

Université de Montréal

L'influence du stress perçu et de la fatigue des éducateurs sur leur recours aux contentions et isolements : Une étude longitudinale en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté

Par Geneviève Franche-Choquette

École de psychoéducation
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences (M.Sc.) en
psychoéducation, option mémoire et stage

Avril 2018

©Geneviève Franche-Choquette, 2018

Ce mémoire intitulé:
L'influence du stress perçu et de la fatigue des éducateurs sur leur recours aux contentions et
isolements : Une étude longitudinale en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté

Présenté par :
Geneviève Franche-Choquette

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Pierrich Plusquellec
Président rapporteur

Steve Geoffrion
Directeur de recherche

Geneviève Parent (UQO)
Membre du jury

Résumé

Contexte : Les mesures de contention et d'isolement (MCI) en centre de réadaptation (CR) pour jeunes en difficultés sont controversées, mais continuent néanmoins d'être employées sur une base régulière. Bien que l'utilisation des MCI soit balisée par des lois, l'état de stress ou de fatigue de l'éducateur est susceptible de teinter le processus décisionnel menant à l'application de ces mesures. Ainsi, les MCI pourraient être influencées par la situation, mais possiblement aussi par le stress et la fatigue des éducateurs. Considérant les effets iatrogènes physiques et psychologiques tant pour le jeune que l'intervenant pouvant être entraînés par les MCI, l'étude de l'effet du stress et de la fatigue sur les MCI ainsi que des facteurs susceptibles de diminuer ces réactions psychophysiologiques est pertinente. En effet, les conclusions soulevées pourraient permettre la mise en œuvre de stratégies de gestion du stress et favorisant une récupération efficace et également contribuer au développement d'une pratique réflexive chez les éducateurs.

Objectifs : Examiner le lien associatif (transversal et longitudinal) entre le niveau de stress perçu, de fatigue aiguë, de fatigue chronique, de récupération et d'activité physique et le recours aux contentions et isolements en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté.

Méthodologie : Un devis mixte séquentiel explicatif a été utilisé dans le cadre de ce projet. L'échantillon de type non-probabiliste compte 155 éducateurs en CR du Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME). Les participants ont été appelés à compléter huit journaux de bord hebdomadaires de mars à mai 2017, dans lesquels se retrouvaient l'*Échelle de stress perçu*, ainsi que la version française de l'*International Physical Activity Questionnaire* et de l'*Occupational Fatigue/Exhaustion Recovery Scale*. Les mesures ont été mises en relation avec les données relatives aux MCI, obtenues du CISSSME. Des analyses en décalage croisé ont été effectuées. Cinq groupes de discussion ont été organisés afin de présenter les résultats, lesquels ont été interprétés par les participants présents.

Résultats : Les analyses permettent de remarquer que (a) le stress de l'éducateur est associé négativement aux MCI au temps subséquent ($B_z = -0,28$, $p \leq 0,01$); (b) le niveau d'activité physique de l'éducateur est associé négativement aux MCI dans une même semaine ($B_z = -0,13$, $p \leq 0,05$); (c) l'utilisation de MCI est associée positivement avec la fatigue aiguë ($B_z = 0,10$, $p \leq 0,01$) et négativement avec la récupération ($B_z = -0,14$, $p \leq 0,01$) dans les semaines suivantes

et (d) l'utilisation de MCI est associée positivement à une utilisation ultérieure ($B_z = 0,33$ à $0,78$, $p \leq 0,001$). Finalement, la récupération serait indirectement associée de façon négative à l'utilisation de MCI par le biais d'un état de fatigue chronique élevée et un niveau de stress élevé ($B_z = 0,03$, $p = 0,076$). Contrairement à nos attentes, un haut niveau de stress ou de fatigue n'est pas significativement associé à une utilisation plus grande de MCI.

Conclusion : La présente étude démontre qu'un niveau de stress et d'activité physique élevé tend à diminuer l'utilisation de MCI. Il est possible de supposer que certaines caractéristiques personnelles des éducateurs contribuent à influencer leurs décisions cliniques lorsque vient le temps d'utiliser des MCI. Cela dit, il est aussi possible qu'ils soient en mesure de faire abstraction de leur vécu afin de se concentrer sur les besoins du jeune lors des interventions. Le projet a mis en lumière la possible banalisation du stress et de la fatigue vécus par éducateurs, contribuant à sous-estimer l'impact de leur travail sur leur bien-être au quotidien. Des suggestions quant à une plus grande considération du vécu des éducateurs et un meilleur soutien seraient pertinentes.

Mots-clés : contention et isolement, éducateurs, centre de réadaptation pour jeunes, stress, fatigue, activité physique

Abstract

Background: Restraints and seclusions (R&S) in youth residential treatment centers (RTC) are used regularly even though their use is controversial. Although R&S are meant to be used within a legal framework, their application in the day-to-day operations can be influenced by personal characteristics of the caregiver, such as his stress and fatigue level. Thus, the use of R&S could be due to the situation itself, but also possibly by the educator's stress and fatigue. Considering the physical and psychological iatrogenic effects of R&S for both youth and educators, it is highly relevant to study the impact of the stress and fatigue of the educator in relation to his usage of R&S, as well as factors which could potentially lower those psychophysiological reactions. In light of the results, we could suggest the implementation of stress coping strategies which could promote better recovery. Suggestions towards the development of a reflexive practice and higher consideration of the wellbeing of the educators could also be of interest.

Objective: To examine the associative links between the level of perceived stress, acute fatigue, chronic fatigue, intershift recovery and physical activity on the use of R&S in youth RTCs.

Methodology: A mixed sequential explanatory design was used. The participants were 155 educators working in RTCs of the Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME). They completed weekly diaries from March to May 2017, which included standardized instruments such as the *Perceived Stress Scale*, the *International Physical Activity Questionnaire* and the *Occupational Fatigue/Exhaustion Recovery Scale*. The data obtained was crossed with objective R&S data acquired from the CISSSME. Cross-lagged analyses were conducted in order to test the associative links between the variables. Five focus groups were organized where participants had to give their interpretation of our results.

Results: Results shown that (a) an educator's stress is negatively associated with the use R&S in the upcoming weeks ($B_z = -0,28, p \leq 0,01$); (b) physical activity is negatively associated with the use of R&S in the same week ($B_z = -0,13, p \leq 0,05$); (c) use of R&S is positively associated to the use of R&S in the next weeks ($B_z = 0,33 \text{ à } 0,78, p \leq 0,001$) and (d) the use of R&S is positively associated with acute fatigue ($B_z = 0,10, p \leq 0,01$) and negatively associated with recovery ($B_z = -0,14, p \leq 0,01$) in the following weeks. Finally, recovery is negatively associated with the use of R&S via high chronic fatigue and high stress level ($B_z = 0,03, p = 0,076$). Against our expectations, stress and fatigue were not positively related with the use of R&S.

Conclusion: This study shows that a higher level of stress and physical activity is linked to a lesser use of R&S. We can hypothesize that some educators' personal characteristics can influence their use of R&S, but also that they would be able to put their own stress aside when it comes to intervening. The project highlighted that educators might banalize the stress and fatigue they experience, contributing to underestimate the impact on their work on their wellbeing. Suggestions towards higher levels of clinical supervision and organizational support would be relevant.

Keywords: Restraint, seclusion, residential treatment center, educators, stress, fatigue, physical activity

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des acronymes	ix
Remerciements	x
Introduction	12
Les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté.....	14
Les lois	14
Les caractéristiques de la clientèle.....	15
Le quotidien en centre de réadaptation	16
Les mesures de contention et d'isolement.....	18
Définitions	18
Une utilisation controversée	19
Les facteurs influençant le recours aux MCI.....	20
Pertinence de l'étude.....	28
Le projet de recherche.....	30
Objectif principal de recherche.....	30
Hypothèses.....	30
Méthodologie.....	30
Stratégie analytique.....	35
Résultats	37
Statistiques descriptives	37
Analyses en décalage croisé	40
Discussion.....	44
Influence du stress perçu des éducateurs sur le recours aux MCI	45
Influence de la fatigue des éducateurs sur le recours aux MCI	48
Influence de la récupération des éducateurs sur le recours aux MCI.....	49
Influence du niveau d'activité physique des éducateurs sur le recours aux MCI.....	51

Autres influences sur les MCI	51
Forces et limites du projet	53
Directions pour futures recherches	56
Conclusion	57
Références	59
Annexes	73

Liste des tableaux

Tableau I.	Caractéristiques des participants.....	38
Tableau II.	Statistiques descriptives des variables indépendantes.	39

Liste des figures

Figure 1.	Modèle d'analyse en décalage croisé.....	37
Figure 2.	Associations transversales.....	42
Figure 3.	Associations prospectives.	44

Liste des acronymes

CISSSME: Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

CR: Centre de réadaptation

DPJ: Direction de la protection de la jeunesse

LPJ: Loi sur la protection de la jeunesse

LSJPA: Loi sur le système de justice pénale pour adolescents

LSSSS: Loi sur les services de santé et services sociaux

MCI: Mesures de contention et d'isolement

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire. D'abord, je désire remercier mon directeur de recherche, Steve Geoffrion, pour m'avoir appuyée, challengée et poussée à donner ce que j'avais de mieux. Cela m'aura définitivement permis d'aller plus loin et de rendre un mémoire dont je suis fière. Merci de m'avoir prise dans ton équipe et d'avoir cru en mes capacités. Un grand merci à Camille et Christine, fières partenaires. Merci pour votre support, notre complicité m'est bien précieuse et m'a fait beaucoup de bien lors des moments plus difficiles. Merci aux filles du lab, pour nos séances de travail qui tenaient plus du mémérage. Peu productif, on se le dira, mais tellement agréable. À tous les bénévoles et employés du Centre d'études sur le trauma qui se sont impliqués dans ce projet, merci pour votre travail et vos conseils. Je tiens également à exprimer ma gratitude à tous les éducateurs qui ont accepté de participer à la collecte de données et aux groupes de discussion. Vos expériences sont précieuses et m'ont beaucoup touchées. Vous méritez un environnement de travail qui a à cœur votre bien-être et qui vous encourage à devenir le meilleur de vous-même.

Ensuite, je remercie les organismes qui m'ont encouragée, directement ou indirectement. Leur soutien financier est tellement apprécié et m'a permis de me concentrer sur mon projet. Merci aux Services aux étudiants de l'Université de Montréal, à l'Institut Universitaire Jeunes en Difficulté ainsi qu'aux organismes subventionnaires du projet, soit le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et le Fonds de recherche Société et culture du Québec. De plus, je remercie sincèrement tous les professeurs et chargés de cours de l'École de Psychoéducation qui m'ont enseignée, conseillée et motivée tout au long de mon parcours.

Je désire également remercier ma famille et mes ami(e)s qui m'ont supportée de nombreuses façons au cours des cinq dernières années. Vos attentions, vos encouragements, votre patience et votre écoute m'ont fait le plus grand bien. Finally, I would like to thank my amazing partner, Alex, who has been there for me every step of the way. I couldn't have hoped for better support, care and love. You believed in me from the beginning and encouraged me to achieve my very best. Unbelievably patient, positive and empathetic, you listened and counselled me in an admirable way on so many occasions. Without you, this master's degree would have been incredibly harder to achieve. With all my love, thank you.

Introduction

Au Québec, près de 2850 jeunes sont actuellement hébergés en centre de réadaptation (CR; Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Ces jeunes sont pris en charge en vertu de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), la loi sur le système de justice pénal pour adolescents (LSJPA) ou placé dans les CR en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Les CR pour jeunes en difficulté ont pour mission de protéger et traiter les enfants qu'ils hébergent, de contribuer à la prévention et la compréhension des problèmes ainsi que de faire la promotion d'un développement sain (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010). La sécurité ou le développement des jeunes qui sont hébergés est considéré comme compromis ou ils purgent une peine à la suite d'un acte criminel (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017).

De nombreuses difficultés s'observent dans cette population, pour qui les problématiques de santé mentale et de troubles de comportement sont fréquents (Dale, Baker, Anastasio et Purcell, 2007). Il n'est pas rare que des manifestations de violence de la part des jeunes soient vécues par leurs éducateurs (Geoffrion et Ouellet, 2013). Lors de ces situations, les éducateurs peuvent utiliser bon nombre d'interventions selon la gravité, comme l'ignorance intentionnelle ou la pacification (Fraser, Archambault et Parent, 2016). Lorsque les éducateurs considèrent que le jeune présente un danger pour sa sécurité ou celle d'autrui, ils peuvent recourir à des mesures de contention et d'isolement (MCI; Crosland et al., 2008; Davidson, McCullough, Steckley et Warren, 2005). Bien que l'utilisation de ces mesures soit balisée par la LSSSS, il s'agit de méthodes qui suscitent la controverse. En effet, cela entraînerait des effets psychologiques et physiques négatifs pour les jeunes et aucun bénéfice à long terme n'aurait été observé (Day, 2002). Plus précisément, l'expérience de MCI peut générer un sentiment d'humiliation, un traumatisme, des blessures voire même la mort (Davidson et al., 2005; Day et Daffern, 2009; Huckshorn, 2004). Malgré ces faits, les MCI continuent d'être employées sur une base régulière au sein des institutions. Selon une étude auprès des différents CR au Québec menée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 3 459 jeunes auraient fait l'objet de 23 131 isollements et 4 247 auraient été sujets à 32 377 mesures de contention entre 2013 et 2016 (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2017).

Différents facteurs peuvent guider les décisions cliniques des intervenants lorsque vient le temps d'appliquer des MCI. À l'heure actuelle, plusieurs études (Happell et Koehn, 2011; Larue, Dumais, Ahern, Bernheim et Mailhot, 2009; Mann-Poll, Smit, de Vries, Boumans et Hutschemaekers, 2011; Taxis, 2002) documentent ce phénomène en milieu hospitalier, mais bien peu l'ont exploré en CR. Considérant que les populations et les milieux sont différents, il est impossible d'affirmer que ces résultats se transposent en CR québécois. Il est toutefois pertinent de s'inspirer des éléments significatifs identifiés en milieu hospitalier pour guider la réflexion. Larue et ses collaborateurs (2009) ont souligné que des facteurs organisationnels et environnementaux ainsi que des caractéristiques de l'équipe d'employés, du client et de l'intervenant peuvent avoir un impact sur le jugement clinique de l'intervenant en milieu psychiatrique. Ainsi, le processus décisionnel et le jugement clinique en lien avec l'application de MCI peuvent être influencés par des éléments extérieurs au client et à la situation (Larue et al., 2009). Parmi ceux-ci, l'intervenant peut subir l'influence de son niveau de stress ou de fatigue (Griffith, 2001) ainsi que son niveau d'éducation et ses années d'expérience (Taxis, 2002; Thomann, 2009). Selon Larue et al. (2009), une infirmière plus stressée ou plus fatiguée aurait davantage recours aux MCI. Bien que certaines études aient mis en lumière que l'expérience des éducateurs est reliée à une augmentation des MCI en CR (Lee-Lipkins, 2014; Thomann, 2009), aucune n'a examiné l'effet du stress ou de la fatigue de l'éducateur sur le recours aux MCI dans ce même milieu. Sachant que les professionnels de la santé sont les plus à risque de stress chronique et troubles associés (Felton, 1998), il advient de vérifier si, tel qu'en milieu hospitalier, ces facteurs influencent le recours aux MCI en CR, considérant l'incidence que cela peut avoir sur la qualité des soins offerts aux jeunes.

Cela étant dit, le stress et la fatigue sont des états qui sont modulables, entre autres par le biais d'un processus efficace de récupération des efforts après une journée de travail. En effet, selon la théorie de conservation des ressources de Hobfoll (1989), il est possible de rétablir les ressources perdues en investissant dans d'autres ressources. De nombreuses activités permettent d'effectuer une récupération efficace et la pratique d'activité physique serait l'une des plus probantes, tel que démontré dans plusieurs études (Demerouti, Bakker, Geurts et Taris, 2009; Korpela et Kinnunen, 2010; Sonnentag, 2001; Sonnentag et Natter, 2004). La présente étude aura pour but d'examiner l'effet du stress et de la fatigue sur les MCI, mais également celui de la récupération et de l'activité physique. À la lumière des résultats obtenus, des

recommandations claires et applicables en milieu clinique permettant de guider la pratique pourraient être offertes.

