par les patients révèle qu'en 2005, 34 % des infirmières affectées aux soins directs déclaraient avoir été victimes d'une agression physique de la part d'un patient au cours de la dernière année, et 47 % déclaraient avoir subi de la violence psychologique. Ces chiffres sont encore plus élevés pour les infirmières œuvrant en psychiatrie ou aux services d'urgence. En effet, 42-44 % déclaraient avoir subi de la violence physique, et 69-70 % affirmaient avoir subi de la violence psychologique au cours de la dernière année (Margot et Kathryn, 2009). Une étude canadienne réalisée auprès de travailleurs sociaux œuvrant dans différents champs de pratique (p. ex. : milieu hospitalier, services familiaux, protection à l'enfance, éducation, santé mentale) indique que 88 % d'entre eux ont été victimes de violence verbale au cours de leur carrière, 64 % ont reçu des menaces avec violence physique, et près du tiers (28,6 %) a été agressé physiquement (Macdonald et Sirotich, 2005). Un sondage mené par notre équipe, en partenariat avec les associations

paritaires (ASSTASS<sup>1</sup>, APSSAP<sup>2</sup>, APSAM<sup>3</sup>), auprès de 2889 travailleurs québécois réparti entre sept catégories d'emploi (gestionnaires, agents de la paix, professionnels de la santé, personnel administratif, personnel des métiers et services et employés des transports urbains) indique que 67 % d'entre eux ont été victimes ou témoins d'actes de violence au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Les membres du personnel soignant s'avèrent les plus nombreux à être victimes ou témoins d'actes de violence (81 %), suivis des employés des transports urbains (80 %) et des policiers (77 %). Les professionnels de la santé sont également nombreux à être victimes ou témoins de violence au cours d'une année (73 %) (Geoffrion, Goncalves, *et al.*, 2017). Le nombre moyen d'actes vécus par les 602 travailleurs du secteur de la santé et des services sociaux était de 14,5 durant cette période (Guay *et al.*, 2013).

## 1.2 Fréquence des événements potentiellement traumatiques en protection de la jeunesse

En raison de ses caractéristiques uniques (p. ex. : particularité de la clientèle, contexte d'intervention non volontaire) et de leur mission d'aide envers une clientèle composée de jeunes et de familles en difficulté, les CPEJ constituent un milieu particulièrement à risque aux EPT pour les intervenants qui y travaillent (Littlechild, 2005b ; Newhill, 2003 ; Shin, 2011). À cet égard, la nature même du mandat de protection implique l'exposition à des EPT puisqu'il suppose de bien connaître la réalité des enfants qui ont été abusés physiquement ou sexuellement, ou négligés gravement (Berrick et Altobelli, 2018 ; Molnar *et al.*, 2020). De plus, ces professionnels doivent intervenir dans des situations où des usagers se sont automutilés, ont tenté de se suicider, ou se sont enlevé la vie (Piggot *et al.*, 2004 ; Smith *et al.*, 2017). Toutefois, les EPT les plus fréquents sont des comportements violents dirigés vers les intervenants, les autres utilisateurs, ou le matériel. Les comportements violents auxquels les intervenants sont exposés peuvent être de nature verbale, psychologique ou physique. Selon les rares études publiées sur le sujet, entre 37 % et 97 % des intervenants qui travaillent au domicile de leurs usagers font état d'au moins un événement de violence psychologique au cours de l'année précédente, alors que 2 % à 64 % des intervenants ont été victimes de violence physique (Robson *et al.*, 2014 ; Winstanley et Hales, 2008). Les taux d'agressions semblent encore plus élevés pour les intervenants œuvrant en centre résidentiel. En effet, une étude menée auprès de 586 éducateurs des CPEJ à travers le Québec montre que 53,9 % d'entre eux avaient été victimes d'une agression physique de la part d'un usager dans l'année précédant le sondage. Parmi eux, 60 % avaient été agressés plus d'une fois et

---

<sup>1</sup> L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales.

<sup>2</sup> L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires provinciales.

<sup>3</sup> L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires municipales.

10 % plus de cinq fois. De plus, 95 % des éducateurs sondés avaient été témoins d'au moins un incident de violence dans leur milieu de travail (Geoffrion et Ouellet, 2013). Selon les données recueillies à la phase I de l'étude évaluative de l'IPT du CPEJ-Mtl, le quart des employés sondés rapportait avoir été victimes d'un événement violent les ayant affectés physiquement ou psychologiquement au cours de l'année 2011 et 37 % ont rapporté avoir été témoin d'un événement violent qui a pu affecter un collègue au cours de cette même année (Bilodeau *et al.*, 2014). Ces différentes données témoignent de l'importance de la violence directe et indirecte à laquelle les travailleurs des CPEJ sont exposés dans le cadre de leur travail.

### **1.3 Trouble de stress post-traumatique et autres impacts psychologiques des EPT en milieu de travail**

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), une personne qui souffre d'un TSPT présentera quatre grandes catégories de symptômes : 1) l'expérience de symptômes intrusifs associés à l'événement traumatique (p. ex. : souvenirs répétitifs et envahissants, cauchemars répétitifs) ; 2) un patron d'évitement persistant (p. ex. : l'évitement des lieux, des souvenirs et des émotions liés à l'événement) ; 3) des perturbations sur le plan émotionnel et cognitif (p. ex. : de la culpabilité, une perception négative de soi ou des autres) et 4) une activation neurovégétative incapacitante (p. ex. : des difficultés de sommeil ou de concentration, de l'irritabilité, de l'hypervigilance et des réactions de sursauts). Le diagnostic de TSPT est posé lorsque les symptômes susmentionnés sont encore présents un mois après l'événement traumatique. Avant ce moment, il sera plutôt question d'un trouble de stress aigu (TSA). Les symptômes doivent entraîner une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social ou dans d'autres domaines importants. Au plan psychologique, la souffrance engendrée par le TSPT peut entraîner des problèmes d'anxiété ou de dépression, l'abus de psychotropes ou même des comportements suicidaires. De manière générale, entre 17,8 % et 38,5 % des personnes victimes d'une agression développent un TSPT (Brewin *et al.*, 1999 ; Kessler *et al.*, 1995). Le risque de développer un TSPT à la suite d'un EPT serait deux fois plus élevé chez les femmes (Tolin et Foa, 2006). Selon une étude réalisée auprès d'un échantillon d'employés du réseau de la santé incluant des intervenants en protection de la jeunesse, près d'un intervenant sur cinq satisfait aux critères pour un diagnostic de TSPT (Regehr et LeBlanc, 2017). Cependant, les recherches ayant étudié l'effet différentiel du sexe et du genre sur la santé mentale et le fonctionnement au travail à la suite d'un EPT en milieu de travail sont rares et peuvent s'avérer contradictoires quant aux résultats obtenus (Green et Diaz, 2008 ; Hatch-Maillette *et al.*, 2007 ; Lanctôt et Guay, 2014).

Une revue systématique de 68 études portant sur les conséquences de l'exposition à la violence chez les travailleurs du secteur de la santé montre que les employés victimes sont susceptibles de développer des problèmes de santé mentale, tels que des symptômes de stress post-traumatiques, de l'anxiété, des symptômes dépressifs, des

problèmes de sommeil et de la détresse psychologique (Lanctôt et Guay, 2014). Aussi, l'exposition des travailleurs sociaux à la violence indirecte (en lien avec la détresse manifestée par la clientèle) est associée à l'expérience de symptômes post-traumatiques, tels que des pensées intrusives, des difficultés de sommeil et une baisse de la concentration (Horwitz, 2006). Les résultats d'un sondage mené par notre équipe auprès des travailleurs québécois du secteur de la santé et des services sociaux indiquent que les personnes touchées par des actes de violence — tant les victimes que les témoins — peuvent expérimenter plusieurs types de symptômes post-traumatiques. Pour l'ensemble de ce sous-échantillon, l'irritabilité apparaît comme étant la difficulté la plus fréquente (50 %). Aussi, les hommes et les femmes peuvent vivre des conséquences similaires, mais dans des proportions différentes. Ainsi, alors que l'irritabilité touchait autant les hommes que les femmes (50 %), significativement plus de femmes que d'hommes rapportaient avoir vécu de l'hypervigilance (56 % vs 37 %), de l'évitement (45 % vs 28 %) et des difficultés de concentration (41 % vs 25 %) (Guay *et al.*, 2013). Selon une étude menée en CPEJ, 70 % des éducateurs victimes de violence physique rapportaient avoir été affectés par au moins un des symptômes suivants à la suite de l'agression : épuisement physique, épuisement psychologique et/ou manque de motivation (Geoffrion et Ouellet, 2013).

Outre le TSPT, les agressions commises par les usagers peuvent engendrer diverses réactions émotionnelles négatives, telles que des sentiments d'anxiété, de peur, de colère et d'humiliation, ainsi qu'une humeur instable (Enosh *et al.*, 2013 ; Harris et Leather, 2012 ; Laird, 2013 ; Littlechild, 2005b ; Newhill, 2003 ; Stanley et Goddard, 2002). D'autres conséquences plus persistantes sont également rapportées, comme l'épuisement professionnel (Enosh *et al.*, 2013 ; Winstanley et Hales, 2015). De plus, certains intervenants rapportent que les agressions commises par les usagers diminuent leur satisfaction au travail (Enosh *et al.*, 2013 ; Harris et Leather, 2012 ; Winstanley et Hales, 2015). Une étude a également relevé des pensées et des gestes suicidaires chez certains intervenants en détresse (Lamothe *et al.*, 2018).

#### **1.4 Impacts sur le travail**

Une revue de la littérature sur l'impact de l'exposition à la violence chez les travailleurs de la santé montre qu'être victime de violence au travail peut occasionner de nombreuses conséquences négatives sur le plan professionnel, telles qu'une baisse de satisfaction au travail, un haut niveau d'inquiétude face à la possibilité d'être à nouveau victime, des considérations à propos d'un changement d'emploi, de l'absentéisme et une baisse de productivité. La violence au travail chez les travailleurs de la santé peut également affecter la qualité des soins à l'égard des usagers (p. ex. : peur des patients, perte d'intérêt envers la clientèle, réduction du temps de présence) (Lanctôt et Guay, 2014). Il existe d'ailleurs une relation dose-effet entre le nombre d'événements violents subis et la gravité des symptômes d'épuisement professionnel rapportés par les intervenants (Winstanley et Hales, 2015). De plus, les agressions commises par les usagers peuvent

diminuer la satisfaction au travail (Enosh *et al.*, 2013 ; Harris et Leather, 2012 ; Winstanley et Hales, 2015). Selon notre sondage mené auprès des travailleurs québécois du secteur de la santé et des services sociaux, plus de la moitié des répondants (51 %) touchés par des actes de violence ont rapporté avoir vécu des conséquences négatives au travail après l'événement le plus perturbant. Toutefois, cette proportion était plus importante pour les femmes (61 %) que pour les hommes (40 %). La conséquence la plus souvent mentionnée, tant pour les hommes que pour les femmes, était une baisse de la productivité (femmes 25 % ; hommes 15 %), suivie par un arrêt de travail pour les femmes (17 %) et les absences pour les hommes (13 %) (Guay *et al.*, 2013). Ainsi, un milieu de travail dans lequel les employés sont victimes de violence doit composer avec un absentéisme accru, une plus grande fréquence d'arrêts de travail, une perte de productivité, un plus grand roulement d'employés et des primes d'assurance plus élevées (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2010). Selon la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), entre 2017 et 2020, il y a eu une hausse de 9,3 % des lésions acceptées attribuables à la violence physique (2064 lésions en 2020) et une hausse de 76,7 % des lésions acceptées attribuables à la violence psychique (919 lésions en 2020) (CNESST, 2021). En résumé, l'exposition répétée à des EPT est lourde de conséquences, car le coût social et économique est très important non seulement pour les victimes et leurs proches, mais également pour les organisations et la société.

En ce qui a trait plus spécifiquement aux établissements de protection de la jeunesse, plus du tiers des éducateurs victimes d'une agression ont dû s'absenter du travail à la suite de l'événement et 40 % ont songé à quitter leur emploi selon une étude menée en CPEJ (Geoffrion et Ouellet, 2013). Les intervenants touchés par des EPT, comme les agressions commises par des usagers, sont également plus susceptibles de changer d'emploi, de s'absenter, de faire du présentéisme ou de demander des réorientations de fonctions (Robson *et al.*, 2014 ; Shin, 2011). Ainsi, les EPT nuisent à la rétention du personnel (Smith *et al.*, 2017). À ce titre, la protection de la jeunesse est l'un des secteurs d'activité produisant de hauts taux de roulement du personnel (Kim, A. et Barak, 2015). Par exemple, une étude longitudinale en provenance de la Floride a révélé que 45 % des nouveaux intervenants avaient quitté leur emploi au bout de trois ans (Florida Department of Children and Families, 2016). Par ailleurs, les agressions par des usagers sont également associées à une baisse de la qualité des services. D'ailleurs, lorsqu'ils travaillent avec des usagers agressifs, les intervenants s'inquiètent souvent de leurs capacités à protéger les enfants sous leur responsabilité. Ceci signifie que les usagers subissent également des impacts (Hunt *et al.*, 2016 ; Laird, 2013 ; Littlechild *et al.*, 2016 ; Robson *et al.*, 2014 ; Shin, 2011 ; Stanley et Goddard, 2002). La capacité des établissements à fonctionner dans le climat tendu et instable engendré par les EPT, dont les agressions que subissent leurs intervenants, est donc fortement diminuée.

## 1.5 Le cadre théorique

Les exigences professionnelles (par exemple, la charge de travail), le faible contrôle sur le travail et le faible soutien social sur le lieu de travail pourraient constituer des facteurs de risque pour la détérioration de la santé mentale à la suite d'un EPT. Le modèle JCQ (« job demand-control ») de Karasek's (1979) et l'ajout ultérieur d'une dimension de soutien social (JDCS model; Johnson et Hall, 1988) ont été largement étudiés. Dans l'ensemble, les études qui ont testé ces modèles ont montré que la présence d'exigences élevées en lien avec le travail, un faible contrôle sur le travail, et un faible degré de support au travail sont associés à une santé mentale plus précaire et à une plus faible satisfaction au travail (pour des revues, voir Häusser *et al.*, 2010 ; Van der Doef et Maes, 1999). Ces variables pourraient être particulièrement influentes dans la phase aiguë suivant un EPT lié au travail (Lamothe, Boyer, *et al.*, 2021 ; Litz et Maguen, 2007). Par exemple, les intervenants peuvent bénéficier du soutien de leurs collègues ou de leur superviseur à la suite d'une exposition à une agression (Lamothe *et al.*, 2018; Lamothe, Geoffrion, *et al.*, 2021; Littlechild, 2005b). Il convient également de noter que les intervenants sont régulièrement confrontés à des charges de travail élevées, et de nombreuses agences de protection de l'enfance ont des taux de rotation du personnel élevés, ce qui exerce une pression supplémentaire sur les travailleurs demeurant à l'emploi (Kim, Hyosu et Kao, 2014 ; McFadden *et al.*, 2015). Dans l'ensemble, les travailleurs sociaux dans le domaine de la protection de l'enfance sont confrontés à des exigences professionnelles plus élevées (c.-à-d., surcharge de travail et conflits de rôle) que les travailleurs sociaux dans d'autres domaines (Kim, Hansung, 2011).

Au-delà du modèle JDCS, des études qualitatives avec des intervenants ont permis d'identifier d'autres variables susceptibles d'influencer les conséquences de l'exposition à des agressions en contexte de travail : (a) une faible efficacité personnelle (réfère à la capacité perçue à éviter les agressions ou à y faire face) ; et (b) une perception que le travail est dangereux ou que la sécurité au travail n'est pas valorisée par les collègues, le supérieur immédiat ou l'organisation. Ces deux variables peuvent favoriser la peur face à de futurs événements violents au travail (ci-après, la « peur »), qui peut prendre la forme d'un symptôme psychologique débilant (Lamothe *et al.*, 2018 ; Littlechild, 2005a, 2005b ; Littlechild *et al.*, 2016 ; Smith *et al.*, 2017). La probabilité perçue d'être exposé à de la violence au travail est également liée à la peur sur les plans théorique et empirique (LeBlanc, Manon Mireille et Kelloway, 2002 ; Mueller et Tschan, 2011). En plus d'être un symptôme psychologique, la peur médie la relation entre le degré d'exposition antérieure à la violence au travail et les impacts émotionnels négatifs ou l'intention de quitter l'emploi chez les travailleurs de la santé (Akbolat *et al.*, 2019 ; Barling *et al.*, 2001 ; Schat et Kelloway, 2000). Des études menées avec des intervenants soutiennent également les effets négatifs potentiels d'une faible efficacité personnelle et des perceptions défavorables concernant la sécurité au travail. En particulier, une faible efficacité personnelle peut être intégrée à l'identité professionnelle des intervenants, ce qui peut favoriser la fatigue de compassion et la détresse psychologique (Geoffrion *et al.*, 2016).

De plus, chez les intervenants, les perceptions défavorables relatives à la sécurité organisationnelle sont positivement associées à l'épuisement émotionnel (Vogus *et al.*, 2016), alors que les préoccupations liées à la dangerosité des visites à domicile sont négativement associées à l'engagement face à l'organisation (Kim, H. et Hopkins, 2015).

## 1.6 Facteurs de risque et de protection

Les agressions des usagers n'ont pas toujours des conséquences négatives pour les intervenants. En effet, même en contexte d'EPT, la résilience demeure possible. À cet égard, de nombreux intervenants sont formés en intervention de crise et savent créer la distance émotionnelle nécessaire pour prévenir la désorganisation émotionnelle de leurs usagers (Berrick et Altobelli, 2018 ; Lamothe *et al.*, 2018). D'ailleurs, plusieurs intervenants croient aux principes de la pacification verbale et font preuve de tolérance à l'égard des agressions commises par leurs usagers, croyant que ceux-ci n'ont pas l'intention de leur faire du mal. Certains croient aussi qu'en restant calmes, empathiques et professionnels, ils réussiront à se protéger (Newhill, 2003; Virkki, 2008b). Dans certains scénarios, les intervenants ont également été en mesure de répondre aux agressions des usagers avec empathie et ont réussi à désamorcer les situations tendues (Saint-Jacques *et al.*, 2015 ; Virkki, 2008a, 2008b). Ces résultats indiquent que les agressions commises par les usagers n'entraînent pas des effets négatifs chez tous les intervenants et que la résilience est possible (Lamothe *et al.*, 2018). Cependant, les facteurs favorisant une meilleure résilience sont encore mal connus, d'où l'importance d'examiner les facteurs de protection tout autant que les facteurs de risque (Robson *et al.*, 2014).

D'ailleurs, certains facteurs de risque et de protection pourraient moduler les réactions de stress post-traumatique en milieu de travail. Des études réalisées auprès d'autres populations indiquent que des facteurs prétraumatiques (c.-à-d., les caractéristiques préexistantes au trauma telles que les antécédents psychiatriques, les habiletés cognitives ou les stratégies de gestion du stress) prédisent des réactions de stress plus ou moins intenses à la suite d'un EPT (DiGangi *et al.*, 2013 ; Martin *et al.*, 2009). Certains facteurs post-traumatiques doivent également être considérés, notamment le soutien social qui peut avoir un impact significatif sur le développement différentiel du TSPT (Sippel *et al.*, 2015). Concernant les facteurs de protection chez les travailleurs, il apparaît que la présence de soutien social fonctionnel et certains facteurs organisationnels pourraient contribuer à atténuer le risque de développer un TSPT.

### 1.6.1 Facteur de risque : L'effet du sexe et du genre

De façon générale, les victimes de sexe féminin semblent constituer une population avec un risque deux fois supérieur à celui des hommes de développer un TSPT suite à un EPT (Olf, 2017). Les constats de la documentation sur la violence au travail suggèrent qu'il est

important d'étudier les dimensions du sexe<sup>4</sup> et du genre<sup>5</sup>. En effet, une recension systématique des études sur l'exposition à la violence au travail en fonction du sexe et du genre dans différents secteurs d'activités (secteur de la santé, du travail social et du commerce) montre des résultats divergents qui varient en fonction de la méthodologie utilisée (p. ex. données sur les actes déclarés versus autorapportés), le type d'événement et les catégories d'emploi. Ainsi, les études provenant de données officielles (événements déclarés) montrent généralement que les femmes sont davantage victimes d'acte de violence que les hommes (Guay *et al.*, 2014). Dans un récent rapport de la CNESST, les lésions acceptées qui sont attribuables à la violence s'avèrent surreprésentées chez les femmes. En effet, les femmes de moins de 54 ans représentent 39,2 % des travailleurs couverts en équivalent temps complet, mais elles ont subi 64 % des lésions de violence physique et 54 % des lésions psychique entre 2017 et 2020 (CNESST, 2021). Dans une recension systématique des écrits, l'examen de 31 études issues de données autorapportées dans le secteur de la santé a permis de constater que plus de la moitié (n = 19) ne rapporte pas de différences entre les hommes et les femmes quant à leur exposition à la violence (Guay *et al.*, 2014). Par ailleurs, dans certaines catégories d'emploi, tel que les soins infirmiers, les hommes seraient davantage victimes de violence que les femmes. Les résultats du sondage mené auprès de 602 travailleurs québécois du secteur de la santé et des services sociaux indiquent que les hommes sont proportionnellement plus victimes ou témoins de violence que les femmes (Guay *et al.*, 2013). Enfin, dans une étude menée auprès des éducateurs en CPEJ, le sexe ne s'est pas avéré une variable prédictive des actes de victimisation (Geoffrion et Ouellet, 2013). D'autres études menées auprès d'intervenants sociaux œuvrant dans le domaine de la protection à l'enfance ont rapporté des résultats similaires et n'ont pas permis de distinguer les intervenants masculins et féminins quant à leur exposition à la violence physique et verbale (Shin, 2011 ; Winstanley et Hales, 2008). À ce stade, il n'est pas possible d'établir un portrait clair sur la prévalence de l'exposition à la violence au travail et de ses conséquences en lien avec le sexe et le genre dans ce secteur d'activités.

### 1.6.2 Facteur de risque : Les conditions de travail

Il est important de comprendre comment les conditions de travail affectent les intervenants qui ont été exposés à un EPT. Les conditions de travail peuvent affecter les intervenants de deux manières : en offrant des ressources qui leur permettent de se remettre de leurs expériences, ou en imposant des exigences qui fragilisent davantage leur état. Dans leur revue systématique, Truter *et al.* (2017) mettent en lumière de nombreux facteurs de risque qui pourraient aggraver les réactions traumatiques,

---

<sup>4</sup> Le sexe biologique désigne les caractéristiques biologiques telles que l'anatomie (taille et forme du corps) et la physiologie (activité hormonale ou fonctionnement des organes) qui distinguent les personnes identifiées comme étant « femmes » de celles identifiées comme étant des « hommes ».

<sup>5</sup> Le genre désigne l'ensemble des rôles et relations, traits de personnalité, attitudes, comportements, valeurs ainsi que le pouvoir relatif et l'influence que la société attribue aux femmes et aux hommes.

notamment une surcharge de travail, un manque de temps, la pression associée à la prise de décisions, un haut niveau de stress, un manque de soutien, un manque d'autonomie, une pénurie de personnel ainsi qu'un haut taux de démissions et d'épuisements professionnels. En lien avec ces facteurs, il est important de mentionner que de multiples réformes dans le milieu de la santé et des services sociaux, telles que celle qui a été implantée au Québec en 2015, ont créé une augmentation de la charge de travail des intervenants en protection de la jeunesse (Commission Spéciale sur les Droits des Enfants et de la Protection de la Jeunesse [CSDEPJ], 2021). Ceci a eu comme effet, par exemple, de réduire la quantité et la qualité de la supervision clinique offerte aux intervenants ainsi que de réduire la quantité de temps que les intervenants peuvent offrir aux jeunes et aux familles (CSDEPJ, 2021 ; Ferguson, 2014 ; Grootegoed et Smith, 2018 ; Munro, 2011, 2019). Finalement, dans son rapport sur les conditions de travail des intervenants en Angleterre, Munro (2019) déplore la culture du blâme qui règne dans plusieurs agences de protection de l'enfance et qui a comme effet d'isoler les intervenants dans leur processus de prise de décision. Cette « culture du blâme » crée un climat de travail tendu et anxiogène pour les intervenants (Munro, 2011, 2019) qui fragilisent leurs chances de se remettre d'un EPT (Strolin-Goltzman *et al.*, 2016).

À cela s'ajoute l'effet répété et cumulatif des EPT. En effet, la nature du travail en protection de jeunesse implique l'exposition répétée à des récits traumatiques. Selon une recension systématique, de 22 % à 92 % des intervenants rapportent au moins un symptôme de traumatisme vicariant (Molnar *et al.*, 2020). Il faut aussi considérer l'effet cumulatif des autres EPT qu'ils vivent, que ce soit le fait d'être revictimisé directement au travail, ou encore d'être exposé à plus d'une tentative de suicide ou suicide complété au cours de leur carrière (Piggot *et al.*, 2004 ; Smith *et al.*, 2017). Plusieurs études ont conclu que les personnes qui ont souffert d'un TSPT ou d'autres symptômes liés à leur santé mentale sont plus à risque de rapporter des symptômes sévères à la suite d'une nouvelle exposition (Agorastos *et al.*, 2014). Il importe également de mentionner que les EPT, comme les agressions des usagers, contribuent au roulement du personnel et à la surcharge de travail (Smith *et al.*, 2017). En retour, le manque de personnel est un facteur qui augmente le risque de tensions et de conflits entre les usagers et les intervenants (Lamothe *et al.*, 2018 ; Smith *et al.*, 2017).

### **1.6.3 Facteur de protection : Le soutien du superviseur**

Il existe peu d'études sur l'impact du soutien du superviseur immédiat dans le contexte des agressions commises par les usagers. Cela dit, les résultats disponibles semblent converger avec les écrits plus généraux sur le soutien social (Kim, H. et Hopkins, 2015 ; Lakey et Orehek, 2011 ; Olaniyan *et al.*, 2020). Le soutien du superviseur peut prendre plusieurs formes. Les conseils et la rétroaction sur des tâches, le partage d'informations et le soutien émotionnel sont des exemples de soutien au travail (Brough et Pears, 2004 ; Karasek et Theorell, 1990). Les chercheurs en protection de la jeunesse ont identifié quatre dimensions qui décrivent bien le soutien du superviseur : l'assistance avec les

tâches, le développement du jugement clinique, la supervision clinique régulière et le soutien émotionnel en lien avec les sources de stress inhérentes à l'emploi (Hair, 2013 ; Lietz et Rounds, 2009 ; McPherson et MacNamara, 2016 ; Radey et Stanley, 2018). Dans la documentation sur la sécurité au travail, les employés s'attendent à ce que leur superviseur priorise leur sécurité en leur offrant les outils et formations nécessaires, en offrant des récompenses pour l'adoption de comportements appropriés et en écoutant leurs inquiétudes (Huang *et al.*, 2004). Les intervenants décrivent un « superviseur soutenant » comme étant disponible, capables de communiquer de façon claire et uniforme (Bogo et McKnight, 2006 ; Lietz et Rounds, 2009), et possédant l'expérience de travail nécessaire pour guider l'intervenant dans ses tâches (Bogo et McKnight, 2006).

Les études sur les effets des agressions envers les intervenants suggèrent que ces derniers ont des attentes spécifiques en matière de soutien (Littlechild, 2005b ; Radey et Stanley, 2018). Par exemple, Littlechild (2005b) a constaté que les intervenants s'attendent à ce que leur superviseur reconnaisse que les agressions font partie de la nature de plus en plus difficile de leur rôle en tant qu'intervenant. Spécifiquement, ils aiment discuter ouvertement avec leur superviseur au sujet des conséquences des agressions et de la façon dont leur peur à l'égard de certains usagers influence leurs décisions professionnelles et leur rendement (Littlechild, 2005b). De plus, les superviseurs immédiats qui encouragent leurs intervenants à prendre soin de leur santé mentale de manière prioritaire sont considérés comme offrant un soutien particulièrement utile (Radey et Stanley, 2018). Les superviseurs immédiats peuvent également soutenir leurs intervenants en les aidant à trouver un sens à leurs expériences, ce qui les aide à conjuguer ces expériences avec leurs autres exigences en lien avec leur emploi (p. ex. : empathie, écoute service ; Radey *et al.*, 2020; Strolin-Goltzman *et al.*, 2016).

Le soutien du superviseur est un facteur de protection efficace contre les effets des agressions au travail (Kim, H. et Hopkins, 2015 ; Olaniyan *et al.*, 2020). En effet, selon Littlechild *et al.* (2016), 42 % des intervenants estiment que le soutien d'un superviseur est un aspect essentiel au maintien de la sécurité des enfants lorsque les parents sont agressifs envers leurs intervenants. De fait, Kim, H. et Hopkins (2015) ont constaté qu'une relation de soutien et de confiance avec un superviseur peut diminuer l'association entre la peur au travail et l'engagement organisationnel chez les intervenants. Enfin, de manière générale le soutien des superviseurs en CPEJ est associé à un moindre taux de roulement du personnel, à une satisfaction au travail plus élevée et à un climat de travail plus positif (Kim, H. et Hopkins, 2015 ; Olaniyan *et al.*, 2020 ; Zinn, 2015). Le soutien du superviseur est donc un facteur de protection important en ce qui concerne le travail en général, mais aussi l'adaptation à la suite d'une agression.

#### **1.6.4 Facteur de protection : Le soutien des collègues**

Bien que le soutien du superviseur puisse être aidant, on ne peut pas ignorer la relation de pouvoir qui existe entre l'intervenant et son superviseur. Dans un tel contexte, le soutien des pairs peut s'avérer être un atout majeur puisqu'il n'est pas empreint d'une relation de pouvoir. En effet, comme ils partagent une réalité de travail commune, les intervenants peuvent s'entraider de multiples façons face aux effets des agressions commises par les usagers. D'ailleurs, les intervenants en protection de la jeunesse qui se sentent soutenus par leurs collègues rapportent un plus grand sentiment de satisfaction au travail, une meilleure santé psychologique générale et sont moins portés à vouloir changer d'emploi (Chenot *et al.*, 2009 ; Griffiths *et al.*, 2017 ; Kim, Hyosu et Kao, 2014). Comme les taux de victimisation sont élevés dans ce milieu (Robson *et al.*, 2014), les intervenants comprennent l'importance de se soutenir mutuellement. Lorsque nécessaire, les intervenants peuvent s'assister les uns les autres en offrant du soutien informationnel et des conseils et recommandations, ce qui les aide à apprendre de leurs expériences (Lamothe *et al.*, 2018). À ce titre, les intervenants apprécient grandement les rencontres d'équipe cliniques afin de recevoir des conseils, des rétroactions et du soutien de leurs collègues (Olaniyan *et al.*, 2020 ; Vogus *et al.*, 2016). Selon Biggart *et al.* (2017), le soutien des collègues répond à plusieurs besoins chez les intervenants qui craignent pour leur sécurité. Spécifiquement, les intervenants peuvent se soutenir mutuellement en étant disponibles les uns pour les autres (diminution du sentiment de solitude), en encourageant l'authenticité (acceptation inconditionnelle), et en favorisant le soutien émotionnel (ventilation), la coopération (trouver des solutions, implémenter des solutions) et le sentiment d'appartenance (Biggart *et al.*, 2017).

#### **1.6.5 Facteur de protection : Les programmes d'entraide**

##### **1.6.5.1 Programmes d'entraide dans les organisations à haut risque**

Les programmes de soutien par les pairs sont communs dans les organisations à haut risque, c'est-à-dire les organisations qui exposent régulièrement les travailleurs à des EPT (p. ex. le personnel de la sécurité publique). Ces programmes permettent aux organisations de respecter leur obligation à promouvoir le bien-être de leurs employés. Les principaux objectifs des programmes d'entraide sont les suivants : (a) fournir une écoute attentive et empathique, (b) fournir une intervention psychologique de faible intensité, (c) identifier les travailleurs qui peuvent présenter un risque pour eux-mêmes ou pour les autres, et (d) faciliter la recherche d'aide professionnelle, au besoin (Creamer *et al.*, 2012). Les pairs aidants possèdent une connaissance pointue de l'organisation et des défis auxquels sont confrontés les travailleurs. Cela peut faciliter le lien de confiance avec les travailleurs victimes d'un EPT en plus de diminuer la barrière du stigma (Beshai et Carleton, 2016). Des résultats préliminaires indiquent que les interventions basées sur le soutien par les pairs produisent des avantages à court terme chez le personnel de la sécurité publique et les professionnels de la santé. De plus, les résultats ne montrent pas d'effet négatif de ces programmes (pour des revues de documentation, voir Anderson

*et al.*, 2020 ; Beshai et Carleton, 2016). Les programmes de soutien par les pairs représentent l'une des meilleures options pour aider les travailleurs exposés à un traumatisme. Toutefois, il existe un besoin de mener des études méthodologiquement rigoureuses afin d'évaluer l'efficacité de ces programmes en lien avec la prévention du TSPT, le maintien de la santé mentale et le fonctionnement au travail.

À titre d'exemple, l'ASAP (Assaulted Staff Action Program) est le programme de soutien par les pairs le mieux documenté dans les établissements de santé. L'ASAP a été créé en 1990 (Flannery *et al.*, 1991) et a depuis servi plus de 10 000 victimes à travers les États-Unis (Flannery, 2020). Il s'agit d'un programme d'intervention par les pairs visant à répondre aux besoins psychologiques des employés victimes d'agressions de patients en milieu hospitalier (Flannery *et al.*, 1991). Il a été constaté que la mise en œuvre de ce programme réduisait la prévalence de l'exposition à la violence (Flannery *et al.*, 1998), bien que des résultats mitigés aient également été rapportés (Flannery *et al.*, 2000). De plus, Flannery *et al.* (2011) ont observé une amélioration graduelle des symptômes physiques, ainsi que des symptômes d'évitement et d'intrusion entre le moment de l'intervention du pair aidant (immédiatement après l'agression) et les évaluations de suivi (trois et dix jours après l'agression). Toutes les différences entre le premier et le dixième jour étaient statistiquement significatives (Flannery *et al.*, 2011). Cependant, en raison de limites méthodologiques évidentes (c.-à-d., l'absence d'un groupe contrôle et d'un suivi à moyen ou long terme), il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité de l'ASAP.

#### **1.6.5.2 Description de l'IPT du CPEJ-Mtl**

Dans un souci de prévention et de soutien pour leurs intervenants, le CPEJ-Mtl a mis sur pied en 1999 un programme de gestion des impacts post-traumatiques des EPT. Ce programme comprend un protocole d'intervention post-traumatique et des mesures de gestion associées afin de prévenir et d'atténuer le développement des réactions post-traumatiques et leur chronicité. Ce protocole s'inscrit dans le cadre de la Politique d'intervention post-traumatique et procédure de gestion associée qui détermine les mesures qui devraient être prises lorsque des membres du personnel, des stagiaires, des bénévoles, des usagers, leurs parents et leurs proches, ou toute autre personne a été exposé à un EPT. Ces mesures d'ordre clinique, administratif et judiciaire sont principalement centrées sur le soutien à la personne touchée et visent à réduire l'effet perturbateur sur les fonctions psychologiques et physiologiques de la personne, à contribuer au renforcement des mécanismes adaptatifs et à prévenir le développement du TSPT.

Un protocole d'intervention indique la séquence des actions à réaliser et précise la répartition des responsabilités entre toutes les personnes impliquées et concernées. Une équipe d'intervention post-traumatique (EIPT), composée d'intervenants (pairs) du CPEJ-Mtl possédant plus de 10 ans d'expérience clinique et spécifiquement formée à l'intervention post-traumatique, est chargée des mesures cliniques de l'intervention. Une

révision du protocole a été effectuée en 2005 afin de tenir compte des avancées scientifiques dans le domaine. Le protocole actuel privilégie les rencontres individuelles, sur une base volontaire, avec les personnes les plus directement touchées par l'événement. Par le biais d'interventions spécifiques, les rencontres avec un pair aidant visent principalement à favoriser l'intégration de l'EPT et l'adaptation de la personne touchée ainsi qu'à détecter les personnes à risque de développer un TSPT. Une première phase évaluative de l'IPT a permis d'analyser la pertinence théorique et empirique de cette intervention et de mesurer son niveau d'implantation au sein de l'organisation (Bilodeau *et al.*, 2014).

### **1.6.5.3 Pertinence théorique de l'IPT**

Le modèle développé au CPEJ-Mtl respecte la séquence temporelle reconnue de l'adaptation des individus à un EPT. Les mesures immédiates et post-immédiates de l'intervention (0-72h) s'appuient principalement sur le modèle des « premiers soins psychologiques » (Psychological First Aid; Brymer *et al.*, 2006 ; Ruzek *et al.*, 2007), lequel est recommandé par plusieurs organismes officiels œuvrant en santé mentale (p. ex. l'Association Américaine de Psychiatrie ; Benedek *et al.*, 2009). Dans le protocole d'IPT du CPEJ-Mtl, ces interventions sont principalement assumées par le gestionnaire de premier niveau qui a la responsabilité de s'assurer de répondre aux besoins immédiats des personnes touchées et de mettre à leur disposition toutes les sources de soutien pouvant leur être utiles.

C'est au cours de la phase à moyen terme (après 72h) que débute, s'il y a lieu, l'intervention individuelle par les pairs aidants de l'EIPT auprès des personnes directement touchées. Tout comme les secteurs des mesures d'urgence (p. ex. : ambulanciers, pompiers, policiers), le CPEJ-Mtl constitue une culture particulière possédant un langage et des règles qui lui sont propres. La présence de pairs aidants, qui possèdent une connaissance plus pointue de l'organisation, de ses membres et clientèles, peut favoriser le lien de confiance avec les personnes touchées (Beshai et Carleton, 2016). Qui plus est, les pairs aidants du CPEJ-Mtl, de par leur formation et leur profession, possèdent l'avantage de détenir un bagage clinique pouvant faciliter l'exercice de leur rôle auprès des travailleurs touchés. L'intervention post-immédiate déployée par les pairs aidants de l'EIPT est basée sur le modèle de la thérapie cognitive et comportementale brève et précoce auprès des patients présentant un TSA dans le but de prévenir ou d'atténuer les réactions post-traumatiques (Bryant, 2007). Les pairs aidants sont formés aux principales stratégies d'intervention cognitives et comportementales de ce modèle, mis à part l'utilisation de la technique d'exposition *in vivo* qui requiert une formation plus spécialisée. Considérant les avantages documentés du soutien informel et formel par les pairs (Anderson *et al.*, 2020 ; Beshai et Carleton, 2016 ; Flannery *et al.*, 2011), il serait attendu que l'intervention par les pairs aidants de l'EIPT prévienne les difficultés psychologiques, la détérioration de la qualité de vie professionnelle, ainsi que l'absentéisme.

#### 1.6.5.4 L'implantation de l'IPT au CPEJ-Mtl

Les résultats de la phase I réalisée entre 2010 et 2013 ont montré que l'IPT était connue de la majorité des employés (71,7 %) et des gestionnaires (98,6 %) du CPEJ-Mtl (Bilodeau *et al.*, 2014). Ceux-ci connaissent assez bien leur rôle dans l'application de l'intervention, surtout dans la phase immédiate de l'EPT, assurant ainsi la sécurité physique des victimes et l'évaluation de leurs besoins immédiats. Selon les données issues des bilans d'activités entre avril 2006 et mars 2011, l'EIPT a reçu un total de 241 demandes de soutien à la suite de 207 EPT, soit en moyenne 48 demandes annuellement. La grande majorité de ces demandes provenait des employés du CPEJ-Mtl (87 %), dont environ les deux tiers occupent un poste d'éducateur. Les autres étaient issues des usagers du CPEJ-Mtl (p. ex. : parent, famille d'accueil, jeune), des stagiaires et des bénévoles. Près du trois quarts des demandeurs sont des femmes. Les événements ayant mené à une demande de soutien étaient liés au fait d'être victime d'agression verbale, de menace ou d'intimidation (32 %), d'agression physique (22 %) et à caractère sexuel (2 %), ou encore d'être témoin de violence (p. ex. : bagarre, comportement d'automutilation) (15 %), d'un geste parasuicidaire (11 %) ou d'un décès par suicide ou accidentel (8 %).

Les résultats de la phase I de l'étude ont indiqué que durant les années 2010 à 2013, les pairs aidants de l'EIPT respectaient le cadre et les délais d'intervention prévus. En moyenne, l'intervention se déroulait sur deux rencontres ( $M = 1,7$ ). La durée minimale d'une première rencontre était de 90 minutes, puis 60 minutes pour les rencontres subséquentes. Les rencontres sont effectuées sur le lieu de travail de la personne touchée, au bureau de l'intervenant ou dans un établissement neutre selon le cas. Les stratégies d'intervention préconisées par le modèle et enseignées aux intervenants (pairs) ont été utilisées et adaptées selon les besoins particuliers des personnes touchées. Les stratégies utilisées de façon systématique réfèrent principalement à la psychoéducation sur les réactions post-traumatiques, l'évaluation des symptômes du TSA et du TSPT, la sensibilisation à la mise en place d'un réseau de soutien et à l'utilisation de mécanismes d'adaptation, et finalement, l'évaluation de l'évolution de la personne dans son milieu de travail à la suite de l'événement. La recommandation d'un suivi médical, l'enseignement de la respiration diaphragmatique, la restructuration cognitive et la prévention de l'évitement ont été utilisés au besoin selon les symptômes présents et la particularité du cas. Parmi les 14 cas de l'année 2011 qui ont été analysés, près de la moitié ont été référés à une ressource externe, soit le programme d'aide aux employés ou un psychologue. Ces données relatives à l'application de l'intervention témoignent de la visée essentiellement psychoéducative et préventive des rencontres de soutien offertes par l'EIPT.

Les données de la phase I obtenues entre 2010 et 2013 ont indiqué que, dans l'ensemble, l'IPT du CPEJ-Mtl reposait sur des bases théoriques solides et jouissait d'un niveau élevé de conformité dans son application. Toutefois, les résultats suggèrent que les employés exposés à des EPT ont accepté de rencontrer un pair aidant de l'EIPT moins d'une fois sur deux. En effet, les résultats d'un sondage réalisé durant la phase 1 indiquaient que 60 % des employés qui se sont fait offrir le soutien d'un pair aidant après avoir été exposé à un EPT au cours de la dernière année n'y avaient pas donné suite. Or, cette première phase n'a pas permis de documenter l'évolution de ces employés et d'en connaître les déterminants (p. ex. : les effets des EPT sur leur santé mentale, leurs modes d'adaptation, etc.), ni de connaître les raisons qui sous-tendent le recours ou non au soutien d'un pair aidant de l'EIPT. La phase II que constitue la présente étude avait pour objectif d'apporter un éclairage sur les effets spécifiques du soutien par les pairs aidants et de comprendre les effets des EPT sur les intervenants et leurs besoins en matière de soutien jusqu'à 12 mois après leur survenue.

## 2. OBJECTIFS DE RECHERCHE

Le projet visait à mener une étude prospective auprès de trois cohortes de travailleurs en CPEJ exposés à un EPT dans le cadre de leur travail. L'échantillon est composé de trois cohortes ; 1) des travailleurs du CPEJ-Mtl exposés à un EPT ayant reçu le soutien d'un pair aidant de l'EIPT (CPEJ-Mtl avec EIPT), 2) des travailleurs du CPEJ-Mtl exposés à un EPT n'ayant pas reçu le soutien d'un pair aidant de l'EIPT (CPEJ-Mtl sans EIPT) et 3) des travailleurs du CPEJ-Mon exposés à un EPT ayant reçu le protocole d'intervention en vigueur dans cet établissement. L'étude se voulait exploratoire. Plus spécifiquement l'étude visait à :

- Comparer les travailleurs de la cohorte du CPEJ-Mtl qui ont reçu le soutien d'un pair aidant de l'EIPT en plus du soutien usuel (CPEJ-Mtl avec EIPT) avec les travailleurs de chacune des deux autres cohortes (CPEJ-Mtl sans EIPT et CPEJ-Mon) qui ont reçu le soutien usuel seulement.
  - L'évolution de leur état psychologique sur une période d'un an
  - L'évolution de leur fonctionnement au travail sur une période d'un an
- Identifier les prédicteurs (facteurs de risque et de protection) de l'état psychologique et du fonctionnement au travail chez les travailleurs exposés à des EPT au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon
- Explorer les motifs du recours et du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT chez les travailleurs exposés au CPEJ-Mtl
- Explorer les besoins de soutien des travailleurs exposés au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon dans l'année suivant l'événement
- Préciser les procédures de soutien organisationnel en lien avec la gestion de cas à la suite d'un EPT auprès des membres de l'organisation au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon

En 2015, les Centres Jeunesse de la province ont été intégrés aux Centres intégrés de santé et services sociaux de la province. La réforme a eu un impact important sur le fonctionnement des intervenants et sur les usagers (Bourque et Lachapelle, 2018 ; CSDEPJ, 2021). En effet, la récente Commission Laurent a conclu que cette dernière a « fragilisé les services sociaux » (CSDEPJ, 2021, p. 375). Certains chercheurs cités dans le rapport ont d'ailleurs qualifié le projet de loi 10 de « point de rupture dans la dispensation et l'organisation des services sociaux » (CSDEPJ, 2021, p. 375). Toujours selon ce rapport, la réforme a accéléré la perte de leadership dans les services aux Jeunes en difficulté (CSDEPJ, 2021). Ceci a eu pour effet d'éliminer une grande partie des programmes en soutien à la pratique. Devant ces changements majeurs, le recrutement d'un nombre suffisant d'informateurs clés dans la présente étude s'est avéré impossible et l'équipe de recherche a dû faire le choix difficile d'abandonner ce dernier objectif du projet. Cet objectif ne sera donc pas traité dans le présent rapport.

### 3. MÉTHODOLOGIE

#### 3.1 Approbation éthique

L'approbation éthique pour la réalisation de cette étude a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche du CPEJ-Mtl (Réf. MP-CJM-IU-15-02). Tous les participants ont fourni un consentement écrit libre et éclairé avant de participer à l'étude.

#### 3.2 Recrutement des participants

Le recrutement des participants a eu lieu entre novembre 2015 et novembre 2019. Durant cette période, la réforme de la santé a eu un impact important sur la capacité de recrutement. L'équipe de recherche a dû déployer des efforts supplémentaires pour atteindre ses objectifs.

##### 3.2.1 Les travailleurs du CPEJ-Mtl et du CPEJ-Mon exposés à un EPT

L'étude visait tous les employés du CPEJ-Mtl et du CPEJ-Mon. Le seul critère d'inclusion était le fait d'avoir été exposé directement ou indirectement (en étant témoin) à un EPT dans le cadre de son travail. La liste des événements potentiellement traumatiques éligibles a été établie à partir des données obtenues à la phase I de l'étude (Bilodeau *et al.*, 2014) et réfère aux principaux événements pour lesquels les travailleurs du CPEJ-Mtl ont eu recours aux services de l'EIPT depuis la révision du protocole en 2005 : être victime d'agression physique (p. ex. : coup de poing, coup de pied, attaque armée, voie de fait), être victime d'agression verbale (p. ex. : injures, menace, intimidation), être victime d'agression sexuelle, ou être témoin de violence (p. ex. : bagarre entre usagers, acting out, geste d'automutilation), d'un geste suicidaire (p. ex. tentatives de suicide) ou d'un décès (p. ex. : suicide, mort accidentelle).

L'objectif initial était de recruter un total de 222 travailleurs exposés à un EPT, dont 148 au CPEJ-Mtl (74 ayant eu recours au soutien d'un pair aidant et 74 n'y ayant pas eu recours) et 74 au CPEJ-Mon. Selon les résultats de la phase I de l'étude (Bilodeau *et al.*, 2014), le quart des employés sondés au CPEJ-Mtl (n = 791) ont rapporté avoir été victimes d'un EPT au cours de l'année 2011, ce qui laissait présager un bassin d'au moins 200 participants potentiels par année au CPEJ-Mtl. De plus, selon les bilans de l'EIPT, entre 40 et 60 employés reçoivent chaque année les services de l'EIPT après avoir été exposés à un EPT. En outre, selon des données recueillies au CPEJ-Mon, les intervenants font face en moyenne à 96 actes de violence (p. ex. : agression verbale, physique, menace, provocation, harcèlement sexuel, etc.) au cours d'une année (Geoffrion et Ouellet, 2013). Ces données nous ont permis d'anticiper un nombre suffisant de participants potentiels pour ce CPEJ qui comptait 1266 intervenants, dont 678 éducateurs qui étaient en contact direct avec la clientèle. En se basant sur ces estimations, il a été déterminé qu'une période de recrutement de 18 à 24 mois permettrait

de recruter le nombre de participants visé (n = 74) dans chacun des trois groupes. En tenant compte d'un taux d'attrition hypothétique de 30 %, il était attendu que 52 participants par groupe complètent les quatre temps de mesure.

Au final, 176 participants ont été recrutés. De ce nombre, 36 sont dans le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT, 67 sont dans le groupe CPEJ-Mtl sans EIPT, et 73 sont dans le groupe CPEJ-Mon. Afin de rejoindre les différentes catégories d'employés et de maximiser le nombre de participants potentiels, plusieurs méthodes de recrutement ont été utilisées. Considérant les effets du projet de loi 10, l'équipe a dû déployer des efforts supplémentaires pour recruter un nombre suffisant de participants. Les stratégies suivantes ont été utilisées :

- Envois de courriels d'information sur l'étude, à intervalles de temps réguliers, à tous les employés possédant une adresse courriel de l'établissement ;
- Annonce de l'étude via l'intranet du CPEJ-Mtl et du CPEJ-Mon ;
- Offre de l'étude par le gestionnaire de premier niveau et/ou un membre du service de santé et sécurité au travail qui est informé d'un EPT touchant un employé ;
- Au CPEJ-Mtl, offre de l'étude par l'intervenant de l'EIPT lors du premier contact téléphonique avec un employé qui a recours aux services de l'EIPT après avoir été exposé à un EPT ;
- Utilisation d'un recruteur pivot parmi les intervenants de chacun des deux CPEJ pour faire la promotion de l'étude, faciliter le recrutement, répondre aux questions sur place, etc. ;
- Présentations par les chercheurs lors de rencontres d'équipe ;
- Promotion de l'étude par les syndicats ;
- Déploiement d'une assistante de recherche dans les deux milieux afin de faire connaître le projet par le biais de rencontres directes avec les travailleurs sur leurs lieux de travail.

Les personnes intéressées par l'étude ont contacté directement l'équipe de recherche ou rempli un formulaire d'autorisation de contact afin que l'équipe de recherche puisse les contacter. Les formulaires d'autorisation complétés ont été transmis à l'équipe de recherche et les personnes concernées ont été appelées dans les jours suivants. Lors du premier contact avec l'équipe de recherche, les personnes intéressées ont reçu des informations sur le déroulement et les objectifs de l'étude. Un numéro d'identification unique a été attribué à chaque personne qui a accepté de participer à l'étude. Ce numéro a ensuite été utilisé tout au long de l'étude afin de permettre l'appariement des données aux différents temps de mesure. La liste des noms comportant le numéro d'identification a été constituée et gardée sous clé au Centre d'Étude sur le Trauma sous la responsabilité du chercheur principal, S. Guay.

### 3.3 Le soutien usuel dans les deux CPEJ

Le tableau 1 présente les mesures prévues au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon en réponse aux EPT qui sont signalés à la direction. Les phases d'intervention du protocole du CPEJ-Mon étant moins détaillées que celles de l'IPT, celles-ci ont été déterminées à titre indicatif à partir des informations contenues dans le guide de prévention et de gestion lors des manifestations de violence par la clientèle à l'endroit du personnel. Ces mesures sont administrées en trois phases : la phase immédiate (0-4 heures après l'EPT), la phase post-immédiate (4-72 heures après l'EPT) et la phase à moyen terme (> 72 heures après l'EPT). Toutes les mesures correspondent à l'accompagnement institutionnel usuel, à l'exception de l'offre d'accompagnement interne et de la participation à des rencontres individuelles conduites par un pair aidant. Il importe de noter que le fait de signaler l'EPT à la direction n'était pas un critère d'éligibilité à l'étude. Ainsi, il se peut que certains participants n'aient pas bénéficié des mesures de soutien usuel listées dans le tableau 1.

Au CPEJ-Mon, après avoir assuré la sécurité physique des victimes, une séance de verbalisation (individuelle ou de groupe) animée par le chef de service ou les membres du personnel est prévue dans les heures suivant l'EPT afin de permettre aux victimes et témoins de s'exprimer sur ce qu'ils ont vécu. Au cours de la phase post-immédiate, le superviseur immédiat a la responsabilité d'aviser le Bureau de la Santé et de la Sécurité au travail (BSS) de tout employé qui présente ou qui est à risque de présenter des séquelles psychologiques afin d'assurer un encadrement dans le milieu de travail et une prise en charge précoce. Du soutien dans les démarches administratives et judiciaires est prévu et assumé en grande partie par le BSS. Le BSS dirigera au besoin l'employé touché vers des ressources externes (p. ex. le programme d'aide aux employés).

La principale distinction dans la réponse aux EPT entre les deux CPEJ a trait à la présence d'un programme d'entraide par les pairs au CPEJ-Mtl. L'EIPT, composée d'intervenants (pairs), est responsable des aspects cliniques de l'intervention. L'EIPT a plus de 10 ans d'expérience clinique et ses membres sont formés à l'accompagnement post-traumatique. Les stratégies d'intervention qui sont enseignées aux pairs aidants sont basées sur un modèle de thérapie cognitivo-comportementale brève et précoce pour les personnes présentant un trouble de stress aigu (Bryant, 2007 ; Litz et Maguen, 2007). Ces stratégies comprennent l'éducation psychologique aux réactions post-traumatiques, l'évaluation des symptômes du trouble de stress aigu et du TSPT, la mise en place d'un réseau de soutien, l'utilisation de mécanismes d'adaptation positifs et l'évaluation de l'évolution du travailleur. D'autres stratégies peuvent également être utilisées selon les symptômes et les besoins du travailleur, soit la respiration diaphragmatique, la restructuration cognitive et la prévention des comportements d'évitement. Les pairs aidants n'utilisent pas de techniques d'exposition, car celles-ci nécessitent une formation spécialisée. Au besoin, les travailleurs touchés sont dirigés vers des ressources externes, comme le programme d'aide aux employés. Tout au long de l'intervention de soutien par les pairs, le responsable de l'EIPT et un psychologue spécialisé dans les réponses post-

traumatiques sont disponibles pour soutenir et encadrer le pair aidant. D'après la première phase de l'étude (Bilodeau *et al.*, 2014), les travailleurs du CPEJ-Mtl qui ont reçu du soutien par les pairs pour un EPT entre 2006 et 2011 (n = 241) ont rapporté en moyenne 1,7 rencontres avec un pair aidant.

En résumé, les deux protocoles présentent certains points communs importants (p. ex. : l'ordre de la séquence d'intervention, le suivi par le supérieur immédiat), mais se distinguent principalement par le type de mesures cliniques offertes à l'interne aux employés touchés. Ainsi, l'évaluation et la comparaison de ces deux protocoles présentent l'avantage d'évaluer l'apport d'une mesure préventive, comme celle offerte par les pairs aidants de l'EIPT du CPEJ-Mtl. Qui plus est, le protocole du CPEJ-Mon correspond à la procédure de prise en charge la plus répandue parmi les CPEJ du Québec. En plus de documenter plus en détail ce type d'intervention, son évaluation permettra de mesurer ses effets sur les réactions post-traumatiques et l'adaptation au travail des travailleurs touchés par un EPT.

**Tableau 1. Plan d'intervention en cas d'événements potentiellement traumatiques dans les deux Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse**

Phase	Interventions	CPEJ de la Montérégie	CPEJ de Montréal
<b>Phase immédiate</b> (0-4 heures après l'EPT)	Sécurité physique des victimes et premiers soins physiques / par le personnel présent	✓	✓
	Débriefing psychologique	À la demande du superviseur	
	Aviser la ligne hiérarchique	✓	Évaluation de la nécessité d'un comité de coordination ou d'une postvention / par la direction
Phase post-immédiate (4-72 heures après l'EPT)	Évaluation de l'état et des besoins des personnes touchées et des témoins	Par le superviseur et le BSS	✓
	Informé le BSS	Et de tous les travailleurs à risque par le superviseur immédiat	Par le superviseur immédiat

	Offre d'options de soutien externe	✓	✓
	Offre de soutien à l'interne (soutien par un pair aidant)		✓
	Sollicitation d'un spécialiste en postvention	À la demande du BSS et dépendamment de la gravité de l'événement	
	Soutien dans les démarches administratives et judiciaires	Par le superviseur immédiat, le BSS, et le syndicat	Par le superviseur immédiat
	Vigilance et réévaluation des besoins de soutien lorsque nécessaire	Par le BSS	✓
	Application de mesures administratives lorsque nécessaire (deux journées de congé payées)		✓
Phase moyen terme (72 heures et plus après l'EPT)	Recours ou non à une ressource d'aide externe lorsque nécessaire (programme d'aide aux employés)	✓	✓
	Participation à une/des rencontres individuelles avec un pair aidant de l'équipe d'intervention post-traumatique		Recours à ce service sur une base volontaire
	Vigilance, réévaluation des besoins de soutien et offre de soutien additionnel par le superviseur immédiat		✓
	Aménagement des conditions de travail et soutien au retour au travail au besoin, par le superviseur immédiat		✓
	Analyse post-événement	Par le superviseur immédiat et le BSS	Par le superviseur immédiat

### 3.4 Plan de recherche

Puisque le contexte d'une recherche en milieu de travail rend difficile l'utilisation d'un devis expérimental avec groupe contrôle, un devis prospectif par cohorte a été retenu. Ce devis a permis de suivre et de comparer l'évolution de trois cohortes de travailleurs naturellement formées au sein des deux établissements. Les participants du CPEJ-Mtl ont été affectés à la cohorte CPEJ-Mtl avec EIPT s'ils avaient eu recours ou prévoyaient avoir recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT. L'étude a utilisé un devis mixte comportant une méthodologie quantitative reposant sur l'utilisation de questionnaires et une méthodologie qualitative reposant sur des entrevues individuelles.

Ce devis a permis de comparer l'évolution d'un groupe de travailleurs qui ont eu recours au soutien d'un pair aidant (au CPEJ-Mtl) en plus du soutien usuel avec l'évolution des deux autres groupes qui n'ont pas eu recours au soutien d'un pair aidant (au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon). Ces comparaisons ont permis d'évaluer si l'ajout d'une intervention préventive offerte par des pairs aidants tôt après l'EPT a un effet favorable sur le rétablissement des travailleurs en CPEJ exposés à un EPT (objectif 1). Ce devis a également permis d'identifier les différents facteurs de risque et de protection de l'adaptation des travailleurs des deux CPEJ à la suite de leur exposition à un EPT (objectif 2). En outre, le devis a permis d'identifier les motifs qui sous-tendent le recours ou non au soutien d'un pair aidant de l'EIPT au CPEJ-Mtl (objectif 3). Finalement, le devis a permis de documenter les besoins de soutien des travailleurs des deux CPEJ à la suite de l'exposition à un EPT (objectif 4).

### 3.5 Déroulement et procédures de collecte des données

#### 3.5.1 Volet quantitatif

L'ensemble des travailleurs du CPEJ-Mtl et du CPEJ-Mon participant à l'étude a été évalué à quatre moments durant les 12 mois suivant l'EPT, soit au cours du premier mois, puis à 2, 6 et 12 mois après l'événement. La collecte des données quantitatives a été effectuée à l'aide de questionnaires informatisés hébergés sur une plateforme internet de collecte de données sécurisée. Au premier temps de mesure, après avoir reçu le formulaire de consentement signé (retour d'un courriel acquiesçant le consentement - signature électronique), l'assistant de recherche a attribué un numéro d'identification à chaque participant et lui a fait parvenir, par courriel, le lien internet du sondage avec son numéro d'identification. À chaque temps de mesure subséquent, un nouveau lien vers le sondage a été acheminé au participant par courriel. Le participant avait la possibilité d'être libéré une heure sur sa période de travail afin de remplir le questionnaire. Il devait s'entendre avec son supérieur sur le moment du dégagement. S'il remplissait le questionnaire sur son lieu de travail, le participant devait s'assurer de ne pas être dérangé. Un rappel par courriel puis par téléphone (au besoin) a été effectué à chaque temps de mesure. Une procédure alternative a été mise en place pour les participants n'ayant pas la possibilité de remplir le questionnaire informatique. Dans ce cas, la collecte

de données a été effectuée au moyen de questionnaires papier autoadministrés dont les réponses ont été recueillies par téléphone. Une indemnité compensatoire de 35 \$ a été allouée à chaque participant après avoir complété chaque temps de mesure.

Le tableau 2 spécifie chacun des instruments qui ont été utilisés (voir l'Annexe A pour une description des instruments). Certains ont été utilisés aux quatre temps de mesures, alors que d'autres ont été utilisés à des temps de mesure spécifiques. Les questionnaires ont mesuré le genre, l'étendue de l'exposition antérieure à des EPT (incluant les comportements agressifs des usagers), l'état psychologique (c.-à-d., les symptômes de stress aigu et post-traumatique, les symptômes anxieux, dépressifs et d'insomnie, la détresse psychologique, le stress perçu et la consommation excessive d'alcool), le fonctionnement au travail (p. ex. : la qualité de vie au travail, l'absentéisme, le présentéisme, les perceptions en lien avec la sécurité au travail), et le soutien perçu (c.-à-d., le soutien organisationnel et le soutien d'un proche).

**Tableau 2. Instruments de mesure**

Questionnaire	Construit mesuré	Moment et mode d'administration			
		T1	T2	T3	T4
<b>Informations générales</b>					
Questions développées pour l'étude	Informations sociodémographiques et sur l'EPT vécu	☒/✍			
<b>Genre</b>					
BSRI – version courte	Adhérence aux rôles de genre masculins et féminins	☒/✍			
<b>Exposition à des EPT</b>					
LEC	Nombre et type d'EPT vécus	☒/✍			
PoPAS	Prévalence de l'exposition à des comportements agressifs	☒/✍			
<b>État psychologique</b>					
ASDS	Symptômes d'état de stress aigu	☒/✍			
PCL5	Symptômes de stress post-traumatique		☒/✍	☒/✍	☒/✍
BAI	Symptômes d'anxiété	☒/✍	☒/✍	☒/✍	☒/✍

BDI	Symptômes dépressifs								
ISI	Symptômes d'insomnie								
K6	Détresse psychologique								
PSS	Stress perçu								
AUDIT	Utilisation problématique d'alcool								
<b>Fonctionnement au travail</b>									
ProQOL	Qualité de vie au travail								
HPQ	Présentéisme et absentéisme								
WSS	Perceptions en lien avec la sécurité au travail								
LFVEWS	Perception du risque d'exposition à la violence								
FFVEWS	Peur de l'exposition à la violence								
CCPAI	Confiance en sa capacité à composer avec la violence des usagers								
Items de l'ESCC	Utilisation des services de santé								
JCQ	Demandes psychologiques liées au travail, autonomie au travail, soutien du superviseur et des collègues								
<b>Soutien perçu</b>									
POS	Soutien organisationnel perçu								
QCSA	Qualité du soutien d'un proche								

Notes. T1 = Évaluation réalisée dans le premier mois suivant l'EPT ; T2 = Évaluation réalisée 2 mois après l'EPT ; T3 = Évaluation réalisée 6 mois après l'EPT ; T4 = Évaluation réalisée 12 mois après l'EPT  
ASDS = Acute Stress Disorders Scale ; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test ; BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI = Beck Depression Inventory ; BSRI – short form = Bem Sex-role Inventory, version de 30 items ; CCPAI = Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument ; ESCC = Enquête de santé auprès des collectivités canadiennes ; FFVEWS = Fear of Future Violent Events at Work Scale ; HPQ = Health and Work Performance Questionnaire ; ISI = Insomnia Severity Index ; JCQ = Job Content Questionnaire ; K6 = Inventaire de détresse psychologique de Kessler ; LEC= Life Event Checklist ; LFVEWS = Likelihood of Future Violents Events at Work Scale ; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5 ; PoPAS = Perception of Prevalence of Aggression Scale ; POS= Perceived Organizational Support ; ProQOL= Professional Quality of Life ; PSS = Perceived Stress Scale ; QCSA = Questionnaire sur les Comportements de Soutien en situation d'Anxiété ; WSS = Work Safety Scale.

**IRSSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

### 3.5.2 Volet qualitatif

Un volet qualitatif a été prévu auprès d'un sous-échantillon de participants. Lors du premier contact téléphonique, les participants ont été invités à participer à des entrevues semi-structurées sur les besoins de soutien à la suite de l'événement. Cette procédure a été effectuée jusqu'à l'obtention du nombre de participants requis. L'objectif initial était d'obtenir un sous-échantillon de 15 participants par cohorte (45 participants au total) qui auraient complété le volet qualitatif pour les quatre temps de mesure (soit le recrutement de 60 participants en tenant compte d'un taux d'attrition de 30 %). Un assistant de recherche a fixé les rendez-vous téléphoniques avec les participants. Ceux-ci étaient libérés d'une heure de travail pour le T1 et d'une demi-heure pour les temps de mesure suivants afin de réaliser l'entrevue. Les participants devaient s'entendre avec leur supérieur sur le moment du dégageant. S'ils complétaient l'entrevue sur son lieu de travail, les participants devaient s'assurer de ne pas être dérangés. Toutes les entrevues téléphoniques ont été enregistrées sur enregistreuse numérique puis retranscrites intégralement pour l'analyse qualitative.

Les entrevues semi-structurées avec les travailleurs exposés ont été réalisées par téléphone par des évaluateurs formés. La durée prévue des entrevues était de 30 à 60 minutes. Une grille d'entrevue incluant des questions ouvertes a été élaborée en fonction des objectifs de la recherche. Les participants des deux cohortes du CPEJ-Mtl ont été questionnés sur les motifs ayant guidé leur recours ou non au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (objectif 3). L'ensemble des participants du volet qualitatif (au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon) ont été questionnés quant à leurs besoins de soutien durant l'année suivant l'événement (objectif 4). Plus précisément, les thèmes explorés portaient sur le soutien organisationnel offert à la suite de l'événement ; les besoins de soutien du travailleur de la part du supérieur immédiat, des collègues et de l'organisation ; ainsi que les perceptions, les attentes et la satisfaction relative au soutien. Pour les participants ayant vécu un arrêt de travail à la suite de l'EPT, les aspects suivants ont également été explorés : les besoins spécifiques en lien avec le retour au travail ; les perceptions concernant la gestion des absences et du retour au travail ; les acteurs concernés et leur rôle, incluant la participation du travailleur au processus ; et les aménagements effectués lors d'un retour au travail (p. ex. : tâches, horaire, environnement, etc.). Le canevas de l'entrevue semi-structurée pour le temps 1 est présenté en Annexe B. Ce canevas a été ajusté et raccourci pour les temps 2, 3 et 4.