Les centres de réadaptation pour jeunes en difficulté

Au Québec, près de 2850 jeunes sont hébergés en CR (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Plus précisément, cela équivaut à près de 2400 des jeunes pris en charge en vertu de la LPJ ou en vertu de la LSSSS ainsi que 450 jeunes purgeant une sentence en vertu de la LSJPA.

Les lois

La LPJ (L.R.Q., c. P-34.1) a pour but d'assurer le développement et la sécurité des jeunes québécois de moins de 18 ans en veillant à mettre fin à des situations de compromission. Les décisions prises en vertu de la LPJ doivent l'être dans l'intérêt et le respect des droits de l'enfant et doivent viser à maintenir l'enfant dans son milieu. Selon cette loi, les parents sont les premiers responsables des soins, de l'entretien et de l'éducation de leur(s) enfant(s). Ainsi, pour qu'un enfant soit retiré de son milieu familial, la situation doit nécessairement être sévère. Plusieurs motifs de compromission peuvent être retenus lorsqu'un signalement est fait à la direction de la protection de la jeunesse. Selon la LPJ, il peut s'agir d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, de troubles de comportements sévères, d'abus physiques ou d'abus sexuels. De plus, le développement ou la sécurité peut également être compromis dans des cas de fugue, de non fréquentation scolaire ou de délaissement parental (L.R.Q., c. P-34.1).

Au Québec en 2016-2017, 91 200 signalements ont été reçus. De ceux-ci, près de 36 000 ont été retenus. Des 22 200 enfants pour qui la sécurité ou le développement était compromis, environ 2 400 ont été placés en CR ou ressources intermédiaires en vertu de la LPJ (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Légalement, les décisions relatives au placement des jeunes le sont en vertu de l'article 4 de la LPJ (L.R.Q., c. P-34.1, art. 4), selon lequel l'objectif principal est de maintenir l'enfant dans son milieu familial ou un endroit se rapprochant le plus de son milieu familial. Cependant, il se peut que ce ne soit pas dans l'intérêt de l'enfant de le maintenir dans son milieu familial. Dans ces cas, la décision de placement vise à offrir une continuité des soins, une stabilité des liens et des conditions adéquates en fonction des besoins et de l'âge de l'enfant (L.R.Q., c. P-34.1). Ainsi, les jeunes sont hébergés en CR parce qu'un

milieu familial n'est pas en mesure de leur fournir les conditions de vie, la stabilité et les soins dont ils ont besoin, incluant l'encadrement que requièrent certains comportements à risque, comme la violence, les fugues ou la consommation.

La LSJPA (L.C. 2002, ch. 1) s'applique aux jeunes canadiens âgés entre 12 et 18 ans et accusés d'infraction criminelle. Cette loi pose un cadre législatif propre à la clientèle adolescente. Tout en tenant compte des droits et du développement des adolescents, la LSJPA vise à protéger le public en obligeant les adolescents à répondre de leurs actes, en favorisant la réadaptation et la réinsertion sociale ainsi qu'en veillant à la prévention du crime (Ministère de la justice du Canada, 2013). Différentes mesures peuvent s'appliquer aux adolescents selon les cas, allant de mesures extrajudiciaires à des peines avec mise sous garde, c'est-à-dire un placement en CR. À titre indicatif, sur les 10 800 jeunes ayant reçu des services de la LSJPA en 2016-2017, 3.6% ($n = 450$) ont reçu une peine de mise sous garde (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017).

La LSSSS permet également d'offrir des services d'hébergement aux jeunes de moins de 18 ans. La LSSSS peut encadrer les demandes de placement volontaire venant du jeune et de ses parents ainsi que les demandes de placement (d'urgence ou non) (L.R.Q., c. S-4.2).

Les caractéristiques de la clientèle

Les enfants et les adolescents hébergés en CR vivent des problématiques extrêmement sévères et complexes (p. ex. problématiques de santé mentale, troubles de l'attachement, consommation) qui nécessitent des interventions spécifiques (Abt Associates, 2008; Gendreau, et Tardif, 1999; Ministère de la santé et des services sociaux, 2013). Les difficultés vécues sont de trois à dix fois plus fréquentes dans les CR que dans la population générale (Toupin, Pauzé, Frappier, Cloutier et Boudreau, 2004).

Les jeunes en hébergement proviennent généralement d'un milieu familial dysfonctionnel (Saint-Jacques, Lessard, Drapeau et Beaudoin, 1998) et peuvent entre autres avoir des antécédents d'abandon, de négligence, de maltraitance et d'abus (Ministère de la santé et des services sociaux, 2017). Les familles de ces jeunes ont de façon générale peu de ressources tant sur le plan économique, éducatif que social (Toupin et al., 2004). De nombreux enfants ont également été témoins ou victimes de violence, que ce soit de type physique, verbal ou psychologique (Fryer, Beech et Byrne, 2004; Toupin et al., 2004). À cet effet, il a été démontré

que des pratiques parentales inadéquates, incluant des méthodes disciplinaires coercitives, la punition corporelle, la discipline physique et l'abus physique, prédisent des comportements agressifs chez les enfants (Gershoff, 2002; Loeber et Hay, 1997). De plus, ce type de pratiques parentales vécu chez les garçons augmenterait leur risque de développer des troubles de la conduite, des symptômes propres à la personnalité antisociale ainsi que le risque de devenir des délinquants violents (Caspi et al., 2002).

En CR, il est donc fréquent de rencontrer des jeunes avec des problématiques comportementales ou émotionnelles, comme un trouble d'opposition, un trouble de l'attachement, un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, un trouble des conduites, un trouble dépressif, un trouble anxieux, de l'abus de substance, des comportements sexualisés ou suicidaires (Dale et al., 2007; Toupin et al., 2004). De ce fait, des difficultés d'estime personnelle, une faible capacité d'auto-contrôle et de résolution de problèmes sont fréquemment observées dans cette population (Fraser et al., 2016). Plus souvent qu'autrement, les jeunes adoptent des comportements désorganisés parce qu'ils ne sont pas en mesure de trouver les mots pour s'exprimer et qu'ils n'ont pas les habiletés sociales requises pour gérer une situation les interpellant affectivement ou socialement. (Fryer et al., 2004; Small, Kennedy et Bender, 1991). Ainsi, leurs compétences sociales sont minées par leur difficulté de régulation des émotions (Delaney et Fogg, 2005; Toupin et al., 2004). Selon le *Rapport de recherche sur la santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centre de réadaptation des centres jeunesse au Québec* (2015), près de 70% des adolescents hébergés le sont en raison de troubles du comportement (Frappier, Duchesne et Lambert, 2015). De plus, les problèmes les plus fréquents rencontrés chez ceux-ci seraient le refus de l'autorité ainsi que la présence de comportements violents ou agressifs.

Le quotidien en centre de réadaptation

Tel que mentionné, les CR sont des établissements institutionnels offrant un encadrement sécurisant et visant la réadaptation des jeunes retirés temporairement ou de façon permanente de leur milieu familial, tant en vertu de la LPJ, la LSJPA ou la LSSSS. Au sein de ces centres, les jeunes partagent leur quotidien avec des intervenants spécialisés mais aussi avec des pairs également aux prises avec des difficultés importantes. De façon générale, les unités d'hébergement sont composées d'une dizaine de jeunes généralement de même sexe et d'une équipe d'éducateurs (Le Blanc, Dionne, Proulx, Grégoire et Trudeau-Le Blanc, 1998). Au

Québec, les interventions en CR sont généralement menées dans un contexte d'autorité et se basent sur une approche systémique et sur l'approche psychoéducative (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010; Le Blanc et al., 1998). L'approche systémique est basée sur la théorie des systèmes et a pour objectif de considérer le fonctionnement de l'organisation familiale. Essentiellement, cette approche perçoit les comportements problématiques du jeune comme un symptôme d'une dysfonction. Cela permet également de favoriser « la mobilisation des forces de la famille dans la recherche de solutions à a situation problématique » (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010). Par ailleurs, l'approche psychoéducative utilise toutes les composantes du milieu d'intervention du jeune afin de créer un déséquilibre où la reprise de l'équilibre permettra l'acquisition de nouvelles capacités d'adaptation, tout en étant un défi possible et réaliste (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010; Ministère de la santé et des services sociaux, 2013). Différentes activités ponctuent le quotidien des jeunes, qu'il s'agisse d'activités cliniques, scolaires ou de loisirs, entre autres.

Le mandat des intervenants en CR. Dans le domaine de la relation d'aide, les intervenants ont comme mandat d'aider et d'outiller des individus vivant des difficultés pouvant être d'ordre comportemental, relationnel, adaptatif ou développemental (Ministère de la santé et des services sociaux, 2013). Pour ce faire, les éducateurs ont généralement une formation technique en éducation spécialisée ou un baccalauréat dans un domaine de relation d'aide, comme la psychoéducation, la criminologie ou la psychologie. Ainsi, un éducateur peut entamer sa carrière dès l'âge de 20 ans. Dans ses premières années, il peut être appelé à faire des remplacements et ainsi travailler au sein de diverses équipes et clientèles. Dans le quotidien, les éducateurs en CR doivent utiliser leur jugement clinique afin de recourir à différentes techniques d'intervention dans le but de désamorcer les crises et de répondre aux comportements dus à la souffrance des jeunes (Anglin, 2004; Boyer, Guay et Goncalves, 2014; Delaney, 2006). Bon nombre de techniques de communication verbales et non verbales peuvent être utilisées pour éviter l'escalade de la crise (Boyer et al., 2014; Robitaille, 2009). Cela dit, il arrive que celles-ci ne portent fruit. Les éducateurs utilisent donc parfois des mesures particulières de dernier recours, soit les mesures de contention et d'isolement.

Les mesures de contention et d'isolement

Définitions

Les mesures de contentions et isolements (MCI) sont utilisées afin d'assurer la sécurité des jeunes et des employés. Dans le cadre de ce projet, les MCI seront définies comme telles :

Contention : Une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier à un handicap.

L'isolement : une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

(Ministère de la santé et des services sociaux, 2002)

En CR, les mesures de contention sont d'ordre physique, soit avec la force du corps, ou mécanique, à l'aide de menottes. L'isolement en salle est une mesure à laquelle les éducateurs peuvent également avoir recours. La salle est dépourvue de meubles et est verrouillée de l'extérieur. La liberté de mouvement du jeune est donc restreinte dans les deux cas (Day, 2002).

Les MCI sont balisées par l'article 118.1 de la LSSSS (L.R.Q., c. S-4.2, art. 118.1), qui va comme suit:

Article 118.1. La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisées, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

L'article 10 de la LPJ (L.R.Q., c. P-34.1, art. 10) s'appuie sur l'article ci-dessus et fournit des informations supplémentaires, propres à son mandat:

Article 10. Toute mesure disciplinaire prise par un établissement qui exploite un centre de réadaptation à l'égard d'un enfant doit l'être dans l'intérêt de celui-ci conformément à des règles internes qui doivent être approuvées par le conseil d'administration et affichées bien en vue à l'intérieur de ses installations.

L'établissement doit s'assurer que ces règles sont expliquées à l'enfant de même qu'à ses parents. Une copie des règles internes doit être remise à l'enfant, s'il est en mesure de comprendre, de même qu'aux parents de l'enfant. Une copie de ces règles doit

également être transmise à la Commission, au Ministère de la Santé et des Services sociaux, à la région régionale et à l'établissement qui exploite un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

Les mesures, notamment l'isolement, prévues à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que la mesure d'hébergement en unité d'encadrement intensif prévu à l'article 11.1.1 de la présente loi ne peuvent jamais être utilisées à titre de mesure disciplinaire.

Un cadre de référence pour l'utilisation des MCI, défini par le Ministère de la santé et des services sociaux, implique des principes éthiques et cliniques. D'abord, la mesure de sécurité doit être utilisée dans un contexte de risque imminent et en dernier recours. Ensuite, il est nécessaire de choisir la mesure la moins contraignante pour la personne et cela doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité de l'individu. Finalement, des balises et des procédures doivent encadrer le recours aux MCI et celles-ci doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2015). Ainsi, la loi vise à encadrer la pratique et il est à noter qu'elle interdit le recours au MCI comme méthode disciplinaire (L.R.Q., c. P-34.1, art. 10).

Une utilisation controversée

Bien que l'utilisation des MCI soit réglementée, il est important de souligner que les MCI ne sont pas toujours utilisés à bon escient. En effet, ces mesures auraient fréquemment été utilisées par convenance, dans un but de coercition ou de punition (Kennedy et Mohr, 2001). La désobéissance, le non-respect d'une règle ou d'une demande se retrouvent donc parmi les raisons justifiant le recours aux MCI (Day et Daffern, 2009; Huckshorn, 2004). De plus, selon des études en CR, le recours à des MCI aurait pour effet d'augmenter l'occurrence de comportements négatifs chez les jeunes (Crosland et al., 2008; Fraser et al., 2016). En effet, il est à noter que les éducateurs qui travaillent avec des jeunes qui sont opposants et agressifs auraient tendance à utiliser davantage d'interventions physiques que verbales, ce qui a pour effet d'augmenter les comportements d'opposition et d'agressivité (Fraser et al., 2016). De plus, les attitudes contrôlantes et autoritaires des éducateurs augmenteraient la présence de comportements violents (Fraser et al., 2016). Les MCI auraient également le potentiel d'être contre-thérapeutiques, punitives, traumatisantes et affecteraient négativement la réadaptation (Day, Daffern et Simmons, 2010; Huckshorn, 2004). À cet effet, il apparaît primordial de mentionner le caractère possiblement fatal des recours aux MCI. La méta-analyse de Nunno,

Holden et Tollar (2006) recense 45 décès de jeunes liés aux MCI survenus aux États-Unis entre les années 1993 et 2003. La majorité des cas provenait soit de milieu psychiatrique, de CR ou de foyers de groupe. Sur le nombre total de décès, 38 sont survenus pendant ou après une contention physique alors que sept ont résulté d'une contention mécanique. Des 23 cas disponibles pour analyse, aucun d'entre eux ne faisaient état d'une utilisation justifiée des MCI. En effet, aucune des contentions n'avaient été effectuées afin de protéger la sécurité du jeune ou celle des autres (Nunno, Holden et Tollar, 2006).

Les facteurs influençant le recours aux MCI

Donc, il est possible que des facteurs autres que les comportements du jeune soient sous-jacents à l'utilisation de MCI (Happell et Koehn, 2011; Larue et al., 2009; Lee-Lipkins, 2014; Mann-Poll et al., 2011; Taxis, 2002; Thomann, 2009). Le processus décisionnel des intervenants serait influencé par des caractéristiques relatives au jeune ou à l'éducateur et des facteurs environnementaux (Larue et al., 2009; Roy et al., 2018; Thomann, 2009). En effet, le jugement clinique des intervenants peut être influencé par des éléments qui leur sont propres et qui sont extérieurs au jeune et à la situation, comme leur niveau de stress ou de fatigue (Griffith, 2001), leur niveau d'éducation, leurs années d'expérience (Taxis, 2002; Thomann, 2009) et leur sexe (Morrison et Lehane, 1995).

L'exposition aux comportements agressifs des jeunes peut contribuer à l'augmentation du stress et de diverses perturbations psychologiques chez les éducateurs (Geoffrion et Ouellet, 2013; Wieclaw et al., 2006). Selon le modèle conceptuel de Larue et al. (2009), inspiré entre autres de la revue systématique de Griffith (2001), le stress et le surmenage auraient le potentiel d'augmenter l'utilisation de MCI en milieu hospitalier. Cela dit, l'inclusion de ces facteurs dans leur modèle s'appuie sur une hypothèse émise dans ladite revue systématique et non sur des résultats empiriques (Griffith, 2001). Considérant le caractère hypothétique de ces affirmations et l'absence d'appui scientifique, il apparaît nécessaire d'aller vérifier si le lien entre le stress et la fatigue sur le recours aux MCI, tel que supposé en milieu psychiatrique, s'observe en CR au Québec. Qui plus est, considérant que la littérature disponible est plutôt américaine et issue du milieu hospitalier, il est impossible à l'heure actuelle de supposer que les résultats se transposent aux milieux des CR, qui sont régis par des lois et des instances gouvernementales québécoises.