## 3.6 Stratégies d'analyses quantitatives et qualitatives

Neuf stratégies d'analyse ont été utilisées pour répondre aux quatre objectifs de cette recherche. Certaines stratégies ont été développées pour un objectif spécifique, alors que d'autres répondent à plus d'un objectif. Ces stratégies et les objectifs auxquels elles répondent sont décrits dans la présente section. La cohérence interne de toutes les

échelles et sous-échelles utilisées dans le cadre des stratégies d'analyses quantitatives était acceptable ( $\alpha > .70$ ) pour tous les temps de mesure concernés.

### **3.6.1 Stratégie 1 – quantitatif**

Cette stratégie d'analyse visait à comparer les trois cohortes sur l'intensité des symptômes de TSA, ce qui a permis de répondre au premier objectif. Pour cette stratégie, les analyses statistiques ont été effectuées avec IBM SPSS version 26. Une ANOVA de Welch avec des analyses post-hoc de Games-Howell a été utilisée pour comparer les trois cohortes sur les symptômes de TSA au T1 (mesurés par l'ASDS). Un test du chi carré a également été utilisé pour comparer les cohortes sur la proportion de participants présentant un diagnostic probable de TSA au T1. Un diagnostic probable de TSA est défini comme un score de 9 ou plus sur la sous-échelle de dissociation de l'ASDS combiné à un score de 28 ou plus pour les trois autres sous-échelles additionnées. Selon Bryant *et al.* (2000), cette méthode permet d'identifier les cas de TSA avec une sensibilité de 95 % (vrais positifs) et une spécificité de 83 % (vrais négatifs).

### **3.6.2 Stratégie 2 – quantitatif**

Cette stratégie d'analyse visait à comparer les trois groupes sur plusieurs variables de santé mentale, ce qui a permis de répondre à l'objectif 1. Les analyses statistiques ont été effectuées avec IBM SPSS version 26. Afin d'identifier des variables potentiellement confondantes, des ANOVAs avec des tests post-hoc de Tukey ainsi que des tests du chi carré ont été utilisés pour comparer les trois cohortes sur plusieurs variables évaluées au T1 : l'âge, le sexe, le statut relationnel (célibataire, conjoint de fait, ou marié), l'expérience professionnelle (nombre d'années d'expérience reconnues par l'employeur), le type d'emploi (emploi clinique ou autre type d'emploi), le statut d'emploi (temps partiel ou temps complet) et la prévalence d'exposition à des comportements d'agression physique (PoPAS physique) et verbale (PoPAS verbale) perpétrés par des clients au courant des 12 derniers mois. Ensuite, des modèles linéaires mixtes ont été utilisés pour tester l'effet de la cohorte à travers le temps (c.-à-d., l'effet principal de la cohorte et l'effet d'interaction entre la cohorte et le temps) sur des variables de santé mentale. Des intercepts aléatoires ont été appliqués aux participants. Les variables de santé mentale prédites dans ces modèles étaient les suivantes : les symptômes de stress post-traumatiques (PCL-5), le stress perçu (PSS), la détresse psychologique (K6), les symptômes d'anxiété (BAI), les symptômes dépressifs (BDI) et les symptômes d'insomnie (ISI). À l'étape 1, les modèles n'incluaient que l'effet principal de la cohorte, l'effet principal du temps et l'interaction entre la cohorte et le temps. À l'étape 2, des variables potentiellement confondantes ont été ajoutées dans les modèles. De manière notable, les modèles linéaires mixtes ont permis d'utiliser toutes les données disponibles, réduisant l'impact de l'attrition (cette remarque s'applique également aux autres stratégies d'analyse utilisant des modèles linéaires mixtes). Aucun des participants n'avait de données manquantes sur les variables utilisées dans le cadre de cette stratégie d'analyse, à l'exception d'un participant au T4 qui a abandonné l'enquête avant de compléter celle-ci, résultant en des données

manquantes pour toutes les variables dépendantes, excepté le PCL-5 (aucune méthode d'imputation des données manquantes n'a été utilisée). Les postulats d'utilisation des tests statistiques ont été vérifiés. Le seuil de signification alpha était de 0,05.

Compte tenu de la petite taille de l'échantillon dans le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT, des analyses bayésiennes ont été menées pour tester le degré de confiance dans les résultats non significatifs. Un facteur de Bayes (B) indique la force relative des preuves pour deux hypothèses. Par convention, les valeurs B inférieures à 1/3 ou supérieures à 3 indiquent une discrimination adéquate entre les deux hypothèses, alors que les valeurs B comprises entre 1/3 et 3 sont considérées comme étant non informatives (c.-à-d., que les données ne sont pas assez sensibles pour distinguer les deux hypothèses) (Dienes, 2014, 2016). Dans la présente étude, pour chaque variable dépendante, deux facteurs de Bayes ont été calculés :  $B_{0,1}$  où H0 (la variable dépendante est expliquée par le temps et par les variables de contrôle) a été comparé à H1 (la variable dépendante est expliquée par la cohorte, par le temps et par les variables de contrôle), et  $B_{1,2}$ , où H1 a été comparé à H2 (la variable dépendante est expliquée par l'interaction entre la cohorte et le temps, par la cohorte [effet principal], par le temps [effet principal] et par les variables de contrôle).

### **3.6.3 Stratégie 3 – quantitatif**

Cette stratégie d'analyse visait à comparer les trois cohortes sur les variables de fonctionnement au travail, tout en tenant compte de l'effet modérateur des rôles de genre. Pour cette stratégie, les analyses statistiques ont été effectuées avec IBM SPSS version 26. Des modèles linéaires mixtes et un modèle linéaire généralisé (general linear model) ont été utilisés. Des intercepts aléatoires ont été appliqués aux participants. Les variables de fonctionnement au travail prédites dans ces modèles étaient la qualité de professionnelle (ProQOL), la confiance à faire face à l'agressivité des clients (CCPAI), le présentisme (productivité inadéquate évaluée par le HPQ) et l'absentéisme (variable dichotomique : au moins une journée de travail partielle ou complète ayant été manquée au cours des quatre dernières semaines en raison d'un problème de santé physique ou mentale). Le modèle linéaire généralisé a été employé pour l'absentéisme seulement, puisqu'il s'agit d'une variable dépendante dichotomique. À l'étape 1, les modèles linéaires mixtes et le modèle linéaire généralisé n'incluaient que l'effet principal de la cohorte, l'effet principal du temps et l'interaction entre la cohorte et le temps. À l'étape 2, les variables suivantes ont été incluses dans les modèles : les rôles de genre (variables à quatre niveaux : masculin, féminin, androgyne, indifférencié), l'interaction double entre les rôles de genre et la cohorte, l'interaction double entre les rôles de genre et le temps, et l'interaction triple entre les rôles de genre, la cohorte et le temps. À l'étape 3, des variables potentiellement confondantes ont été ajoutées dans les modèles (il s'agit des mêmes variables potentiellement confondantes que pour la deuxième stratégie d'analyse). Il est à noter que les quatre catégories de la variable de rôles de genre ont été formées sur la base des scores médians au BSRI (tel que suggéré par Bem, Sandra

Lipsitz, 1977) : masculin (au-dessus de la médiane pour l'échelle de masculinité et en dessous pour l'échelle de féminité), féminin (au-dessus de la médiane pour l'échelle de féminité et en dessous pour l'échelle de masculinité), androgyne (au-dessus de la médiane pour les deux échelles), et indifférencié (en dessous de la médiane pour les deux échelles). Pour chacune des trois étapes, les effets principaux et les effets d'interaction significatifs ont été démantelés avec des analyses de contraste. Les postulats d'utilisation des tests statistiques ont été vérifiés. Le seuil alpha est de 0,05 pour toutes les analyses.

Les données manquantes étaient peu nombreuses et non aléatoires, aucune méthode d'imputation n'a été donc utilisée. Le ProQOL avait des données manquantes (18 au T1, 20 au T2, 21 au T3 et 14 au T4), car le personnel non clinique avait reçu l'instruction de ne pas remplir ce questionnaire. La variable d'absentéisme avait une donnée manquante au T3 (le participant a indiqué plus de 28 jours de travail manqué au cours des 4 dernières semaines). Trois participants qui ont déclaré être en congé de maternité (une au T3 et deux au T4) ont été traités comme des données manquantes pour la variable d'absentéisme. Les données pour la variable de présentéisme pour les trois premiers participants de l'étude au T1 ont été perdues en raison d'une difficulté technique. En outre, les participants qui ont déclaré ne pas avoir travaillé au cours des quatre dernières semaines (un au T1, cinq au T2, 10 au T3 et 11 au T4) ou qui étaient en congé de maternité (un au T3 et deux au T4) ont été traités comme des données manquantes pour la variable de présentéisme (pour évaluer le présentéisme, il est nécessaire que le participant ait travaillé). Enfin, toutes les variables dépendantes avaient une donnée manquante au T4 en raison d'un participant qui a abandonné l'enquête avant de compléter celle-ci. Il n'y avait aucune autre donnée manquante pour les variables utilisées dans le cadre de cette stratégie d'analyse.

#### **3.6.4 Stratégie 4 – quantitatif**

Cette stratégie d'analyse visait à tester l'effet prédictif de variables indépendantes (VIs) sur des variables de santé mentale — les symptômes d'insomnie (ISI), les symptômes dépressifs (BDI), les symptômes anxieux (BAI), et les symptômes de stress post-traumatique (PCL-5) — la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et le présentéisme (productivité inadéquate évaluée par le HPQ), ce qui a permis de répondre à l'objectif 2. Pour cette stratégie, les participants des trois cohortes ont été combinés. Les prédicteurs étaient des variables de travail potentiellement modifiables, soit la probabilité perçue d'être exposé à des comportements agressifs en milieu de travail (LFVEWS), la confiance en ses capacités à composer avec les comportements agressifs des clients (CCPAI), les quatre sous-échelles du Work Safety Scale (WSS ; l'aspect sécuritaire du travail [WSS-I], la perception de l'importance que les collègues attribuent à la sécurité au travail [WSS-II], la perception de l'importance que le superviseur attribue à la sécurité au travail [WSS-III], et les pratiques managériales favorisant la sécurité au travail [WSS-IV]), et les quatre sous-échelles du Job Content Questionnaire (JCQ ; les demandes psychologiques en lien

avec le travail, la latitude décisionnelle, le soutien du superviseur, et le soutien des collègues). Des variables potentiellement confondantes ont également été utilisées : l'âge, le statut relationnel (célibataire, conjoint de fait, marié), l'expérience professionnelle (nombre d'années d'expérience reconnues par l'employeur), le statut d'emploi (temps partiel ou temps complet), la cohorte (CPEJ-Mtl avec EIPT, CPEJ-Mtl sans EIPT, CPEJ-Mon), et la prévalence d'exposition à des agressions physiques (PoPAS physique) et verbales (PoPAS verbale) au courant des 12 derniers mois.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel R. Des modèles linéaires mixtes avec élimination progressive des prédicteurs non significatifs (stepwise backward elimination method) ont été réalisés avec les packages lme4 et lmerTest (Douglas *et al.*, 2015 ; Kuznetsova *et al.*, 2017). Plus précisément, pour chaque modèle, tous les prédicteurs avec une valeur  $p$  supérieure à 0,01 ont été supprimés de manière itérative. Dans chaque modèle, l'intercept pouvait varier de manière aléatoire (l'intercept aléatoire ne pouvait pas être éliminé). De manière importante, les modèles étaient décalés dans le temps : les variables indépendantes au T1 prédisaient les variables dépendantes (VDs) au T2, les VIs au T2 prédisaient les VDs au T3, et les VIs au T3 prédisaient les VDs au T4. Les VIs mesurées au T1 uniquement (c.-à-d., le groupe, le sexe, l'âge, l'expérience professionnelle, ainsi que la prévalence d'exposition à des agressions verbales et physiques) ont conservé la même valeur au T2 et au T3. Les données recueillies au T4 pour les VIs et les données recueillies au T1 pour les VDs n'ont pas été utilisées dans les modèles. Pour cette raison, les participants qui ont complété l'enquête au T1 seulement ( $n = 8$ ) n'ont pas pu être inclus dans les analyses (puisque'ils n'avaient pas de données pour les VDs au T2, au T3, ou au T4). Ainsi, le nombre de participants au T1 pour cette stratégie d'analyse est de 168 plutôt que 176. Les postulats d'utilisation des modèles linéaires mixtes ont été vérifiés.

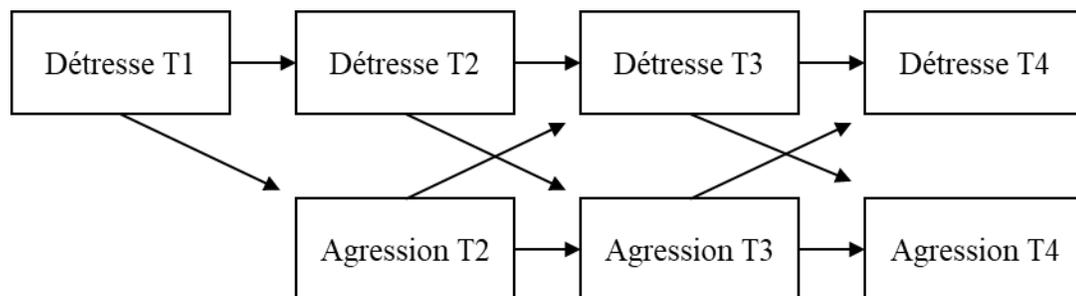
Les données manquantes étaient peu nombreuses et non aléatoires, aucune méthode d'imputation n'a été donc utilisée. Le ProQOL avait des données manquantes (20 au T2, 21 au T3 et 14 au T4), car le personnel non clinique avait reçu l'instruction de ne pas remplir ce questionnaire. En outre, les participants qui ont déclaré ne pas avoir travaillé au cours des quatre dernières semaines (cinq au T2, 10 au T3 et 11 au T4) ou qui étaient en congé de maternité (un au T3 et deux au T4) ont été traités comme des données manquantes pour la variable de présentéisme (pour évaluer le présentéisme, il est nécessaire que le participant ait travaillé). Enfin, toutes les variables dépendantes (hormis le PCL-5) avaient une donnée manquante au T4 en raison d'un participant qui a abandonné l'enquête avant de compléter celle-ci. Il n'y avait aucune autre donnée manquante pour les variables utilisées dans le cadre de cette stratégie d'analyse.

### **3.6.5 Stratégie 5 – quantitatif**

Cette stratégie d'analyse visait à documenter le rôle de la détresse psychologique suite à un EPT sur le risque d'exposition subséquent à des comportements agressifs de la part des clients. Ainsi, cette stratégie a permis de répondre à l'objectif 2, considérant qu'une

augmentation du risque d'exposition à des comportements agressifs peut être conceptualisée comme une conséquence des EPT. La base de données a été préparée dans IBM SPSS 26.0 et analysée dans SPSS et MPlus (Muthén et Muthén, 1998-2017). Une analyse de panel croisée (crosslagged panel analysis ; un type de modélisation par équation structurelle) a été utilisée pour évaluer l'effet prédictif de la détresse psychologique sur l'exposition ultérieure à une agression (Caron, 2019). L'attrition et les valeurs manquantes (allant de 0 % à 8,7 % pour chaque variable) ont été traitées à l'aide de la procédure d'estimation du maximum de vraisemblance de l'information complète (maximum likelihood estimation procedure). Les chercheurs ont utilisé l'intégration de Monte-Carlo et le bootstrap pour estimer les erreurs types (standard errors). Une distribution binomiale négative et des transformations de racine carrée ont été utilisées pour obtenir la distribution normale des variables. La figure 1 montre le modèle théorique qui a été testé. Enfin, un modèle linéaire généralisé (general linear model) a été utilisé afin de tester l'effet des caractéristiques sociodémographiques — le sexe autorapporté, l'expérience professionnelle (nombre d'années d'expérience reconnues par l'employeur) et le statut d'emploi (temps partiel ou temps complet) — sur l'association entre la détresse psychologique et l'exposition ultérieure à des comportements agressifs (Caron, 2019).

**Figure 1. Analyse de panel croisée dans laquelle la détresse psychologique à un temps de mesure prédit l'exposition à une agression au temps de mesure suivant.**



Notes. T1 = Temps 1 ; T2 = Temps 2 ; T3 = Temps 3 ; T4 = Temps 4.

### 3.6.6 Stratégie 6 – quantitatif

Cette stratégie d'analyse visait à déterminer si l'adhérence à certains rôles de genre était associée au choix d'avoir recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT suivant un EPT, ce qui a permis de répondre à l'objectif 3. Pour ce faire, les deux cohortes du CPEJ-Mtl (CPEJ-Mtl avec EIPT et CPEJ-Mtl sans EIPT) ont été comparées sur leur adhérence aux rôles de genre féminin et masculin (BSRI). Tout d'abord, un chi carré a été utilisé pour comparer les deux cohortes sur la proportion de participants dans les quatre catégories de rôles de genre (androgynous, féminin, masculin et indifférencié ; voir la section 3.6.3 Stratégie 3 – quantitatif). Deuxièmement, deux ANOVA à deux facteurs ont été menées pour comparer les deux cohortes du CPEJ-Mtl sur le score moyen de

masculinité et de féminité, en analysant si ces différences de féminité ou de masculinité varient selon le sexe autorapporté (hommes/femmes).

### 3.6.7 Stratégie 7 – qualitatif

Cette stratégie d'analyse visait à documenter les motifs du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT pour les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT, ainsi que le processus de recherche d'aide auprès de l'EIPT pour les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT, ce qui a permis de répondre à l'objectif 3. Durant l'entrevue semi-structurée au T1, 21 participants du CPEJ-Mtl ont mentionné ne pas avoir eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (cohorte CPEJ-Mtl sans EIPT), et 18 participants ont mentionné avoir eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (cohorte CPEJ-Mtl avec EIPT). Tous les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT (n = 18) avaient fait l'entretien téléphonique initial avec un pair aidant, et quatorze d'entre eux avaient également reçu au moins une rencontre avec un pair aidant au moment de l'entrevue. Les quatre autres participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT ont décliné la rencontre en personne avec le pair aidant (n = 2), étaient en attente de la rencontre en personne (n = 1), ou avaient un statut non spécifié en ce qui a trait à la rencontre en personne (question omise par l'interviewer). De ces 18 participants, quinze se sont fait offrir l'EIPT par leur supérieur ; les trois autres participants ont rapporté avoir eux-mêmes demandé les services.

Une analyse de contenu (L'Écuyer, 1990) des verbatim des entrevues a été effectuée par A.L. au moyen du logiciel QDA miner. Dans le groupe CPEJ-Mtl sans EIPT, la question initiale qui a guidé l'analyse de contenu est la suivante : quels sont les motifs du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT ? Cette question étant ciblée, il a été convenu d'analyser uniquement les segments des entrevues où le participant aborde ces services. Ces segments ont été identifiés en faisant une recherche par mots-clés (« trauma », « IPT », et « I.P.T ») dans les entrevues. Ces segments ont ensuite été regroupés en codes — chaque code représentant un motif du non-recours au soutien d'un pair aidant — puis une définition a été attribuée à chacun des codes. Les codes ont ensuite été regroupés en sous-thèmes. Un journal de codification a été produit, comprenant les sous-thèmes, les codes, la définition des codes et les segments de verbatim dans chacun des codes.

Dans le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT, la question initiale qui a guidé l'analyse qualitative des verbatim est la suivante : quel est le processus de recherche et d'obtention d'aide auprès de l'EIPT ? Pour répondre à cette question, les verbatims ont été analysés dans leur entièreté. À la lumière de la lecture des verbatim, quatre thèmes principaux sont ressortis : 1) la détresse psychologique découlant de l'EPT, incluant le besoin de congés codés en post-trauma et les arrêts de travail ; 2) les motifs du recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT ; 3) les avantages perçus du recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT ; et 4) les recommandations par rapport à l'EIPT. Durant le processus de codification des 18 verbatim, les segments de verbatim en lien avec ces quatre thèmes ont été regroupés en codes, puis ces codes ont été définis. Pour les thèmes 1 et 4, il a été

possible de regrouper les codes en sous-thèmes. Un journal de codification a été produit, comprenant les thèmes, les sous-thèmes, les codes, la définition des codes, et les segments de verbatim dans chaque code.

Deux étapes de validation de l'analyse de contenu ont été effectuées. Dans un premier temps, S. Geoffrion a révisé les deux journaux de codifications. Cette étape n'a résulté qu'en des modifications mineures. Durant la deuxième étape de validation, une analyse inter-juge a été effectuée. Le premier journal de codification (pour le groupe CPEJ-Mtl sans EIPT) et les segments de verbatim associés (n = 32 segments) ont été remis séparément à une étudiante au doctorat en psychoéducation qui était expérimentée en méthodes qualitatives. Cette dernière a codifié les segments en se basant sur la définition de chaque code. L'entente inter-juge entre A.L. (qui a produit le journal de codification initial) et l'étudiante était de 91 %. Toutes les divergences ont été résolues par voie de consensus. Suivant la même procédure, le deuxième journal de codification (pour le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT) et les segments de verbatim associés (n = 231 segments) ont été remis séparément à l'étudiante. L'entente inter-juge entre A.L. et l'étudiante était de 84 % et toutes les divergences ont été résolues par voie de consensus.

### **3.6.8 Stratégie 8 – qualitatif**

Cette stratégie d'analyse visait à répondre au quatrième objectif, et plus particulièrement, à documenter le soutien offert par les superviseurs en considérant la qualité de la relation entre le travailleur et le superviseur. Pour ce faire, une analyse qualitative longitudinale a été effectuée par J.L. au moyen du logiciel QDA miner à partir des données de 30 participants des deux CPEJ. Ces participants ont complété l'entrevue semi-structurée pour les trois premiers temps de mesure, pour un total de 90 verbatims analysés. L'analyse qualitative longitudinale visait à identifier l'évolution et la stabilité des thèmes dans le temps (Saldana, 2015). Plusieurs codes de nature dynamique ont d'abord été assignés (p. ex. : offrir du soutien émotionnel, pleurer devant son superviseur) à des extraits de textes tirés de plusieurs entrevues. Un arbre thématique a ensuite été construit et les thèmes identifiés portant sur la relation avec le superviseur ont été utilisés pour codifier les sections de texte des entrevues des temps 2 et 3. Par la suite, les thèmes ont été intégrés à une matrice développée par Saldana (2003, 2015), dont l'objectif est de comparer divers phénomènes dans le temps. La matrice vise à identifier la nature des changements et de la stabilité dans le temps, par exemple, ce qui augmente, ce qui diminue, ce qui est aléatoire, ou ce qui demeure absent. L'identification des changements est un processus conjoint entre le chercheur et les participants, ces derniers étant en mesure d'évaluer leurs expériences dans le temps (p. ex. « Je me sens mieux maintenant que lorsque je vous ai parlé il y a 6 mois »).

### **3.6.9 Stratégie 9 – qualitatif**

Cette stratégie d'analyse visait à documenter le soutien offert par les collègues, ce qui a permis de répondre au quatrième objectif. Pour ce faire, une analyse thématique (Paillé et

Muchielli, 2016) a été effectuée par une étudiante à la maîtrise au moyen du logiciel NVivo 11. Les données provenaient de 30 participants du CPEJ-Mtl ayant complété l'entrevue semi-structurée au premier temps de mesure. L'analyse thématique visait à « saisir le sens du texte à analyser par des annotations inscrites dans le texte ou dans la marge de celui-ci sous la forme de mots, de formules ou de courtes phrases » (Paillé et Muchielli, 2016, p. 17). Le résultat final est une synthèse du contenu des entrevues en une série d'énoncés, de thèmes et de catégories. Pour débiter, les entrevues ont été lues à plusieurs reprises afin de se familiariser avec le contenu et d'annoter celles-ci. Ces annotations ont ensuite été classées par thèmes ; un thème « renvoie à ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos » (Paillé et Muchielli, 2016, p. 19). Le thème permet à la fois d'étiqueter et de dénoter des extraits. Un arbre thématique a ensuite été créé à l'aide des thèmes en développement. Une fois l'arbre thématique complété, celui-ci a été utilisé comme grille de codification pour le restant des entrevues. Un accord interjuge satisfaisant a été obtenu (81 % ; Miles et al., 2013). Des catégories prédéterminées et émergentes ont été combinées (concepts théoriques connus et émergents ; Miles *et al.*, 2013; Van Der Maren, 2006). L'examen de l'ensemble de ces résumés a permis d'analyser les divergences et les ressemblances entre les participants, l'emphase ayant été mise sur leurs perceptions positives ou négatives du soutien reçu par leurs collègues.

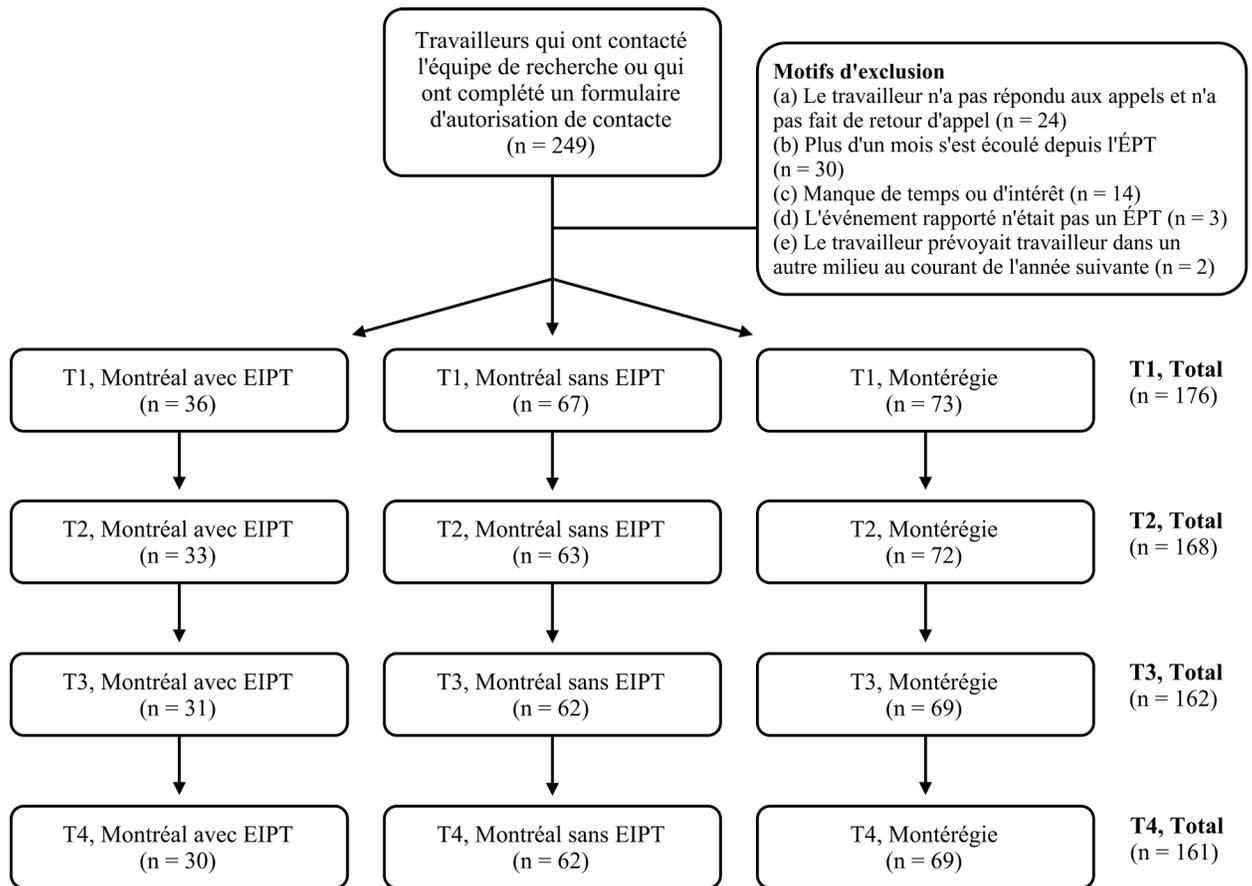
## 4. RÉSULTATS

### 4.1 Participation et attrition

#### 4.1.1 Volet quantitatif

La figure 2 présente le nombre de travailleurs qui ont manifesté un intérêt envers l'étude, ainsi que le nombre de participants dans chaque groupe aux T1, T2, T3 et T4 pour le volet quantitatif. Au total, 18 participants n'ont pas complété l'enquête au T2, au T3 ou au T4 (cela inclut trois participants qui n'ont pas complété l'enquête au T3, mais qui y ont participé au T4). Pour évaluer l'impact possible de l'attrition, des tests du chi carré (pour les variables catégorielles) et des ANOVAs (pour les variables continues) ont été utilisés afin de comparer les participants qui ont participé à tous les temps de mesure et ceux qui n'ont pas participé à tous les temps. Ces comparaisons ont été effectuées pour des variables évaluées au T1. L'étendue de l'exposition antérieure à des agressions physiques (évaluée avec le PoPAS) était plus grande pour les participants qui n'ont pas participé à tous les temps de mesure (moyenne = 10,06, ÉT = 3,963) que pour les participants qui ont participé à tous les temps de mesure (moyenne = 8,40 ; ÉT = 3,060),  $F(1,174) = 4,444, p = 0,036$ . Il n'y avait pas de différence significative sur les autres variables évaluées au T1, soit l'âge, le sexe, le statut relationnel (célibataire, conjoint de fait, marié), l'expérience professionnelle (nombre d'années d'expérience reconnues par l'employeur), le type de travail (emploi clinique ou autre type d'emploi), le statut professionnel (temps partiel ou temps complet), la cohorte (CPEJ-Mtl avec EIPT, CPEJ-Mtl sans EIPT, et CPEJ-Mon), la prévalence d'exposition antérieure à des agressions verbales (évaluée avec le PoPAS), les symptômes de stress aigu (ASDS), le stress perçu (PSS), la détresse psychologique (K6), les symptômes anxieux (BAI), les symptômes dépressifs (BDI) et les symptômes d'insomnie (ISI). Pour l'ensemble de l'échantillon, le temps moyen écoulé entre l'EPT et la complétion de l'enquête était de 18,48 jours (ÉT = 10,29) pour le T1, 2,04 mois (ÉT = 0,28) pour le T2, 5,99 mois (ÉT = 0,33) pour le T3 et 12,23 mois (ÉT = 0,41) pour le T4.

**Figure 2. Recrutement des participants et rétention à chacun des quatre temps de mesure.**

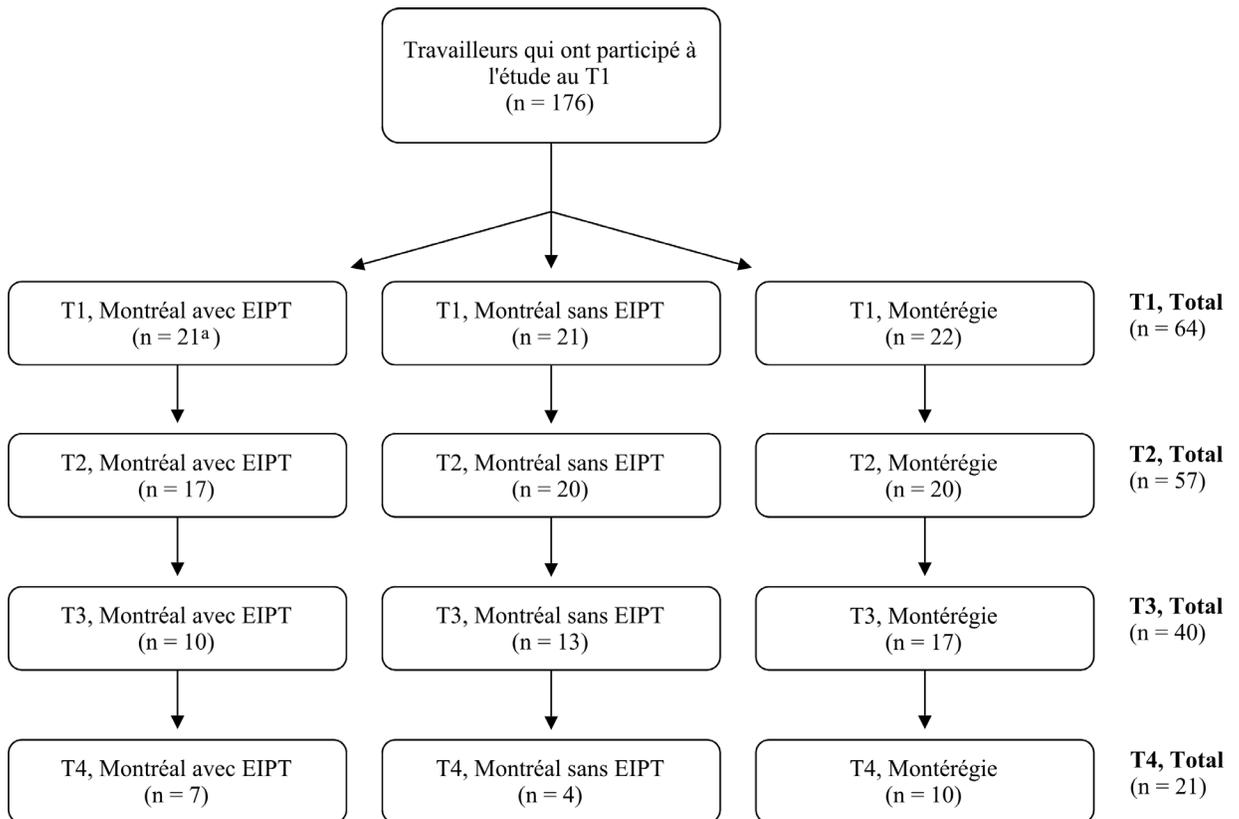


EIPT = équipe d'intervention post-traumatique (soutien des pairs aidants)

#### 4.1.2 Volet qualitatif

La figure 3 présente le nombre de participants dans chaque groupe aux T1, T2, T3 et T4 pour le volet qualitatif (c.-à-d., le nombre de participants ayant pris part à l'entrevue semi-structurée). Considérant la forte attrition pour le T4, les verbatim des entrevues pour ce temps de mesure n'ont été utilisés dans aucune des stratégies d'analyse qualitative. Spécifiquement, la stratégie d'analyse 8 utilise les verbatim pour le T1, le T2, et le T3, alors que les stratégies 7 et 9 utilisent les verbatim pour le T1 seulement.

**Figure 3. Participants ayant complété le volet qualitatif de l'étude à chacun des quatre temps de mesure.**



EIPT = équipe d'intervention post-traumatique (soutien des pairs aidants)

Notes. a = trois participants ont mentionné ne pas avoir eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT au moment de l'entrevue, mais ont indiqué par après avoir reçu le soutien d'un pair aidant pour l'événement potentiellement traumatique (c.-à-d., dans le questionnaire en ligne ou durant l'entrevue au deuxième temps de mesure).

## 4.2 Données descriptives

Le tableau 3 présente les données descriptives des participants dans chacune des trois cohortes (CPEJ-Mtl avec EIPT, CPEJ-Mtl sans EIPT, et CPEJ-Mon) pour le T1. Plus spécifiquement, le tableau présente les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe autorapporté, statut relationnel) et professionnelles (expérience professionnelle [nombre d'années d'expérience reconnues par l'employeur], type d'emploi, statut d'emploi), la prévalence d'exposition antérieure à des comportements d'agression physique (PoPAS physique) et psychologique (PoPAS psychologique) de la part des clients, les scores aux échelles de féminité et de masculinité (BSRI), la proportion de participants dans les quatre catégories de rôle de genre (voir la section 3.6.3), les symptômes de stress aigu et la proportion de participants présentant un TSA probable (voir la section 3.6.1).

Le tableau 3 présente également la répartition des EPT pour lesquels les participants ont pris part à l'étude. L'équipe de recherche a classé ces EPT dans l'une des deux catégories suivantes, lesquelles sont mutuellement exclusives : 1) l'exposition à un comportement agressif de la part des utilisateurs (c.-à-d., les jeunes ou les parents) ; ou 2) l'exposition à tout autre événement lié au travail qui a été perçu comme étant hautement perturbateur. Les EPT de la première catégorie ont ensuite été classés en cinq types d'expositions à des comportements agressifs : 1) agression physique, 2) agression verbale, 3) agression sexuelle, 4) être témoins d'une agression, ou 5) apprendre qu'un utilisateur a commis un suicide ou est suspecté d'avoir commis un homicide. Le même EPT pouvait inclure plus d'un type d'exposition. Par exemple, un travailleur pouvait avoir été témoin de comportements agressifs entre des usagers (# 4) en plus d'être agressé physiquement au moment d'intervenir (# 1).

**Tableau 3. Statistiques descriptives au Temps 1 pour chacune des trois cohortes**

	<b>CPEJ-Mtl avec EIPT (n = 36)</b>	<b>CPEJ-Mtl sans EIPT (n = 67)</b>	<b>CPEJ-Mon (n = 73)</b>	<b>Total (n = 176)</b>
	Moyenne (ÉT) ou n (%)	Moyenne (ÉT) ou n (%)	Moyenne (ÉT) ou n (%)	Moyenne (ÉT) ou n (%)
<b>Âge</b>	32,06 (10,696)	34,93 (8,080)	34,41 (7,626)	34,12 (8,520)
<b>Expérience professionnelle</b>	5,66 (4,887)	9,52 (6,609)	8,52 (5,994)	8,31 (6,169)
<b>Sexe</b>				
Homme	10 (28 %)	8 (12 %)	8 (11 %)	26 (15 %)
Femme	26 (72 %)	59 (88 %)	65 (89 %)	150 (85 %)
<b>Statut relationnel (n = 150)<sup>a</sup></b>				
Célibataire	13 (36 %)	25 (37 %)	25 (34 %)	63 (36 %)
Conjoint de fait	18 (50 %)	32 (48 %)	37 (51 %)	87 (49 %)
Marié	5 (14 %)	10 (15 %)	11 (15 %)	26 (15 %)
<b>Type d'emploi</b>				
Emploi clinique	33 (92 %)	64 (96 %)	67 (92 %)	164 (93 %)
Autre <sup>b</sup>	3 (8 %)	3 (4 %)	6 (8 %)	12 (7 %)
<b>Statut d'emploi</b>				
Temps partiel	15 (42 %)	23 (34 %)	15 (20 %)	53 (30 %)
Temps complet	21 (58 %)	44 (66 %)	58 (80 %)	123 (70 %)
<b>PoPAS</b>				
PoPAS_Physique	8,81 (3,528)	8,66 (2,884)	8,37 (3,315)	8,57 (3,190)
PoPAS_Verbale	19,47 (4,226)	19,66 (4,259)	18,99 (4,492)	19,34 (4,337)
<b>BSRI</b>				
<b>Féminité</b>				
Femmes	5,98 (0,583)	5,79 (0,549)	5,73 (0,531)	5,80 (0,551)
Hommes	5,68 (0,747)	5,98 (0,501)	5,49 (0,783)	5,71 (0,694)
Total	5,90 (0,637)	5,81 (0,544)	5,71 (0,562)	5,79 (0,573)
<b>Masculinité</b>				
Femmes	4,59 (0,804)	4,84 (0,617)	4,76 (0,655)	4,76 (0,670)
Hommes	4,68 (0,535)	5,41 (0,479)	4,94 (0,302)	4,98 (0,538)

Total	4,62 (0,733)	4,91 (0,628)	4,78 (0,627)	4,80 (0,656)
<b>Rôles de genre</b>				
Androgyne	8 (22 %)	17 (25 %)	14 (19 %)	39 (22 %)
Féminin	12 (33 %)	12 (18 %)	16 (22 %)	40 (23 %)
Masculin	6 (17 %)	20 (30 %)	19 (26 %)	45 (26 %)
Indifférencié	10 (28 %)	18 (27 %)	24 (33 %)	52 (30 %)
<b>État de stress aigu</b>				
ASDS (score total au Temps 1)	42,61 (17,508)	34,85 (12,216)	41,18 (15,298)	39,06 (15,004)
TSA probable	16 (44 %)	18 (27 %)	33 (45 %)	67 (38 %)
<b>EPT pour lequel le participant prend part à l'étude<sup>c</sup></b>				
Exposition à des agressions	35 (97 %)	63 (94 %)	70 (96 %)	168 (96 %)
Agression physique	20 (56 %)	21 (31 %)	34 (47 %)	75 (43 %)
Agression verbale	11 (31 %)	15 (22 %)	36 (49 %)	62 (35 %)
Agression sexuelle	3 (8 %)	4 (6 %)	0 (0 %)	7 (4 %)
Témoins d'une agression	20 (56 %)	43 (64 %)	37 (51 %)	100 (57 %)
Suicide / homicide	0 (0 %)	1 (2 %)	3 (4 %)	4 (2 %)
Autres EPT	1 (3 %)	4 (6 %)	3 (4 %)	8 (4 %)

Notes. a : Cette variable a des données manquantes ; b : Les autres types d'emploi incluent le personnel administratif, les gestionnaires (n = 6) et le personnel de soutien technique (n = 6) ; c : tous les pourcentages sont calculés sur la base du nombre total de participants dans chaque groupe au temps 1 (première collecte de données) ; ASDS = Acute Stress Disorder Scale ; BSRI = Bem Sex-Role Inventory ; CPEJ-Mtl = Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ; CPEJ-Mon = Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation de la Montérégie-Est ; EPT = événement potentiellement traumatique ; EIPT = équipe d'intervention post-traumatique ; PoPAS = perception of prevalence of aggression scale ; PoPAS\_Physique = score total à la sous-échelle « agressions physiques » ; PoPAS\_Verbale = score total à la sous-échelle « agressions verbales » ; TSA = trouble de stress aigu.

### 4.3 Objectifs de la recherche

#### 4.3.1 Comparer les travailleurs de la cohorte du CPEJ-Mtl qui ont reçu le soutien d'un pair aidant de l'EIPT en plus du soutien usuel (CPEJ-Mtl avec EIPT) avec les travailleurs de chacune des deux autres cohortes (CPEJ-Mtl sans EIPT et CPEJ-Mon) qui ont reçu le soutien usuel seulement.

##### 4.3.1.1 Symptôme de stress aigu

En ce qui a trait à la première stratégie d'analyse, une ANOVA de Welch a révélé une différence significative entre les trois cohortes sur les symptômes de stress aigu (ASDS), Welch's  $F(2, 86) = 5,004, p = 0,009$ . Sur la base des analyses post-hoc de Games-Howell, les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT (moyenne = 42,61, ÉT = 17,508) avaient marginalement plus de symptômes de stress aigu que les participants du groupe CPEJ-Mtl sans EIPT (moyenne = 34,85, ÉT = 12,216),  $p = 0,055$ . De même, les participants du

**IRSSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

groupe CPEJ-Mon (moyenne = 41,18, ÉT = 15,298) avaient davantage de symptômes de stress aigu que les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT,  $p = 0,020$ . De plus, un test du chi carré comparant les trois groupes a révélé une différence marginalement significative dans la proportion de participants présentant un TSA probable,  $\chi^2 (2) = 5,765$ ,  $p = 0,056$ . Plus précisément, il y avait une différence marginalement significative entre les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT (44 % positifs) et les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT (27 % positifs),  $\chi^2 (1) = 3,272$ ,  $p = 0,070$ , ainsi qu'une différence significative entre les participants du CPEJ-Mon (45 % de positifs) et les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT,  $\chi^2 (1) = 5,074$ ,  $p = 0,024$ .

#### 4.3.1.2 Autres indicateurs de l'état psychologique

Dans le cadre de la deuxième stratégie d'analyse, des variables confondantes potentielles ont été identifiées. Pour ce faire, les trois cohortes ont été comparées sur plusieurs variables évaluées au premier temps de mesure. Une ANOVA a révélé une différence significative entre les trois cohortes pour l'expérience professionnelle,  $F(2,173) = 4,849$ ,  $p = 0,009$ . Sur la base des analyses post-hoc de Tukey, les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT (moyenne = 5,66, ÉT = 4,887) avaient moins d'années d'expérience à l'emploi de leur CPEJ que les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT (moyenne = 9,52, ÉT = 6,609),  $p = 0,007$ , et tendaient à être moins expérimentés que les participants du CPEJ-Mon (moyenne = 8,52, ÉT = 5,994),  $p = 0,055$ . Un test du chi carré comparant les trois groupes a révélé une différence significative pour le sexe,  $\chi^2 (2) = 6,106$ ,  $p = 0,047$ . Plus précisément, les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT étaient plus susceptibles d'être des hommes (28 % de l'échantillon) comparativement aux participants du CPEJ-Mtl sans EIPT (12 % de l'échantillon),  $\chi^2 (1) = 4,073$ ,  $p = 0,044$ , et aux participants du CPEJ-Mon (11 % de l'échantillon),  $\chi^2 (1) = 4,947$ ,  $p = 0,026$ . Un test du chi carré comparant les trois groupes a également révélé une différence significative pour le statut d'emploi,  $\chi^2 (2) = 6,023$ ,  $p = 0,049$ . Plus précisément, les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT étaient plus susceptibles d'être des travailleurs à temps partiel (42 % de l'échantillon) par rapport aux participants du CPEJ-Mon (20 % de l'échantillon),  $\chi^2 (1) = 5,391$ ,  $p = 0,020$ . Il n'y avait pas de différence significative entre les trois cohortes au T1 pour l'âge, le statut relationnel, le type d'emploi et la prévalence d'exposition antérieure à des agressions physiques ou psychologiques en contexte de travail (mesurée par deux sous-échelles du PoPAS). En somme, l'expérience professionnelle, le statut d'emploi et le sexe ont été utilisés comme variables potentiellement confondantes pour la deuxième (puis la troisième) stratégie d'analyse.

Toujours concernant la deuxième stratégie d'analyse, les résultats des modèles linéaires mixtes sont présentés dans le tableau 4. Les modèles non ajustés pour les variables potentiellement confondantes (étape 1) et les modèles ajustés (étape 2) n'ont montré aucun effet principal de la cohorte ni aucun effet d'interaction entre la cohorte et le temps pour les symptômes de stress post-traumatique (PCL-5), le stress perçu (PSS), la détresse psychologique (K6), les symptômes d'anxiété (BAI) et les symptômes d'insomnie

(ISI). Le modèle non ajusté pour les symptômes dépressifs (BDI) a révélé un effet principal significatif de la cohorte. Les analyses de contraste ont montré une différence marginalement significative entre le CPEJ-Mtl avec EIPT (moyenne = 9,04, ÉT = 0,124) et le CPEJ-Mon (moyenne = 11,93, ÉT = 0,863),  $p = 0,058$ , et une différence significative entre le CPEJ-Mtl sans EIPT (moyenne = 9,04, ÉT = 0,906) et le CPEJ-Mon,  $p = 0,022$ . L'effet principal du groupe pour le BDI n'était plus significatif après l'ajustement du modèle pour les variables potentiellement confondantes (étape 2). Concernant les analyses bayésiennes, les valeurs  $B_{0,1}$  étaient toutes supérieures à 50, ce qui signifie que pour chaque modèle prédictif, les données sont au moins 50 fois plus susceptibles d'être observées sous  $H_0$  que sous  $H_1$ . Ces valeurs indiquent une discrimination adéquate entre  $H_0$  et  $H_1$ ,  $H_0$  étant la meilleure hypothèse (c'est-à-dire que la cohorte ne prédit pas les variables de santé mentale au-delà de l'effet du temps et des variables de contrôle). De même, les valeurs  $B_{1,2}$  indiquaient une discrimination adéquate entre  $H_1$  et  $H_2$ ,  $H_1$  étant la meilleure hypothèse (c.-à-d., que l'interaction entre la cohorte et le temps ne prédit pas les variables de santé mentale au-delà de l'effet du groupe, du temps et des variables de contrôle).

**Tableau 4. Modèles linéaires mixtes prédisant les variables de santé mentale en fonction de la cohorte, du temps et de l'interaction entre la cohorte et le temps, avant (étape 1) et après (étape 2) l'ajustement pour des variables potentiellement confondantes.**

VDs VIs	Étape 1				Étape 2				B <sub>0,1</sub>	B <sub>1,2</sub>
	F	dl 1	dl 2	p	F	dl 1	dl 2	p		
<b>PCL-5 global (n = 168)<sup>a</sup></b>									>50	>50
Cohorte	1,907	2	162	0,152	1,935	2	160	0,148		
Temps	0,395	2	171	0,674	0,409	2	170	0,665		
Cohorte*Temps	0,422	4	171	0,793	0,427	4	170	0,789		
Exp. Prof.					0,463	1	160	0,497		
Statut d'emploi					0,073	1	160	0,788		
Sexe					0,945	1	163	0,333		
<b>PSS (n = 176)</b>									>50	>50
Cohorte	0,551	2	173	0,577	0,413	2	170	0,662		
Temps	24,271	3	194	<0,001	24,275	3	194	<0,001		
Cohorte*Temps	0,734	6	194	0,623	0,726	6	194	0,629		
Exp. Prof.					0,117	1	164	0,733		
Statut d'emploi					2,023	1	164	0,157		
Sexe					0,676	1	164	0,412		
<b>K6 (n = 176)</b>									>50	>50
Cohorte	0,096	2	171	0,909	0,013	2	167	0,987		
Temps	0,825	3	197	0,482	0,819	3	196	0,485		
Cohorte*Temps	1,350	6	197	0,237	1,347	6	196	0,238		
Exp. Prof.					0,026	1	166	0,871		
Statut d'emploi					1,504	1	166	0,222		
Sexe					0,553	1	165	0,458		
<b>BAI (n = 176)</b>									>50	>50
Cohorte	0,548	2	174	0,579	0,355	2	171	0,702		
Temps	1,353	3	178	0,259	1,344	3	178	0,262		
Cohorte*Temps	0,907	6	178	0,491	0,907	6	178	0,491		
Exp. Prof.					0,570	1	166	0,451		
Statut d'emploi					0,045	1	166	0,833		
Sexe					1,281	1	165	0,259		
<b>BDI (n = 176)</b>									>50	>50
Cohorte	3,268	2	168	<b>0,040</b>	2,451	2	165	0,089		
Temps	0,148	3	191	0,931	0,148	3	190	0,931		
Cohorte*Temps	0,870	6	191	0,518	0,873	6	191	0,516		
Exp. Prof.					0,014	1	163	0,907		
Statut d'emploi					1,691	1	163	0,195		
Sexe					0,588	1	162	0,444		
<b>ISI (n = 176)</b>									>50	>50

**IRSSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

Cohorte	0,050	2	172	0,952	0,179	2	169	0,836
Temps	0,208	3	168	0,890	0,210	3	167	0,890
Cohorte*Temps	0,617	6	168	0,717	0,622	6	167	0,713
Exp. Prof.					0,840	1	166	0,361
Statut d'emploi					0,578	1	166	0,448
Sexe					0,022	1	165	0,883

Notes. a : le nombre de participants est 168 plutôt que de 176 car le PCL-5 n'a pas été administré au premier temps de mesure (l'ASDS était administré au premier temps) ; BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI = Beck Depression Inventory ; Exp. Prof. = expérience professionnelle ; ISI = Insomnia Severity Index ; K6 = Kessler non-specific distress scale, version de 6 items ; PCL-5 = Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 ; PSS = Perceived Stress Scale ; VDs = variables dépendantes ; VIs = variables indépendantes.

#### 4.3.1.3 Variables de travail et rôle de genre

Concernant la troisième stratégie d'analyses, les résultats des modèles linéaires mixtes sont présentés dans le tableau 5, tandis que les résultats du modèle linéaire généralisé sont présentés dans le tableau 6. Aucun effet principal ni aucun effet d'interaction n'est significatif pour la qualité de vie professionnelle (ProQOL) et le présentisme à l'étape 1, à l'étape 2 ou à l'étape 3. En ce qui concerne la confiance en ses capacités à composer avec l'agressivité des usagers (CCPAI), à l'étape 2, il y avait une interaction significative entre la cohorte et le temps, et entre les rôles de genre et le temps. À l'étape 3, ces interactions sont restées significatives et le sexe était également un prédicteur significatif. Comme le montre la figure 4A, les analyses de contraste ont révélé que le CPEJ-Mtl sans EIPT a obtenu un score plus élevé que le CPEJ-Mon sur le CCPAI au T1 ; il n'y avait aucune autre différence significative entre les trois cohortes à aucun autre temps de mesure. La figure 4B illustre l'effet d'interaction entre les rôles de genre et le temps : dans l'ensemble, les participants de type androgyne et masculin ont obtenu des scores plus élevés sur le CCPAI par rapport aux participants de type féminin et indifférencié, bien que cet effet ne soit pas apparent à tous les temps de mesure. Concernant l'effet du sexe autorapporté, le score total sur le CCPAI était significativement plus élevé pour les hommes (moyenne = 77,40, ÉT = 3,188) que pour les femmes (moyenne = 58,821, ÉT = 1,495),  $p < 0,001$ . Enfin, concernant l'absentéisme, il y avait une interaction marginalement significative entre le groupe et le temps. Comme indiqué dans la figure 4C, au T1, les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT rapportaient moins d'absentéisme que ceux du CPEJ-Mon et ceux du CPEJ-Mtl avec EIPT. Le tableau 7 présente un résumé des résultats obtenus pour le premier objectif.

**Tableau 5. Modèles linéaires mixtes prédisant des variables de fonctionnement professionnel en fonction de la cohorte, du temps, de l'interaction double entre la cohorte et le temps (étape 1), des rôles de genre, de l'interaction double entre la cohorte et les rôles de genre, de l'interaction double entre le temps et les rôles de genre, de l'interaction triple entre la cohorte, le temps et les rôles de genre (étape 2), en contrôlant pour des variables potentiellement confondantes (étape 3)**

Variable dépendante Vis	Étape 1				Étape 2				Étape 3			
	F	dl1	dl2	p	F	dl1	dl2	p	F	dl1	dl2	p
<b>ProQOL</b>												
Cohorte	2,010	2	176	0,137	1,928	2	169	0,149	2,209	2	166	0,113
Temps	0,450	3	143	0,718	0,287	3	135	0,835	0,293	3	135	0,830
Cohorte*Temps	1,521	6	143	0,175	1,831	6	135	0,098	1,813	6	134	0,101
Rôles de genre					0,383	3	170	0,765	0,364	3	166	0,779
Cohorte*Rôles de genre					0,216	6	169	0,971	0,179	6	165	0,982
Rôles de genre*Temps					1,064	9	135	0,394	1,055	9	135	0,400
Cohorte* Rôles de genre*Temps					1,054	18	142	0,405	1,049	18	145	0,410
Sexe									1,398	1	158	0,239
Statut d'emploi									0,013	1	157	0,909
Expérience professionnelle									0,380	1	159	0,538
<b>CCPAI</b>												
Cohorte	1,647	2	175	0,196	1,484	2	168	0,230	1,286	2	165	0,279
Temps	0,379	3	188	0,768	0,635	3	186	0,594	0,663	3	188	0,576
Cohorte*Temps	1,962	6	189	0,073	2,469	6	186	<b>0,025</b>	2,467	6	188	<b>0,026</b>
Rôles de genre					2,527	3	169	0,059	3,754	3	166	<b>0,012</b>
Cohorte*Rôles de genre					0,872	6	168	0,517	1,223	6	165	0,297
Rôles de genre*Temps					2,485	9	185	<b>0,011</b>	2,491	9	187	<b>0,010</b>
Cohorte* Rôles de genre*Temps					0,721	18	186	0,787	0,719	18	188	0,789
Sexe									28,549	1	162	<b>0,000</b>
Statut d'emploi									3,308	1	162	0,071
Expérience professionnelle									0,022	1	163	0,882

<b>Présentéisme</b>													
Cohorte	0,907	2	179	0,406	1,676	2	176	0,190	1,676	2	176	0,190	
Temps	0,709	3	172	0,548	1,666	3	164	0,176	1,666	3	164	0,176	
Cohorte*Temps	0,540	6	171	0,777	0,389	6	163	0,885	0,389	6	163	0,885	
Rôles de genre					1,322	3	177	0,269	1,322	3	177	0,269	
Cohorte*Rôles de genre					1,035	6	175	0,405	1,035	6	175	0,405	
Rôles de genre*Temps					1,481	9	164	0,159	1,481	9	164	0,159	
Cohorte* Rôles de genre*Temps					0,923	18	164	0,552	0,923	18	164	0,552	
Sexe									1,941	1	155	0,166	
Statut d'emploi									0,839	1	157	0,361	
Expérience professionnelle									1,069	1	156	0,303	

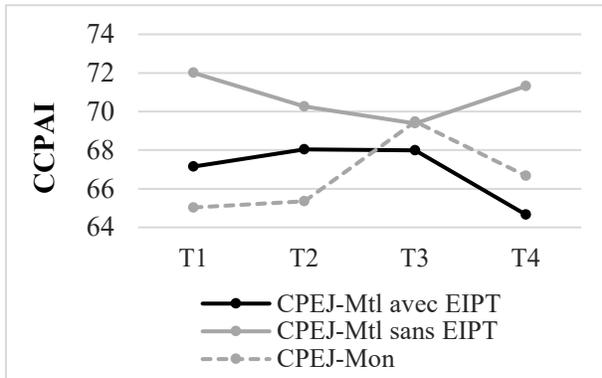
Note. CCPAI = Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument ; Présentéisme = productivité inadéquate telle que mesurée par le HPQ ; ProQOL= Professional Quality of Life ; VIs = Variables indépendantes.

**Tableau 6. Modèle linéaire généralisé prédisant l'absentéisme en fonction de la cohorte, du temps, de l'interaction double entre la cohorte et le temps (étape 1), des rôles de genre, de l'interaction double entre la cohorte et les rôles de genre, de l'interaction double entre le temps et les rôles de genre, de l'interaction triple entre la cohorte, le temps et les rôles de genre (étape 2), en contrôlant pour des variables potentiellement confondantes (étape 3)**

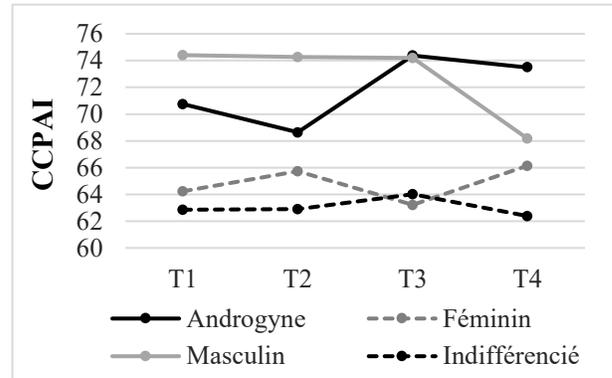
Variable dépendante VIs	Étape 1			Étape 2			Étape 3		
	$\chi^2$	df	p	$\chi^2$	df	p	$\chi^2$	df	p
<b>Absentéisme</b>									
Cohorte	1,109	2	0,574	1,820	2	0,403	1,101	2	0,577
Temps	5,885	3	0,117	7,494	3	0,058	7,389	3	0,060
Cohorte*Temps	11,798	6	0,067	12,561	6	0,051	12,578	6	0,050
Rôles de genre				1,614	3	0,656	1,341	3	0,720
Cohorte*Rôles de genre				1,796	6	0,937	2,032	6	0,917
Rôles de genre*Temps				3,064	9	0,962	3,134	9	0,959
Cohorte* Rôles de genre*Temps				9,282	18	0,953	9,137	18	0,956
Sexe							0,094	1	0,759
Statut d'emploi							0,680	1	0,409
Expérience professionnelle							1,057	1	0,304

Note. VIs = variables indépendantes

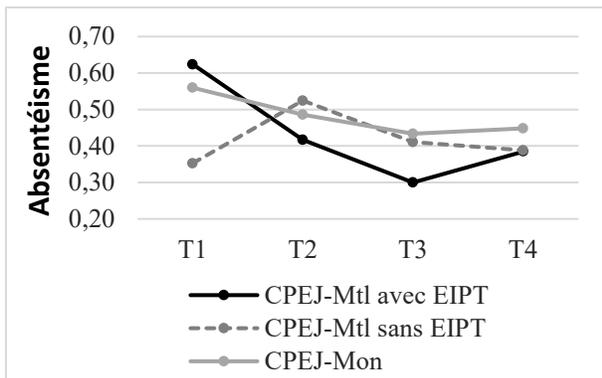
**Figure 4. Effets d'interactions doubles entre le temps et deux variables indépendantes (la cohorte ou l'adhérence à des rôles de genre) dans la prédiction de variables de fonctionnement au travail.**



**Figure 4A.**  
**Temps 1.** CPEJ-Mtl sans EIPT > CPEJ-Mon,  $p = 0,023$



**Figure 4B.**  
**Temps 1.** Androgyne > Indifférencié,  $p = 0,046$   
 Masculin > Féminin,  $p = 0,014$   
 Masculine > Indifférencié,  $p = 0,005$   
**Temps 2.** Masculin > Féminin,  $p = 0,039$   
 Masculin > Indifférencié,  $p = 0,006$   
**Temps 3.** Androgyne > Féminin,  $p = 0,006$   
 Androgyne > Indifférencié,  $p = 0,009$   
 Masculin > Féminin,  $p = 0,010$   
 Masculin > Indifférencié,  $p = 0,015$   
**Temps 4.** Androgyne > Indifférencié,  $p = 0,004$



**Figure 4C.**  
**Temps 1.** CPEJ-Mtl sans EIPT < CPEJ-Mtl avec EIPT,  $p = 0,012$   
 CPEJ-Mtl sans EIPT < CPEJ-Mon,  $p = 0,018$

Notes. CCPAI = Confidence in Coping with Patient Agression Instrument ; CPEJ-Mtl = Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal ; CPEJ-Mon = Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation de la Montérégie-Est ; Présentéisme = productivité inadéquate telle que mesurée par le HPQ (Health and Work Performance Questionnaire) ; Absentéisme = proportion de participants qui ont déclaré avoir manqué au moins une journée de travail complète ou partielle au cours des quatre dernières semaines en raison de problèmes de santé mentale ou physique.

**Tableau 7. Résumé des résultats pour l'objectif 1**

- 
- À l'intérieur d'un mois suivant l'EPT (Temps 1), les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT et ceux de groupe CPEJ-Mon présentaient davantage de symptômes de stress aigu et un plus haut taux d'absentéisme comparativement aux participants du CPEJ-Mtl sans EIPT. Aucune différence statistiquement significative entre les trois groupes n'a été observée pour les symptômes de stress post-traumatique ou le taux d'absentéisme après deux mois (Temps 2), six mois (Temps 3), ou 12 mois (Temps 4) suivant l'EPT.
  - Après avoir contrôlé pour les variables potentiellement confondantes dans les modèles statistiques, il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les trois cohortes à aucun des quatre temps de mesure pour les variables de santé mentale suivantes : stress perçu, détresse psychologique, symptômes d'anxiété, symptômes dépressifs, et symptômes d'insomnie.
  - Après avoir contrôlé pour les variables potentiellement confondantes dans les modèles statistiques, il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les trois groupes à aucun des quatre temps de mesure pour les variables de fonctionnement au travail suivantes : qualité de vie professionnelle, confiance en sa capacité à composer avec les comportements agressifs des clients, et présentéisme (c.-à-d., une productivité inadéquate).
- 

#### **4.3.2 Identifier les prédicteurs (facteurs de risque et de protection) de l'état psychologique et du fonctionnement au travail chez les travailleurs exposés à des EPT au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon**

Le tableau 8 a été préparé dans le cadre de la quatrième stratégie d'analyse. Il présente les données descriptives de l'ensemble des participants (les trois cohortes sont combinées) pour les variables utilisées dans les modèles prédictifs, soit des variables confondantes (variables sociodémographiques et professionnelles, cohorte, et prévalence d'exposition à des agressions verbales et physiques commises par les usagers), des prédicteurs (des variables de travail potentiellement modifiables), et des variables dépendantes (variables de santé mentale, qualité de vie professionnelle, et présentéisme). Rappelons qu'afin d'exploiter le devis prospectif, pour la quatrième stratégie, les analyses ont été décalées dans le temps : les variables indépendantes (VIs) au T1 prédisent les variables dépendantes (VDs) au T2, les VIs au T2 prédisent les VDs au T3, et les VIs au T3 prédisent les VDs au T4. Pour cette raison les VIs (c.-à-d., les variables confondantes et les prédicteurs) n'ont pas été utilisées pour le T4, alors que les variables dépendantes n'ont pas été utilisées pour le T1. Ainsi, les participants qui ont

complété l'enquête au T1 seulement ont été exclus, ce qui explique que l'échantillon pour la quatrième stratégie d'analyse contienne 168 participants pour le T1 plutôt que 176.

À titre informatif, le tableau 8 présente également le pourcentage de participants ayant un score au-delà du seuil clinique pour les symptômes d'insomnie (ISI) et de stress post-traumatique (PCL-5), de même que le pourcentage de participants ayant des symptômes anxieux (BAI) ou dépressifs (BDI) minimaux, légers, modérés, et sévères. Lorsqu'une moyenne des pourcentages pour le T2, le T3 et le T4 est calculée, 41,6 % des participants présentent un degré cliniquement significatif de symptômes d'insomnie (ISI score total  $\geq 11$ ; Morin *et al.*, 2011) et 10,4 % présentent un degré cliniquement significatif de symptômes de stress post-traumatique (PCL 5 score total  $\geq 31$ ; Weathers *et al.*, 2013). De plus, 12,9 % des participants présentent des symptômes dépressifs modérés à sévères (BDI score total  $\geq 20$ ; Beck *et al.*, 1996), et 14,3 % présentent des symptômes d'anxiété modérés à sévères (BAI score total  $\geq 16$ ; Beck & Steer, 1993). Tous ces pourcentages sont demeurés relativement stables entre le T2 (deux mois, en moyenne, après l'EPT) et le T4 (12 mois, en moyenne, après l'EPT).