Théorie de la conservation des ressources. Afin d'examiner l'effet du stress et de la fatigue comme caractéristique de l'éducateur pouvant avoir un effet sur le recours au MCI, la présente étude se base sur le modèle de conservation des ressources (Hobfoll, 1989). Il s'agit d'une théorie du stress et de la motivation offrant un modèle explicatif majeur pour comprendre le processus de stress au travail (Hobfoll, 2011; Westman, Hobfoll, Chen, Davidson et Laski, 2004). Cette théorie donne également un cadre permettant de comprendre, prédire et examiner les relations transactionnelles entre un individu et son environnement (Hobfoll, 2011). Il s'agit d'une des théories les plus citées dans la littérature en psychologie organisationnelle (Halbesleben, Neveu, Paustian-Underdahl et Westman, 2014).

Selon cette théorie, les individus sont motivés à acquérir, retenir et protéger les ressources qui leur sont importantes (Westman et al., 2004). Les ressources, telles que définies par cette théorie, peuvent être des caractéristiques personnelles (comme l'estime de soi), situationnelles (comme les relations interpersonnelles), matérielles (comme des outils de travail) ou énergétiques (comme le niveau de vigueur) (Demerouti et al., 2009; Xanthopoulou, Sanz-Vergel et Demerouti, 2014). Les individus utilisent leurs ressources afin de s'auto-réguler, de réguler leurs relations sociales et leurs façons de s'organiser, de se comporter et de s'intégrer dans un contexte organisationnel et une culture donnée (Hobfoll, 2011). Plus concrètement, les demandes en milieu de travail peuvent menacer les ressources et entraîner des tensions physiques et psychologiques, lesquelles seront prises en considération par l'individu qui tente de s'adapter aux demandes. Par exemple, des professionnels de la santé qui ont une charge de travail élevée ne s'accorderaient qu'un minimum de temps pour s'occuper de leurs patients adéquatement (Cherniss, 1993 dans Janssen, Jonge et Bakker, 1999).

La théorie se base sur deux principes (Halbesleben et al., 2014; Hobfoll, 2011; Westman et al., 2004). Premièrement, la perte de ressources aurait un impact plus significatif que le gain de ressources. Donc, pour une quantité égale de pertes et de gains, l'impact des pertes sera significativement plus important. Deuxièmement, l'investissement dans des ressources permettrait de se protéger contre la perte de ressources, de pallier aux pertes et de faire des gains (Halbesleben et al., 2014; Hobfoll, 2011; Westman et al., 2004). En lien avec le présent projet, cela pourrait signifier qu'une hausse du stress et de la fatigue (soit une perte de ressources énergétiques) entraîne un impact significatif sur le fonctionnement de l'éducateur. De plus, une récupération adéquate et la pratique d'une activité physique pourraient être considérées comme

un investissement de ressources qui atténuerait la perte et entraînerait un gain de ressources. En effet, l'activité physique permettrait de contrecarrer les conséquences du stress en diminuant la réactivité physiologique et psychologique au stress (Toker et Biron, 2012).

Finalement, les auteurs soulignent que les individus plus ou moins vulnérables seraient susceptibles de respectivement perdre ou gagner plus de ressources (Halbesleben et al., 2014; Hobfoll, 2011; Westman et al., 2004). Ainsi, des spirales descendantes ou ascendantes s'observeraient, selon lesquelles un éducateur vulnérable verrait possiblement sa fatigue s'accumuler et son stress s'augmenter. En revanche, un éducateur moins vulnérable et plus résilient serait plus en mesure d'utiliser des moyens pour limiter la perte de ressources et susciter des gains, par le biais d'une récupération efficace et la pratique d'un sport, par exemple.

Le stress psychologique. Selon Hobfoll (1989), le stress psychologique est considéré comme étant la réaction d'un individu à son environnement, lorsqu'il fait face à (a) une menace de perte de ressources, (b) une perte de ressources, ou (c) un manque de gain de ressources à la suite d'un investissement de ressources. Cela dit, autant la perte que le manque de gains perçus ou réels peuvent suffire à générer du stress (Hobfoll, 1989). Dans le cadre de ce projet, le stress perçu sera mesuré chez les participants.

Le stress survient généralement lorsqu'un individu fait face à une situation nouvelle, imprévisible, pour laquelle il a un faible contrôle ou qui présente une menace à son égo (Dickerson et Kemeny, 2004). Les réactions au stress peuvent être d'ordre physiologique, affectif ou comportemental (Sonnetag et Frese, 2003). Ces diverses réactions, qui sont des stratégies que l'individu utilise pour s'adapter face au stress (Juster et al., 2011), peuvent ainsi affecter l'individu sur le plan psychophysiologique et entraîner une diminution de la capacité d'attention et la capacité de la mémoire de travail en situation de stress, un faible dévouement quant à l'organisation ou encore un processus de relaxation et de récupération déficient (Sonnetag et Frese, 2003). L'exposition répétée à la violence, telle que vécue chez les éducateurs, peut contribuer au maintien d'un état de stress (Geoffrion et Ouellet, 2013). Dans le cas où un individu n'est pas en mesure de revenir à son niveau d'avant stress, son système de réponse au stress demeure activé. Ainsi, cette activation prolongée contribue au développement d'un état de stress chronique, lequel peut entraîner des conséquences physiologiques méésadaptées (Bartolomucci et al., 2005; Juster et al., 2011).

Les stressseurs n'ont pas nécessairement des effets négatifs chez tous les individus. Le degré auquel une situation stressante affecte quelqu'un peut être dépendante de la disponibilité de ses ressources (Sonnetag et Frese, 2003). Les ressources font référence à des conditions au travail, mais également à des caractéristiques individuelles (sentiment d'auto-efficacité, estime de soi) pouvant être utilisées afin d'atteindre des objectifs (Sonnetag et Frese, 2003).

Il importe de mesurer le niveau de stress de l'éducateur considérant que celui-ci peut avoir un effet sur le jugement clinique d'un donneur de soins (Larue et al., 2009; LeBlanc, Regehr, Shlonsky et Bogo, 2012). À ce propos, une étude a examiné l'effet du stress de travailleurs sociaux en protection de la jeunesse sur leurs capacités d'évaluation du risque. Ainsi, le stress vécu par les intervenants lorsqu'ils doivent évaluer le risque d'une situation aurait des effets sur leurs fonctions cognitives, ce qui pourrait altérer leur jugement clinique. En effet, le stress pourrait augmenter les risques de percevoir un stimulus ambigu comme menaçant (LeBlanc et al., 2012). Dans le cas des éducateurs en CR, cela pourrait signifier que leur niveau de stress influence leur perception d'une situation violente en l'interprétant comme étant menaçante et pourrait précipiter le recours aux MCI. Par ailleurs, conséquemment avec le modèle de conservation des ressources, l'éducateur doit être en mesure de récupérer adéquatement du stress vécu à la suite d'une journée de travail afin de rétablir ses ressources perdues. Cela lui permettra de revenir à un niveau d'avant-stress, de ne pas accumuler de fatigue et ainsi d'être disposé pour son prochain quart de travail.

La fatigue. Tel que mentionné plus haut, la fatigue de l'éducateur pourrait également être une composante ayant un effet sur son jugement clinique lorsqu'il fait face à des situations violentes. Il y aurait également une relation bidirectionnelle positive entre la fatigue et le niveau de stress (Barker et Nussbaum, 2011; Doerr, Nater, Ehlert et Ditzen, 2018; Samaha, Lal, Samaha et Wyndham, 2007) et le stress serait un facteur de risque important d'une augmentation de fatigue (Doerr et al. 2018). La fatigue est un phénomène subjectif qui se définit comme de l'épuisement, de la faiblesse ou un manque d'énergie (Doerr et al., 2018). Ressentir de la fatigue est normatif, considérant que cela a pour effet d'entraîner le repos. Cependant, la fatigue éprouvée pendant la journée, donc non pas seulement suite au réveil ou précédent le coucher, peut devenir problématique puisque cela peut interférer avec la productivité et le bien-être des individus (Doerr et al., 2018)

Les concepts de fatigue aiguë et de fatigue chronique sont intimement liés, mais demeurent des entités différentes. La fatigue aiguë se définit comme étant plus temporaire, réversible et vécue régulièrement par des travailleurs en santé (Barker et Nussbaum, 2011; Sagherian et Geiger Brown, 2016). Cette fatigue est généralement liée au quart de travail précédent (Fang, Qiu, Xu et You, 2013) et peut être contrée en récupérant adéquatement (Chen, Davis, Daraiseh, Pan et Davis, 2014). Lorsqu'un individu est incapable de récupérer d'un état de fatigue aiguë à long terme, un état de fatigue chronique peut se développer (Chen et al., 2014). Cette dernière serait une condition plus sérieuse, caractérisée par un épuisement mental et physique, entraînant des impacts sur le bien-être physique et psychologique (Barker et Nussbaum, 2011; Chen et al., 2014; Sagherian et Geiger Brown, 2016). Cela se définirait comme une réponse inadéquate, caractérisée par une inefficacité, un intérêt réduit, une implication et une motivation moindre, une diminution de la concentration ainsi que des affects négatifs (Fang et al., 2013; Winwood, Winefield, Dawson et Lushington, 2005). Le caractère chronique de cet état rappelle que ce n'est pas aisément réversible, c'est-à-dire que cela ne peut être soulagé par un repos de courte durée ou un simple allègement de la tâche (Winwood et al., 2005).

Considérant la nature des tâches de l'éducateur en CR telles que discutées plus haut, il est possible de supposer qu'un quart de travail entraîne chez lui une perte de ressources tant physiques, psychologiques qu'émotionnelles. En effet, la complexité et la gravité des profils affectifs et comportementaux des jeunes avec qui ils travaillent nécessitent un accompagnement soutenu et des interventions spécifiques (Abt Associates, 2008; Gendreau et Tardif, 1999; Ministère de la santé et des services sociaux, 2013). Bien qu'un état de fatigue en réponse aux demandes du travail soit normatif, le maintien de cet état, dû à un processus de récupération inadéquat, peut entraîner des difficultés chez le travailleur (Winwood et al., 2005). Tel que mentionné plus haut, un manque de récupération peut entraîner un état de fatigue aiguë en fin de quart de travail, qui est de nouveau suivi d'une récupération déficiente (Winwood et al., 2005). L'aspect cyclique de ce processus contribue à la dégradation de l'état de l'individu, pouvant mener à un état de fatigue chronique (Winwood et al., 2005).

La récupération. Le concept de récupération au travail fait référence au processus par lequel un individu régénère les ressources qu'il a utilisées lors d'une journée de travail (Demerouti et al., 2009). Plus précisément, les travailleurs sont confrontés chaque jour à de nombreuses demandes, tant sur le plan physique, intellectuel ou émotionnel (Zijlstra et

Sonnentag, 2006). Afin de répondre à ces demandes, les individus doivent utiliser leurs ressources personnelles. L'utilisation de ces ressources constitue une dépense énergétique qui entraîne une fatigue au terme de la journée (Sonnentag et Zijlstra, 2006). Afin d'être prêts et aptes à faire face à de nouvelles demandes lors de la prochaine journée de travail, les ressources perdues doivent être récupérées. La récupération permet aux individus de faire le plein et de retrouver un niveau de ressources adéquat (Xanthopoulou et al., 2014).

La récupération est un processus de détente psychophysique, contrastant avec l'activation psychophysique des différents systèmes qui sont utilisés pour faire face aux demandes dans une journée (Dewa, Nieuwenhuijsen et Sluiter, 2016). D'un point de vue psychologique, la récupération peut se définir comme le sentiment que possède un individu sur sa capacité à faire face aux demandes nouvelles ou persistantes. D'un point de vue physiologique, la récupération signifie que le niveau d'alerte d'un individu revient à son niveau de base, soit à un niveau d'avant stress (Zijlstra et Sonnentag, 2006). Le besoin de récupération est un état émotionnel qui survient lorsqu'un individu ne se sent plus en mesure de faire face aux demandes. Il s'agit d'un concept différent de la fatigue et de la détresse psychologique, bien que ce soit intimement lié (Xanthopoulou et al., 2014). En effet, le besoin de récupération serait précurseur d'un état de fatigue chronique et de détresse psychologique (Dewa et al., 2016; Sonnentag et Zijlstra, 2006).

Le processus de récupération s'effectue lorsque les demandes disparaissent et que l'individu est disposé à réparer les effets négatifs de l'effort (Demerouti et al., 2009). Lorsque la récupération s'effectue de façon efficace, une diminution de la fatigue et une augmentation du bien-être s'observent (Sonnentag et Zijlstra, 2006). Un processus de récupération insuffisant peut mener à une accumulation de fatigue. Cette dernière est associée à des perturbations de l'état de santé physique et psychologique (Sonnentag et Zijlstra, 2006). De plus, des conséquences en milieu de travail s'observent, comme un risque d'épuisement professionnel, une diminution de la productivité au travail et une augmentation du roulement du personnel (Sonnentag et Bayer, 2005; Sonnentag et Zijlstra, 2006; Xanthopoulou et al., 2014).

Types d'activités de récupération. Sonnentag (2001) présente cinq types d'activités efficaces qui peuvent être complétées après le travail lors de la période de récupération, soit a) les activités reliées au travail, b) les tâches ménagères, c) les activités physiques, d) les activités sociales et e) les activités passives. Parmi celles-ci, il y a un consensus concernant les effets

positifs de l'activité physique, que Korpela et Kinnunen (2010) évaluent être une des meilleures activités pour récupérer du stress au travail. Cela peut sembler contre-intuitif puisqu'une dépense énergétique supplémentaire est générée (Samaha et al., 2007; Sonnentag, 2001). Toutefois, la pratique d'activité physique vise à dépenser l'énergie accumulée lors de l'activation du système pour faire face au stress. À cet effet, de nombreuses études démontrent que les employés qui font de l'exercice après le travail se sentent plus reposés au coucher (Rook et Zijlstra, 2006; Sonnentag, 2001; Sonnentag et Bayer, 2005; Sonnentag et Natter, 2004; Xanthopoulou et al., 2014). De plus, l'activité physique aurait un effet négatif sur le besoin de récupération, c'est-à-dire que les gens actifs seraient moins à même de ressentir un grand besoin de récupération (Korpela et Kinnunen, 2010; Sonnentag et Zijlstra, 2006). Afin de gérer son stress et sa fatigue, un éducateur pourrait donc s'engager différentes activités afin de regagner les ressources perdues, ce qui fait référence au processus de récupération (Rook et Zijlstra, 2006).

La récupération à l'aide de la pratique d'activité physique. Depuis plusieurs années, de nombreuses études (Eime, Young, Harvey, Charity et Payne, 2013; Josefsson, Lindwall et Archer, 2014) ont souligné les effets bénéfiques de la pratique régulière de l'activité physique sur le bien-être physique et psychologique des individus. Selon une revue de littérature de Salmon (2001), l'exercice physique régulier diminuerait le risque de rechute après un épisode dépressif, réduirait la sensibilité au stress et serait associé à une meilleure santé mentale en général. Par ailleurs, l'activité physique aurait le potentiel de diminuer la réactivité psychologique au stress chronique et la sensibilité aux stimuli négatifs en augmentant le sentiment de compétence, d'auto-efficacité et les habiletés personnelles (Toker et Biron, 2012). En milieu de travail, la pratique d'une activité physique régulière entraînerait des bénéfices observables chez les employés, tant au niveau de leur productivité que de leur qualité de vie professionnelle et de leur bien-être émotionnel (Brown, Gilson, Burton et Brown, 2011; Hartfiel, Havenhand, Khalsa, Clarke et Krayner, 2011).