**Tableau 8. Statistiques descriptives au temps 1 (n = 168), au temps 2 (n = 168), au temps 3 (n = 162) et au temps 4 (n = 161) pour les trois cohortes combinées.**

	Temps 1 n (%) / moyenne (ÉT)	Temps 2 n (%) / moyenne (ÉT)	Temps 3 n (%) / moyenne (ÉT)	Temps 4 n (%) / moyenne (ÉT)
<b>Variabiles confondantes</b>				
Âge	34,27 (8,55)	–	–	–
Expérience professionnelle	8,33 (6,12)	–	–	–
Sexe				
Homme	26 (15,5 %)	26 (15,5 %)	23 (14,2 %)	23 (14,3 %)
Femme	142 (84,5 %)	142 (84,5 %)	139 (85,8 %)	138 (85,7 %)
Statut d'emploi				
Temps partiel	50 (29,8 %)	53 (31,5 %)	47 (29,0 %)	47 (29,2 %)
Temps complet	118 (70,2 %)	115 (68,5 %)	115 (71,0 %)	114 (70,8 %)
Statut relationnel				
Célibataire	58 (34,5 %)	57 (33,9 %)	63 (38,9 %)	58 (36,0 %)
Conjoint de fait	85 (50,6 %)	86 (51,2 %)	76 (46,9 %)	79 (49,1 %)
Marié	25 (14,9 %)	25 (14,9 %)	23 (14,2 %)	24 (14,9 %)
Cohorte				
CPEJ-Mtl avec EIPT	33 (19,6 %)	33 (19,6 %)	31 (19,1 %)	30 (18,6 %)
CPEJ-Mtl sans EIPT	63 (37,5 %)	63 (37,5 %)	62 (38,3 %)	62 (38,5 %)
CPEJ-Mon	72 (42,9 %)	72 (42,9 %)	69 (42,6 %)	69 (42,9 %)
PoPAS Verbale	19,30 (4,37)	–	–	–
PoPAS Physique	8,51 (3,20)	–	–	–
<b>Prédicteurs</b>				
LFVEWS	60,68 (15,08)	62,30 (15,15)	61,76 (16,25)	61,01 (16,56)
CCPAI	60,01 (18,91)	59,66 (18,82)	60,99 (18,34)	60,01 (18,81)

WSS				
Sous-échelle I	29,15 (6,81)	29,14 (6,99)	29,40 (7,92)	29,08 (7,61)
Sous-échelle II	36,38 (6,54)	35,75 (6,72)	36,02 (6,63)	36,04 (6,28)
Sous-échelle III	33,56 (6,92)	33,08 (6,81)	32,52 (7,56)	32,56 (7,81)
Sous-échelle IV	28,60 (6,46)	28,85 (6,76)	28,46 (7,11)	28,19 (7,18)
JCQ				
Demandes psychologiques	25,09 (4,44)	25,82 (4,24)	25,70 (4,47)	26,18 (4,15) <sup>2</sup>
Latitude décisionnelle	27,57 (3,35)	27,48 (3,13)	27,78 (2,98)	27,36 (3,07)
Soutien du superviseur	11,93 (2,55)	11,87 (2,36)	11,76 (2,64)	11,75 (2,92)
Soutien des collègues	13,13 (1,99)	13,17 (2,20)	13,21 (2,11)	13,27 (2,04)
<b>Variables dépendantes</b>				
ISI	9,50 (5,53)	9,38 (6,09)	9,31 (6,08)	9,44 (6,01)
Cliniquement significatif	68 (40,5 %)	70 (41,7 %)	65 (40,1 %)	69 (43,1 %)
BDI	10,07 (7,85)	10,14 (8,09)	10,09 (8,69)	9,84 (9,18)
Sx minimaux	122 (72,6 %)	116 (69,0 %)	115 (71,0 %)	119 (74,4 %)
Sx légers	27 (16,1 %)	33 (19,6 %)	23 (14,2 %)	21 (13,1 %)
Sx modérés	16 (9,5 %)	14 (8,3 %)	20 (12,3 %)	14 (8,8 %)
Sx sévères	3 (1,8 %)	5 (3,0 %)	4 (2,5 %)	6 (3,8 %)
BAI	8,01 (6,38)	7,38 (7,39)	8,13 (7,77)	7,29 (8,02)
Sx minimaux	92 (54,8 %)	105 (62,5 %)	97 (59,9 %)	107 (66,9 %)
Sx légers	52 (31 %)	41 (24,4 %)	39 (24,1 %)	31 (19,4 %)
Sx modérés	21 (12,5 %)	17 (10,1 %)	18 (11,1 %)	13 (8,1 %)
Sx sévères	3 (1,8 %)	5 (3,0 %)	8 (4,9 %)	9 (5,6 %)
PCL-5	–	12,77 (13,19)	12,27 (13,63)	11,98 (13,22)
Cliniquement significatif	–	17 (10,1 %)	18 (11,1 %)	16 (9,9 %)
ProQOL <sup>a</sup>	112,15 (14,99)	113,41 (16,43)	113,52 (16,31)	113,12 (15,95)
Présentéisme (moyenne)	2,17 (0,53)	2,19 (0,58)	2,13 (0,59)	2,09 (0,65)

Notes, a. Ce questionnaire a été administré aux travailleurs cliniques seulement (93 % de l'échantillon au temps 1) ; BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI = Beck Depression Inventory ; CCPAI = Confidence in Coping With Patient Aggression Instrument ; CPEJ-Mtl = Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation de Montréal ; CPEJ-Mon = Centre de réadaptation pour les jeunes en difficultés d'adaptation de Montérégie ; ISI = Insomnia Severity Index ; JCQ = Job Content Questionnaire ; LFVEWS = Likelihood of Future Violent Events at Work Scale ; PCL-5 = Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 ; PoPAS Verbale = Perception of Prevalence of Aggression Scale – sous échelle d'agression verbale ; PoPAS physique = Perception of Prevalence of Aggression Scale – sous-échelle d'agression physique ; ProQOL = Professional Quality of Life ; Sx = Symptômes ; WSS = Work Safety Scale ; WSS – sous-échelle I = aspect sécuritaire du travail ; WSS – sous-échelle II = perception de l'importance que les collègues attribuent à la sécurité au travail ; WSS – sous-échelle III = perception de l'importance que le supérieur attribue à la sécurité au travail ; WSS – sous-échelle IV = pratiques managériales favorisant la sécurité au travail.

#### 4.3.2.1 Les variables liées au travail

Les résultats obtenus en appliquant la quatrième stratégie d'analyses sont présentés au tableau 9. Ce tableau présente les modèles mixtes linéaires finaux pour chaque variable dépendante (c.-à-d., après l'élimination des prédicteurs non significatifs avec un seuil  $p < 0,01$ ). Le degré de confiance en sa capacité à faire face aux comportements agressifs

**IRSSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

des clients (CCPAI) prédit négativement les symptômes dépressifs (BDI), les symptômes anxieux (BAI), les symptômes post-traumatiques (PCL-5) et le présentéisme (HPQ), et prédit positivement la qualité de vie professionnelle (ProQOL). Le degré auquel l'emploi est perçu comme étant sécuritaire (WSS-I) prédit négativement les symptômes dépressifs (BDI), les symptômes d'anxiété (BAI) et les symptômes post-traumatiques (PCL-5), et prédit positivement la qualité de vie professionnelle (ProQOL). La perception de l'importance que les collègues attribuent à la sécurité (WSS-II) prédit négativement les symptômes d'insomnie (ISI), alors que la perception de l'importance que le supérieur attribut à la sécurité (WSS-III) prédit positivement la qualité de vie professionnelle (ProQOL). Enfin, les demandes psychologiques posées par le travail prédisent positivement toutes les variables de santé mentale (ISI, BDI, BAI, PCL-5) ainsi que le présentéisme (HPQ), et prédisent négativement la qualité de vie professionnelle (ProQOL). En résumé, les résultats suggèrent que plusieurs variables de travail potentiellement modifiables — en particulier, la confiance en sa capacité à faire face aux comportements agressifs des clients et le degré auquel l'emploi est perçu comme étant sécuritaire — pourraient protéger contre certaines conséquences des EPT, alors que les demandes psychologiques liées au travail (p. ex. la charge de travail) pourraient promouvoir ces conséquences.

#### **4.3.2.2 La détresse psychologique peu après l'EPT**

La cinquième stratégie d'analyse a révélé que la détresse psychologique rapportée par les intervenants après avoir été exposée à un EPT au T1 prédit le nombre d'agressions vécues deux mois plus tard (T2), mais pas six (T3) ou douze mois (T4) plus tard. Le sexe autorapporté, le soutien du superviseur (JCQ), l'expérience professionnelle et le statut d'emploi (temps partiel ou temps plein) ne sont pas associés à ce risque accru. L'association entre la détresse psychologique au T1 et le nombre d'agressions vécu au T2 ne tient que pour les employés qui ne sont pas partis en congé maladie. De plus, le soutien du superviseur est inversement relié à la détresse psychologique des intervenants, mais cette variable n'atténue pas la relation entre la détresse psychologique et les agressions vécues deux mois plus tard. En somme, la détresse psychologique causée par un EPT pourrait être un facteur de risque à l'exposition ultérieure à des agressions. Le tableau 10 présente un résumé des résultats obtenus pour le deuxième objectif.

**Tableau 9. Modèles linéaires mixtes décalés dans le temps (time-lagged) avec élimination progressive des prédicteurs non significatifs (stepwise backward elimination) prédisant des variables de santé mentale, le présentéisme et la qualité de vie professionnelle en fonction de variables potentiellement confondantes (variables 1-8) et de variables de travail potentiellement modifiables (variables 9-18).**

IVs	ISI		BDI		BAI		PCL-5		Présentéisme		ProQOL	
	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p	B	p
1. Age	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2. Sexe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
3. Statut relationnel	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
4. Expérience professionnelle	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
5. Statut d'emploi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
6. Cohorte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
7. PoPAS Verbale	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
8. PoPAS Physique	0,325	0,005	–	–	–	–	1,108	<0,001	–	–	–	–
9. LFVEWS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
10. CCPAI	–	–	-0,060	0,007	-0,072	<0,001	-0,125	<0,001	-0,009	<0,001	0,152	<0,001
11. WSS I	–	–	-0,163	0,003	-0,201	<0,001	-0,325	<0,001	–	–	0,442	<0,001
12. WSS II	-0,143	<0,001	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
13. WSS III	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,333	0,001
14. WSS IV	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
15. JCQ demandes psychologiques	0,202	0,003	0,454	<0,001	0,238	0,005	0,413	0,005	0,024	<0,001	-0,733	<0,001
16. JCQ latitude décisionnelle	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
17. JCQ soutien du superviseur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
18. JCQ soutient des collègues	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Notes. Le trait horizontal (« – ») indique que la variable indépendante a été rejetée durant la méthode d'élimination progressive en raison de sa valeur *p* supérieure à 0,01 (la variable indépendante n'est donc pas incluse dans le modèle final prédisant la variable dépendante).

BAI = Beck Anxiety Inventory ; BDI = Beck Depression Inventory ; CCPAI = Confidence in Coping With Patient Aggression Instrument ; ISI = Insomnia Severity Index ; JCQ = Job Content Questionnaire ; LFVEWS = Likelihood of Future Violent Events at Work Scale ; PCL-5 = Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 ; PoPAS verbale = Perception of Prevalence of Aggression Scale – sous-échelle d'agression verbale ; PoPAS physique = Perception of Prevalence of Aggression Scale – sous-échelle d'agression physique ; ProQOL = Professional Quality of Life ; WSS = Work Safety Scale ; WSS – sous-échelle I = aspect sécuritaire du travail ; WSS – sous-échelle II = perception de l'importance que les collègues attribuent à la sécurité au travail ; WSS – sous-échelle III = perception de l'importance que le supérieur attribue à la sécurité au travail ; WSS – sous-échelle IV = pratiques managériales favorisant la sécurité au travail.

**Tableau 10. Résumé des résultats pour l'objectif 2**

- Après deux mois (Temps 2), six mois (Temps 3), et 12 mois (Temps 4) suivant l'EPT, en moyenne, 41,6 % des participants présentent un degré cliniquement significatif de symptômes d'insomnie, 10,4 % présentent un degré cliniquement significatif de symptômes de stress post-traumatique, 12,9 % présentent des symptômes dépressifs modérés à sévères, et 14,3 % présentent des symptômes d'anxiété modérés à sévères.
- Trois variables potentiellement modifiables qui sont liées au travail prédisent prospectivement des variables de santé mentale, le présentisme, et la qualité de vie professionnelle. Spécifiquement, le degré de confiance en sa capacité à faire face aux comportements agressifs des clients ainsi que le degré auquel l'emploi est perçu comme étant sécuritaire sont des facteurs de protection, alors que l'ampleur des demandes psychologiques posées par le travail est un facteur de risque.
- Le fait de ressentir davantage de détresse psychologique dans le mois suivant l'EPT (Temps 1) est associé à un plus grand risque d'être victime d'une agression directe entre un et deux mois suivant l'EPT (c.-à-d., entre le Temps 1 et le Temps 2). La détresse psychologique dans le mois suivant l'EPT n'est pas associée au risque d'être victime d'une agression directe entre deux et six mois suivant l'EPT (c.-à-d., entre le Temps 2 et le Temps 3), ou entre six et douze mois suivant l'EPT (c.-à-d., entre le Temps 3 et le Temps 4).

#### **4.3.3 Explorer les motifs du recours et du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT chez les travailleurs exposés au CPEJ-Mtl**

##### **4.3.3.1 Le rôle de genre**

La sixième stratégie d'analyse a permis de déterminer si les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT différaient des participants du CPEJ-Mtl sans EIPT sur les rôles de genre. Un test du chi carré comparant les deux cohortes sur la proportion de participants dans les quatre catégories de rôles de genre (androgyn, féminin, masculin, indifférencié) n'était pas significatif,  $\chi^2(3) = 4,106, p = 0,250$ . Ensuite, une ANOVA à deux facteurs a été réalisée pour tester la différence entre les cohortes (CPEJ-Mtl avec EIPT et CPEJ-Mtl sans EIPT) sur la sous-échelle de masculinité du BSRI, en utilisant le sexe autorapporté comme modérateur. Dans cette analyse, l'effet principal de la cohorte était significatif,  $F(1,99) = 8,06, p = 0,005$ . À cet égard, comme indiqué dans le tableau 3, les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT ont obtenu un score moins élevé sur la masculinité (moyenne = 4,62, ÉT = 0,733) que les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT (moyenne = 4,91, ÉT = 0,628). L'effet principal du sexe était marginalement significatif,  $F(1,99) = 3,58, p = 0,061$ . Plus précisément, les hommes avaient tendance à obtenir un score plus élevé sur la masculinité (moyenne = 4,98, ÉT = 0,538) comparativement aux femmes (moyenne 4,76, ÉT = 0,670). L'interaction entre la cohorte et le sexe n'était pas significative,  $F(1,99) = 1,92, p = 0,169$ , suggérant que la différence entre les hommes et les femmes sur l'échelle de masculinité était similaire entre les deux cohortes. Malgré cet effet d'interaction non significatif, il convient de noter que la différence entre les hommes et les femmes sur l'échelle de masculinité était 6,33 fois plus grande pour les participants du CPEJ-Mtl sans

EIPT (5,41 - 4,84 = 0,57) que pour les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT (4,68 - 4,59 = 0,09). Une ANOVA à deux facteurs a également été réalisée pour prédire le score moyen sur la sous-échelle de féminité du BSRI. L'effet principal de la cohorte, l'effet principal du sexe et l'interaction entre la cohorte et le sexe n'étaient pas significatifs. À la lumière de ces résultats, il apparaît que l'adhérence aux rôles de genre masculin pourrait être un frein à la recherche d'aide auprès de l'EIPT au CPEJ-Mtl, alors que l'adhérence aux rôles de genre féminin ne semble pas être un facteur déterminant.

#### **4.3.3.2 Le processus de recherche d'aide auprès de l'EIPT et les motifs du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT**

La septième stratégie d'analyse consistait à analyser les entrevues du T1 pour 18 participants du CPEJ-Mtl avec EIPT et 21 participants du CPEJ-Mtl sans EIPT. Pour le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT, quatre thèmes couvrant le processus de recherche d'aide auprès de l'EIPT ont été explorés : 1) la détresse psychologique découlant de l'EPT, incluant le besoin de congés codés en post-trauma ou d'un arrêt de travail ; 2) les motifs du recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT ; 3) les avantages perçus du recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT ; et 4) les recommandations par rapport au service de soutien par les pairs de l'EIPT. Bien que l'objectif 3 porte spécifiquement sur les motifs du recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (thème 2), les résultats par rapport aux trois autres thèmes sont également présentés dans la présente section afin d'offrir une vue d'ensemble du processus de recherche d'aide auprès de l'EIPT. Pour le groupe CPEJ-Mtl sans EIPT, un seul thème a été exploré, soit les motifs du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT.

Les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT ont rapporté plusieurs conséquences de l'EPT. Les conséquences les plus rapportées étaient une peur par rapport à l'utilisateur ayant perpétré les comportements violents ou par rapport au travail d'intervention, de même que des difficultés de sommeil (insomnie et/ou rêves dysphoriques). Près de la moitié des participants ont rapporté de l'épuisement, de la fatigue de compassion, ou de la démotivation. Environ le tiers des participants ont rapporté des symptômes physiologiques ou physiques, des pensées intrusives ou des difficultés de concentration, ou une remise en question par rapport à l'emploi. Finalement, plusieurs participants ont rapporté l'expérience d'émotions négatives telles que du stress/de l'anxiété, de la colère, de l'irritabilité, de la culpabilité ou de la tristesse. Notons que toutes ces conséquences réfèrent à la période suivant le retour à la maison (après l'EPT survenu au travail) et durant les jours/semaines suivant(e)s. Un autre indicateur de l'impact de l'EPT sur la santé psychologique des participants est l'utilisation de congés payés codés en post-trauma (jusqu'à trois jours de congé selon les pratiques en vigueur au CPEJ-Mtl au moment de mener l'étude) et/ou d'un arrêt de travail. À cet égard, la moitié des participants ont mentionné avoir bénéficié d'au moins une journée de congé payé suivant l'EPT et cinq ont été en arrêt de travail.

Cinq participants ont fait un lien entre leur détresse et le recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT durant l'entrevue ; il se peut que d'autres participants aient omis de nommer explicitement ce motif, ce dernier pouvant leur avoir semblé évident. Néanmoins, dans certains cas, la recherche d'aide auprès de l'EIPT semble plutôt avoir servi une fonction préventive. En effet, un petit nombre de participants ont eu recours à ce service, car ils reconnaissaient la gravité de l'EPT qu'ils avaient vécu, sans pour autant ressentir une détresse et un besoin d'aide marqué au moment d'accepter l'aide. Deux autres motifs du recours au soutien d'un pair aidant sont également ressortis des entrevues. Premièrement certains participants ont rapporté avoir été encouragés à utiliser ce service par un ou plusieurs collègues, que ce soit explicitement (un collègue en a recommandé l'utilisation) et/ou par l'exemple (un collègue a utilisé ce service dans le passé). Deuxièmement, des participants ont mentionné avoir eu recours au soutien d'un pair aidant dans le passé pour un autre EPT. Pour ces participants, l'expérience positive et la familiarité avec l'EIPT pourraient avoir favorisé la décision d'utiliser à nouveau ce service.

Bien qu'un effet positif du recours au soutien d'un pair aidant n'ait pas été observé dans le volet quantitatif (voir les résultats pour l'objectif 1), les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT ont rapporté plusieurs avantages perçus de ce service. D'abord, la moitié des participants ont mentionné s'être sentis satisfaits/soulagés d'apprendre que leurs réactions étaient normales et/ou de mieux comprendre la raison (la fonction) de ces réactions. Un nombre presque aussi élevé de participants ont mentionné avoir apprécié le soutien et l'écoute offerts par le pair aidant de l'EIPT. À cet égard, la/les séance(s) avec le pair aidant étaient perçues comme un temps pour se concentrer sur soi plutôt que sur le travail. Certains participants ont également apprécié des aspects spécifiques de leur échange avec le pair aidant : la recommandation d'écouter ses besoins et de prendre soin de soi, l'apprentissage et la mise en pratique de techniques de relaxation pour gérer l'anxiété, l'obtention d'une nouvelle perspective par rapport à l'EPT (ce qui a eu pour effet de réduire des émotions négatives – culpabilité, colère – découlant de l'EPT), et l'encouragement à tolérer les symptômes afin qu'ils se dissipent. Finalement, certains participants ont rapporté apprécier certaines qualités propres au rôle de pair aidant, soit sa familiarité avec les processus en vigueur au CPEJ et les risques rencontrés dans ce milieu de travail, sa disponibilité et sa flexibilité, et le fait qu'il soit extérieur à (non directement concerné par) l'EPT.

Finalement, certains participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT ont émis des recommandations en lien avec l'EIPT. Presque toutes les recommandations visaient à faciliter l'accessibilité au service : (a) mettre plus en évidence les informations sur les services disponibles aux employés victimes d'un EPT, (b) clarifier la population ciblée par l'EIPT, à savoir que ce service ne s'adresse pas uniquement aux victimes d'agressions physiques graves, (c) permettre aux supérieurs immédiats de référer directement les travailleurs victimes d'un EPT, en laissant la liberté au travailleur de refuser le service au moment du premier contact avec le pair aidant de l'EIPT, (d) encourager les superviseurs à référer plus systématiquement les employés à l'EIPT à la suite d'un EPT, et finalement,

(e) offrir la possibilité aux travailleurs victimes de contacter directement l'EIPT, sans devoir être référé par le supérieur immédiat.

En ce qui a trait aux participants du CPEJ-Mtl sans EIPT, plusieurs motifs du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT ont pu être identifiés. Le manque d'utilité perçue est ressorti comme un facteur important. À cet égard, près de la moitié des participants ont rapporté ne pas ressentir le besoin du soutien d'un pair aidant. Certains ont également indiqué avoir d'autres sources de soutien (supérieur, collègues, conjoint, psychologue) qui leur paraissaient suffisantes. Dans d'autres cas, le non-recours au soutien d'un pair aidant était attribuable à un manque de communication de la part du supérieur immédiat. En effet, certains participants : (a) ont mentionné qu'ils auraient accepté le service de l'EIPT si celui-ci leur avait été offert, (b) confondaient l'EIPT et la présente étude, ou encore l'EIPT et le programme d'aide aux employés, suggérant une méconnaissance de la nature de l'EIPT, ou (c) n'ont pas utilisé le service de l'EIPT, car ils ignoraient la nature de l'aide offerte. Par ailleurs, deux participants craignaient que l'intervenant de l'EIPT soit un collègue qu'ils connaissaient (l'un d'eux était un gestionnaire). Un autre gestionnaire rapporte qu'en raison de sa position, il percevait qu'on attendait de lui qu'il n'ait pas besoin du soutien de l'EIPT. Le tableau 11 présente un résumé des résultats obtenus pour le troisième objectif.

#### **Tableau 11. Résumé des résultats pour l'objectif 3**

- 
- Le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT comporte une plus grande proportion d'hommes comparativement au groupe CPEJ-Mtl sans EIPT. Néanmoins, en moyenne, l'adhérence aux rôles de genre masculin est moins forte dans le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT que dans le groupe CPEJ-Mtl sans EIPT.
  - Pour les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT, l'EPT a engendré plusieurs conséquences, en particulier, une peur par rapport à l'utilisateur ayant perpétré les comportements violents ou par rapport au travail d'intervention, des difficultés de sommeil, ou encore de l'épuisement, de la fatigue de compassion, ou de la démotivation.
  - Les motifs du recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT incluent la détresse découlant de l'EPT, le désir de prévenir des conséquences possibles de l'EPT, être encouragé par un collègue (que ce soit explicitement ou par l'exemple), ou avoir utilisé ce service pour un autre EPT dans le passé.
  - Plusieurs avantages perçus du recours au soutien d'un pair aidant ont été rapportés. Ceux-ci incluent la normalisation des symptômes, le sentiment d'être écouté et soutenu, la sensibilisation à l'importance de prendre soin de soi, l'apprentissage de techniques de relaxation, et le gain d'une nouvelle perspective par rapport à l'événement vécu. Les qualités propres au rôle de pair aidant étaient également appréciées, par exemple, sa connaissance du milieu de travail.
  - Certains participants ayant eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT ont recommandé de faciliter l'accessibilité à ce service pour les travailleurs exposés à un EPT.
-

- 
- Les principaux motifs du non-recours à l'EIPT étaient l'absence de besoin d'être aidé par un pair, la disponibilité d'autres sources de soutien (supérieur, collègues, conjoint, psychologue), le fait de ne pas s'être fait offrir ce service par le superviseur, ou une méconnaissance de la nature de ce service.
- 

#### **4.3.4 Explorer les besoins de soutien des travailleurs exposés au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon dans l'année suivant l'événement**

##### **4.3.4.1 Le soutien du superviseur**

La huitième stratégie consistait à analyser les entrevues du T1, du T2, et du T3 pour 30 participants (n = 90 verbatim) des deux CPEJ. Cette stratégie d'analyse a permis de documenter la recherche et l'offre de soutien du superviseur en fonction de la qualité de la relation entre le superviseur et l'intervenant. Trois thèmes ont émergé en lien avec les besoins des intervenants : recevoir de l'aide immédiate, trouver un sens, et bâtir une relation de confiance. Premièrement, les intervenants ont des attentes spécifiques en ce qui a trait au soutien offert par leur superviseur. En effet, les intervenants ont exprimé le besoin de recevoir du soutien émotionnel, d'obtenir des ressources d'aide, et de discuter avec leur superviseur des procédures à suivre afin de s'assurer que leurs décisions prises au moment de la crise étaient les bonnes. Les intervenants qui avaient déjà une bonne relation avec leur superviseur se confient émotionnellement à eux et rapportent en bénéficier, alors que ceux pour qui ce n'était pas le cas adoptent plutôt une attitude distante et basée sur les faits. Deuxièmement, au fil du temps, beaucoup d'intervenants ont exprimé le besoin de trouver un sens à leur expérience, d'apprendre, et de recevoir de la supervision clinique en lien avec les agressions qu'ils subissent. Cela dit, après l'urgence, le soutien du superviseur se fait plus rare, même lorsque le superviseur est décrit comme étant soutenant et sensible. En effet, même si plusieurs intervenants expriment le besoin de revisiter l'événement avec leur superviseur afin d'apprendre et de se développer professionnellement, peu d'entre eux ont eu cette chance. Quelques superviseurs ont offert de la supervision clinique, alors que d'autres ont rencontré individuellement l'intervenant à des moments clés afin de le soutenir dans sa prise de décision. Cependant, l'offre était insuffisante pour répondre aux besoins de la majorité des intervenants et dans plusieurs cas, le superviseur n'a pas pu donner toute l'attention dont l'intervenant avait besoin pour bâtir une relation de confiance durable. En effet, en raison du contexte organisationnel, peu de superviseurs avaient suffisamment de temps à consacrer à la supervision clinique. En conclusion, bien que le soutien du superviseur puisse être un facteur de protection contre les impacts émotionnels d'une agression subie au travail, son efficacité est limitée lorsque la relation intervenant/superviseur ou le contexte organisationnel ne sont pas optimaux.

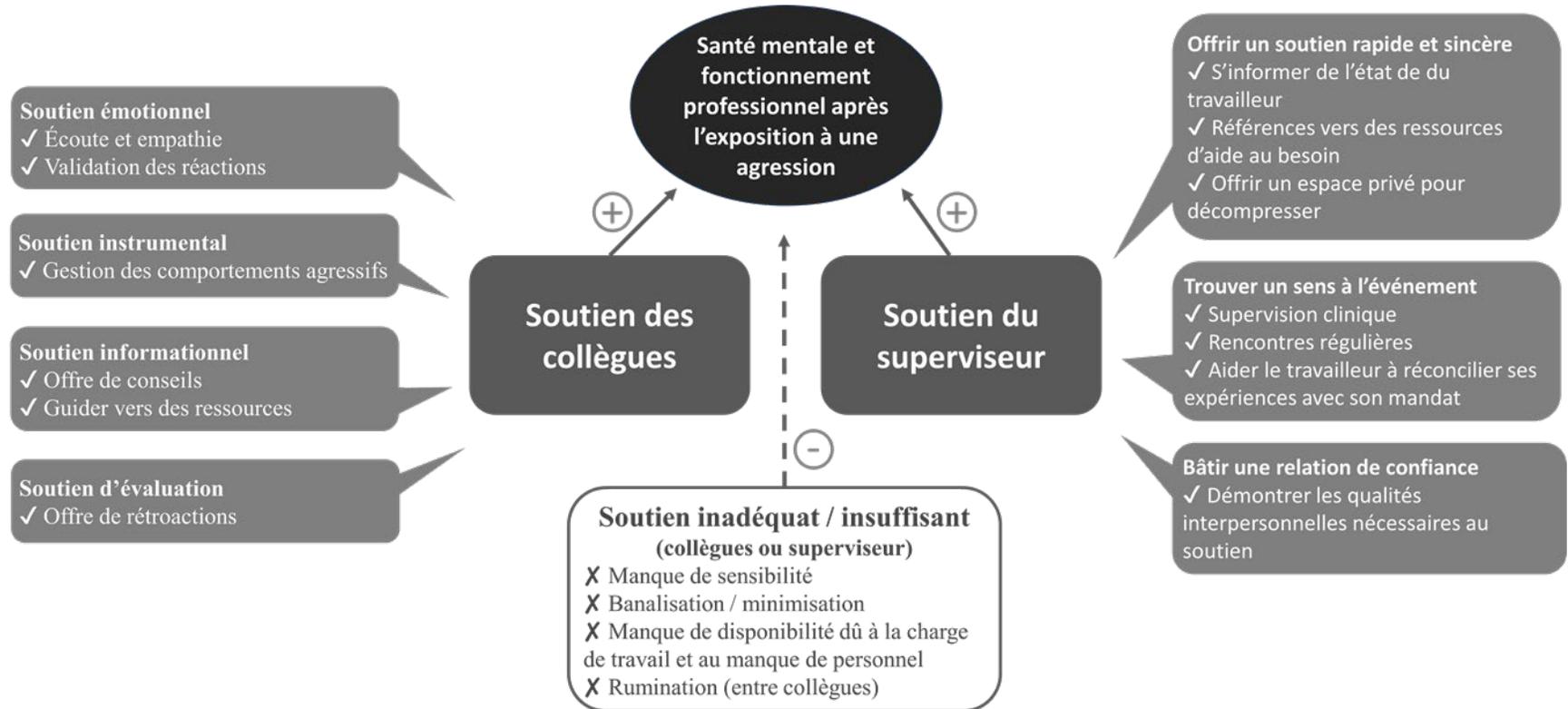
#### 4.3.4.2 Le soutien des collègues

La neuvième stratégie consistait à analyser des entrevues du T1 pour 30 participants du CPEJ-Mtl. Cette stratégie d'analyse a permis de documenter les formes de soutien entre collègues. Quatre thèmes principaux ont émergé : le soutien émotionnel, le soutien instrumental, le soutien informationnel, et le soutien d'évaluation. Concernant le soutien émotionnel, les intervenants apprécient la bienveillance et la considération de leurs collègues. Lorsque le soutien des collègues était positif, les intervenants sentaient que leurs réactions post-traumatiques et leurs expériences étaient normalisées et validées. Le respect du rythme et des priorités étaient particulièrement appréciés, tout comme la disponibilité et la flexibilité des collègues. En ce qui a trait au soutien instrumental, beaucoup d'intervenants ressentent un besoin de soutien concret de la part de leurs collègues, notamment dans la gestion des jeunes agressifs en centres résidentiels, dans l'information concernant les sources de soutien potentielles, et dans la rétroaction. Les collègues se soutiennent aussi mutuellement à travers le partage des tâches et la prise de relais au niveau clinique (p. ex. s'occuper d'un jeune qui s'acharne sur un collègue). Toutefois, le contexte organisationnel défavorable a été montré du doigt comme étant un facteur qui limitait l'efficacité du soutien des collègues. En effet, les collègues rapportent ne pas avoir le temps de se soutenir les uns les autres et cherchent souvent à se protéger mutuellement de leur détresse. Au niveau du soutien informationnel, lorsque la situation dépasse la capacité des collègues, certains n'hésitent pas à référer ceux-ci à des services d'aide spécialisés, à partager des techniques de relaxation et à les encourager à demander de l'aide. Finalement, les collègues se soutiennent aussi mutuellement en offrant un espace pour trouver un sens à leur expérience et grandir professionnellement. Malheureusement, ce ne sont pas tous les intervenants qui ont obtenu le soutien qu'ils désiraient. Certains ont plutôt été confrontés à de l'indifférence, à un manque de sensibilité et à des reproches. Dans ces figures d'exception, les intervenants ont rapporté un certain niveau de banalisation et de minimisation des agressions au travail. S'ils se confiaient tout de même, certains percevaient que c'était plutôt la curiosité personnelle qui motivait leurs collègues à les écouter plutôt qu'un souci pour leur bien-être. De plus, certains participants déplorent la charge inégale de cas et l'attitude trop individualiste de certains collègues. D'autres ont plutôt soulevé que les discussions avec les collègues étaient plus de l'ordre de la rumination collective et étaient empreintes d'une grande lourdeur. Il est important de noter que souvent, les collègues n'avaient tout simplement pas le temps d'offrir du soutien vu le contexte organisationnel si défavorable. Le tableau 12 et la figure 5 présentent un résumé des résultats obtenus pour le quatrième objectif.

## **Tableau 12. Résumé des résultats pour l'objectif 4**

- 
- Le soutien du superviseur est apprécié. Ce soutien peut prendre la forme d'une aide immédiate à la suite de l'événement et d'une supervision clinique par après afin d'apprendre de l'événement et/ou d'autres événements similaires.
  - Les travailleurs qui ont une relation de confiance avec leur superviseur tendent à bénéficier d'un soutien émotionnel, alors que les autres se limitent à une discussion des faits lorsqu'ils abordent l'événement.
  - Le soutien des collègues est apprécié et peut prendre plusieurs formes : émotionnel, instrumental, informationnel. Certains travailleurs sont toutefois confrontés à de l'indifférence de la part de leurs collègues, ce qui pourrait être lié à un climat de minimisation de l'importance des agressions au travail.
  - Un facteur important limitant le soutien du superviseur et le soutien entre collègues est le manque de temps ou de disponibilité causé par des facteurs organisationnels (p. ex. la charge de travail).
-

**Figure 5. Modèle théorique des effets du soutien adéquat et du soutien inadéquat des collègues et du superviseur pour les travailleurs dans les Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse**



## 5. DISCUSSION

### 5.1 Retour sur l'objectif 1 : comparer les travailleurs de la cohorte du CPEJ-Mtl qui ont reçu le soutien d'un pair aidant de l'EIPT en plus du soutien usuel (CPEJ-Mtl avec EIPT) avec les travailleurs de chacune des deux autres cohortes (CPEJ-Mtl sans EIPT et CPEJ-Mon) qui ont reçu le soutien usuel seulement.