Selon une étude de Carson, Baumgartner, Matthews et Tsouloupas (2010) auprès de 189 éducateurs en petite enfance, la pratique d'activité physique serait une stratégie efficace afin de diminuer les réponses au stress. En effet, les auteurs ont étudié l'effet des comportements liés à l'activité physique sur l'épuisement, l'absentéisme et l'intention de changer d'emploi (Carson, Baumgartner, Matthews et Tsouloupas, 2010). L'épuisement émotionnel se définit comme le

sentiment d'être « à sec » en ce qui a trait aux ressources émotionnelles (Carson et al., 2010). La pratique d'activité physique, tant sur le lieu de travail que pendant les loisirs, était négativement associée à l'épuisement émotionnel, alors que ce dernier était positivement corrélé avec l'intention de changer d'emploi (Carson et al., 2010). Cette étude est cohérente avec la littérature, mais les propriétés méthodologiques ne permettent pas d'affirmer que les résultats se transposent fidèlement à une population d'éducateurs en CR. Leur clientèle et leurs fonctions diffèrent grandement, puisque ces derniers sont davantage en réadaptation qu'en éducation. Cependant, l'échantillon était composé de femmes, à l'exception d'un participant. Considérant qu'environ 85% des participants de la présente étude sont des femmes, il est possible de supposer que l'activité physique serait une stratégie efficace pour diminuer les effets du stress chez les femmes. Finalement, l'étude de Carson et al. (2010) a utilisé un devis transversal, rendant impossible l'affirmation d'un lien de causalité.

À la lumière de ces informations, il est possible de supposer que la pratique d'activité physique puisse être une des façons efficaces pour les éducateurs en CR de récupérer, soit de rétablir leurs réserves physiques, psychologiques et émotionnelles après une journée de travail. Cela pourrait leur permettre d'abaisser leur niveau de stress et de gérer leur état de fatigue afin d'être disposé à faire face à une nouvelle journée de travail. Dans le cas où, tel qu'observé en milieu hospitalier, le stress et la fatigue peuvent altérer le jugement clinique d'un éducateur lorsqu'il fait face à une situation violente (Abramovitz et Bloom, 2003; Griffith, 2001; Larue et al., 2009; Morrison et Lehane, 1995; Small et al., 1991), la pratique d'activité physique comme activité de récupération pourrait contribuer indirectement à limiter le recours aux MCI. Dans le cas de la présente étude, il est supposé que les éducateurs actifs récupèrent davantage, ce qui les rend plus reposés et disposés lors de leur prochaine journée de travail, diminuant ainsi l'effet que le stress et la fatigue pourraient avoir sur leur jugement clinique (Abramovitz et Bloom, 2003; Griffith, 2001; Larue et al., 2009; Morrison et Lehane, 1995; Small et al., 1991).

Autres influences possibles. Afin de guider la sélection des variables à l'étude, il importe d'examiner toutes variables pouvant avoir une influence sur le recours aux MCI afin de vérifier leur implication dans notre étude. Cela permettra essentiellement de mieux isoler l'effet des variables principales.

Dans la littérature, plusieurs études en CR ont tenté de recenser différents éléments qui pourraient influencer le recours aux MCI. En effet, tant certaines caractéristiques des jeunes que

des intervenants seraient associées à une plus grande utilisation de MCI. D'abord, il apparaît les enfants d'un jeune âge seraient plus à même d'en être victimes (Farragher, 2002; Leidy, Haugaard, Nunno et Kwartner, 2006; Thomann, 2009). Ces observations sont cohérentes avec le fait que les enfants plus jeunes sont plus à même d'adopter des comportements agressifs (Roy et al., 2018). Ainsi, il y aurait davantage de situations lors desquelles les MCI doivent être utilisées. Pour les mêmes raisons, les garçons auraient également plus de risques d'être sujets à des MCI (Roy et al., 2018). En ce qui a trait aux caractéristiques des intervenants, les employés avec moins d'expérience utiliseraient davantage les MCI (Farragher, 2002, Roy et al., 2018), possiblement puisqu'ils connaissent moins de stratégies alternatives non coercitives (Roy et al., 2018).

Pertinence de l'étude

Somme toute, la littérature actuelle ne permet pas de tirer des conclusions claires quant aux facteurs propres aux éducateurs qui influenceraient leur recours aux MCI en CR (Lee-Lipkins, 2014; Roy et al., 2017; Thomann; 2009). Bien que quelques rapports gouvernementaux soient produits dans le but de fournir des statistiques sur les MCI, il y a peu d'information sur les facteurs qui y mènent. Cela étant dit, il faut documenter le sujet à l'aide d'études scientifiques au Québec, considérant que l'utilisation de MCI entraîne des impacts psychologiques, physiques ainsi que des considérations éthiques pour les receveurs de soins (Day et al., 2010; Delaney, 2006; Larue et al., 2009; Lee-Lipkins, 2014). Comme la fatigue et le stress pourraient avoir un effet sur le jugement clinique des éducateurs, il advient de supposer que les soins offerts aux jeunes pourraient également en être affectés. En effet, certains éducateurs demeurent en poste malgré leurs symptômes de stress et d'épuisement professionnel (Hanson, 2015; Seti, 2008). À ce propos, une étude au Centre jeunesse de la Montérégie aurait démontré qu'un éducateur sur cinq serait au travail malgré des symptômes cliniquement significatifs d'épuisement professionnel et de trouble de stress post-traumatique (Geoffrion, 2015). Il importe donc de se questionner sur l'interaction entre l'état des éducateurs et leur jugement clinique en lien avec le recours aux MCI. Dans une perspective davantage macrosystémique, le sujet à l'étude est foncièrement d'intérêt puisque le recours aux MCI engendre des coûts financiers importants, tant en ce qui a trait aux ressources matérielles qu'humaines (Lebel et Goldstein, 2005). Finalement, comme les éducateurs ont un rôle de première ligne, il apparaît primordial que leurs

interventions soient basées sur des connaissances issues de la recherche (Gervais, Chagnon et Paccioni, 2011). Or, devant l'absence d'études sur le processus décisionnel lors de recours aux MCI dans les CR, cette pratique n'est pas actuellement appuyée sur des connaissances empiriques.

Tel que mentionné précédemment, certaines études en milieu hospitalier ont également apporté des informations supplémentaires concernant l'utilisation des MCI (Griffith, 2001; Larue et al., 2009; Man-Poll et al., 2011). Bien que certains éléments puissent être communs entre les divers intervenants, il est impossible d'affirmer que cela s'applique de la même façon pour les éducateurs, considérant que leur mandat est différent. Contrairement aux infirmiers et infirmières qui visent la guérison ou les enseignants et éducateurs en petite enfance ayant un mandat d'éducation, les éducateurs travaillent dans une optique de réadaptation et agissent en tant que modèles prosociaux pour les jeunes (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010; Le Blanc et al., 1998). Par ailleurs, les études disponibles, locales ou non, sont souvent situées dans un contexte particulier qui ne permet pas nécessairement la généralisation, les échantillons étant également fréquemment non représentatifs. De plus, peu d'études de type longitudinal ont été réalisées dans ce domaine, limitant la capacité d'identifier des liens de causalité.

Il est important d'investiguer les facteurs d'influence afin de mieux comprendre dans quels contextes ces mesures sont utilisées et comment des solutions alternatives pourraient être envisagées. Le présent projet répond aux limites rencontrées jusqu'à maintenant, en plus de compter sur l'utilisation d'un devis longitudinal avec journaux de bord. Par l'entremise de ceux-ci, le but est d'aller sonder les perceptions des éducateurs afin d'obtenir des données proches de la réalité.

En somme, la présente étude examinera le lien entre les variables de stress, de fatigue aiguë et chronique, de récupération et d'activité physique sur le recours aux MCI. Additionnellement, l'interaction entre le niveau de stress, de fatigue, de récupération et d'activité physique sera également observée. Ensuite, le sexe de l'éducateur et ses années d'expérience ainsi que l'âge et le sexe du jeune seront contrôlés afin d'isoler les effets des variables principales. Finalement, la discussion sera bonifiée des commentaires des participants obtenus dans le cadre de groupes de discussion où les résultats obtenus ont été interprétés par ceux-ci.

Le projet de recherche

Objectif principal de recherche

Dans le cadre du présent projet, l'objectif de recherche est d'examiner les liens associatifs et transversaux entre le stress perçu, la fatigue aiguë, la fatigue chronique, la récupération et l'activité physique sur le recours aux MCI. En fonction de la littérature présentée, quatre hypothèses ont été formulées et seront testées.

Hypothèses

1. Le niveau de stress d'un éducateur sera associé positivement à l'utilisation de MCI.
2. Le niveau de fatigue aiguë et chronique d'un éducateur sera associé positivement à l'utilisation de MCI.
3. Le niveau de récupération d'un éducateur sera associé négativement à l'utilisation de MCI.
4. La pratique d'activité physique d'un éducateur sera associée négativement à l'utilisation de MCI.

Méthodologie

La présente étude s'inscrit dans un projet de recherche de plus grande envergure, dans lequel nombreuses variables ont été étudiées auprès des éducateurs en CR afin d'examiner leur effet sur les MCI. Ce projet de mémoire utilise un devis mixte séquentiel explicatif (Creswell, 2009). En premier lieu, une collecte de données longitudinale prospective a été effectuée afin d'obtenir des données quantitatives. Ensuite, les résultats des analyses statistiques ont été présentés lors de groupe de discussion afin d'obtenir l'interprétation des participants.

Participants. L'échantillon est de type non probabiliste, puisqu'effectué sur une base volontaire. Tous les participants sont des éducateurs en CR du Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME). Tous les éducateurs désirant participer ont été considérés, qu'ils soient employés à temps complet, à temps partiel régulier ou à temps partiel occasionnel. Des 434 employés éligibles, 272 ont rempli le formulaire de consentement. Sur ceux-ci, 190 ont complété le temps 1. Plusieurs participants n'ont pas complété tous les temps et afin d'élaborer notre échantillon, certaines décisions systématiques ont été prises afin d'exclure les participants qui n'avaient pas assez de données valides et complètes. Plus précisément, les participants retenus devaient avoir répondu minimalement au temps 1 ainsi qu'au temps 4 pour les variables relatives au stress et à la fatigue. À l'aide de cette méthode,

plusieurs participants ont été éliminés, ce qui a permis d'obtenir une meilleure stabilité dans les variables analysées. En ce qui concerne les données relatives à l'activité physique, l'instrument de mesure semble avoir été mal compris par plusieurs participants. Nombreuses étaient les données erronées, manquantes ou incohérentes. Afin de maximiser le nombre de données utilisables, le traitement des données problématiques a été fait de façon systématique. Ainsi, lorsqu'un participant inscrivait qu'il avait complété 1h et 60 minutes d'activité physique, les données n'étaient pas additionnées et seulement la valeur de 60 minutes était conservée. Cependant, lorsqu'il manquait soit le nombre de journées ou de minutes, les données ont été considérées comme manquantes afin d'éviter d'inférer des résultats. Finalement, le critère quant à la participation au temps 1 et 4 n'a pas été appliqué pour cette variable, puisque cela aurait occasionné une diminution supplémentaire d'une quinzaine de participants.

L'échantillon final est donc de 155 participants. Le taux de participation est de 100% au temps 1 et 4, alors qu'il se situe à 98% au temps 2 et 93,5% au temps 3 pour les variables de stress et de fatigue. Pour la variable d'activité physique, le taux de participation est de 92,3% au temps 1, 90,3% au temps 2, 81.9% au temps 3 et de 88.4% au temps 4.

L'échantillon est composé majoritairement de femmes (83%). Les participants sont âgés entre 21 et 54 ans. Les éducateurs ont en moyenne 8,9 années d'expérience et plus de 60% de l'échantillon a un poste à temps complet, alors qu'un peu plus de 5% est un employé à temps partiel occasionnel. Plus de 70% des éducateurs travaillent avec une clientèle adolescente (12-21 ans), alors qu'environ 20% travaillent dans des unités à l'enfance (6-11 ans) et 5% sont avec les pré-adolescents (10-14 ans). Il est possible de se référer au Tableau 1 pour les statistiques complètes.

Enfin, des analyses descriptives du groupe de participants non retenus ont été menées, ainsi que des tests-t afin de les comparer avec les participants de l'échantillon. Il n'y a pas de différences entre les groupes en regard du sexe de l'éducateur, de l'âge ou du sexe de la clientèle. Cependant, la différence est significative en ce qui a trait à l'âge de l'éducateur, $t(209) = -2,57$, $p < 0,01$ et à ses années d'expérience, $t(212) = -3,15$, $p < 0,01$. Les participants exclus seraient donc significativement plus jeunes et moins expérimentés. Les tableaux des statistiques complètes se retrouvent en annexes.

Procédures et déroulement de la recherche. Le recrutement des participants s'est effectué en février 2017, alors que le chercheur principal a présenté le projet dans les différentes

équipes du CISSSME. Les éducateurs intéressés ont rempli un formulaire de consentement. Sur réception du formulaire, les assistantes de recherche ont fait parvenir un pré-questionnaire afin d'obtenir les données sociodémographiques dénominalisées des employés. Les participants ont été sollicités pendant huit semaines lors desquelles ils ont rempli un journal de bord de façon hebdomadaire (Diary studies – Ohly, Sonnentag, Niessen et Zapf, 2010). Les éducateurs ont été libérés de leurs tâches et rémunérés par le CISSSME pendant environ 20 minutes pour compléter le journal. Les journaux de bord remplis ont été collectés par l'équipe de recherche à chaque semaine, afin d'entrer les données au fur et à mesure. Ainsi, les participants n'avaient pas accès aux réponses des semaines précédentes. Les journaux ont été remplis entre la mi-mars et la mi-mai 2017, à raison d'une prise de mesure par semaine. Huit temps de mesure sont disponibles pour analyse. Pour ce mémoire, ceux-ci ont été regroupés en quatre temps de mesure (voir la section *Stratégie analytique*). En ce qui a trait aux données relatives aux MCI, celles-ci ont été colligées dans un logiciel du CR, soit le logiciel PIJ (Projet Intégration Jeunesse). L'équipe de recherche a eu accès à toutes les données relatives aux MCI recueillies entre novembre 2016 et octobre 2017. Cela permet d'avoir les données avant, pendant et après la phase des journaux de bord. Dans le cadre de ce mémoire, seules les données concomitantes à la collecte de données, soit de mi-mars à mi-mai 2017, sont utilisées.

Par la suite, cinq groupes de discussion ont été menés à l'hiver 2018 sur les différents sites des CR du CISSSME. Au total, 25 employés ont participé, soit 22 éducateurs et trois conseillers en développement professionnel. Le chercheur principal, Dr. Steve Geoffrion, a présenté les résultats dans le but d'obtenir les perceptions et interprétations des participants. Des questions ouvertes et non suggestives leur ont été posées afin de ne pas influencer leurs réponses. Une assistante de recherche colligeait par écrit les informations pertinentes soulevées lors de ces rencontres. Le contenu des rencontres n'a pas été analysé et a plutôt été utilisé afin de bonifier l'interprétation des résultats. La participation était volontaire et tous ont signé une entente de confidentialité. Cependant, la consigne aurait été mal comprise par certains gestionnaires qui auraient demandé à des éducateurs d'y représenter leur unité. Toutes les procédures ci-haut nommées s'inscrivent dans un projet de recherche approuvé par le comité éthique du Centre Jeunesse de Québec – Institut Universitaire.

Variables à l'étude. Les participants ont rempli plusieurs questionnaires validés. Le présent projet utilise trois des instruments de mesure du journal de bord (voir en Annexes pour

les questionnaires complets). Les variables indépendantes seront présentées, suivies de la variable dépendante.

Récupération, fatigue aiguë et fatigue chronique. La version française de l'échelle *Occupational Fatigue Exhaustion/Recovery* (OFER) (Winwood et al., 2005) a été utilisée afin de mesurer la fatigue aiguë, la fatigue chronique et la récupération entre les quarts de travail. De nombreuses études ont validé l'outil proposé au cours des dernières années. La validité convergente et discriminante est satisfaisante, les corrélations allant dans le sens attendu (Winwood et al., 2005). La stabilité temporelle est également satisfaisante, les coefficients de Pearson se situant entre 0,62 et 0,84 (Winwood et al., 2005). Finalement, la cohérence interne de l'instrument est très satisfaisante, les alphas de Cronbach étant à plus de 0,85 (Winwood et al., 2006). Dans le cadre du présent projet, la cohérence interne a été mesurée et les alphas se situent tous au-delà de 0,78, ce qui est satisfaisant.