Des différences entre les trois cohortes sont apparues au T1 seulement, soit à l'intérieur d'un mois suivant l'exposition à l'EPT. Au T1, les participants du CPEJ-Mon présentaient davantage de symptômes de stress aigu comparativement aux participants du groupe CPEJ-Mtl sans EIPT. De manière similaire, les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT tendaient à rapporter davantage de symptômes de stress aigu comparativement à ceux du groupe CPEJ-Mtl sans EIPT. Également au T1, les participants du groupe CPEJ-Mtl avec EIPT et ceux du groupe CPEJ-Mon présentaient un taux plus élevé d'absentéisme (au moins une journée partielle ou complète de travail manquée au cours des quatre dernières semaines en raison d'un problème de santé) comparativement aux participants du groupe CPEJ-Mtl sans EIPT. Finalement, au T1, les participants du groupe CPEJ-Mon présentaient une plus faible efficacité personnelle (confiance en sa capacité à composer avec les comportements agressifs des clients) comparativement aux participants du CPEJ-Mtl sans EIPT. Les symptômes de stress post-traumatique, le taux d'absentéisme et l'efficacité personnelle ne variaient pas entre les trois groupes aux T2, au T3, ou au T4. De même, aucune autre différence significative n'est apparue entre les trois groupes (nonobstant le temps de mesure) pour les autres variables de santé mentale — stress perçu, détresse psychologique, symptômes d'anxiété, symptômes dépressifs et symptômes d'insomnie — ou les variables de travail, soit la qualité de vie professionnelle et le présentéisme.

À la lumière de ces résultats, il semble que les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT et les participants du CPEJ-Mon avaient une santé mentale et un fonctionnement professionnel plus précaire durant les jours ou les semaines qui ont suivi leur EPT (T1) comparativement aux participants du CPEJ-Mtl sans EIPT. Cela pourrait refléter une division naturelle au CPEJ-Mtl, où les travailleurs les plus affectés seraient davantage portés à avoir recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT. Les données qualitatives colligées dans le cadre de l'objectif 3 de la présente recherche font d'ailleurs ressortir les nombreuses conséquences psychologiques des EPT chez les participants qui ont eu recours au soutien d'un pair aidant (cohorte CPEJ-Mtl avec EIPT).

Considérant les symptômes de stress post-traumatique et le taux d'absentéisme plus élevé dans le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT comparativement au groupe CPEJ-Mtl sans EIPT au T1, il est possible que l'absence de différence sur ces deux variables entre les deux cohortes au T2, au T3 et au T4 reflète un effet bénéfique du soutien d'un pair aidant.

Toutefois, le même patron de résultats est apparu entre le groupe CPEJ-Mon et le groupe CPEJ-Mtl sans EIPT, ce qui ne peut pas être expliqué par le recours au soutien d'un pair aidant. Lorsque les résultats sont analysés dans leur ensemble, il apparaît plutôt que le recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT n'a pas significativement amélioré la santé mentale des travailleurs et leur fonctionnement au travail.

Plusieurs facteurs pourraient contribuer à expliquer l'absence d'améliorations plus importantes chez les travailleurs qui ont eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT comparativement à ceux qui n'y ont pas eu recours (CPEJ-Mtl avec EIPT versus CPEJ-Mtl sans EIPT) ou qui n'y avaient pas accès (cohorte CPEJ-Mon). Cela pourrait s'expliquer, d'une part, par une durée (nombre de minutes/heures) ou une intensité (nombre de stratégies appliquées) insuffisante. Bien qu'il n'ait pas été possible de colliger le nombre de séances que les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT ont eu avec un pair aidant, les données de la première phase de cette recherche (Bilodeau, 2014) indiquent que les travailleurs qui ont recours à l'EIPT reçoivent 1,7 séance en moyenne. Nonobstant le nombre de séances reçues, il est possible que le soutien d'un pair aidant soit une solution insuffisante dans le contexte de travail des CPEJ, lequel s'avère extrêmement exigeant pour plusieurs travailleurs. En effet, selon le rapport du Vérificateur général du Québec au sujet de la protection de la jeunesse pour l'année 2019-2020, la charge de travail des intervenants est très grande et le personnel n'est pas suffisant pour adresser les besoins actuels. Les ressources humaines, matérielles et financières seraient donc insuffisantes pour le mandat des travailleurs (Fortin *et al.*, 2019). Ces conditions de travail se combinent à des expositions répétées à des comportements agressifs de la part des usagers : 54 % des travailleurs en CPEJ au Québec rapportent être victimes d'une agression physique au cours d'une année, et 95 % sont victimes d'une agression psychologique de manière hebdomadaire durant la même période (Geoffrion et Ouellet, 2013). Finalement, il importe de considérer les défis psychologiques liés au travail d'éducateur en CPEJ, celui-ci impliquant la responsabilité professionnelle pour toutes les décisions visant à protéger les enfants et adolescents vulnérables (« accountability stress » ; Geoffrion *et al.*, 2016) et l'exposition répétée à des récits traumatiques (Berrick et Altobelli, 2018 ; Molnar *et al.*, 2020). Ces conditions, dont certaines sont propres au contexte organisationnel et d'autres inhérentes à la nature du travail en CPEJ, pourraient expliquer que le rétablissement à un EPT soit difficile pour ces travailleurs, même avec le soutien d'un pair aidant de l'EIPT.

Les résultats de la présente étude suggèrent que la réduction des symptômes psychologiques à moyen et à long terme n'est peut-être pas un objectif réaliste du soutien par les pairs dans les CPEJ, du moins, dans le contexte organisationnel actuel. Selon les premières lignes directrices internationales sur le soutien par les pairs (Creamer *et al.*, 2012), cette approche ne doit pas être conceptualisée comme un traitement pour les troubles psychiatriques. Le soutien par les pairs vise néanmoins la promotion de la santé psychologique/physique et du bien-être de manière globale (Creamer *et al.*, 2012). Dans les contextes de protection de la jeunesse, il serait peut-être plus approprié de

conceptualiser le soutien par les pairs comme un moyen de réduire la détresse initiale (dans les premiers jours du traumatisme) et de promouvoir des stratégies adaptatives. De tels bénéfices ont d'ailleurs été rapportés par plusieurs participants ayant eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT (résultats de l'objectif 3). En plus de ces avantages potentiels, les pairs aidants sont dans une position idéale pour évaluer l'évolution des symptômes d'état de stress aigu à la suite d'un EPT (appelé « watchful waiting », ou « attente bienveillante » en français ; National Institute for Health and Care Excellence, 2018) et pour motiver les travailleurs à demander de l'aide professionnelle en cas de besoin (Tessier *et al.*, 2021). Dans la présente recherche, l'effet du recours au soutien d'un pair aidant sur la recherche d'aide professionnelle pour les travailleurs qui en ont besoin n'a pas été mesuré. En somme, bien définir le rôle des pairs aidants pourrait favoriser les bénéfices du soutien par les pairs

## **5.2 Retour sur l'objectif 2 : identifier les prédicteurs (facteurs de risque et de protection) de l'état psychologique et du fonctionnement au travail chez les travailleurs exposés à des EPT au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon**

Les données descriptives révèlent que les participants ont rapporté plusieurs symptômes liés à des problématiques de santé mentale qui sont restées relativement stables durant les 12 mois de l'étude. Le pourcentage de participants ayant obtenu un score au-dessus du seuil clinique pour les symptômes d'insomnie était de 40,5 % au T1 et de 43,1 % au T4. Il en va de même pour les symptômes dépressifs modérés à sévères (11,3 % au T1 et 12,6 % au T4) et les symptômes d'anxiété de modérés à sévères (14,3 % au T1 et 13,7 % au T4). Finalement, 38,7 % des participants atteignaient un score cliniquement significatif de symptômes de stress aigu au T1. La proportion de participants atteignant le score clinique pour les symptômes de stress post-traumatique était de 10,1 % au T2, 11,1 % au T3, et 9,9 % au T4. En outre, il serait attendu que les participants de la présente étude aient vu leur fonctionnement professionnel être altéré (c.-à-d., la confiance en sa capacité à composer avec les comportements agressifs des clients, la qualité de vie professionnelle, le présentéisme et l'absentéisme), considérant les conséquences bien documentées des EPT – en particulier, les agressions des usagers — sur le fonctionnement des travailleurs en protection de la jeunesse (Hunt *et al.*, 2016 ; Laird, 2013 ; Littlechild *et al.*, 2016 ; Robson *et al.*, 2014 ; Shin, 2011 ; Stanley et Goddard, 2002). Les prochaines sous-sections abordent les prédicteurs de l'état psychologique et du fonctionnement professionnel.

### **5.2.1 L'état psychologique et le fonctionnement professionnel**

Trois variables de travail modifiables prédisent les symptômes psychologiques (symptômes dépressifs, d'anxiété, d'insomnie, et de stress aigu/post-traumatique), la qualité de vie professionnelle et/ou le présentéisme : (a) la confiance en sa capacité à faire face aux comportements agressifs des clients (facteur de protection), (b) la mesure dans laquelle le travail est perçu comme étant sécuritaire (facteur de protection), et (c) les

demandes psychologiques en lien avec le travail (facteur de risque). À titre de rappel, ces trois variables de travail sont associées de manière prospective (plutôt que transversale) aux variables prédites.

La confiance en sa propre capacité à faire face à l'agressivité des usagers prédit négativement les symptômes dépressifs, les symptômes d'anxiété, les symptômes post-traumatiques et le présentéisme, et prédit positivement la qualité de vie professionnelle. Ces résultats sont cohérents avec le rôle central de l'efficacité personnelle dans le processus de rétablissement à la suite d'un événement traumatique (Benight et Bandura, 2004). Selon Laird (2014), le parcours académique des éducateurs devrait inclure davantage de formation sur la gestion de l'agressivité des usagers. Il est suggéré que les éducateurs soient mieux préparés à affirmer leur autorité professionnelle, à travailler avec des usagers présentant un trouble de consommation de substances ou un autre trouble de santé mentale et à comprendre leur propre réaction émotionnelle face à l'agression (Laird, 2014). Une formation professionnelle continue aux techniques de gestion des agressions pourrait également être utile. Bien que de telles interventions semblent peu efficaces pour réduire la fréquence d'exposition à des agressions (pour une revue Cochrane, voir Geoffrion *et al.*, 2020), elles peuvent influencer positivement la confiance des travailleurs à faire face à l'agressivité des utilisateurs (Heckemann *et al.*, 2015 ; Price *et al.*, 2015). Il est également important de noter que l'exposition à l'agression peut, en soi, avoir un impact sur la confiance du travailleur. À cet égard, la supervision post-incident par le supérieur, qui fait parfois défaut, peut aider les intervenants à évaluer la pertinence de leur réaction et à déterminer les meilleures façons de gérer des incidents similaires dans le futur (Lamothe *et al.*, 2018 ; Littlechild *et al.*, 2016). De même, les résultats en lien avec le quatrième objectif de la présente étude ont montré que les réunions de suivi avec le supérieur dans les jours et les semaines suivant l'EPT, ainsi que la supervision clinique continue ont le potentiel de favoriser la confiance des travailleurs en leur capacité à gérer les agressions, particulièrement lorsque le travailleur a une relation positive avec son superviseur (Lamothe, Boyer, *et al.*, 2021).

Le degré perçu de sécurité au travail prédit négativement les symptômes dépressifs, les symptômes d'anxiété et les symptômes post-traumatiques, et prédit positivement la qualité de vie professionnelle. Un facteur qui pourrait contribuer à un plus faible sentiment de sécurité chez les travailleurs est le manque de personnel formé pour superviser les jeunes et intervenir pendant les crises. En effet, dans une étude qualitative antérieure (Lamothe *et al.*, 2018) et dans le cadre de l'objectif 4 de la présente recherche (Lamothe, Geoffrion, *et al.*, 2021), certains travailleurs ont perçu que les coupes budgétaires et la réduction du personnel contribuaient à l'éclosion de situations dangereuses (voir aussi Geoffrion *et al.*, 2021). De plus, les travailleurs sont susceptibles de se sentir plus en sécurité lorsqu'ils perçoivent que leur organisation sera en mesure de les soutenir en cas d'exposition à un EPT. Cependant, une croyance fréquente en CPEJ est que le fait d'être agressé verbalement ou physiquement fait partie du travail. Cette croyance est associée à la non-divulgaration de l'agression et à un soutien inadéquat du superviseur (Geoffrion et

Ouellet, 2013 ; Hunt *et al.*, 2016 ; Lamothe *et al.*, 2018). À cet égard, la sécurité des travailleurs devrait être considérée comme une priorité en CPEJ. En effet, lorsque les intervenants craignent pour leur propre sécurité ou celle de leur famille, de nombreuses dimensions de leur travail peuvent être compromises, y compris leur relation avec les jeunes usagers, leur capacité à recadrer des comportements inadéquats de la part des parents, de même que leur évaluation de la sécurité des enfants (Lamothe *et al.*, 2018 ; Littlechild *et al.*, 2016 ; Robson *et al.*, 2014). De plus, le fait de craindre pour son intégrité personnelle ou de percevoir des problèmes de sécurité dans le milieu de travail peut contribuer à une plus faible capacité de rétention des intervenants en CPEJ (Ellett *et al.*, 2007 ; Kim, Hyosu et Kao, 2014). Ainsi, des mesures devraient être mises en place pour réduire le risque d'exposition à des agressions, notamment lors des visites à domicile (Spencer et Munch, 2003).

Les demandes psychologiques en lien avec le travail prédisent positivement toutes les variables de santé mentale ainsi que le présentéisme, et prédisent négativement la qualité de vie professionnelle. De même, dans la documentation scientifique, les demandes psychologiques en lien avec le travail prédisent positivement les difficultés psychologiques (pour une méta-revue, voir Harvey *et al.*, 2017). Il n'existe pas d'intervention organisationnelle universellement efficace pour diminuer les demandes psychologiques élevées et d'autres facteurs de risque psychosociaux en CPEJ. Toutefois, il est évident que l'intervention développée devrait tenir compte des particularités de l'organisation ainsi que de ses priorités. Une manière de parvenir à cet objectif est par l'utilisation d'une approche participative. Dans le cadre de cette approche, une équipe d'intervention composée de travailleurs (p. ex. : éducateurs, représentants syndicaux, gestionnaires) serait impliquée dans l'identification des défis organisationnels — y compris ceux augmentant les demandes psychologiques — et dans l'élaboration de solutions potentielles (Brisson *et al.*, 2020). Autant que nous sachions, aucune étude ne rapporte les résultats de l'utilisation d'une approche participative dans une agence de protection de la jeunesse.

### **5.2.2 La détresse psychologique après l'EPT**

La détresse psychologique rapportée par les intervenants après avoir été exposés à un EPT prédit le nombre d'agressions vécues deux mois plus tard, mais pas six ou douze mois plus tard. Ce résultat offre un soutien partiel à l'hypothèse sur la nature cyclique de l'exposition à l'agressivité des usagers pour les intervenants en protection de la jeunesse (Winstanley et Hales, 2015). Considérant les difficultés interpersonnelles des intervenants — irritabilité, hostilité, instabilité — qui sont associées à la détresse psychologique (Kind *et al.*, 2018 ; Van Mol *et al.*, 2015), il semble vraisemblable que les jeunes et leurs parents puissent être exposés aux émotions négatives de ceux-ci (O'Connor, 2020), auxquelles ils pourraient alors réagir de manière inappropriée (Jaffee, 2017). Les intervenants en détresse pourraient également avoir de la difficulté à désamorcer des situations tendues avec les clients (Stanley et Goddard, 2002 ; Winstanley et Hales, 2015). Dans la même

lignée, les travailleurs en protection de l'enfance qui sont en détresse rapportent avoir du mal à utiliser leur empathie de manière thérapeutique (Winstanley et Hales, 2015). Les recherches futures devraient se concentrer sur la manière dont la détresse psychologique des intervenants influence la qualité de l'empathie avec les usagers et leur capacité à gérer les situations tendues avec ces derniers.

Ces résultats soulignent la pertinence d'inclure des mesures visant à alléger la détresse psychologique des intervenants au moment de développer (et de mettre en pratique) des politiques de prévention des agressions. En effet, il est nécessaire de reconnaître qu'il est difficile pour les travailleurs de composer avec les usagers dans les moments de crise lorsqu'ils sont eux-mêmes en détresse (Lamothe *et al.*, 2018). Notons que ce défi est aggravé par la crainte d'être blâmé de manière injustifiée pour des résultats négatifs qui ne découlent pas d'un manque de compétence ou d'une faute professionnelle, ce qui peut exacerber le stress vécu (Munro, 2019). La priorisation du bien-être des intervenants soulève toutefois plusieurs défis. À cet égard, de nombreuses agences de protection de l'enfance dans le monde adoptent des formes de gouvernance qui vont parfois à l'encontre des valeurs du travail social (Berrick et Altobelli, 2018 ; Munro, 2011, 2019 ; Radey *et al.*, 2020). Dans un tel contexte organisationnel, les émotions négatives des travailleurs peuvent être considérées comme étant non professionnelles et leur expression peut être découragée, créant un contexte propice à générer plus de détresse psychologique (Munro, 2019 ; O'Connor, 2020). D'ailleurs, de nombreux travailleurs en protection de l'enfance refusent de divulguer leur détresse à leurs employeurs par peur d'être jugés négativement (Lamothe *et al.*, 2018 ; Littlechild *et al.*, 2016).

### **5.3 Retour sur l'objectif 3 : explorer les motifs du recours et du non-recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT chez les travailleurs exposés au CPEJ-Mtl**

Les résultats montrent que le groupe du CPEJ-Mtl avec EIPT contenait une plus grande proportion d'hommes comparativement au groupe du CPEJ-Mtl sans EIPT. Malgré cette observation, l'adhérence aux rôles de genre masculins était moins grande dans le groupe ayant reçu les services de l'EIPT comparativement au groupe n'ayant pas eu reçu ces services. Il importe de considérer que dans les CPEJ, les différences entre les hommes et les femmes sur la masculinité et la féminité pourraient être plus faibles que dans la population générale. Dans l'échantillon de la présente étude, la différence entre les hommes et les femmes sur la masculinité n'était que marginalement significative (moyenne de 5,01 pour les hommes comparativement à 4,77 pour les femmes) et aucune différence entre les sexes n'a été observée sur l'échelle de féminité. Dans l'ensemble, ces résultats appuient l'hypothèse selon laquelle l'adhérence aux rôles de genre masculins peut être une barrière à la recherche d'aide pour des difficultés psychologiques (Street et Dardis, 2018). Il est également possible que l'adhérence à des rôles de genre masculins ait influencé le choix de participer à l'étude pour les travailleurs recevant le service de l'EIPT. Par exemple, certains travailleurs auraient pu préférer ne pas dévoiler leurs réactions négatives et le besoin d'aide en découlant, ceux-ci pouvant être perçus comme

étant incompatibles avec des rôles de genre masculins (indépendance, dominance, amour du risque, etc.).

L'analyse des verbatim des entrevues pour les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT a révélé plusieurs symptômes (p. ex. : peur de l'usager agressif et autres émotions négatives, difficultés de sommeil, épuisement et fatigue de compassion, symptômes physiques et physiologiques, pensées intrusives, difficultés de concentration) ayant amené certains à remettre leur emploi en question. La moitié des participants dans ce groupe ont rapporté avoir utilisé au moins une journée de congé codé en « post-trauma » et cinq participants ont été en arrêt de travail suite à l'EPT. À la lumière des conséquences des EPT rapportées par les participants du CPEJ-Mtl avec EIPT, il est vraisemblable qu'un motif majeur du recours au soutien d'un pair aidant ait été la présence d'une détresse significative. Cette hypothèse est également appuyée par la présence de symptômes de TSA plus importants dans le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT comparativement au groupe CPEJ-Mtl sans EIPT (voir les résultats pour l'objectif 1). Pour certains participants, toutefois, l'utilisation de ce service était davantage préventive. Le fait d'être encouragé par un collègue à utiliser le service (directement ou par l'exemple) ou d'avoir déjà utilisé le service par le passé semble être des facteurs de motivation supplémentaires favorisant le recours au service de l'EIPT. Dans l'ensemble, les commentaires par rapport aux rencontres avec un pair aidant étaient très favorables. Plusieurs participants ont apprécié la composante de normalisation et de psychoéducation par rapport aux symptômes de stress aigu, le support et l'écoute obtenus, ainsi que certaines recommandations/conseils, stratégies et rétroactions offertes par l'intervenant. Le fait que le pair aidant soit familier avec le fonctionnement de l'organisation, disponible/flexible, et extérieur à la situation problématique (c.-à-d., l'EPT) était également perçu comme un avantage. Les recommandations pour l'amélioration du service de l'EIPT étaient peu nombreuses et avaient presque toutes comme objectif d'améliorer l'accessibilité au service pour les travailleurs exposés à un EPT. Dans l'ensemble, les données qualitatives font ressortir que le service de l'EIPT est perçu comme étant acceptable et bénéfique par les participants y ayant eu recours.

L'analyse des verbatim des entrevues pour les participants du CPEJ-Mtl sans EIPT a permis d'identifier les motifs du non-recours au soutien d'un pair aidant. Les principaux motifs sont (a) un manque d'utilité perçue et (b) l'accès à d'autres sources de soutien (supérieur, collègues, conjoint, psychologue) qui sont perçus comme étant suffisants. D'autres participants n'ont pas eu recours au service de l'EIPT, car celui-ci n'a pas été offert par le superviseur ou parce qu'ils manquaient d'information par rapport à ce service. Seulement deux participants ont rapporté une crainte de connaître le pair aidant. En somme, plusieurs travailleurs exposés à un EPT ne ressentent pas le besoin d'être accompagné par un pair aidant. Toutefois, certains travailleurs pourraient en avoir besoin, mais ne pas y avoir recours dû au manque de proactivité du superviseur ou à un manque d'information par rapport à l'EIPT.

#### **5.4 Retour sur l'objectif 4 : explorer les besoins de soutien des travailleurs exposés au CPEJ-Mtl et au CPEJ-Mon dans l'année suivant l'événement**

Le soutien au sein de l'organisation est un élément clé pour la qualité de vie professionnelle des intervenants en protection de la jeunesse (Littlechild *et al.*, 2016 ; Radey et Stanley, 2018). L'objectif 4 a permis de cerner des besoins de soutien importants suite à l'analyse d'entrevues semi-structurées effectuées auprès de sous-groupes de participants. Les intervenants interviewés ont exprimé des besoins tout particulièrement envers leur superviseur et leurs collègues à la suite de leur exposition à un EPT. Dans les semaines et les mois qui ont suivi l'EPT, plusieurs travailleurs ont manifesté leur intérêt à recevoir du soutien émotionnel, des rétroactions sur les actions posées durant l'EPT et un temps d'échange avec leur superviseur pour en tirer des leçons et apprendre de l'événement. Ces résultats concordent avec plusieurs autres études mettant en évidence les avantages potentiels du soutien du superviseur pour les travailleurs en protection de la jeunesse (Olaniyan *et al.*, 2020). Malheureusement, plusieurs participants ont aussi rapporté ne pas avoir eu cette opportunité en raison des conditions de travail. À cet effet, les contraintes imposées par le contexte organisationnel en protection de la jeunesse depuis l'implantation du projet de loi 10 ont été décrites dans le rapport de la Commission Laurent qui précise que les superviseurs n'ont pas le temps nécessaire à consacrer au développement professionnel de leurs intervenants (CSDEPJ, 2021)

En ce qui concerne le soutien des collègues, quatre besoins principaux ont émergé : le soutien émotionnel, le soutien instrumental, le soutien informationnel, et le soutien d'évaluation. Ces besoins identifiés sont généralement complémentaires à ceux identifiés avec le superviseur. Outre le besoin de validation et de bienveillance qui réfèrent à du soutien émotionnel, les participants ont fait mention de besoins de soutien concrets (p. ex. dans la gestion des jeunes agressifs) et informationnels (p. ex. se faire encourager et guider à recourir à de l'aide en cas de besoin). Les participants ont aussi fait mention du besoin des collègues pour trouver un sens à l'expérience qu'ils ont vécue. L'ensemble de ces résultats fait écho aux conclusions de Biggart *et al.* (2017) selon lesquelles le soutien des collègues répond à plusieurs besoins spécifiques des intervenants. Cependant, le contexte organisationnel défavorable a été montré du doigt comme étant un facteur qui limitait l'efficacité du soutien des collègues par un bon nombre de participants. En effet, il a été nommé que les collègues rapportent ne pas avoir le temps de se soutenir les uns les autres dû aux conditions de travail. La récente Commission Laurent fait également échos à ces constats en déplorant la nature de plus en plus isolée et stressante du travail d'intervenant (CSDEPJ, 2021).

## 5.5 Limites de l'étude

Malgré ses contributions importantes, la présente étude comporte plusieurs limites. Premièrement, le recrutement était basé sur un mode volontaire, ce qui pourrait avoir entraîné un biais d'autosélection. Ainsi, il se peut que les participants à l'étude aient des caractéristiques différentes des autres travailleurs en CPEJ exposés à un EPT n'ayant pas participé pour diverses raisons. Ce risque de biais pourrait être plus élevé dans le groupe CPEJ-Mtl avec EIPT, pour lequel l'objectif de recrutement initial (c.-à-d., 74 participants) n'a pas été atteint. Cela suggère que seule une proportion de tous les travailleurs ayant eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT entre 2015 et 2019 (correspondant à la période de recrutement) ont pris part à l'étude (le nombre de participants ayant eu recours au soutien d'un pair aidant durant cette période n'a pas été documenté). Deuxièmement, puisque les données recueillies proviennent toutes de réponses à des questionnaires autorapportés ou d'entrevues semi-structurées, il est possible que certains biais (p. ex. un biais de désirabilité sociale ou un biais de rappel) aient influencé les résultats. Troisièmement, le climat de travail n'a pas été évalué (Gagnon, S. *et al.*, 2009). Il est possible que cette variable ait influencé le choix d'avoir recours ou non au service d'entraide par les pairs, ou encore la trajectoire de santé mentale des intervenants suivant l'exposition à un EPT. Quatrièmement, puisqu'il était impossible de prévoir à l'avance quels travailleurs seraient exposés à un EPT (l'exposition à un EPT étant un critère d'inclusion à l'étude), aucune cueillette de données n'a été effectuée avant l'EPT. Considérant que la première évaluation a eu lieu en moyenne 18 jours après l'EPT, le degré auquel les EPT ont influencé les variables à l'étude n'a pas pu être testé. Cinquièmement, bien que les facteurs péri-traumatiques (p. ex. : le type de trauma, la sévérité du trauma) peuvent prédire le développement de symptômes de TSPT à la suite d'un EPT (Sayed *et al.*, 2015), ces facteurs n'ont pas été considérés dans les analyses. Néanmoins, il importe de rappeler que le type d'EPT était relativement homogène parmi les participants. En effet, la vaste majorité des EPT impliquaient une exposition à des comportements agressifs perpétrés par un usager. Sixièmement, la possibilité que la récente réforme du réseau de la santé et des services sociaux - MSSS (Loi 10 ; Bourque et Lachapelle, 2018) ait eu des effets négatifs sur les perceptions des intervenants ne peut être exclue. En effet, au moment de l'étude, les services de protection de la jeunesse traversaient une période de changements organisationnels intenses. Bien que les participants aient mentionné que les facteurs de stress organisationnels étaient apparus bien avant la réforme, il est possible que l'avènement de cette dernière ait exacerbé les enjeux. Septièmement, aucune donnée en lien avec les usagers n'a été colligée dans le cadre de ce projet de recherche. Il serait très pertinent dans des études futures d'inclure des variables reliées aux usagers, comme leurs vécus traumatiques, leurs problèmes de santé mentale et leurs modes d'adaptation, afin de mesurer leur influence sur l'adaptation des intervenants à la suite d'un EPT.

## 5.6 Recommandations

Cinq recommandations émergent de l'ensemble de nos résultats. Ces recommandations tiennent compte des constats quantitatifs et qualitatifs et se basent sur les données probantes existantes. Elles tiennent également compte des lignes directrices émises par les organismes internationaux reconnus dans le domaine de la prévention des troubles mentaux au travail.

Notre première recommandation est d'outiller les gestionnaires et les supérieurs immédiats afin de les aider à mieux soutenir les intervenants exposés à un EPT. Cette action requiert de les former à offrir des premiers soins psychologiques (Geoffrion, Martin, *et al.*, 2019) aux intervenants à court, moyen ou long terme suivant un EPT. Les gestionnaires doivent également être au fait des ressources psychosociales existantes à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation, incluant l'EIPT, afin de pouvoir orienter les intervenants qui auraient des besoins de suivis, à partir de la période post-événement jusqu'à la réinsertion au travail dans le cas où l'intervenant aura dû aller en arrêt de travail. Plus spécifiquement, les gestionnaires et les supérieurs devraient être en mesure de réaliser dix actions : 1) Réconforter et soutenir l'intervenant exposé, 2) Protéger l'intervenant des sources de menace ou de détresse supplémentaire, 3) Répondre aux besoins physiques immédiats, 4) Faciliter le soutien social, 5) Écouter activement la personne, 6) Offrir un accès à l'information pertinente, y compris sur l'événement (ce qui s'est passé, qui est touché), 7) Fournir des informations sur les réactions courantes (normalisation), 8) Faciliter la trajectoire de soin et le recours aux ressources d'aide, 9) Encourager la prise d'objectifs réalistes concernant la réinsertion au travail et 10) Exprimer de l'appréciation au travailleur exposé (Guay et Marchand, 2011).

Notre deuxième recommandation vise à maintenir le service de soutien par les pairs de l'EIPT compte tenu des données probantes récentes (Di Nota *et al.*, 2021), mais en l'améliorant. À cet effet, cette recommandation se découpe en trois suggestions : 1) accentuer les efforts de promotion de l'EIPT au CPEJ-Mtl et permettre aux travailleurs de demander ce service sans nécessiter une référence du supérieur, 2) inclure des rencontres de suivi téléphonique ou par visioconférence afin d'évaluer l'évolution des symptômes après la fin du suivi régulier ; et 3) offrir plus de modalités d'intervention de manière à répondre à plus de besoins. La première suggestion est basée sur la constatation que certains participants qui n'ont pas eu recours au soutien d'un pair aidant de l'EIPT suivant leur EPT ne connaissaient pas ce service. De plus, les suggestions des participants ayant eu recours au soutien d'un pair aidant visaient principalement la facilitation de l'accès à ce service. Concernant la deuxième suggestion, il est proposé que le pair aidant fasse des suivis téléphoniques ou par visioconférence après la fin du suivi régulier (c.-à-d., la fin des rencontres individuelles), au-delà d'un mois suivant l'EPT, afin d'évaluer l'évolution des symptômes de stress aigus et de stress post-traumatiques. Cette pratique correspond à la veille bienveillante (« active monitoring » ou « watchful waiting » en anglais), qui est recommandée pour identifier les individus à risque d'expérimenter une

détérioration de leurs symptômes (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). Enfin, la troisième suggestion vise à introduire dans la formation aux pairs aidants des composantes d'intervention adressant d'autres difficultés que celles de nature post-traumatique, en premier lieu les difficultés d'insomnie, les symptômes de dépression et l'épuisement professionnel. Ces composantes devraient être basées sur les données probantes, mais également sur les prédicteurs identifiés dans la présente étude (p. ex. : perception de sécurité, demandes psychologiques, confiance en ses capacités à composer avec les comportements agressifs des clients).

Notre troisième recommandation est de développer des capsules de formation sur les bonnes pratiques d'autosoins et de soutien aux collègues, afin que ceux-ci puissent agir adéquatement comme agent de veille attentive auprès des intervenants exposés. Ces capsules s'inscrivant dans un modèle de soins tenant compte des EPT intégreront également les résultats de la présente étude afin de maximiser ce qui semble aidant pour les travailleurs et mitiger les pratiques de soutien à éviter. Ce service compléterait l'EIPT en permettant d'améliorer le soutien entre collègues, ce besoin étant ressorti dans la présente étude. Les capsules devraient également promouvoir les services disponibles pour aider les travailleurs affectés par un EPT, incluant l'EIPT.

Notre quatrième recommandation est d'offrir l'accès à une psychothérapie probante et efficace (c.-à-d., appuyée par des essais randomisés contrôlés) pour les symptômes de stress aigu et de stress post-traumatique. Par exemple, une thérapie individuelle cognitivo-comportementale en quatre séances pour l'état de stress aigu a été démontrée comme étant efficace (Guay *et al.*, 2019 ; Guay et Sader, 2019). Les CPEJ pourraient collaborer avec le programme d'aide aux employés pour identifier des spécialistes dans le traitement des symptômes de stress aigus et de stress post-traumatiques.

Alternativement, une équipe de psychologues à l'interne pourrait être formée. Offrir l'accès à une psychothérapie, en personne ou en visioconférence, répondrait aux besoins des travailleurs qui développent des symptômes d'une intensité modérée à sévère à la suite d'un EPT en milieu de travail, et pour lesquels le soutien d'un pair (sentinelle ou pair aidant) serait insuffisant.