L'OFER comprend trois sous-échelles de cinq items chacune, permettant de mesurer les concepts ci-haut nommés. Au total, quinze items sont compris dans le questionnaire. Pour chacun de ceux-ci, le répondant se réfère à une échelle de Likert de six choix de réponses, allant de *Fortement en désaccord (0)* à *Fortement en accord (6)*. À titre d'exemple, une des questions de la sous-échelle *Fatigue aiguë* est : « Il ne m'est resté que très peu d'énergie après une période de travail habituelle. ». Pour la sous-échelle *Fatigue chronique*, un des items est : « J'ai souvent redouté le moment où je devrai me réveiller pour entreprendre une autre journée de travail ». Finalement, un des items de la sous-échelle *Récupération entre les quarts de travail* est : « Je n'ai jamais eu assez de temps pour refaire le plein d'énergie entre deux périodes de travail ». Le score de chaque sous-échelle est effectué en additionnant la valeur de chaque item, après avoir inversé certains items (9, 10, 11, 13, 15). Tel que spécifié dans le manuel d'interprétation des résultats, le score sur 30 est obtenu et converti sur 100 en utilisant la règle de trois. La sous-échelle *Récupération* peut être utilisée à la positive, comme dans ce projet, ou à la négative, alors que cela ferait référence à de la fatigue persistante, soit un manque de récupération (Winwood, 2005). Ainsi, un score élevé pour la récupération signifie que le participant perçoit être en mesure de récupérer suffisamment, alors qu'un score élevé pour les échelles de fatigue font référence à un état de fatigue élevé.

Stress perçu. L'*Échelle française de stress perçu en milieu professionnel* (PSS 10; Cohen, Kamarck et Mermelstein, 1983) a été utilisée. Cet instrument comprend deux sous-

échelles totalisant 10 items, soit la perception de débordement et d'efficacité personnelle. Les répondants doivent fournir une seule réponse par question en se référant à une échelle de Likert à cinq choix de réponses, allant de *Jamais (0)* à *Souvent (4)*. À titre d'exemple, une des questions du PSS 10 est : « Combien de fois avez-vous été dérangé(e) par un évènement inattendu au cours de la dernière semaine ? ». Afin de procéder à l'interprétation des scores, il est nécessaire d'inverser les scores des quatre items positifs (4, 5, 7, 8) avant d'additionner les scores des dix items. Un score sur 40 est obtenu, les résultats les plus élevés signifiant un plus haut niveau de stress perçu. Selon les analyses confirmatoires de la structure factorielle de Bellinghausen, Collange, Botella, Emery et Albert (2009), la version française du PSS 10 appliqué en milieu de travail présente une bonne sensibilité discriminante et une bonne cohérence interne, les coefficients se situant entre 0,78 et 0,87. La validité de critère et de construit sont également satisfaisantes (Bellinghausen, Collange, Botella, Emery et Albert, 2009). Somme toute, le PSS 10 présente de bonnes propriétés psychométriques chez des travailleurs adultes. Dans le cadre de la présente étude, la cohérence interne pour cet instrument est très satisfaisant, l'alpha de Cronbach sont de 0,83 et 0,91.

Activité physique. La version française du *International physical activity questionnaire* (IPAQ) mesure le niveau d'activité physique des éducateurs. Comprenant sept items, l'échelle comporte des questions sur la fréquence, l'intensité et la durée de l'activité physique complétée. L'IPAQ est un instrument internationalement reconnu et utilisé pour la collecte de données sur la pratique d'activité physique. Cet instrument comporte sept items, incluant une partie sur l'exercice d'intensité élevée, l'exercice d'intensité modérée, la marche et le temps passé en position assise. Pour chacune de ces sections, le répondant doit indiquer le nombre de jours par semaine où il a pratiqué l'activité ainsi que le nombre de minutes pour chacune de ces journées. Ainsi, le répondant ne se réfère à aucune échelle, laissant une certaine latitude dans les réponses. À titre d'exemple, la dernière question est : « Lors des 7 derniers jours, pendant les jours de semaine, combien de temps avez-vous passé assis? ». Le répondant doit indiquer le nombre d'heures et de minutes qu'il a passé assis en moyenne à chaque jour. Afin de calculer le score pour chaque participant, le nombre de minutes/jour pour chaque catégorie d'intensité est multiplié par le nombre de jours, puis par un nombre de METS spécifique. Un MET est une unité permettant de mesurer la dépense énergétique en fonction de l'intensité de l'activité (Craig et al., 2003). Ensuite, la somme de METS est effectuée, ce qui donne un score par participant.

Selon une étude internationale de la validité et la fidélité de l'IPAQ (Craig et al., 2003), les propriétés psychométriques sont aussi acceptables que d'autres échelles auto-rapportées valides. Plus précisément, la cohérence interne est très bonne, avec un coefficient de corrélation de Spearman de 0,80 en moyenne. La validité de critère et concomitante sont satisfaisantes, cette dernière présentant un coefficient moyen de 0,60. Par ailleurs, selon la validation de la version longue francophone (Gauthier, Lariviere et Young, 2009), l'instrument présente une excellente cohérence interne avec un coefficient de 0,93. La validité convergente est satisfaisante, le coefficient de Pearson étant de 0,66, $p < .01$.

Mesures de contentions et isolements. L'équipe de recherche a compilé le nombre de contentions et d'isolements effectués par chaque participant. Les informations sur les interventions menées, le numéro de l'employé qui les a faites ainsi que le client impliqué ont été obtenus. Comme les éducateurs sont obligés par l'article 118.1 de la LSSSS (L.R.Q., c. S-4.2, art. 118.1) de colliger toutes les MCI faites auprès de la clientèle et que l'autorisation de leur supérieur est requise lors de celles-ci, il est possible de supposer que les données soient fidèles à la réalité.

Afin d'obtenir un nombre de MCI pour chaque participant, les assistantes de recherche ont analysé les données relatives aux MCI fournies par le CISSSME. Les mesures ont été regroupées en événements, puisque nous nous intéressons aux facteurs influençant le jugement clinique menant aux MCI. Un même événement peut inclure plus d'une mesure (p. ex. un isolement et deux contentions) et implique nécessairement une dyade éducateur/jeune dans une situation limitée dans le temps. Les notes chronologiques contextualisant les MCI ont également été prises en compte afin de s'assurer de bien circonscrire l'événement. Les MCI ont été regroupées ainsi parce que nous considérons que le processus décisionnel de l'éducateur risque peu de changer après l'application de la première mesure.

Variables de contrôle. Les années d'expérience de l'éducateur ainsi que l'âge et le sexe de sa clientèle seront contrôlés au temps 1. Le poids de ces variables sera pris en compte lors des analyses afin de tenter d'isoler l'effet des variables d'intérêt.

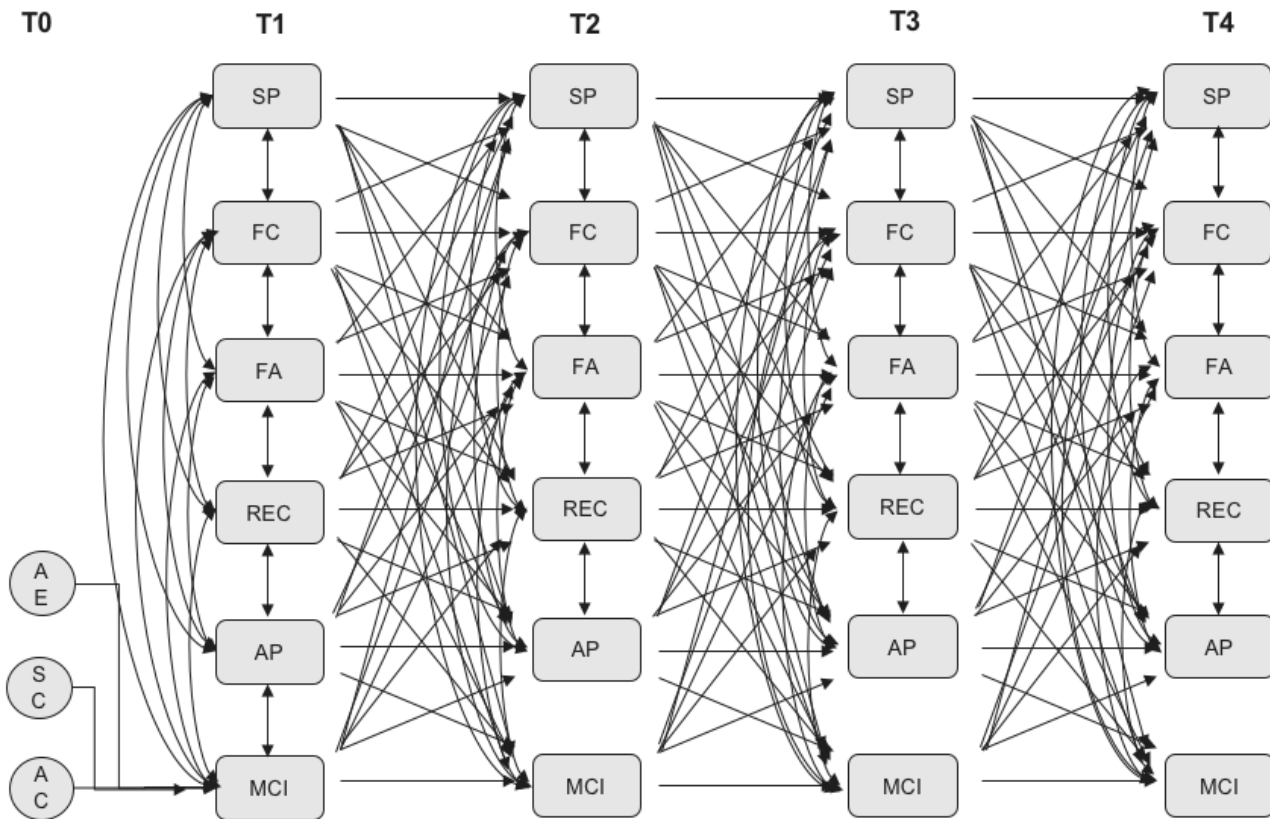
Stratégie analytique

Premièrement, un modèle d'équations structurelles en décalage croisé (voir Figure 1 - Selig et Little, 2012) a été privilégié afin d'analyser les liens entre les variables à différents

temps. Afin de vérifier l'ajustement du modèle, les indices seront comparés aux critères de Hu et Bentler (1999). Le lien entre les variables de contrôle et les MCI au temps 1 a été testé. Ces analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel MPlus (Version 7; Muthén et Muthén, 2012). Ainsi, il a été possible d'examiner les effets transversaux et longitudinaux, en plus d'observer la stabilité temporelle d'une même variable entre les temps de mesure. Dans le cadre du projet, quatre temps de mesure ont fait l'objet d'analyses. Plus précisément, les huit temps disponibles ont été regroupés par deux. Afin de fusionner les données, nous avons fait la moyenne des résultats obtenus aux différents instruments de mesure et avons additionné le nombre de MCI pour les deux temps de mesure. Cette procédure a pour but de maximiser les analyses, puisque cela permettait d'augmenter le nombre de MCI. De plus, cela a permis d'alléger le modèle afin de diminuer le nombre de variables analysées, considérant la taille de l'échantillon. Ainsi, les semaines un et deux correspondent au T1, trois et quatre au T2, cinq et six au T3 et sept et huit au T4.

En ce qui concerne la gestion des données manquantes, le logiciel MPlus utilise par défaut la stratégie Maximum de vraisemblance (*Maximum Likelihood*). Le logiciel infère donc les données manquantes en fonction de celles qui sont disponibles (Little, Jorgensen, Lang et Moore, 2014). Pour un modèle d'équations structurelles avec devis longitudinal, il s'agit de la méthode généralement utilisée (Little et al., 2014). Dans le cadre de nos analyses, environ 2% des données sont manquantes.

Figure 1. Modèle d'analyse en décalage croisé



Note : SP : Stress perçu, FC : Fatigue chronique, FA : Fatigue aigüe, REC : Récupération, AP : Activité physique, MCI : Mesures de contention et d'isolement.

Résultats

Statistiques descriptives

Premièrement, des analyses descriptives (voir Tableau 1) ont été menées sur SPSS version 25 afin d'obtenir des scores moyens, minimums et maximums sur les caractéristiques des participants et de la clientèle, ainsi que sur le nombre de MCI. Sur les 155 participants, 147 avaient des données valides en ce qui concerne les caractéristiques personnelles. Les statistiques descriptives pour les variables indépendantes se trouvent dans le Tableau 2. Par la suite, des analyses préliminaires ont été menées et la matrice de corrélation (voir en Annexes) a permis de guider le choix des variables à l'étude.

Tableau I. Caractéristiques des participants.

Caractéristique	N	%	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Total	155	100				
Sexe du participant (0 : Hommes, 1 : Femmes)	147	94,84	0,83	0,37	0,00	1,00
Âge du participant	147	94,84	34,13	8,23	21,00	59,00
Années d'expériences	147	94,84	8,87	6,24	0,01	32,00
Âge de la clientèle						
0-12	29	18,70	-	-	-	-
10-14	12	7,74	-	-	-	-
12-18	106	68,39	-	-	-	-
Sexe de la clientèle						
Garçon	82	52,90	-	-	-	-
Fille	44	28,39	-	-	-	-
Mixte	21	13,55	-	-	-	-
Statut d'emploi						
Temps complet	104	67,10	-	-	-	-
Temps partiel régulier	37	23,87	-	-	-	-
Temps partiel occasionnel	6	3,87	-	-	-	-
Nombre de MCI par participant						
Temps 1	155	100	0,30	0,66	0,00	3,00
Temps 2	155	100	0,41	0,95	0,00	6,00
Temps 3	155	100	0,48	1,26	0,00	9,00
Temps 4	155	100	0,46	1,30	0,00	12,00

Tableau II.Statistiques descriptives des variables indépendantes.

Caractéristique	N	%	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Échelle de stress perçu						
Temps 1	155	100	22,61	5,61	10,50	34,00
Temps 2	151	97,42	22,03	5,83	10,00	36,00
Temps 3	145	93,55	22,19	6,01	10,00	38,00
Temps 4	155	100	22,41	6,48	10,00	43,00
Fatigue aiguë						
Temps 1	155	100	39,30	18,48	0,00	90,00
Temps 2	152	98,06	40,74	19,10	10,00	86,67
Temps 3	145	93,55	37,92	19,97	3,33	96,67
Temps 4	155	100	39,23	20,04	0,00	100
Fatigue chronique						
Temps 1	155	100	34,80	19,79	0,00	100
Temps 2	152	98,06	42,68	18,77	16,67	90,00
Temps 3	145	93,55	34,01	21,10	0,00	100
Temps 4	155	100	35,77	21,07	0,00	95,00
Récupération						
Temps 1	155	100	62,09	17,66	20,00	100
Temps 2	152	98,06	62,80	18,81	16,67	96,67
Temps 3	145	93,55	64,02	19,12	8,33	100
Temps 4	155	100	62,70	19,68	5,00	100
Activité physique						
Temps 1	143	92,26	31,17	32,17	0,00	184,63
Temps 2	140	90,32	34,46	32,39	0,00	160,67
Temps 3	127	81,94	34,40	32,32	0,00	143,81
Temps 4	137	88,39	31,68	32,38	0,00	172,32

Analyses en décalage croisé

Tel que mentionné ci-haut, des analyses en décalage croisé (Selig et Little, 2012) ont été effectuées à l'aide du logiciel MPlus (Version 7; Muthén et Muthén, 2012). Un premier modèle incluant toutes les variables à tous les temps a été testé et les résultats standardisés (STDYX) ont été utilisés. L'effet des variables de contrôle *Années d'expérience de l'éducateur*, *Âge de la clientèle* et *Sexe de la clientèle* sur la variable indépendante *Mesures de contention et isolement* au temps 1 s'est avéré non significatif. Ainsi, ces variables ont été retirées du modèle afin d'en diminuer le nombre de paramètres. En ce qui concerne l'ajustement du modèle final les différents indices permettent d'estimer que le modèle présente un ajustement acceptable ($N = 155$, $\chi^2 = 364,939$, $df = 183$, $p < 0,001$, $RMSEA = 0,080$ [95% IC = 0,068-0,092], $SRMR = 0,060$, $CFI = 0,935$, $TLI = 0,881$). Lorsque comparés aux critères de Hu et Bentler (1999), les indices d'ajustement du modèle ne sont pas optimaux. Cependant, il est à noter que ces barèmes, bien qu'utiles, comportent certaines limites. Marsh, Hau et Wen (2004) soulignent que les indices de Hu et Bentler semblent avoir été adoptés comme lignes directrices en recherche au détriment des potentielles limites avancées par les auteurs dans leur article. En effet, Hu et Bentler n'ont jamais mentionné que les seuils qu'ils suggéraient devaient être considérés comme des règles d'or, des seuils absolus ou des critères rigides appropriés dans tous les cas (Marsh et al., 2004). Par ailleurs, Hooper, Coughlan et Mullen (2008) discutent les différents indices et apportent leurs critiques. Dans la section ci-dessous, celles-ci seront présentées en partie afin de discuter de l'ajustement du modèle testé dans la présente étude.