Notre cinquième recommandation consiste à rendre accessible et promouvoir des outils numériques pour la gestion des conséquences des EPT, et ce, pour l'ensemble des intervenants des CPEJ. Par exemple, plusieurs études supportent l'efficacité d'applications mobiles visant à composer avec des symptômes dépressifs, d'anxiété et de stress post-traumatique (Lecomte *et al.*, 2020). De nouveaux outils numériques pourraient également être développés. De manière prioritaire, une application mobile francophone devrait être développée pour permettre l'autoévaluation des symptômes de stress aigu et de stress post-traumatique. Sur la base des informations communiquées par l'utilisateur, cet outil générerait des rétroactions sur l'évolution des symptômes (maintien, amélioration, ou détérioration) et recommanderait, au besoin, de consulter des ressources disponibles à l'intérieur ou à l'extérieur de l'organisation. Cet outil permettrait notamment de mettre en contact les travailleurs avec le service de l'EIPT, ce qui permettra de mitiger les barrières à l'accès à ce service qui sont ressorties dans la présente étude.

## CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif principal d'investiguer les effets à court, moyen et long terme du soutien par les pairs aidants en comparant l'évolution d'une cohorte de travailleurs exposés à des EPT au CPEJ-Mtl ayant reçu le soutien de pairs aidants à deux autres cohortes de travailleurs exposés, mais n'ayant pas reçu d'interventions de la part de pairs aidants (l'une au CPEJ-Mtl et l'autre au CPEJ-Mon). Dans l'ensemble, les résultats ne supportent pas l'efficacité du soutien par les pairs aidants de l'EIPT dans sa forme actuelle. En contrepartie, les résultats n'ont fait ressortir aucun effet délétère de cette intervention. En outre, les résultats démontrent que bien qu'une proportion importante des travailleurs exposés à des EPT présentent des difficultés psychologiques, la majorité d'entre eux semble bien s'adapter. De plus, il semble que le soutien des collègues et des superviseurs soit un élément clé à considérer afin de favoriser cette adaptation. Les efforts investis pour soutenir les intervenants en protection de la jeunesse doivent être maintenus afin d'assurer des services de qualité aux jeunes en difficultés d'adaptation. Il est toutefois recommandé de les accentuer de plusieurs façons, notamment en misant sur : 1) l'amélioration du soutien des supérieurs et des collègues, 2) la diversification des interventions post EPT, 3) l'intégration de mesures d'autosoin numériques, et 4) un meilleur accès à des traitements spécialisés pour le TSPT et les troubles connexes. Les recherches futures devront tenir compte des données probantes issues de cette étude et d'autres études similaires tout en prenant en compte le point de vue des intervenants en CPEJ et de leurs usagers.

## BIBLIOGRAPHIE

- Agorastos, A., Pittman, J. O., Angkaw, A. C., Nievergelt, C. M., Hansen, C. J., Aversa, L. H., . . . Team, M. R. S. (2014). The cumulative effect of different childhood trauma types on self-reported symptoms of adult male depression and PTSD, substance abuse and health-related quality of life in a large active-duty military cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 46-54. 10.1016/j.jpsychires.2014.07.014
- Akbolat, M., Sezer, C., Ünal, Ö., Amarat, M. et Durmuş, A. (2019). The effects of direct violence and witnessed violence on the future fear of violence and turnover intention: A study of health employees. *Current Psychology*, 24(4), 1-7. 10.1007/s12144-019-00410-x
- Alain, M. (1987). A french version of the Bem Sex-Role Inventory. *Psychological Reports*, 61(2), 673-674. 10.2466/pr0.1987.61.2.673
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Author.
- Anderson, G. S., Di Nota, P. M., Groll, D. et Carleton, R. N. (2020). Peer support and crisis-focused psychological interventions designed to mitigate post-traumatic stress injuries among public safety and frontline healthcare personnel: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1-16. 10.3390/ijerph17207645
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W. et Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One*, 11(10), 1-16. 10.1371/journal.pone.0161645
- Ayotte, M.-H., Lanctôt, N. et Tourigny, M. (2017). The association between the working alliance with adolescent girls in residential care and their trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child & Youth Care Forum*, 46(4), 601-620. 10.1007/s10566-017-9398-x
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. et Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. <https://www.who.int/publications/i/item/audit-the-alcohol-use-disorders-identification-test-guidelines-for-use-in-primary-health-care>
- Barling, J., Rogers, A. G. et Kelloway, E. K. (2001). Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 255-269. 10.1037/1076-8998.6.3.255
- Bastien, C. H., Vallières, A. et Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307. 10.1016/S1389-9457(00)00065-4

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. Psychological Corporation.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(2), 155-162. 10.1037/h0036215
- Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(2), 196-205. 10.1037/0022-006X.45.2.196
- Benedek, D. M., Friedman, M. J., Zatzick, D. et Ursano, R. J. (2009). *Guideline watch (march 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. <https://psychiatryonline.org/>
- Benight, C. C. et Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148. 10.1016/j.brat.2003.08.008
- Berrick, J. D. et Altobelli, E. (2018). *The impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Beshai, S. et Carleton, N. (2016). *Peer support and crisis-focused psychological intervention programs in Canadian first responders: Blue paper*. <https://www.justiceandsafety.ca/>
- Biggart, L., Ward, E., Cook, L. et Schofield, G. (2017). The team as a secure base: Promoting resilience and competence in child and family social work. *Children and Youth Services Review*, 83, 119-130. 10.1016/j.childyouth.2017.10.031
- Bilodeau, H., Marchand, A., Berthelette, D., Guay, S. et Tremblay, N. (2014). *Analyse d'un protocole d'intervention post-traumatique et de mesures de gestion associées au Centre Jeunesse Montréal - Institut Universitaire [Analysis of a post-traumatic intervention protocol and associated management measures at the Montreal Youth Center - University Institute]*. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100750/n/protocole-d-intervention-post-traumatique-r-819>
- Bogo, M. et McKnight, K. (2006). Clinical supervision in social work: A review of the research literature. *The Clinical Supervisor*, 24(1-2), 49-67. 10.1300/J001v24n01\_04
- Bourque, D. et Lachapelle, R. (2018). Les ravages de la réforme Barrette. *Relations*, 20-21.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S. et Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *The American Journal of Psychiatry*, 156(3), 360-366.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216. 10.1177/135910457000100301

**IRSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

- Brisson, C., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Duchaine, C. S., Trudel, X. et Vézina, M. (2020). Organizational-level interventions and occupational health. Dans T. Theorell (édit.), *Handbook of Socioeconomic Determinants of Occupational Health* (p. 505-536). Springer.
- Brisson, C., Blanchette, C., Guimont, C., Dion, G., Moisan, J., Vézina, M., . . . Mâsse, L. (1998). Reliability and validity of the French version of the 18-item Karasek Job Content Questionnaire. *Work & Stress*, 12(4), 322-336. 10.1080/02678379808256870
- Brough, P. et Pears, J. (2004). Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. *International Journal of Organisational Behaviour*, 8(2), 472-485.
- Bryant, R. A. (2007). Early intervention for post-traumatic stress disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 19-26. 10.1111/j.1751-7893.2007.00006.x
- Bryant, R. A., Moulds, M. L. et Guthrie, R. M. (2000). Acute stress disorder scale: A self-report measure of acute stress disorder. *Psychological Assessment*, 12(1), 61-68. 10.1037/1040-3590.12.1.61
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., . . . Watson, P. (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition*.  
<https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/>
- Caron, P. O. (2019). *La modélisation par équations structurelles avec Mplus*. Presses des Universités du Québec.
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2010). *Prévention de la violence en milieu de travail (3ème ed.)*. Auteur.
- Chenot, D., Benton, A. D. et Kim, H. (2009). The influence of supervisor support, peer support, and organizational culture among early career social workers in child welfare services. *Child Welfare*, 88(5), 129-147.
- CNESST. (2021). *Statistiques sur la violence, le stress et le harcèlement en milieu de travail, 2017-2020*. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/statistiques-violence-stress-harcelement.pdf>
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. 10.2307/2136404
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. et Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 577-589. 10.1007/s11469-011-9323-8
- Cotter, A. (2021). *La victimisation criminelle au Canada, 2019*.  
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00014-fra.pdf>

**IRSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

- Creamer, M. C., Varker, T., Bisson, J., Darte, K., Greenberg, N., Lau, W., . . . Forbes, D. (2012). Guidelines for peer support in high-risk organizations: An international consensus study using the Delphi method. *Journal of Traumatic Stress, 25*(2), 134-141. 10.1002/jts.21685
- CSDEPJ. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes : Rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et de la protection de la jeunesse*. <https://www.csdepj.gouv.qc.ca/accueil/>
- De Léséleuc, S. (2007). *La victimisation criminelle en milieu de travail, 2004*. <https://publications.gc.ca/>
- Di Nota, P. M., Bahji, A., Groll, D., Carleton, R. N. et Anderson, G. S. (2021). Proactive psychological programs designed to mitigate posttraumatic stress injuries among at-risk workers: A systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews, 10*(1), 1-21. 10.1186/s13643-021-01677-7
- Dienes, Z. (2014). Using Bayes to get the most out of non-significant results. *Frontiers in Psychology, 5*, 1-17. 10.3389/fpsyg.2014.00781
- Dienes, Z. (2016). How Bayes factors change scientific practice. *Journal of Mathematical Psychology, 72*, 78-89. 10.1016/j.jmp.2015.10.003
- DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B. et Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 728-744. 10.1016/j.cpr.2013.05.002
- Domon-Archambault, V., Terradas, M. M., Drieu, D., De Fleurian, A., Achim, J., Poulain, S. et Jerrar-Oulidi, J. (2020). Mentalization-based training program for child care workers in residential settings. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 13*(2), 239-248. 10.1007/s40653-019-00269-x
- Douglas, B., Martin, M., Ben, B. et Steve, W. (2015). Fitting linear mixed-effects models using lme4. *Journal of Statistical Software, 67*(1), 1-48. 10.18637/jss.v067.i01
- Ellett, A. J., Ellis, J. I., Westbrook, T. M. et Dews, D. (2007). A qualitative study of 369 child welfare professionals' perspectives about factors contributing to employee retention and turnover. *Children and Youth Services Review, 29*(2), 264-281. 10.1016/j.childyouth.2006.07.005
- Enosh, G., Tzafirir, S. S. et Gur, A. (2013). Client aggression toward social workers and social services in Israel—A qualitative analysis. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(6), 1123-1142. 10.1177/0886260512468230
- Ferguson, H. (2014). Researching social work practice close up: Using ethnographic and mobile methods to understand encounters between social workers, children and families. *The British Journal of Social Work, 46*(1), 153-168. 10.1093/bjsw/bcu120
- Flannery, R. B. (2020). The Assaultive Staff Action Program (ASAP): Thirty year program analysis. *The Psychiatric Quarterly, 91*(4), 1011-1015. 10.1007/s11126-020-09785-8

- Flannery, R. B., Anderson, E., Marks, L. et Uzoma, L. L. (2000). The Assaulted Staff Action Program (ASAP) and declines in rates of assault: Mixed replicated findings. *Psychiatric Quarterly*, 71(2), 165-175. 10.1023/A:1004680504051
- Flannery, R. B., Fulton, P., Tausch, J. et DeLoffi, A. Y. (1991). A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. *Psychiatric Services*, 42(9), 935-938. 10.1176/ps.42.9.935
- Flannery, R. B., Hanson, M. A., Penk, W. E., Goldfinger, S., Pastva, G. J. et Navon, M. A. (1998). Replicated declines in assault rates after implementation of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Services*, 49(2), 241-243. 10.1176/ps.49.2.241
- Flannery, R. B., LeVitre, V., Rego, S. et Walker, A. P. (2011). Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 20-year analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Quarterly*, 82(1), 11-21. 10.1007/s11126-010-9153-z
- Florida Department of Children and Families. (2016). *Child protective investigator and child protective investigator supervisor educational qualifications, turnover, and working conditions status report*. <https://www.myflfamilies.com/service-programs/child-welfare/>
- Fortin, A., Bêty, F., Pellerin, N., Proulx, L., Richer, F. et Tessier, S. (2019). *Rapport du Vérificateur général du Québec. Protection de la jeunesse : gestion des interventions à la suite d'un signalement à un directeur de la protection de la jeunesse*. <https://www.vgq.qc.ca/>
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. et *et al.* (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française [The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation]. *L'Encéphale*, 20 (1), 47-55.
- Gagnon, C. (2012). *Validation de l'Index de Sévérité de l'Insomnie dans les cliniques de médecine générale [Validation of the Insomnia Severity Index in primary care]* (Master's thesis, Université Laval).
- Gagnon, S., Paquet, M., Courcy, F. et Parker, C. P. (2009). *Measurement and management of work climate: Cross-validation of the CRISO Psychological Climate Questionnaire* [Communication]. *Healthcare Management Forum* (vol. 22, p. 57-65). 10.1016/S0840-4704 (10) 60294-3
- Geoffrion, S., Giguère, C., Fortin, M., Fortin, C. et Guay, S. (2017). Validation de la version française canadienne du Perception of Prevalence of Aggression Scale auprès d'un échantillon d'intervenants en protection de la jeunesse [Validation of the French Canadian version of the Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) within a sample of youth protection workers]. *Revue de Psychoéducation*, 46(1), 145-174. 10.7202/1039685ar
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Sader, J., Boyer, R., Marchand, A. et Guay, S. (2017). Workplace aggression against health care workers, law enforcement officials, and bus drivers: Differences in prevalence, perceptions, and psychological consequences. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 32(3), 172-189. 10.1080/15555240.2017.1349611
- IRSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

- Geoffrion, S., Hills, D. J., Ross, H. M., Pich, J., Hill, A. T., Dalsbø, T. K., . . . Guay, S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(9), 1-79. 10.1002/14651858.CD011860.pub2
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Drolet, C., Dufour, S. et Couvrette, A. (2021). Exploring reasons motivating the use of restraint and seclusion by residential workers in residential treatment centers: A qualitative analysis of official reports. *Residential Treatment for Children & Youth*, 1-21. 10.1080/0886571X.2021.1973940
- Geoffrion, S., Lamothe, J., Morizot, J. et Giguère, C. É. (2019). Construct validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) scale in a sample of child protection workers. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 566-576. 10.1002/jts.22410
- Geoffrion, S., Martin, M. et Guay, S. (2019). Intervenir auprès des travailleurs après un événement traumatique. Dans S. Bond, G. Belleville et S. Guay (édit.), *Les troubles liés aux événements traumatiques. Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe* (p. 394-395). Presses de l'Université Laval.
- Geoffrion, S., Morselli, C. et Guay, S. (2016). Rethinking compassion fatigue through the lens of professional identity: The case of child-protection workers. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 270-283. 10.1177/1524838015584362
- Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse ? Éducateurs victimes de violence [When rehabilitation hurts? Physical violence directed against behaviour technicians in juvenile rehabilitation centers]. *Criminologie*, 46(2), 263-289. 10.7202/1020996ar
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L. et Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341. 10.1177/1073191104269954
- Green, D. L. et Diaz, N. (2008). Gender differences in coping with victimization. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(2), 195-203. 10.1093/brief-treatment/mhn004
- Griffiths, A., Royse, D., Culver, K., Piescher, K. et Zhang, Y. (2017). Who stays, who goes, who knows? A state-wide survey of child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 77, 110-117. 10.1016/j.childyouth.2017.04.012
- Grootegoed, E. et Smith, M. (2018). The emotional labour of austerity: How social workers reflect and work on their feelings towards reducing support to needy children and families. *The British Journal of Social Work*, 48(7), 1929-1947. 10.1093/bjsw/bcx151
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, É., Nachar, N., Marchand, A. et O'Connor, K. P. (2011). How do social interactions with a significant other affect PTSD symptoms? An empirical investigation with a clinical sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(3), 280-303. 10.1080/10926771.2011.562478
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Sader, J. et Marchand, A. (2019). A systematic literature review of early posttraumatic interventions for victims of violent crime. *Aggression and Violent Behavior*, 46, 15-24. 10.1016/j.avb.2019.01.004

**IRSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

- Guay, S., Boyer, R., Marchand, A. et Jarvis, J. (2013). Résultats du sondage sur la violence en milieu de travail. *Objectif Prévention*, 36(1), 4-6.
- Guay, S., Goncalves, J. et Jarvis, J. (2014). Verbal violence in the workplace according to victims' sex—a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 572-578. 10.1016/j.avb.2014.08.001
- Guay, S. et Marchand, A. (2011). Vers une meilleure prise en charge des travailleurs exposés à des actes de violence grave. *Objectif Prévention*, 34(2), 30-32.
- Guay, S. et Sader, J. (2019). Meilleures pratiques en prévention et traitement du trauma chez l'adulte. Dans S. Bond, G. Belleville et S. Guay (édit.), *Les troubles liés aux événements traumatiques. Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe* (p. 105-120). Presses de l'Université Laval.
- Hair, H. J. (2013). The purpose and duration of supervision, and the training and discipline of supervisors: What social workers say they need to provide effective services. *British Journal of Social Work*, 43(8), 1562-1588. 10.1093/bjsw/bcs071
- Harris, B. et Leather, P. (2012). Levels and consequences of exposure to service user violence: Evidence from a sample of UK social care staff. *British Journal of Social Work*, 42(5), 851-869. 10.1093/bjsw/bcr128
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., . . . 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. 10.1136/oemed-2016-104015
- Hatch-Maillette, M. A., Scalora, M. J., Bader, S. M. et Bornstein, B. H. (2007). A gender-based incidence study of workplace violence in psychiatric and forensic settings. *Violence and Victims*, 22(4), 449-462. 10.1891/088667007781553982
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M. et Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand–Control (-Support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24(1), 1-35. 10.1080/02678371003683747
- Hayes, B. E., Perandan, J., Smecko, T. et Trask, J. (1998). Measuring perceptions of workplace safety: Development and validation of the Work Safety Scale. *Journal of Safety Research*, 29(3), 145-161. 10.1016/S0022-4375(98)00011-5
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J. et Halfens, R. (2015). The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today*, 35(1), 212-219. 10.1016/j.nedt.2014.08.003
- Horwitz, M. J. (2006). Work-related trauma effects in child protection social workers. *Journal of Social Service Research*, 32(3), 1-18. 10.1300/J079v32n03\_01

- Huang, Y. H., Chen, P. Y., Krauss, A. D. et Rogers, D. A. (2004). Quality of the execution of corporate safety policies and employee safety outcomes: Assessing the moderating role of supervisor safety support and the mediating role of employee safety control. *Journal of Business and Psychology*, 18(4), 483-506. 10.1023/B:JOBU.0000028448.01394.bf
- Hunt, S., Goddard, C., Cooper, J., Littlechild, B. et Wild, J. (2016). 'If I feel like this, how does the child feel?' Child protection workers, supervision, management and organisational responses to parental violence. *Journal of Social Work Practice*, 30(1), 5-24. 10.1080/02650533.2015.1073145
- Institut Canadien de Recherche et de Traitement en Sécurité publique. (2019). *Glossaire des termes : une compréhension commune des termes courants utilisés pour décrire les traumatismes psychologiques*. <https://www.cipsrt-icrtsp.ca/assets/glossaire-des-termes-version-21.pdf>
- Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 525-551. 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005
- Johnson, J. V. et Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. 10.2105/AJPH.78.10.1336
- Kairouz, S. et Nadeau, L. (2014). *Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*. <https://www.concordia.ca/>
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. 10.2307/2392498
- Karasek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kessler, R. C., Ames, M., Hymel, P. A., Loeppke, R., McKenas, D. K., Richling, D. E., . . . Ustun, T. B. (2004). Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6), S23-S37. 10.1097/01.jom.0000126683.75201.c5
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L., . . . Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. 10.1017/S0033291702006074
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., . . . Hu, C. Y. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(S1), 4-22. 10.1002/impr.310

- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kim, A. et Barak, M. E. M. (2015). The mediating roles of leader–member exchange and perceived organizational support in the role stress–turnover intention relationship among child welfare workers: A longitudinal analysis. *Children and Youth Services Review*, 52, 135-143. 10.1016/j.childyouth.2014.11.009
- Kim, H. (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. 10.1016/j.childyouth.2010.10.001
- Kim, H. et Hopkins, K. M. (2015). Child welfare workers' personal safety concerns and organizational commitment: The moderating role of social support. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 39 (2), 101-115. 10.1080/23303131.2014.987413
- Kim, H. et Kao, D. (2014). A meta-analysis of turnover intention predictors among U.S. child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 47(Part 3), 214-223. 10.1016/j.childyouth.2014.09.015
- Kind, N., Eckert, A., Steinlin, C., Fegert, J. M. et Schmid, M. (2018). Verbal and physical client aggression—A longitudinal analysis of professional caregivers' psychophysiological stress response and burnout. *Psychoneuroendocrinology*, 94, 11-16. 10.1016/j.psyneuen.2018.05.001
- Kuznetsova, A., Brockhoff, P. B. et Christensen, R. H. B. (2017). lmerTest package: Tests in linear mixed effects models. *Journal of Statistical Software*, 82(13), 1-26. 10.18637/jss.v082.i13
- L'Écuyer, R. (1990). *Methodologie de l'analyse développementale de contenu [Methodology of developmental content analysis]*. Presses de l'Université du Québec.
- Laird, S. E. (2013). *Child protection: Managing conflict, hostility, and aggression*. Policy Press.
- Laird, S. E. (2014). Training social workers to effectively manage aggressive parental behaviour in child protection in Australia, the United States and the United Kingdom. *British Journal of Social Work*, 44(7), 1967-1983. 10.1093/bjsw/bct043
- Lakey, B. et Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482-495. 10.1037/a0023477
- Lamothe, J., Boyer, R. et Guay, S. (2021). A longitudinal analysis of psychological distress among healthcare workers following patient violence. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 53 (1), 48-58. 10.1037/cbs0000187

- Lamothe, J., Couvrette, A., Lebrun, G., Yale-Soulière, G., Roy, C., Guay, S. et Geoffrion, S. (2018). Violence against child protection workers: A study of workers' experiences, attributions, and coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 81, 308-321. 10.1016/j.chiabu.2018.04.027
- Lamothe, J., Geoffrion, S., Couvrette, A. et Guay, S. (2021). Supervisor support and emotional labor in the context of client aggression. *Children and Youth Services Review*, 127, 1-9. 10.1016/j.chidyouth.2021.106105
- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501. 10.1016/j.avb.2014.07.010
- Leblanc, M. M. (2000). *Predictors and outcomes of workplace violence and aggression* (Doctoral dissertation, University of Guelph).
- LeBlanc, M. M. et Kelloway, E. K. (2002). Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 444-453. 10.1037/0021-9010.87.3.444
- Lecomte, T., Potvin, S., Corbière, M., Guay, S., Samson, C., Cloutier, B.,... Khazaal, Y. (2020). Mobile apps for mental health issues: Meta-review of meta-analyses. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(5), 1-14. 10.2196/17458
- Lesage, F.-X., Berjot, S. et Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), 178-184. 10.2478/S13382-012-0024-8
- Lietz, C. A. et Rounds, T. (2009). Strengths-based supervision: A child welfare supervision training project. *The Clinical Supervisor*, 28(2), 124-140. 10.1080/07325220903334065
- Littlechild, B. (2005a). The nature and effects of violence against child-protection social workers: Providing effective support. *British Journal of Social Work*, 35(3), 387-401. 10.1093/bjsw/bch188
- Littlechild, B. (2005b). The stresses arising from violence, threats and aggression against child protection social workers. *Journal of Social Work*, 5(1), 61-82. 10.1177/1468017305051240
- Littlechild, B., Hunt, S., Goddard, C., Cooper, J., Raynes, B. et Wild, J. (2016). The effects of violence and aggression from parents on child protection workers' personal, family, and professional lives. *Sage Open*, 6(1), 1-12. 10.1177/2158244015624951
- Litz, B. T. et Maguen, S. (2007). Early intervention for trauma. Dans M. J. Friedman, T. M. Keane et P. A. Resick (édit.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (p. 306-329). Guildford Press.

- Macdonald, G. et Sirotich, F. (2005). Violence in the social work workplace: The Canadian experience. *International Social Work*, 48(6), 772-781. 10.1177/0020872805057087
- Margot, S. et Kathryn, W. (2009). *Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients*. <https://www.statcan.gc.ca/>
- Martin, M., Germain, V. et Marchand, A. (2009). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. Dans S. Guay et A. Marchand (édit.), *Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitements : Dépistage, évaluation et traitements* (p. 51-86). Les Presses de l'Université de Montréal.
- McFadden, P., Campbell, A. et Taylor, B. (2015). Resilience and burnout in child protection social work: Individual and organisational themes from a systematic literature review. *The British Journal of Social Work*, 45(5), 1546-1563. 10.1093/bjsw/bct210
- McPherson, L. et MacNamara, N. v. (2016). *Supervising child protection practice: What works? An evidence informed approach*. Springer.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis*. Sage.
- Molnar, B. E., Meeker, S. A., Manners, K., Tieszen, L., Kalergis, K., Fine, J. E., . . . Wells, M. K. (2020). Vicarious traumatization among child welfare and child protection professionals: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 110, 1-15. 10.1016/j.chiabu.2020.104679
- Mueller, S. et Tschan, F. (2011). Consequences of client-initiated workplace violence: The role of fear and perceived prevention. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 217-229. 10.1037/a0021723
- Munro, E. (2011). *The Munro review of child protection: Final report*. <https://www.gov.uk/government/publications/>
- Munro, E. (2019). Decision-making under uncertainty in child protection: Creating a just and learning culture. *Child & Family Social Work*, 24(1), 123-130. 10.1111/cfs.12589
- Muthén, L. K. et Muthén, B. O. (1998-2017). *Mplus User's Guide. Eighth Edition*. Muthén & Muthén.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng116](http://www.nice.org.uk/guidance/ng116)
- Newhill, C. E. (2003). *Client violence in social work practice: Prevention, intervention, and research*. Guildford Press.
- Niedhammer, I. (2002). Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire: A study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75(3), 129-144. 10.1007/s004200100270

- Niedhammer, I., Ganem, V., Gendrey, L., David, S. et Degioanni, S. (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : Résultats de l'enquête nationale SUMER [Psychometric properties of the French version of Karasek's "Job Content Questionnaire" and its scales measuring psychological pressures, decisional latitude and social support: The results of the SUMER]. *Santé publique*, 18(3), 413-427. 10.3917/pub.063.0413
- O'Connor, L. (2020). How social workers understand and use their emotions in practice: A thematic synthesis literature review. *Qualitative Social Work*, 19(4), 645-662. 10.1177/1473325019843991
- Olaniyan, O. S., Hetland, H., Hystad, S. W., Iversen, A. C. et Ortiz Barreda, G. M. (2020). Lean on me: A scoping review of the essence of workplace support among child welfare workers. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-17. 10.3389/fpsyg.2020.00287
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351204. 10.1080/20008198.2017.1351204
- Oud, N. (2001). *The perception of prevalence of aggression scale (POPAS) questionnaire*. Connecting.
- Paillé, P. et Muchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.* Armand Colin.
- Piggot, J., Williams, C., McLeod, S. et Barton, J. (2004). A qualitative study of support for young people who self-harm in residential care in Glasgow. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 3(2), 45-54.
- Price, O., Baker, J., Bee, P. et Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 447-455. 10.1192/bjp.bp.114.144576
- Radey, M., Langenderfer-Magruder, L. et Schelbe, L. (2020). "Business as usual": Child protective services workers' perceptions and experiences of and responses to client-perpetrated violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-25. 10.1177/0886260520934446
- Radey, M. et Stanley, L. (2018). "Hands on" versus "empty": Supervision experiences of frontline child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 91, 128-136. 10.1016/j.childyouth.2018.05.037
- Regehr, C. et LeBlanc, V. R. (2017). PTSD, acute stress, performance and decision-making in emergency service workers. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(2), 184-192.

- Rhoades, L. et Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714. 10.1037/0021-9010.87.4.698
- Robson, A., Cossar, J. et Quayle, E. (2014). The impact of work-related violence towards social workers in children and family services. *British Journal of Social Work*, 44(4), 924-936. 10.1093/bjsw/bcu015
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M. et Watson, P. J. (2007). Psychological first aid. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49. 10.17744/mehc.29.1.5racqxjueafabgwp
- Saint-Jacques, M.-C., Drapeau, S. et Turbide, C. (2015). Les impacts sur les familles des modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse au Québec : Progrès, espoirs et points de tension. *Recherches Familiales*, 1(12), 181-196. 10.3917/rf.012.0181
- Saldana, J. (2003). *Longitudinal qualitative research: Analyzing change through time*. Altamira Press.
- Saldana, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
- Sayed, S., Iacoviello, B. M. et Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 1-7. 10.1007/s11920-015-0612-y
- Schat, A. C. H. et Kelloway, E. K. (2000). Effects of perceived control on the outcomes of workplace aggression and violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(3), 386-402. 10.1037/1076-8998.5.3.386
- Shin, J. (2011). Client violence and its negative impacts on work attitudes of child protection workers compared to community service workers. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(16), 3338-3360. 10.1177/0886260510393002
- Sippel, L. M., Pietrzak, R. H., Charney, D. S., Mayes, L. C. et Southwick, S. M. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society*, 20(4), 1-10. 10.5751/ES-07832-200410
- Smith, Y., Colletta, L. et Bender, A. E. (2017). Client violence against youth care workers: Findings of an exploratory study of workforce issues in residential treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), 1-25. 10.1177/0886260517743551
- Spencer, P. C. et Munch, S. (2003). Client violence toward social workers: The role of management in community mental health programs. *Social Work*, 48(4), 532-544. 10.1093/sw/48.4.532
- St-Jean-Trudel, É., Guay, S., Marchand, A. et O'Connor, K. (2005). Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 43-60. 10.7202/012138ar

- Stanley, J. et Goddard, C. (2002). *In the firing line: Violence and power in child protection work*. John Wiley and Sons.
- Street, A. E. et Dardis, C. M. (2018). Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 66, 97-105. 10.1016/j.cpr.2018.03.001
- Strolin-Goltzman, J., Kollar, S., Shea, K., Walcott, C. et Ward, S. (2016). Building a landscape of resilience after workplace violence in public child welfare. *Children and Youth Services Review*, 71, 250-256. 10.1016/j.chilyouth.2016.11.001
- Tessier, M., Lamothe, J. et Geoffrion, S. (2021). Adherence to psychological first aid after exposure to a traumatic event at work among EMS workers: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 1-16. 10.3390/ijerph182111026
- Thackrey, M. (1987). Clinician confidence in coping with patient aggression: Assessment and enhancement. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(1), 57-60. 10.1037/0735-7028.18.1.57
- Tolin, D. F. et Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Truter, E., Fouché, A. et Theron, L. (2017). The resilience of child protection social workers: Are they at risk and if so, how do they adjust? A systematic meta-synthesis. *British Journal of Social Work*, 47(3), 846-863. 10.1093/bjsw/bcw048
- Van der Doef, M. et Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87-114. 10.1080/026783799296084
- Van Der Maren, J. (2006). Les recherches qualitatives : Des critères variés de qualité en fonction des types de recherche. Dans L. Paquay, M. Crahay et J. De Ketele (édit.), *L'analyse qualitative en éducation* (p. 65-80). De Boeck Supérieur.
- Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J. et Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *Plos One*, 10(8), 1-22. 10.1371/journal.pone.0136955
- Virkki, T. (2008a). The art of pacifying an aggressive client: 'Feminine' skills and preventing violence in caring work. *Gender, Work & Organization*, 15(1), 72-87. 10.1111/j.1468-0432.2007.00365.x
- Virkki, T. (2008b). Habitual trust in encountering violence at work: Attitudes towards client violence among Finnish social workers and nurses. *Journal of Social Work*, 8(3), 247-267. 10.1177/1468017308091039

- Vogus, T. J., Cull, M. J., Hengelbrok, N. E., Modell, S. J. et Epstein, R. A. (2016). Assessing safety culture in child welfare: Evidence from Tennessee. *Children and Youth Services Review*, 65, 94-103. 10.1016/j.childyouth.2016.03.020
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P. et Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life\\_events\\_checklist.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp)
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. et Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Winstanley, S. et Hales, L. (2008). Prevalence of aggression towards residential social workers: Do qualifications and experience make a difference? *Child & Youth Care Forum*, 37(2), 103-110. 10.1007/s10566-008-9051-9
- Winstanley, S. et Hales, L. (2015). A preliminary study of burnout in residential social workers experiencing workplace aggression: Might it be cyclical? *British Journal of Social Work*, 45(1), 24-33. 10.1093/bjsw/bcu036
- World Health Organization. (2002). *World Health Organization Health and Performance Questionnaire (HPQ): Clinical trials baseline version* <https://www.hcp.med.harvard.edu/hpg/>
- Zinn, A. (2015). A typology of supervision in child welfare: Multilevel latent class and confirmatory analyses of caseworker-supervisor relationship type. *Children and Youth Services Review*, 48, 98-110. 10.1016/j.childyouth.2014.12.004

## ANNEXE A

### A.I Descriptions des instruments de mesure utilisés dans le volet quantitatif

#### A.I.I Informations générales

Le questionnaire initial contient des questions sur des variables sociodémographiques et professionnelles : âge, sexe, statut relationnel, expérience professionnelle (nombre d'années d'expérience reconnues par l'employeur), types de travail (travail clinique ou autres types de travail), et statut d'emploi (temps plein ou temps partiel). Les participants ont également été invités à décrire l'EPT pour lequel ils ont participé à l'étude.

#### A.I.II Adhérence aux rôles de genre

Bem Sex-Role Inventory – Short Form (BSRI). La version francophone du BSRI de 30 items (Alain, 1987) a été utilisée pour mesurer l'adhérence aux rôles de genre féminin et masculin. Ce questionnaire comprend 10 items évaluant la masculinité, 10 items évaluant la féminité et 10 items neutres. Pour la présente étude, seuls les items évaluant la masculinité et la féminité ont été utilisés. Les options de réponse sont sur une échelle de 1 (« jamais ou presque jamais vrai ») à 7 (« toujours ou presque toujours vrai ») (Alain, 1987 ; Bem, Sandra L, 1974).