Premièrement, le test du chi-carré comporte plusieurs limites : (a) le test assume une normalité et s'il y a déviations de cette normalité, le modèle sera rejeté alors qu'il n'est pas mal spécifié et (b) le test n'est pas très performant pour les petits échantillons et la discrimination entre les bons et mauvais ajustements est difficile. (Hooper et al 2008). Considérant la relative petitesse de notre échantillon et la distribution anormale de certaines variables (MCI et activité physique), il est possible que cela ait pu influencé le fait que le χ^2 soit significatif. Deuxièmement, le RMSEA est favorable aux modèles qui ont peu de paramètres, encourageant la parcimonie. Les nombreux paramètres du modèle testé ont probablement contribué à produire un RMSEA moins performant. Cela dit, il est nécessaire de rappeler qu'en 1996, MacCallum et collaborateurs considéraient 0,08 comme un bon ajustement (Hooper et al., 2008). Troisièmement, comme le SRMR est à 0,06, cela est considéré comme adéquat (Hu et Bentler

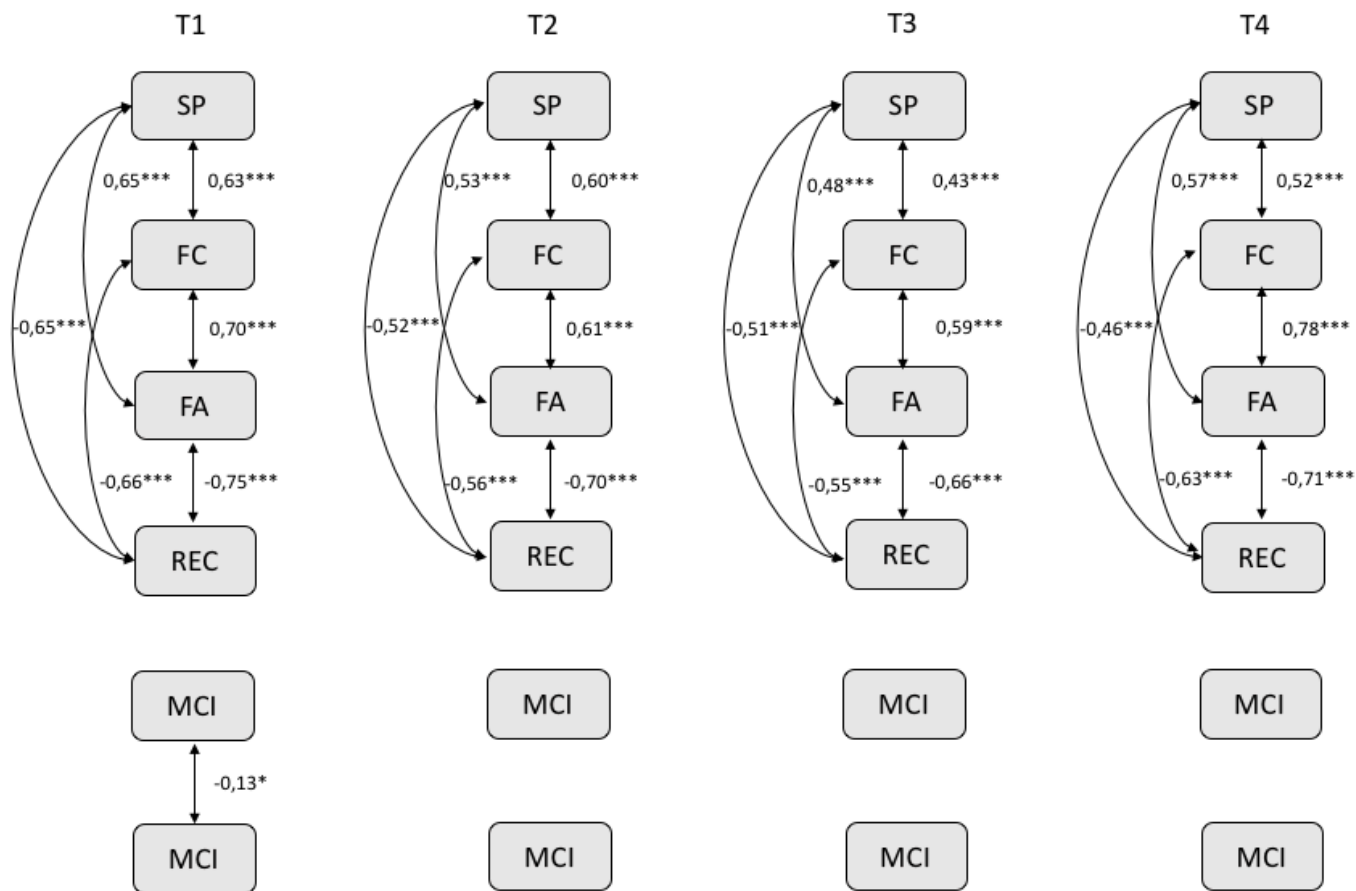
,1999). Quatrièmement, considérant la taille de l'échantillon ($N = 155$), il faut souligner que le TLI sous-estime l'ajustement pour les échantillons de moins de 200 participants. Il est également intéressant de mentionner que le seuil recommandé par le passé fut de 0,80 (Hooper et al., 2008). Finalement, le CFI est un indice qui est moins affecté par la taille de l'échantillon, mais qui vise à favoriser les modèles parcimonieux. Dans le cas de notre modèle, comme l'objectif était de tester tous les liens, il est normal qu'un idéal de parcimonie ne soit pas atteint.

En somme, dans le cas d'un modèle d'équations structurelles, contrairement à une analyse factorielle confirmatoire, l'objectif n'est pas d'en arriver à un modèle parfait, mais de vérifier si des liens s'observent entre les variables. Ainsi, il n'est pas surprenant que l'ajustement du modèle testé soit plus éloigné du modèle saturé auquel il est comparé. Cela dit, nous aurions pu omettre de tester des liens entre les variables qui n'étaient pas apparents dans un premier modèle afin d'améliorer l'ajustement du modèle final. Cependant, nous avons voulu éviter la manipulation consciente de variables.

Analyses transversales. Le modèle d'analyse en décalage croisé a permis d'examiner les liens associatifs entre les variables d'un même temps. En lien avec la variable dépendante *MCI*, l'analyse a permis de déceler une association négative avec l'activité physique ($B_z = -0,129, p \leq 0,05$). Ainsi, cela signifierait qu'un éducateur ayant un plus haut niveau d'activité physique ferait moins de contention et isolement qu'un éducateur étant moins actif. Aucun autre lien n'a été décelé avec la variable dépendante dans les analyses transversales donc, le résultat est à considérer avec prudence. Des liens réciproques ont également été identifiés entre les variables *Stress perçu*, *Fatigue chronique*, *Fatigue aiguë* et *Récupération* aux quatre temps, tel que l'indique la Figure 1. D'abord, le stress perçu est associé positivement avec la fatigue chronique (B_z allant de 0,43 à 0,63, tous les $p \leq 0,001$) et avec la fatigue aiguë (B_z allant de 0,48 à 0,65, tous les $p \leq 0,001$). Le stress perçu est associé négativement avec la récupération (B_z allant de -0,46 à -0,65, tous les $p \leq 0,001$). Ensuite, la fatigue chronique est associée positivement à la fatigue aiguë (B_z allant de 0,59 à 0,72, tous les $p \leq 0,001$) et négativement à la récupération (B_z allant de -0,55 à -0,66, tous les $p \leq 0,001$). Finalement, la fatigue aiguë et la récupération sont aussi négativement associées (B_z allant de -0,66 à -0,75, tous les $p \leq 0,001$). Les associations positives entre le stress perçu, la fatigue aiguë et la fatigue chronique signifient que les éducateurs se percevant comme stressés sont plus à même de se percevoir comme

chroniquement ou momentanément fatigués. L'association négative avec la récupération signifie que plus un éducateur se sent stressé ou fatigué, moins il récupère efficacement.

Figure 2. Associations transversales.



Ajustement du modèle : $N = 155$, $\chi^2 = 364,939$, $df = 183$, $p < 0,001$, $RMSEA = 0,080$ [95% IC = 0,068-0,092], $SRMR = 0,060$, $CFI = 0,935$, $TLI = 0,881$; p-value : ***: $p \leq 0,001$; **: $p \leq 0,01$; *: $p \leq 0,05$.

Note : SP : Stress perçu, FC : Fatigue chronique, FA : Fatigue aigüe, REC : Récupération, AP : Activité physique, MCI : Mesures de contention et d'isolement.

Analyses longitudinales. Tout d'abord, si l'on se réfère à la Figure 3, il est possible d'observer que chacune des variables est associée à la même variable au temps subséquent ($B_z = 0,33$ à $0,78$, tous les $p \leq 0,01$). Les résultats nous indiquent donc que les participants qui sont fatigués ou stressés ont plus de risque de l'être subséquent. De plus, les participants qui

récupèrent efficacement et qui font de l'exercice ont tendance à maintenir ces pratiques. Finalement, les participants ayant fait des MCI ont plus de risque d'en faire aux temps suivants.

Au temps 2, il est possible d'observer que la fatigue chronique est associée négativement à la récupération au temps 1 ($B_z = -0,38, p \leq 0,001$). Ainsi, moins un éducateur récupère efficacement, plus il a de risque de ressentir de la fatigue chronique subséquemment. Ensuite, le niveau d'activité physique au temps 2 est associé négativement au niveau de stress au temps 1 ($B_z = -0,20, p \leq 0,05$). Donc, un éducateur plus stressé ferait moins d'activité physique dans les semaines qui suivent.

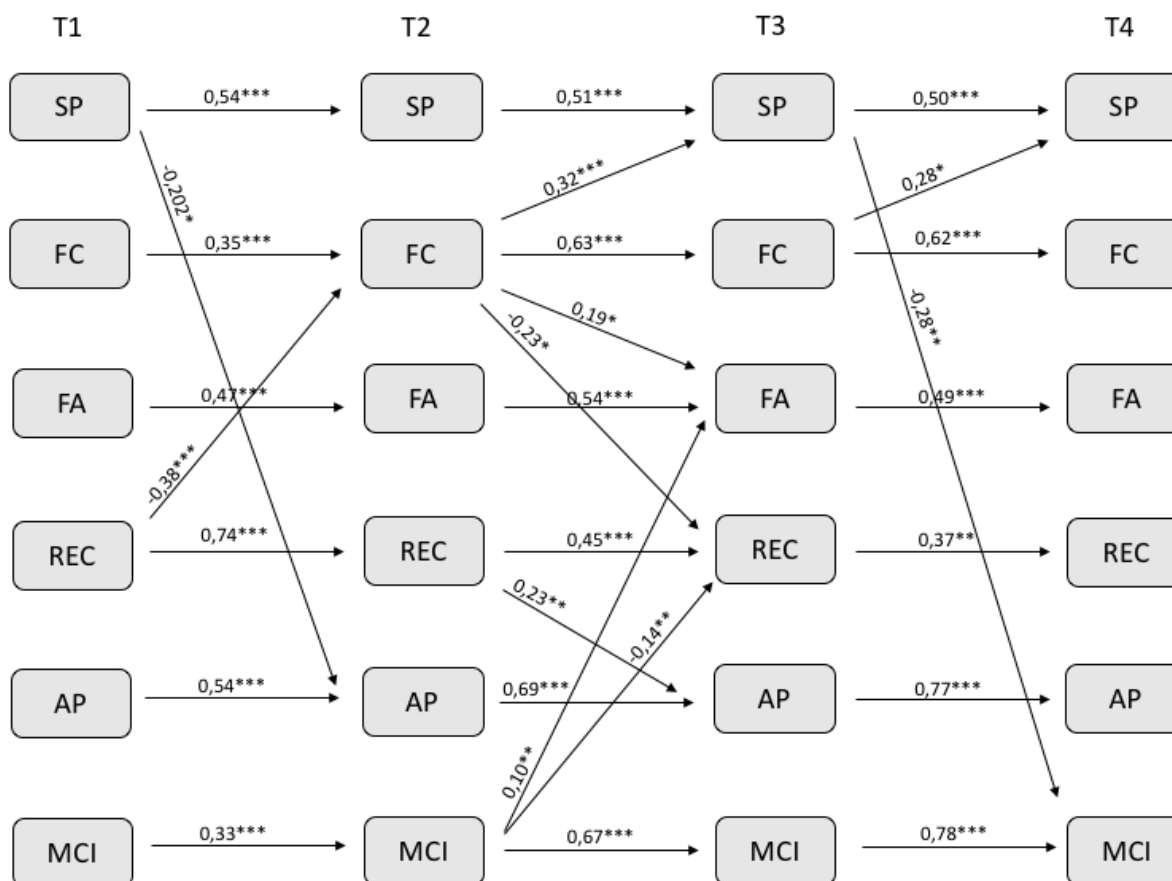
Au temps 3, le stress perçu est associé positivement à la fatigue chronique au temps 2 ($B_z = 0,32, p \leq 0,001$), signifiant qu'un éducateur fatigué a plus de risque d'être stressé dans les semaines suivantes. La fatigue aiguë au temps 3 est associée positivement à la fatigue chronique au temps 2 ($B_z = 0,19, p \leq 0,05$) et aux MCI au temps 2 ($B_z = 0,10, p \leq 0,01$). Cela signifie que plus un éducateur ressent de la fatigue chronique et plus il a fait de MCI, plus il a de risque de ressentir un niveau de fatigue aiguë subséquemment. La récupération au temps 3 est par ailleurs négativement associée à la fatigue chronique au temps 2 ($B_z = -0,23, p \leq 0,05$) et aux MCI au temps 2 ($B_z = -0,14, p \leq 0,01$). Ceci étant dit, un niveau plus élevé de fatigue chronique et le fait d'avoir fait plus de MCI seraient liés à une moins bonne récupération dans les semaines qui suivent. Finalement, le niveau d'activité physique au temps 3 serait associé positivement à la récupération au temps 2 ($B_z = 0,23, p \leq 0,01$). Cela indique qu'un éducateur qui aurait récupéré efficacement serait plus actif dans les semaines futures.

Au temps 4, le stress est associé positivement à la fatigue chronique au temps 3 ($B_z = 0,28, p \leq 0,05$). Ainsi, un éducateur chroniquement fatigué serait plus à même de ressentir du stress dans les semaines subséquentes. Finalement, l'utilisation des MCI au temps 4 serait associé négativement au stress au temps 3 ($B_z = -0,28, p \leq 0,01$). Cela signifie que plus un éducateur ressent du stress, moins il aurait tendance à recourir aux MCI dans les semaines suivantes.

Finalement, un effet indirect a été examiné à la suite des analyses ci-dessus. Des analyses ont été menées afin de voir si la récupération au temps 1 était associée aux MCI au temps 4, par le biais de la fatigue chronique au temps 2 et le stress au temps 3. Les résultats standardisés (STDYX) indiquent la présence de liens, mais il s'agirait d'une tendance ($B_z = 0,03, p = 0,076$).

Ainsi, un faible niveau de récupération serait associé à une augmentation de la fatigue chronique au temps 2. Celle-ci serait associée à un niveau de stress plus élevé au temps 3, ce qui serait négativement associé au recours aux MCI.