#### A.I.III Exposition à des événements potentiellement traumatiques

Life Event Checklist (LEC). Le LEC (Weathers, Blake, *et al.*, 2013) évalue l'exposition à 17 types d'événements potentiellement traumatique au cours de la vie. Des exemples d'événements sont « désastre naturel », « accident de transport », « agression physique », et « maladie ou blessure pouvant entraîner la mort ». Pour chaque type d'événement, cinq choix de réponse sont disponibles : (a) « vous avez été victime de l'événement », (b) « vous avez été témoin de l'événement arrivé à une autre personne », (c) « vous avez appris que l'événement est arrivé à un proche », (d) « vous n'êtes pas sûr si cela correspond » et (e) « cela ne s'applique pas à vous » (Gray *et al.*, 2004 ; Weathers, Blake, *et al.*, 2013). Ce questionnaire a été traduit en français par l'équipe de recherche selon la méthode de rétrotraduction (back-translation) de Brislin (1970).

Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS). Le POPAS (Oud, 2001) évalue la prévalence d'exposition à des comportements agressifs sur le lieu de travail au cours des 12 derniers mois. Il comprend 15 items correspondant à des formes d'agression manifestées par les usagers. Les participants indiquent dans quelle mesure ils ont été confrontés à chaque forme d'agression sur une échelle de Likert allant de 1 (« jamais ») à 5 (« très souvent ») (Oud, 2001). La version française validée du POPAS comprend trois sous-échelles, dont deux possèdent des propriétés psychométriques adéquates :

**IRSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

l'agressivité verbale (six items) et l'agressivité physique (quatre items) (Geoffrion, Giguère, *et al.*, 2017).

#### **A.I.IV État psychologique**

Acute Stress Disorder Scale (ASDS). L'ASDS (Bryant *et al.*, 2000) évalue 19 symptômes de stress aigu ressentis dans le mois suivant un EPT. Il couvre quatre catégories de symptômes d'état de stress aigu décrits dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), soit la dissociation, les symptômes d'intrusion, l'évitement et l'activation. Les participants indiquent dans quelle mesure ils ont ressenti chaque symptôme pendant ou après l'EPT sur une échelle de Likert allant de 1 (« pas du tout ») à 5 (« tout à fait »). L'ASDS a été traduit en français par l'équipe de recherche en utilisant la méthode de rétrotraduction (back-translation) de Brislin (1970).

Post-traumatic stress disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). Le PCL-5 (Weathers, Litz, *et al.*, 2013) évalue l'expérience de 20 symptômes d'état de stress post-traumatique au cours du dernier mois. Il couvre quatre catégories de symptômes du TSPT décrits dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), à savoir les symptômes d'intrusion, l'évitement persistant, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et l'activation. Les participants indiquent dans quelle mesure ils ont été dérangés par chaque symptôme sur une échelle de Likert allant de 0 (« pas du tout ») à 4 (« extrêmement ») (Weathers, Litz, *et al.*, 2013). La version française validée du PCL-5 a été utilisée dans la présente étude (Ashbaugh *et al.*, 2016). Le score total sur l'échelle a été utilisé dans les analyses Beck Anxiety Inventory (BAI). Le BAI (Beck *et al.*, 1988) évalue la sévérité de 21 symptômes d'anxiété au cours de la dernière semaine. Des exemples de symptômes sont « sensations d'engourdissement ou de picotement », « nervosité » et « crainte de perdre le contrôle de soi ». Les options de réponses vont de 0 (« pas du tout ») à 4 (« beaucoup : je pouvais à peine le supporter ») (Beck *et al.*, 1988). La version française validée du BAI a été utilisée dans la présente étude (Freeston *et al.*, 1994).

Beck Depression Inventory (BDI). Le BDI (Beck *et al.*, 1996) évalue la sévérité de 21 symptômes dépressifs au cours des 2 dernières semaines. La sévérité de chaque symptôme est notée sur une échelle de 0 à 3. Pour chaque symptôme, les degrés de sévérité sont représentés par des énoncés. Par exemple, pour le symptôme « tristesse », les options de réponse sont 0 (« je ne me sens pas triste »), 1 (« je me sens très souvent triste »), 2 (« je suis tout le temps triste »), et 3 (« Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable »). La version française validée du BDI a été utilisée (Beck *et al.*, 1996).

Insomnia Severity Index (ISI). L'ISI (Bastien *et al.*, 2001) comprend sept items évaluant la sévérité de l'insomnie au cours des deux dernières semaines. Les participants évaluent trois difficultés de sommeil — difficulté à s'endormir, difficulté à rester endormi(e), problème de réveils trop tôt le matin — sur une échelle de Likert allant de 0 (« aucune ») à

4 (« extrême »). Les participants évaluent également leur satisfaction de sommeil sur une échelle de 0 (« très satisfait(e) ») à 4 (« très insatisfait(e) »). Enfin, les participants indiquent à quel point leurs difficultés de sommeil perturbent leur fonctionnement quotidien, à quel point leurs difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres et à quel point ils sont inquiets ou préoccupés par leurs difficultés de sommeil. Ces trois dernières questions sont répondues sur une échelle de Likert allant de 0 (« aucunement ») à 4 (« extrême ») (Bastien *et al.*, 2001). La version française validée de l'ISI a été utilisée (Gagnon, C., 2012).

Kessler Non-Specific Psychological Distress Scale (K6). Le K6 (Kessler *et al.*, 2002) évalue la fréquence de six sentiments négatifs au cours des 30 derniers jours. Un exemple d'item est « combien de fois avez-vous eu le sentiment d'être nerveux/nerveuse ? » Les options de réponse vont de 0 (« tout le temps ») à 5 (« jamais »). Les items ont été inversés pour le calcul du score total (Kessler *et al.*, 2002). La version française du K6 de l'Organisation mondiale de la santé a été utilisée dans la présente étude (Kessler *et al.*, 2010).

Perceived Stress Scale (PSS). Le PSS (Cohen *et al.*, 1983) mesure le degré auquel les situations de la vie de la personne sont évaluées comme étant stressantes. Plus précisément, il évalue la fréquence de 14 sentiments et pensées au cours du dernier mois. Un exemple d'élément est « Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ? » Les options de réponse vont de 0 (« jamais ») à 5 (« Souvent ») (Cohen *et al.*, 1983). La version française validée du PSS a été utilisée dans la présente étude (Lesage *et al.*, 2012).

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). L'AUDIT (Babor *et al.*, 2001) comprend 10 items évaluant la consommation problématique d'alcool. Les participants indiquent leur fréquence de consommation d'alcool (les options de réponse vont de 0 [« jamais »] à 4 [« 4 fois ou plus par semaine »]), combien de consommations ils ont bu au cours d'une journée typique où ils consommaient (les options de réponse vont de 0 [« 1 ou 2 »] à 4 [« 10 ou plus »]), et à quelle fréquence ils ont bu cinq consommations ou plus au cours d'un même épisode (les options de réponse vont de 0 [« jamais »] à 4 [« tous les jours ou presque tous les jours »]). Les participants indiquent également, sur une échelle de Likert de 0 (« jamais ») à 4 (« tous les jours ou presque »), à quelle fréquence ils (a) ont eu des difficultés à arrêter de boire une fois qu'ils avaient commencé, (b) n'ont pas réussi à répondre à ce qui était normalement attendu d'eux en raison de leur consommation d'alcool, (c) avaient besoin d'une consommation le matin pour commencer la journée, (d) éprouvaient un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir bu et (e) étaient incapables de se souvenir des événements de la nuit précédente en raison de leur consommation d'alcool. Enfin, les participants indiquent si leur consommation d'alcool a entraîné des blessures chez eux-mêmes ou chez autrui, et si un parent, un ami ou un professionnel de la santé a exprimé des inquiétudes au sujet de leur consommation d'alcool. Ces deux dernières questions ont trois options de réponse : 0 (« non »), 2 (« oui,

mais pas au cours de la dernière année ») ou 4 (« oui, au cours de la dernière année »). Le score total peut varier entre 0 et 40, un score plus élevé indiquant une consommation d'alcool plus problématique (Babor *et al.*, 2001). La version française de l'AUDIT utilisée dans la présente étude est tirée de l'Enquête sur les Habitudes de Jeu des Étudiants Universitaires 2008 (ENHJEU ; Kairouz et Nadeau, 2014)

#### **A.I.V Fonctionnement au travail**

Professional Quality of Life (ProQOL). La version francophone validée du ProQOL (Geoffrion, Lamothe, *et al.*, 2019) a été utilisée dans la présente étude. La sous-échelle de satisfaction de compassion (10 items) évalue le plaisir tiré de pouvoir bien faire le travail. La sous-échelle d'épuisement professionnel (10 items) évalue le sentiment de désespoir et les difficultés à faire le travail efficacement. La sous-échelle de fatigue de compassion/traumatisme secondaire (10 items) mesure les conséquences de l'exposition à des événements stressants au travail. Les participants indiquent la fréquence à laquelle chaque énoncé s'est appliqué à eux au cours des 30 derniers jours sur une échelle de 1 (« jamais ») à 5 (« très souvent »). Après l'inversion des items négatifs, les 30 items du ProQOL forment un seul facteur reflétant la qualité de vie professionnelle (Geoffrion, Lamothe, *et al.*, 2019).

Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). Le présentisme a été évaluée avec le HPQ (World Health Organization, 2002). L'item « A9 » (HPQ clinical trials version) de cette échelle comprend deux questions mesurant la performance au travail (« à quelle fréquence votre rendement était-il meilleur [inférieur] que celui de la plupart des autres travailleurs occupant votre poste ? » ; ces deux questions étaient optionnelles) et cinq questions mesurant la fréquence de problèmes liés au travail, soit un manque de productivité, une mauvaise qualité du travail et une difficulté à se concentrer. Les participants indiquent la fréquence de chaque problème lié au travail au cours des quatre dernières semaines sur une échelle de 1 (« tout le temps ») à 5 (« jamais »). Les réponses à l'item positif (meilleur rendement) ont été inversées, de sorte qu'un score plus élevé indique davantage de présentisme (Kessler *et al.*, 2004 ; World Health Organization, 2002). Les questions ont été traduites en français par Statistique Canada dans le cadre de l'Enquête sur la santé mentale dans les Forces canadiennes. L'absentéisme a été évaluée avec les questions « a » et « c » de l'item A6 du HPQ (World Health Organization, 2002). Plus précisément, les participants ont indiqué combien de jours de travail complets et partiels ils avaient manqué en raison d'un problème de santé physique ou mentale au cours des quatre dernières semaines. Cette variable a été dichotomisée (au moins une journée de travail partielle ou complète manquée vs aucune journée manquée).

Work Safety Scale (WSS). Le WSS (Hayes *et al.*, 1998) comprend cinq sous-échelles : la perception de l'aspect sécuritaire du travail (WSS-I), la perception de l'importance accordée à la sécurité par les collègues (WSS-II), la perception de l'importance accordée à la sécurité par le superviseur (WSS-III), la qualité des pratiques managériales en lien avec la sécurité au travail (WSS-IV) et la satisfaction à l'égard du programme de sécurité (WSS-V). Chaque sous-échelle comprend 10 items. Les options de réponse sont sur une échelle de Likert de 1 (« fortement en désaccord ») à 5 (« fortement en accord »). Les items négatifs ont été inversés. Ainsi, des scores plus élevés indiquent une perception plus positive face à la sécurité (Hayes *et al.*, 1998). Un score total a été calculé pour chacune des quatre premières sous-échelles (la cinquième sous-échelle n'a pas été utilisée, car certains participants ont déclaré que leur organisation n'avait pas de programme de sécurité). Ce questionnaire a été traduit en français par l'équipe de recherche selon la méthode de rétrotraduction (back-translation) de Brislin (1970).

Likelihood of Future Violent Events at Work Scale (LFVEWS). Le LFVEWS (Leblanc, M. M., 2000) comprend 13 items évaluant la probabilité perçue d'exposition à la violence au travail au cours de la prochaine année. Des exemples d'items sont « Il est probable que l'on me crache dessus ou que l'on me morde lorsque je suis au travail » et « Il est probable que l'on me crie après lorsque je suis au travail ». Les options de réponse vont de 1 (« Fortement en désaccord ») à 7 (« Fortement en accord ») (Leblanc, 2000). Le LFVEWS a été traduit en français par l'équipe de recherche selon la méthode de rétrotraduction (back-translation) de Brislin (1970).

Fear of Future Violent Events at Work Scale (FFVEWS). Le FFVEWS (Leblanc, M. M., 2000) comprend 14 items évaluant l'intensité de la peur face à l'exposition à la violence au travail au cours de la prochaine année. Des exemples d'items sont « J'ai peur que l'on me crache dessus ou que l'on me morde lorsque je suis au travail » et « J'ai peur que l'on me crie après lorsque je suis au travail ». Les options de réponse vont de 1 (« Fortement en désaccord ») à 7 (« Fortement en accord ») (Leblanc, 2000). Le FFVEWS a été traduit en français par l'équipe de recherche selon la méthode de rétrotraduction (back-translation) de Brislin (1970).

Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument (CCPAI). Le CCPAI (Thackrey, 1987) comprend 10 items évaluant la capacité, la préparation et le confort à intervenir auprès de patients agressifs. Des exemples de questions sont « À quel point vous sentez-vous à l'aise de travailler avec un usager agressif ? » et « Comment évaluez-vous votre niveau actuel de formation pour faire face à la violence psychologique ? » Les options de réponse vont de 1 à 11, chaque question ayant ses propres points d'ancrage (par exemple, de « très mal à l'aise » à « très à l'aise », ou de « très faible » à « très bon ») (Thackrey, 1987). Ce questionnaire a été traduit en français par l'équipe de recherche selon la méthode de rétrotraduction (back-translation) de Brislin (1970).

Job Content Questionnaire (JCQ). Une version française validée de 26 items du JCQ (Niedhammer *et al.*, 2006) a été utilisée dans la présente étude. Ce questionnaire évalue quatre construits : les demandes psychologiques en lien avec le travail (9 items), la latitude décisionnelle (comprend l'utilisation des compétences [six items] et l'autonomie décisionnelle [trois items]), le soutien du superviseur (4 items) et le soutien des collègues (4 items). Les options de réponse vont de 1 (« pas du tout d'accord ») à 4 (« tout à fait d'accord ») (Niedhammer *et al.*, 2006). Il est à noter que la même version française du JCQ a été validée avec l'ajout d'une sous-échelle de demandes physiques de 5 items (version de 31 items ; Niedhammer, 2002), et avec le retrait des deux sous-échelles de soutien social (version de 18 items ; Brisson *et al.*, 1998).

Enquête de santé auprès des collectivités canadiennes (ESCC). Six questions de l'ESCC ont été utilisées afin de mesurer le nombre de fois où la personne a consulté l'un des professionnels suivants pour des troubles physiques, émotionnels ou mentaux depuis l'incident marquant : 1) un médecin de famille ou un omnipraticien(ne), 2) un autre médecin spécialiste (p. ex. : chirurgien, orthopédiste, gynécologue ou psychiatre), 3) un(e) infirmier(ère), 4) un(e) travailleur(euse) sociale ou conseiller(ère), 5) un psychologue, et 6) un pair aidant de l'équipe d'intervention post-traumatique (pour le CPEJ-Mtl).

#### **A.I.VI Soutien perçu**

Perceived Organizational Support (POS). Le POS (Rhoades et Eisenberger, 2002) contient huit items mesurant le support perçu de la part de l'organisation de travail. Des exemples d'items sont : « L'organisation valorise ma contribution à son bien-être » et « l'organisation se soucie vraiment de mon bien-être ». Les options de réponse vont de 0 (« fortement en désaccord ») à 6 (« fortement en accord ») (Rhoades et Eisenberger, 2002). Ce questionnaire a été traduit en français par l'équipe de recherche selon la méthode de rétrotraduction (back-translation) de Brislin (1970).

Questionnaire sur les Comportements de Soutien en situation d'Anxiété (QCSA). Le QCSA (Guay *et al.*, 2011) a été développé et validé en français. Il comprend 31 items évaluant les comportements soutenant (9 items) et négatifs (22 items) de la personne la plus significative dans la vie de l'individu. Les personnes en couple doivent répondre par rapport aux comportements de leur conjoint(e), alors que les personnes célibataires doivent identifier un membre de la famille ou un(e) ami(e) proche. Tous les items sont précédés de la phrase suivante : « Quand je vis une situation où je suis visiblement très anxieux (se) ou angoissé(e), il/elle :... ». Des exemples d'items positifs sont « me donne des conseils » et « reste calme ». Des exemples d'items négatifs sont « se plaint de mes difficultés » et « critique ma façon de réagir ». Les options de réponse vont de 1 (« jamais ») à 5 (« toujours ») (Guay *et al.*, 2011 ; St-Jean-Trudel *et al.*, 2005).

## ANNEXE B

### B.I Canevas d'entrevue semi-structurée pour le premier temps de mesure

---

#### Partie 1 : Au moment de l'événement

---

##### 1.1. Pour tous les participants

***Premièrement, pouvez-vous me dire brièvement ce qui s'est passé lors de l'événement ?***

Éléments recherchés : circonstances, historique de l'événement pour situer l'évaluatrice.

Relances possibles :

- *Où étiez-vous ?*
- *Qui était présent ?*
- *Quelles émotions avez-vous ressenties à ce moment-là ?*
- *Pouvez-vous m'expliquer ce qui a été le plus marquant de cet incident ?*
- *Comment vous sentiez-vous lors de cette situation ?*

---

#### Partie 2 : Après que l'incident a été terminé (minutes/heures qui ont suivi)

---

##### 2.1. Pour tous les participants

***Une fois que l'incident a été terminé, dans les minutes/heures qui ont suivi, qu'est-ce qui s'est passé/comment avez-vous réagi ? (c.-à-d., après la gestion de crise lors du retour au calme)***

Éléments recherchés : ce dont le participant se souvient après l'événement, quelle a été l'aide proposée et reçue et comment cela a été perçu par le participant ?

Relances possibles :

- *Qu'avez-vous fait ?*
- *Êtes-vous resté au travail ?*
- *Qu'avez-vous ressenti directement après l'incident ?*
- *Comment avez-vous réagi ?*
- *Quelles étaient vos pensées à ce moment ?*

## 2.2. Pour tous les participants

**Parlez-moi des personnes qui ont été présentes pour vous ? Quel type d'aide vous a-t-on offert ?**

Relances possibles (X = chef, collègues, syndicat, agents d'intervention, jeunes, etc.) :

- *Si vous aviez à décrire le soutien de X, quels mots utiliseriez-vous ?*
  - *Pouvez-vous me décrire, de façon générale, votre relation avec X ?*
- 

## 2.3. Pour tous les participants

**Pourriez-vous me décrire votre satisfaction face à ce qui vous a été offert ?**

Relances possibles :

- *En quoi est-ce que cela a été aidant ou moins aidant ?*
  - *Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans le soutien que vous avez reçu ? Qu'est-ce qui a été le moins aidant ?*
  - *Dans un monde idéal, qu'est-ce que vous auriez aimé recevoir comme soutien à ce moment-là ?*
  - *À quel(s) besoin(s) cela a-t-il répondu ? Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment ?*
  - *À quoi vous attendiez-vous de leur part ? Est-ce que ce qui a été offert correspondait à ces attentes ? Pourquoi ?*
- 

## 2.4. Pour tous les participants

**Est-ce qu'on vous a offert d'autres services d'aide (p. ex. le programme d'aide aux employés) ou du soutien ?**

Si OUI :

- *Qui vous l'a proposé ?*
  - *Est-ce que vous avez accepté ?*
  - *En quoi consiste l'aide reçue ?*
  - *Si n'a pas accepté, pourquoi ?*
- 

## 2.5. Pour les participants du CPEJ-Mtl

**Est-ce qu'on vous a offert de rencontrer un intervenant de l'EIPT ?**

Si OUI :

- IRSST** ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

- *Qui vous l'a proposé ?*
  - *À quel moment ?*
  - *Avez-vous accepté cette offre ?*
  - *Quels sont les motifs de votre acceptation ? De votre refus ?*
  - *Le fait que l'intervenant est un pair (collègue) a-t-il joué un rôle dans votre décision ? Pour quelles raisons ?*
- 

### **Partie 3 : Retour à la maison, fin du quart de travail**

---

#### **3.1. Pour tous les participants**

***Quand vous êtes retourné à la maison après votre quart de travail, comment cela s'est passé ? Qu'est-ce que vous avez fait ?***

Éléments recherchés : le vécu, l'expérience, les comportements, les réactions, l'état d'esprit du participant après l'événement.

Relances possibles :

- *Vers quelle heure êtes-vous allé vous coucher ? Comment s'est passée votre nuit de sommeil ?*
  - *Dans quel état d'esprit vous trouviez-vous ?*
  - *Comment êtes-vous retourné à la maison ?*
- 

#### **3.2. Pour tous les participants**

***Parlez-moi des personnes qui ont été présentes pour vous ? Quel type d'aide vous a été offert ?***

Relances possibles :

- *Avez-vous appelé quelqu'un ? Si oui, qui ? Comment s'est déroulée la conversation ? En quoi a-t-elle été aidante ou moins aidante ?*
  - *À qui avez-vous parlé ?*
  - *Si vous aviez à décrire le soutien de x personnes, quels mots utiliseriez-vous ?*
- 

#### **3.3. Pour tous les participants**

***Pourriez-vous me décrire votre satisfaction face à ce qui vous a été offert ?***

Relances possibles :

- *En quoi est-ce que cela a été aidant ou moins aidant ?*

- *Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans le soutien que vous avez reçu ? Qu'est-ce qui a été le moins aidant ?*
- *Dans un monde idéal, qu'est-ce que vous auriez aimé recevoir comme soutien à ce moment-là ?*
- *À quel(s) besoin(s) cela a-t-il répondu ? Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment ?*
- *À quoi vous attendiez-vous de leur part ? Est-ce que ce qui a été offert correspondait à ces attentes ? Pourquoi ?*

---

#### **Partie 4 : Lors de la reprise du travail (lendemain, jours suivants)**

---

##### **4.1. Pour les participants qui n'ont PAS été en arrêt de travail**

***Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé lorsque vous êtes retourné au travail (lendemain, jours suivant l'événement) ?***

Éléments recherchés : comment le processus s'est déroulé et comment cela a été perçu par le participant.

---

##### **4.2. Pour les participants n'ont PAS été en arrêt de travail**

***Parlez-moi des personnes qui ont été présentes pour vous ? De quelle manière ? (Approfondir : chefs, collègues, amis, PAE, psychologue externe, etc.)***

Éléments recherchés : quelle a été l'aide reçue et comment cela a été perçu par le participant.

---

##### **4.3. Pour les participants n'ont PAS été en arrêt de travail**

***Pourriez-vous me décrire votre satisfaction face à ce qui vous est offert ?***

Relances possibles :

- *En quoi est-ce que cela a été aidant ou moins aidant ?*
- *Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans le soutien que vous avez reçu ? Qu'est-ce qui a été le moins aidant ?*
- *Dans un monde idéal, qu'est-ce que vous auriez aimé recevoir comme soutien à ce moment-là ?*
- *À quel(s) besoin(s) cela a-t-il répondu ? Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment ?*
- *À quoi vous attendiez-vous de leur part ? Est-ce que ce qui a été offert correspondait à ces attentes ? Pourquoi ?*

#### 4.4. Pour les participants du CPEJ-Mtl qui n'ont PAS été en arrêt de travail

***Est-ce que vous avez eu un entretien téléphonique avec un intervenant de l'équipe d'intervention post-traumatique ?***

Si OUI :

- *A quel moment ?*
  - *Qu'avez-vous abordé lors cet(ces) entretien(s) ?*
  - *Est-ce que cet entretien a été aidant pour vous ? Si oui, de quelle façon l'a-t-il été ? Si non, pourquoi ?*
- 

#### 4.5. Pour les participants du CPEJ-Mtl qui n'ont PAS été en arrêt de travail

***Avez-vous rencontré un intervenant de l'équipe d'intervention post-traumatique ?***

Si OUI :

- *Combien de fois l'avez-vous rencontré ? Y a-t-il d'autres rencontres prévues ?*
  - *À quel endroit l'avez-vous rencontré ?*
  - *Comment se déroulaient ces rencontres ? Quel était le contenu des rencontres ?*
  - *L'intervenant vous a-t-il fait des recommandations ? Vous a-t-il référé à d'autres services d'aide (p. ex. : programme d'aide aux employés, psychologue) ? Avez-vous suivi ces recommandations ?*
  - *Quelle est votre satisfaction face aux rencontres ?*
  - *Est-ce que ces rencontres ont été aidantes pour vous ? Si oui, de quelle façon ont-elles été aidantes ? Si non, pourquoi ?*
  - *Qu'avez-vous retenu de ces rencontres ?*
  - *Est-ce que ces rencontres ont répondu à vos attentes ?*
  - *Y a-t-il d'autres aspects que vous auriez aimé aborder lors de ces rencontres et qui auraient pu vous être utiles ?*
- 

#### 4.6. Pour les participants du CPEJ-Mtl qui n'ont PAS été en arrêt de travail, et qui n'ont pas reçu l'offre de recourir à l'équipe d'intervention post-traumatique

- *Selon vous, avez-vous une idée pourquoi on ne vous a pas offert de rencontrer un intervenant de l'équipe d'intervention post-traumatique ?*
  - *Auriez-vous souhaité recevoir cette offre ?*
  - *Si on vous l'avait offert, croyez-vous que vous auriez accepté cette offre ?*
- 

### Partie 5 : Maintien au travail

---

#### 5.1. Pour les participants n'ont PAS été en arrêt de travail

- IRSSST ■ Analyse prospective de l'adaptation des travailleurs en centre de protection de l'enfance et de la jeunesse exposés à un événement potentiellement traumatique : effets d'une intervention de soutien par des pairs

**Pouvez-vous me raconter comment cela se passe maintenant au travail ?**

Relance possible :

- *Est-ce que les aménagements prévus (retour progressif, transfert, changement ou allègement de la tâche de travail, etc.) ont été appliqués ?*
- 

**5.2. Pour les participants n'ont PAS été en arrêt de travail**

***Parlez-moi des personnes qui sont présentes pour vous ? De quelle manière le sont-elles ? (Approfondir : chefs, collègues, amis, programme d'aide aux employés, psychologue externe, etc.)***

Éléments recherchés : quelle a été l'aide reçue et comment cela a été perçu par le participant.

---

**5.3. Pour les participants n'ont PAS été en arrêt de travail**

***Pourriez-vous me décrire votre satisfaction face à ce qui vous est offert ?***

Relances possibles :

- *En quoi est-ce que cela a été aidant ou moins aidant ?*
  - *Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans le soutien que vous avez reçu ? Qu'est-ce qui a été le moins aidant ?*
  - *Dans un monde idéal, qu'est-ce que vous auriez aimé recevoir comme soutien à ce moment-là ?*
  - *À quel(s) besoin(s) cela a-t-il répondu ? Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment ?*
  - *À quoi vous attendiez-vous de leur part ? Est-ce que ce qui a été offert correspondait à ces attentes ? Pourquoi ?*
- 

**Partie 6 : Dans les jours qui ont suivi l'incident**

---

**6.1. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

***Pouvez-vous me raconter comment se sont déroulés les jours qui ont suivi l'incident ? Avez-vous été en arrêt de travail le jour suivant l'incident ?***

Si OUI : Passer directement à la partie 7.

Si NON : Approfondir comment les jours AVANT l'arrêt de travail se sont déroulés.

Relance possible :

- *Qu'est-ce qui a fait en sorte que vous avez par la suite été en arrêt de travail ?*

---

## **Partie 7 : Lors du processus d'arrêt de travail**

---

### **7.1. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

*Quelle est la durée prévue (ou quelle a été la durée) de l'arrêt de travail ?*

---

### **7.2. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

*Pouvez-vous me raconter comment se sont passées les démarches pour votre arrêt de travail ? (Quelqu'un vous a-t-il accompagné dans ces démarches ? Qui s'est occupé des procédures ? Comment avez-vous trouvé cela ?)*

---

### **7.3. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

*Comment pourriez-vous me décrire votre satisfaction face au soutien que vous avez reçu ?*

Éléments recherchés : comment le processus d'arrêt de travail s'est déroulé, quelle a été l'aide reçue et comment cela a été perçu par le participant.

---

### **7.4. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

*Étiez-vous en accord avec les décisions ? Pourquoi ?*

---

## **Partie 8 : Pendant la convalescence / Depuis l'arrêt de travail**

---

### **8.1. Pour les participants du CPEJ-Mtl qui ont été en arrêt de travail**

Mêmes questions que 4.4.

---

### **8.2. Pour les participants du CPEJ-Mtl qui ont été en arrêt de travail**

Mêmes questions que 4.5.

### **8.3. Pour les participants du CPEJ-Mtl qui ont été en arrêt de travail, et qui n'ont pas reçu l'offre de l'EIPT**

Mêmes questions que 4.6.

---

### **8.4. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

#### ***Comment vous sentez-vous depuis que vous êtes en arrêt de travail ?***

Éléments recherchés : le vécu, l'expérience, les comportements, les réactions, l'état d'esprit du participant durant la période d'arrêt de travail.

Relances possibles :

- *Pour l'instant, qu'est-ce qui semble vous faire le plus de bien ?*
  - *Quelle est votre plus grande source de stress actuellement ? Pourquoi ?*
- 

### **8.5. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

#### ***Parlez-moi des personnes qui ont été présentes pour vous ? Comment vous ont-ils aidé ? (approfondir : chef, collègues, amis, professionnels, etc.)***

Éléments recherchés : quelle a été l'aide reçue et comment cela a été perçu par le participant.

Relance possible :

- *À combien de reprises avez-vous vu votre docteur ? Comment les rencontres se sont-elles passées ?*
- 

### **8.6. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail**

#### ***Pourriez-vous me décrire votre satisfaction face à ce qui vous a été offert ?***

- En quoi est-ce que cela a été aidant ou moins aidant ?
- Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans le soutien que vous avez reçu ? Qu'est-ce qui a été le moins aidant ?
- Dans un monde idéal, qu'est-ce que vous auriez aimé recevoir comme soutien à ce moment-là ?
- À quel(s) besoin(s) cela a-t-il répondu ? Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment ?
- À quoi vous attendiez-vous de leur part ? Est-ce que ce qui a été offert correspondait à ces attentes ? Pourquoi ?

## Partie 9 : Lors du processus de retour au travail (démarches)

---

### 9.1. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail

***Quelle a été la durée de l'arrêt de travail ?***

---

### 9.2. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail

***Comment se sont déroulées les démarches liées à votre retour au travail ?***

Éléments recherchés : comment le processus s'est déroulé, les démarches et comment cela a été perçu par le participant.

Relances possibles :

- *Quelles ont été les étapes ?*
  - *Qui a été impliqué dans les discussions et qui s'est occupé des procédures ?*
  - *Est-ce qu'on vous a offert des aménagements (retour progressif, transfert, changement ou allègement de la tâche de travail, etc.) ?*
  - *Avez-vous apprécié cela ou non ?*
  - *Qu'est-ce que vous auriez souhaité ?*
  - *Comment avez-vous trouvé cette aide / ce processus ?*
- 

## Partie 10 : Réintégration au travail

---

### 10.1. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail

***Pouvez-vous me raconter comment cela se passe depuis votre retour au travail ?***

Éléments recherchés : comment le processus s'est déroulé et comment cela a été perçu par le participant.

- *Est-ce que les aménagements prévus (retour progressif, transfert, changement ou allègement de la tâche de travail, etc.) ont été appliqués ?*
- 

### 10.2. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail, qui sont au CPEJ-Mtl, et qui ont eu recours au service de l'EIPT

***Est-ce que vos rencontres avec l'intervenant de l'EIPT ont été utiles pour votre retour au travail ? Si oui, de quelle façon ?***

---

### 10.3. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail

***Parlez-moi des personnes qui ont été présentes pour vous ? De quelle manière ? (Approfondir : chefs, collègues, amis, PAE, psychologue externe, etc.)***

Éléments recherchés : quelle a été l'aide reçue et comment cela a été perçu par le participant.

---

### 10.4. Pour les participants qui ont été en arrêt de travail

***Pourriez-vous me décrire votre satisfaction face à ce qui vous est offert ?***

- En quoi est-ce que cela a été aidant ou moins aidant ?
  - Qu'est-ce qui a été le plus aidant dans le soutien que vous avez reçu ? Qu'est-ce qui a été le moins aidant ?
  - Dans un monde idéal, qu'est-ce que vous auriez aimé recevoir comme soutien à ce moment-là ?
  - À quel(s) besoin(s) cela a-t-il répondu ? Qu'est-ce qui était important pour vous à ce moment ?
  - À quoi vous attendiez-vous de leur part ? Est-ce que ce qui a été offert correspondait à ces attentes ? Pourquoi ?
- 

## Partie 11 : Suggestions du participant

---

### 11.1. Pour tous les participants

***Avez-vous des suggestions à faire à votre organisation concernant les événements de violence ?***

Reformulation possible :

- *Est-ce qu'il y a des choses qui devraient être changées, ou qui pourraient être améliorées ?*
- 

### 11.2. Pour tous les participants

***Avez-vous des suggestions à faire quant au soutien à apporter aux employés confrontés à des incidents marquants au Centre jeunesse ?***

- *Est-ce qu'il y a des choses qui devraient être changées, ou qui pourraient être améliorées ?*
-

---

### 11.3 Pour tous les participants

*Y a-t-il des points qui n'ont pas été abordés et dont vous aimeriez parler concernant les événements de violence et la situation des travailleurs touchés ?*

---