Figure 3. Associations prospectives.



Ajustement du modèle : $N = 155$, $\chi^2 = 364,939$, $df = 183$, $p < 0,001$, $RMSEA = 0,080$ [95% IC = 0,068-0,092], $SRMR = 0,060$, $CFI = 0,935$, $TLI = 0,881$; p-value : ***: $p \leq 0,001$; **: $p \leq 0,01$; *: $p \leq 0,05$.

Note : SP : Stress perçu, FC : Fatigue chronique, FA : Fatigue aigüe, REC : Récupération, AP : Activité physique, MCI : Mesures de contention et d'isolement.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner les liens associatifs et transversaux entre les variables de stress, de fatigue, de récupération et d'activité physique sur le recours aux MCI en CR pour jeunes. Selon nos connaissances, la présente étude est la première recherche

avec devis longitudinal ayant comme visée l'étude de l'influence de ces facteurs dans le processus décisionnel des éducateurs menant au recours aux MCI. Les principaux résultats du projet sont que (a) le stress d'un éducateur est associé à une utilisation moindre de MCI au temps subséquent; (b) le fait d'utiliser plus de MCI est associé à une plus grande fatigue aigüe et un plus grand besoin de récupération dans les semaines suivantes et (c) l'utilisation de MCI est associée positivement à une utilisation subséquente. Finalement, une récupération insuffisante serait indirectement associée à une utilisation moindre de MCI par le biais d'un état de fatigue chronique élevé et un niveau de stress élevé. Toutefois, il est important de souligner que les résultats (a) et (b) ne s'observent qu'à une reprise. Les interprétations qui suivent sont donc hypothétiques et d'autres études seraient requises pour pouvoir tirer des conclusions. Finalement, compte tenu qu'il s'agit de l'une de premières études dans le domaine, les sections suivantes seront ponctuées des propos des éducateurs aux groupes de discussion afin d'interpréter les résultats.

Influence du stress perçu des éducateurs sur le recours aux MCI

L'hypothèse selon laquelle le niveau de stress d'un éducateur est associé positivement à l'utilisation de MCI a été infirmée, tant d'un point de vue transversal que longitudinal. Les résultats obtenus ne sont donc pas cohérents avec ce qui est recensé dans la littérature. Plus précisément, le modèle de Larue et al. (2009) faisait état du stress du donneur de soins comme un facteur susceptible d'influencer la décision clinique de celui-ci dans l'utilisation d'une MCI. Considérant que l'article de Larue et collaborateurs se base sur des études en milieu hospitalier menées auprès d'infirmières, il est d'abord possible que la nature de leur emploi diffère. En effet, les infirmières travaillent dans une optique de guérison alors que les éducateurs ont un mandat de réadaptation et sont formés pour gérer les comportements des jeunes. Il est également possible que les patients avec lesquels les infirmières travaillent n'aient pas un profil comparable aux jeunes en CR. En effet, leurs patients peuvent par exemple avoir été admis récemment en psychiatrie et être instables psychologiquement, avoir des troubles psychotiques ou être d'âge adulte. Nous pouvons faire l'hypothèse que ces patients paraissent possiblement plus dangereux, menaçants ou imprévisibles que les jeunes fréquentant les CR. Ainsi, le stress généré par des actes agressifs de cette clientèle entraîne peut-être une urgence d'agir et le recours plus rapide à des mesures visant à assurer leur sécurité et celle d'autrui.

Par la suite, le résultat n'est pas non plus cohérent avec l'étude de LeBlanc et al. (2012), selon laquelle le stress du travailleur social en protection de la jeunesse influençait négativement son jugement clinique par le biais de sa perception du risque. Cela s'explique possiblement par la différence entre son mandat et celui de l'éducateur. Le travailleur social qui doit évaluer le danger de compromission d'un enfant dans sa famille a le souci de prendre une décision visant la protection d'un enfant qu'il connaît peu. Cette situation est susceptible d'augmenter son stress, considérant qu'il est possible qu'il craigne de prendre une mauvaise décision et que cela contribue à maintenir un enfant dans une situation dangereuse. En centre de réadaptation, l'éducateur est dans le vécu partagé, connaît généralement bien les jeunes et sent possiblement qu'il a accès aux ressources nécessaires pour assurer sa sécurité et celle d'autrui. De plus, l'éducateur pourrait se percevoir comme étant dans une position où il détient le pouvoir et le contrôle et que cela consiste en une façon de gérer son stress. À ce propos, plusieurs auteurs soulignent que face à une situation où un usager adopte des comportements agressifs, il est possible que les donneurs de soins adoptent des attitudes contrôlantes et autoritaires (Abramovitz et Bloom, 2003; Fraser et al., 2016; Small et al., 1991). Sur une autre note, il est possible de faire l'hypothèse que les éducateurs seraient en mesure de faire abstraction de leur état de stress lorsqu'ils interviennent et qu'ils veilleraient à prendre des décisions cliniques basées sur les besoins du jeune. Un éducateur au groupe de discussion a justifié sa capacité à se distancer de cette façon : « Les enfants sont tellement souffrant, dès qu'on est sur le plancher, le reste prend le bord. [...] Les enfants sont tellement anxieux, je ne pense pas au reste. L'énergie que j'ai, je l'utilise pour garder ma distance, on a tellement de choses à penser ». Ainsi, cela pourrait signifier que lorsqu'ils sont dans le vécu partagé, les éducateurs ont la capacité de faire abstraction de leur stress dans le but de se centrer sur les besoins des enfants, mais également en raison du quotidien chargé.

Pour poursuivre, l'absence de lien entre le stress perçu et les MCI serait possiblement explicable par le fait que les questionnaires ne reflètent pas l'état de stress de l'éducateur lorsqu'il prend part à une intervention à risque. En effet, les questionnaires étaient complétés à tête reposée et faisait référence aux sept derniers jours. Il se peut donc que l'angle de prise de vue utilisé soit trop éloigné de la situation de crise. Considérant qu'un donneur de soins peut ressentir de la peur, de la vulnérabilité et de l'anxiété face à une situation où un usager a des comportements agressifs (Geoffrion et Ouellet, 2013; Jansen, Dassen et Groot Jebbink, 2005),

il est plausible de supposer que le niveau de stress que nous avons obtenu ne soit pas représentatif de leur niveau de stress lors des situations de crise.

Un résultat peu attendu et contre-intuitif a été obtenu, soit une relation associative entre un niveau de stress élevé et un faible recours aux MCI. Le niveau de stress de l'éducateur pourrait possiblement être inhibant, considérant qu'une situation de stress peut susciter une diminution de la capacité d'attention et la capacité de la mémoire de travail (Sonntag et Frese, 2003). En effet, la mémoire de travail permet de retenir temporairement une information en vue de mener à bien une autre tâche cognitive, comme la résolution de problèmes (Baddeley, 1983). Il se peut donc qu'un éducateur soit moins attentif et moins disposé à s'engager activement dans un processus décisionnel. Par ailleurs, un éducateur pourrait également adopter une stratégie d'évitement lorsqu'il fait face à une situation problématique afin de se préserver (Monat et Lazarus, 1991). Ensuite, tel que mentionné dans la revue de littérature, la fatigue et le stress s'interinfluencent (Barker et Nussbaum, 2011; Samaha et al., 2007). À cet effet, les liens indirects décelés entre une faible récupération, une fatigue chronique élevée, un haut niveau de stress et une utilisation moindre de MCI sera discuté dans une section suivante.

Finalement, les participants consultés en groupe de discussion ont été très étonnés qu'aucun lien ne soit décelé entre le stress et les MCI. Certains ont soulevé que lorsqu'ils travaillent avec un éducateur anxieux, cela a un effet sur le reste de l'équipe. Selon eux, cela contribuerait à augmenter le stress dans l'équipe. De plus, ils soulignent que des éducateurs présentant des traits anxieux pourraient possiblement être davantage dans le contrôle et être moins portés à considérer des solutions alternatives. Par ailleurs, l'expérience et le statut d'emploi ont été soulevés par les éducateurs, soulignant qu'il est fréquent qu'un employé avec moins d'expérience et connaissant moins la clientèle se sente davantage stressé. À cet effet, il est à noter que ce type d'employés était sous-représenté dans l'échantillon, la grande majorité des participants avaient une assignation à temps complet. De plus, les participants avaient près de neuf ans d'expérience en moyenne, ce qui est non-négligeable sachant que les employés moins expérimentés seraient plus à même de recourir aux MCI (Roy et al., 2018). Finalement, une préoccupation d'ordre institutionnelle a été soulevée, selon laquelle les éducateurs auraient possiblement été portés à garder une certaine réserve, par crainte que leurs réponses soient consultées par leurs employeurs. Selon certains éducateurs, ils craindraient d'exposer leurs vulnérabilités et d'être perçus comme des « employés à défis ».

Influence de la fatigue des éducateurs sur le recours aux MCI

L'hypothèse selon laquelle le niveau de fatigue aiguë et chronique d'un éducateur est associé positivement à l'utilisation de MCI a été infirmée, tant d'un point de vue transversal que longitudinal. En effet, aucun lien significatif n'a été souligné entre la fatigue et l'utilisation des MCI. Ce résultat est incohérent avec ce qui a été recensé dans la littérature scientifique, notamment dans l'article de Larue et al (2009). Selon celui-ci, le surmenage serait un facteur pouvant influencer positivement la décision de l'infirmière en regard à l'utilisation de MCI. Cette incohérence s'explique possiblement par le fait que les infirmières sont parfois sollicitées pour travailler plus de 12 heures consécutives, incluant des quarts de nuit en alternance avec des quarts de jour (Rogers, Hwang, Scott, Aiken et Dinges, 2004), ce à quoi les éducateurs font plus rarement face. Ainsi, les infirmières vivent peut-être plus de fatigue aiguë et celle-ci serait possiblement susceptible de précipiter le recours aux MCI. L'étude de Geiger-Brown, Rogers, Trinkoff, Kane, Bausell et Scharf (2012) et de Barker et Nussbaum (2011a) appuient d'ailleurs cette hypothèse, alors que les infirmières de leur échantillon respectif avaient un score moyen de fatigue aiguë plus élevé ($M = 52,1$, $ÉT = 21$ et $M = 65,55$, $ÉT = 22,06$) que les éducateurs de notre étude ($M = 37,92$ à $40,74$, $ÉT = 18,48$ à $20,04$) sur l'OFER. Par ailleurs, il se peut que les éducateurs aient minimisé leur niveau de fatigue, par souci de bien paraître ou encore, tel que soulevé par les participants du groupe de discussion, qu'ils n'aient pas bien saisi les questions. En effet, certains auraient mentionné avoir trouvé les questionnaires répétitifs et avoir eu de la difficulté à quantifier adéquatement leur niveau de fatigue.

Cela étant dit, les éducateurs des groupes de discussion évoquent tout de même une influence de la fatigue. En effet, ceux-ci ont mentionné que si un éducateur est davantage hypothéqué sur le plan de sa santé psychologique ou physique, il est possible qu'il ait tendance à vouloir se préserver et donc éviter de s'investir dans les situations où les interventions sont plus prenantes. Ils ont également nommé qu'il arrive que des éducateurs prennent la relève lors d'interventions difficiles afin de pallier pour un collègue moins disponible. Dans la littérature, un niveau de fatigue chronique élevée serait associé à une réduction de l'intérêt et de la motivation au travail (Barker et Nussbaum, 2011b), ce qui est cohérent avec ce que les éducateurs rapportent. Finalement, plusieurs éducateurs pensent également qu'ils ne peuvent pas se montrer vulnérables dans leur milieu, que la culture de l'institution ne leur permet pas (« a-t-on la place et le droit pour dire qu'on a des vulnérabilités ? »). Ils soulignent le caractère

tabou des vulnérabilités personnelles, qu'ils sentent devoir se montrer solides pour surmonter les aléas de leur travail. Certains considèrent que cette carapace aurait pu contribuer à minimiser ou normaliser leur état de fatigue.

Influence de la récupération des éducateurs sur le recours aux MCI

L'hypothèse selon laquelle le niveau de récupération d'un éducateur est associé positivement à l'utilisation de MCI a été infirmée, tant d'un point de vue transversal que longitudinal. Ainsi, la présente étude ne permet pas de dire que le fait de récupérer de sa journée de travail a un effet sur le recours aux MCI. Considérant que le besoin de récupération est défini comme un état émotionnel qui surgit lorsqu'un individu ne se sent plus en mesure de faire face aux demandes, il s'agit d'un concept intimement lié à la fatigue (Xanthopoulou et al., 2014). Certains auteurs ont recensé qu'un manque de récupération entraînait des conséquences en milieu de travail, comme un risque d'épuisement professionnel, une diminution de la productivité au travail et une augmentation du roulement du personnel (Sonnetag et Bayer, 2005; Sonnetag et Zijlstra, 2006; Xanthopoulou et al., 2014). Aucun article dans la littérature ne faisait état d'un lien direct entre la récupération et le recours aux MCI, possiblement car plusieurs questionnaires utilisés pour mesurer la fatigue ne distinguent ou n'incluent pas ce concept (Barker et Nussbaum, 2011b; Samaha et al., 2007).

Aucun lien entre la récupération et le recours aux MCI n'a été observé avec l'échantillon utilisé et le questionnaire n'a pas permis de connaître la qualité de la récupération. À cet effet, le type d'expérience vécue et d'activité effectuée lors de la récupération ont une influence sur la qualité de celle-ci. Ainsi, bien que les éducateurs soulignent avoir récupéré, il se pourrait que la nature de leur récupération ne permette pas une optimisation de leurs ressources. Pour les recherches futures, il serait intéressant d'examiner l'expérience vécue lors de l'activité de récupération, soit le degré selon lequel l'individu perçoit l'activité comme aidante pour retrouver les ressources perdues (Demerouti et al., 2009, Sonnetag et Natter, 2004). Ces expériences incluent : a) le détachement psychologique, qui fait référence à un état physique et mental éloigné du travail, b) la relaxation, soit un état de faible activation lors duquel l'individu présente des affects positifs, c) l'expérience de maîtrise, qui est comblée lorsque les activités de récupération offrent des opportunités d'apprentissages positifs et d) le sentiment d'être en contrôle, qui est possible lorsque l'individu choisit de quelle façon ses loisirs s'exécutent

(Demerouti et al., 2009, Sonnentag et Natter, 2004). Cela dit, les caractéristiques relatives à l'expérience vécue permettraient l'optimisation du processus de récupération.

Le type d'activités de récupération auxquelles les éducateurs ont recours serait également une piste pertinente pour les prochaines recherches. Par type d'activités, il est entendu que cela fait référence aux types suggérés par Sonnentag (2001), soit a) les activités reliées au travail, b) les tâches ménagères, c) les activités physiques, d) les activités sociales et e) les activités passives. Fondièrément, ces types d'activités ne s'équivalent pas lorsqu'il est question de récupération. En effet, l'activité physique, les activités sociales et les activités passives, comme regarder la télévision, seraient garantes d'une meilleure récupération (Sonnentag, 2001).

Influence indirecte sur les MCI. L'analyse d'effet indirect a permis de déceler qu'une faible récupération était indirectement associée à une moindre utilisation de MCI par le biais d'un niveau élevé de fatigue chronique et de stress. Plus précisément, un éducateur n'ayant pas suffisamment récupéré au temps 1 était susceptible d'avoir un niveau élevé de fatigue chronique deux semaines plus tard. La fatigue de cet éducateur était associée à un état de stress plus élevé au temps 3, soit deux semaines plus tard. Finalement, ce stress était associé à une utilisation moindre des MCI dans les semaines subséquentes.

D'abord, la récupération insuffisante associée avec davantage de fatigue chronique est cohérente avec la théorie de conservation des ressources. Selon Hobfoll (1989), une récupération inadéquate mènerait à une perte de ressources. Dans ce cas-ci, cela engendrerait une perte d'énergie, laquelle se traduirait par une accumulation de fatigue. La fatigue chronique étant une condition plus sérieuse et moins réversible que la fatigue aigüe, elle entraîne des impacts sur le bien-être physique et psychologique (Barker et Nussbaum, 2011b; Sagherian et Geiger-Brown, 2016). Ainsi, ces impacts pourraient se traduire par une augmentation de la sensibilité au stress. En effet, Hobfoll (1989) souligne que le stress psychologique est une réaction d'un individu à son environnement, notamment lorsqu'il fait face à une perte de ressources. De plus, une perte initiale engendrerait plus facilement des pertes futures, créant ainsi une spirale de pertes (Halbesleben et al., 2014; Hobfoll, 2011; Westman et al., 2004).

Finalement, comme mentionné dans les sections précédentes, il se peut qu'un éducateur soit moins à même de s'engager activement dans un processus décisionnel, en raison de l'effet de son stress sur ses fonctions cognitives. Le stress de l'éducateur pourrait justifier un évitement de sa part lors des situations de crise, laissant des collègues mener l'intervention. Les éducateurs

des groupes de discussion auraient par ailleurs souligné la lourdeur administrative qu'entraînent les MCI. Considérant cela et leur état de stress ou de fatigue, ils peuvent être tentés d'éviter l'intervention afin d'éviter la paperasse.

Influence du niveau d'activité physique des éducateurs sur le recours aux MCI

L'hypothèse selon laquelle la pratique d'activité physique d'un éducateur est associée négativement à l'utilisation de MCI a été confirmée à un seul temps de mesure. Les analyses transversales ont permis de révéler un lien associatif négatif entre le niveau d'activité physique de l'éducateur et son recours au MCI. Ainsi, cela signifierait qu'un éducateur faisant plus d'activité physique ferait moins de MCI au cours d'une même période. Un lien direct n'était pas nécessairement attendu entre ces deux variables, puisque l'activité physique est principalement illustrée théoriquement comme un moyen pour mieux récupérer. Cela dit, cette relation va dans le sens attendu même si elle n'est présente qu'à un temps de mesure. La théorie de conservation des ressources illustre justement l'importance de faire des activités de récupération afin de regagner les ressources perdues et diminuer le stress et la fatigue (Hobfoll, 2011). Selon Toker et Biron (2012), l'activité physique aurait le potentiel de diminuer la réactivité psychologique au stress chronique et la sensibilité aux stimuli négatifs en augmentant le sentiment de compétence, d'auto-efficacité et les habiletés personnelles (Toker et Biron, 2012). Ainsi, il est possible de supposer que les éducateurs qui ont fait de l'exercice lors de leur semaine ont pu se sentir plus compétents et moins sensibles aux situations stressantes auxquelles ils ont fait face. Cela a pu encourager une recherche de stratégies alternatives aux MCI en ayant un effet positif sur leur confiance et leur sécurité personnelle. Toutefois, considérant qu'un seul lien n'a été décelé entre l'activité physique et le recours aux MCI et que l'instrument de mesure semblait avoir été moins bien compris par les participants, c'est avec prudence que ce résultat doit être interprété. De plus, il est possible que pour certains éducateurs, l'activité physique ne soit pas une stratégie de récupération efficace. En effet, les façons de récupérer préférées par chaque individu peuvent différer, selon les besoins et préférences de ceux-ci.

Autres influences sur les MCI

En premier lieu, le projet de recherche a permis de mettre en lumière d'autres liens significatifs qui n'étaient pas attendus avec la variable indépendante (MCI). D'abord, la stabilité des associations dans le temps indique que les éducateurs qui ont recours aux MCI sont

généralement les mêmes de semaine en semaine. Bien qu'aucune des variables de la présente étude ne soit en mesure d'expliquer la récurrence de ces pratiques, la littérature fait état d'autres caractéristiques relatives aux utilisateurs de MCI. Plus précisément, un individu ayant une attitude favorable aux MCI serait plus à même d'y recourir (Thomann, 2009). En réponse à ce résultat, les participants du groupe de discussion ont soulevé que certains éducateurs agissaient parfois par automatisme. Ils se seraient trouvés une logique d'utilisation, justifiant plus rapidement et facilement le recours aux MCI. Selon eux, le fait d'avoir brisé la glace, soit d'avoir mené une MCI, faciliterait la récurrence d'utilisation. Ainsi, la MCI serait un outil au même titre qu'un autre. Par ailleurs, les éducateurs se faisant moins confiance pourraient également avoir davantage besoin de contrôler les diverses situations qu'ils perçoivent comme une potentielle menace. Dans un autre ordre d'idées, des éducateurs pourraient peut-être moins bien interpréter les comportements des enfants, leur prêtant des intentions non justifiées. Selon les participants, ces attitudes pourraient susciter une plus grande utilisation de MCI chez certains.

En second lieu, les analyses d'associations prospectives révèlent un lien positif entre le recours aux MCI et la fatigue aiguë. Un lien négatif entre le recours aux MCI et la récupération est également décelé. À ce sujet, il est possible d'inférer que le recours au MCI est une procédure laborieuse, coûteuse en énergie tant physique que psychologique. Bien que les prises de mesure soient passablement éloignées (une à deux semaines), il est probable que plus les éducateurs font des MCI, plus ils risquent d'être davantage fatigués dans les semaines qui viennent. Ce résultat est cohérent avec la littérature, selon laquelle les MCI entraînent des effets négatifs sur les intervenants. En effet, l'éducateur menant la MCI serait susceptible de développer un épuisement professionnel ou de vivre un trauma physique ou psychologique (Lee-Lipkins, 2014). Selon Jansen et al. (2005), le donneur de soins peut avoir différentes réactions émotionnelles ou physiques à la suite d'une situation où l'utilisateur a fait preuve d'agressivité, comme une difficulté à retourner au travail, des tensions et une diminution du bien-être (Jansen et al., 2005). Ces éléments peuvent contribuer à l'augmentation de la fatigue chez les éducateurs ayant fait des MCI. Cela étant dit, il apparaît nécessaire de mentionner que plusieurs éducateurs demeureraient en poste malgré leurs symptômes de stress et d'épuisement professionnel (Hanson, 2015; Seti, 2008). À cet effet, une étude au Centre jeunesse de la Montérégie aurait démontré qu'un éducateur sur cinq serait au travail malgré des symptômes cliniquement significatifs d'épuisement professionnel et de trouble de stress post-traumatique (Geoffrion,

2015). Ainsi, l'utilisation de MCI, impliquant que l'éducateur a été exposé à un usager agressif, pourrait possiblement contribuer à expliquer ces affirmations.

En dernier lieu, des liens associatifs ont été mis en lumière entre l'état de fatigue (aiguë et chronique), la récupération et le niveau de stress d'un éducateur. Les analyses transversales font état de coefficients élevés illustrant les différentes associations, si bien que cela nous permet d'affirmer qu'il s'agit de concepts s'interinfluençant. Ces résultats sont attendus et cohérents avec la littérature, considérant que les liens réciproques entre les concepts de stress et de fatigue avaient été maintes fois soulignés (Garrick et al., 2017; Hobfoll, 1989). De plus, il est attendu que les coefficients soient élevés entre la fatigue chronique, la fatigue aiguë et la récupération, puisqu'il s'agit de concepts similaires. Cela dit, l'outil utilisé, soit l'OFER, possède une bonne validité discriminante, qui permet donc de mesurer les construits indépendamment (Winwood, Lushington et Winefield, 2006). Cependant, il est aussi possible que les concepts aient pu être confondus par les participants, considérant que toutes les mesures sont auto-rapportées. Enfin, les résultats des analyses d'associations prospectives permettent d'observer que toutes les variables sont stables dans le temps. Ainsi, un éducateur percevant un état de fatigue ou de stress élevé au temps 1 a plus de risque de maintenir cette perception dans les temps subséquents. Cela illustre la spirale descendante, telle que définie par Hobfoll (2011) dans le cadre de la théorie de conservation des ressources, ainsi que le caractère possiblement chronique des difficultés adaptatives vécues par les éducateurs.

Forces et limites du projet

Forces. Le projet actuel comporte des forces significatives, telle la méthode de collecte de données. Innovatrice, cette méthode prospective menée à l'aide de journaux de bord a permis l'acquisition de données quantitatives de qualité. En effet, il a été possible de mener des analyses poussées, en utilisant un modèle d'équations structurelles en décalage croisé qui a permis de souligner des liens entre les variables à différents temps de mesure. Il est à noter que dans la plupart des études antérieures sur le sujet, des devis transversaux avaient été utilisés. Bien que ces études fournissent des informations intéressantes, il s'agit principalement d'une comparaison entre des individus à un moment donné. En comparaison, notre étude permet d'observer des changements à travers le temps et les associations possibles entre les variables pour un même individu. Cela dit, il faut tout de même noter que nos résultats ne s'observent pas

à chaque temps de mesure. Par ailleurs, l'utilisation hebdomadaire de journaux de bord a possiblement diminué la présence d'un biais de rappel chez les éducateurs, puisque les questionnaires faisaient référence aux sept derniers jours. Le recours à un groupe de discussion a également permis de bonifier l'interprétation des résultats obtenus, ce qui est un point fort non-négligeable. Cela a pour effet d'aider les participants à explorer et clarifier leur point de vue, en utilisant leur vocabulaire et en mettant de l'avant les éléments qu'ils jugent prioritaires (Kitzinger, 1995).

Des projets de telle envergure ne sont pas communs dans le milieu des centres de réadaptation. Cela nécessite une confiance et une implication réciproque entre le milieu et l'équipe de chercheurs. La collaboration précieuse entre le CISSSME et l'équipe de recherche a été déterminante dans le recrutement et la collecte de données. Sans le partenariat en place, il aurait été vraisemblablement plus ardu de mener cette étude à bien. Par ailleurs, le sujet à l'étude, soit les facteurs propres aux éducateurs en lien avec les MCI en CR, est peu exploré et ce, tant au Québec que dans la communauté internationale. Il va sans dire que ce projet contribue substantiellement aux connaissances sur le sujet. Il est espéré que cela suscitera l'intérêt de divers chercheurs afin que plus d'études scientifiques soient menées, considérant les impacts négatifs que les MCI entraînent tant sur les jeunes que sur les éducateurs.

Par la suite, deux sources de données ont été utilisées dans le cadre de ce projet. Les données MCI provenaient du logiciel PIJ et étaient donc considérées comme officielles. Les journaux de bord ont permis de colliger des données auto-rapportées. Cette prise de mesure est cohérente avec le concept mesuré, considérant que nous souhaitons identifier les facteurs pouvant influencer le jugement clinique. Or, comme le jugement clinique est subjectif, il est pertinent d'avoir recours à des données auto-rapportées, bien que celles-ci soient perçues comme des limites dans le cadre de certains projets.

Limites. Bien que de nombreuses qualités soient attribuables au projet, ce dernier comporte certaines limites qu'il est primordial de souligner. Premièrement, l'échantillon final n'était pas idéal en ce qui a trait aux utilisateurs de MCI. D'abord, celui-ci comporte près de 83% de femmes. Or, la littérature indique que les individus s'identifiant à en genre masculin utiliseraient plus les MCI (Lee-Lipkins, 2014). Ensuite, la majorité des participants, soit 72%, sont des éducateurs travaillant dans des unités d'adolescents. Cela peut avoir eu un effet sur les résultats, considérant que les comportements violents s'observent davantage à l'enfance

(Geoffrion et Ouellet, 2013) Les participants comptaient près de neuf ans d'expérience en moyenne. Sachant que le peu d'expérience est lié à une utilisation plus fréquente des MCI (Farragher, 2002; Man-Poll et al., 2011), cela pourrait expliquer la faible variance des données MCI. Par ailleurs, l'âge moyen des éducateurs était plutôt élevé, soit de 34 ans. À ce propos, de nombreuses études soulignent qu'un éducateur moins âgé avait davantage de risques de recourir aux MCI (Farragher, 2002; Lee-Lipkins, 2014; Leidy et al., 2006). Ces éléments pourraient donc vraisemblablement expliquer le peu de variance dans les données MCI, ce qui a pu affaiblir la puissance des analyses statistiques. Il est également pertinent de noter qu'à la suite des tests de comparaison avec le groupe de participants exclus, les éducateurs de l'échantillon étaient significativement plus âgés et plus expérimentés.

Dans un autre ordre d'idées, les éducateurs ont participé sur une base volontaire. Ainsi, les participants étaient possiblement plus enclins que leurs collègues non-participants à explorer leurs méthodes d'intervention et peut-être plus ouverts à questionner leurs pratiques. Il est par ailleurs pertinent de souligner le possible biais de désirabilité sociale et ce, à deux niveaux. D'abord, certains participants auraient complété leurs questionnaires lors de réunions d'équipe. Il est impossible pour l'équipe de chercheurs de vérifier si les éducateurs l'ont fait côte-à-côte ou de façon plus isolée. Dans le cas où certains de leurs collègues avaient pu jeter un œil sur leurs questionnaires, certains participants auraient pu être indisposés à répondre honnêtement s'ils ressentaient beaucoup de stress ou de fatigue. Ensuite, les participants ont pu vouloir sur ou sous-estimer tant leur niveau de stress perçu que de fatigue, de récupération ou d'activité physique. En effet, la désirabilité sociale peut encourager un participant à donner une image plus favorable de soi qu'elle ne l'est en réalité, soit par auto-duperie (tromper l'autre de façon consciente) ou hétéro-duperie (se tromper soi-même sincèrement) (Tournois, Mesnil et Kop, 2000). Ainsi, il faut garder en tête que les répondants ont pu être biaisés, consciemment ou non, et donc interpréter les résultats avec prudence.

Concernant l'activité physique, les données obtenues ne présentent pas une grande fiabilité. En effet, l'instrument ne semble pas avoir été bien saisi par les participants. Plusieurs questionnaires ont été mal complétés, possiblement puisque les questions n'ont pas été comprises ou encore lues en entier. De plus, le questionnaire ne discriminait pas l'activité physique faite pendant les loisirs à celle pendant le travail. Ainsi, il est possible que plusieurs

participants aient surestimé leur quantité d'exercice physique en incluant les moments où ils marchent au travail.

Finalement, il est important de noter que le modèle testé ne respectait pas les exigences en ce qui concerne le ratio entre le nombre de participants et le nombre de paramètres. Les résultats observés doivent être interprétés avec prudence et peuvent servir de base pour les recherches futures.

Directions pour futures recherches

Considérant les connaissances limitées en ce qui concerne les facteurs des éducateurs pouvant influencer le recours aux MCI, il s'avère nécessaire de poursuivre les études à cet effet. Il advient d'explorer davantage les traits psychophysiologiques des éducateurs qui seraient susceptibles d'influencer leur jugement clinique en situation de crise. Vu le possible biais de désirabilité sociale, il serait pertinent d'utiliser des mesures biologiques pour le stress, comme le cortisol. De plus, des observations participantes pourraient être pertinentes afin qu'un observateur externe puisse identifier des éléments présents chez l'éducateur. Ainsi, une matrice multi-traités multi-méthodes serait hautement pertinente, afin de brosser un portrait plus nuancé et possiblement plus objectif. Par ailleurs, il serait intéressant de changer la direction des analyses puisque les résultats de la présente étude ont souligné que l'utilisation de MCI prédit un état plus élevé de fatigue aiguë et un niveau de récupération plus faible. Il serait donc intéressant de poursuivre les recherches à ce niveau, afin d'identifier la présence d'influences bidirectionnelles et de possibles patrons d'interactions entre les MCI et les états de fatigue ou de stress.

En plus de poursuivre les études sur le sujet actuel, il serait souhaitable de s'attarder aux caractéristiques de l'équipe d'éducateurs ainsi qu'aux composantes organisationnelles susceptibles d'influencer le recours aux MCI. Tel que mentionné par Larue et al. (2009), ces éléments seraient reliés aux MCI en milieu hospitalier. Dès lors, il convient d'explorer si ces relations s'observent également dans les CR pour jeunes en difficulté du Québec. Comme mentionné par les éducateurs participant au groupe de discussion, il serait possible que la crainte d'être identifié comme un « employé à défi » ait freiné leur franchise lors de la complétion des questionnaires. Il est donc essentiel d'aller explorer les caractéristiques du milieu et les effets que ceux-ci peuvent entraîner chez leurs employés. De plus, afin d'avoir une vision plus

nuancée, il serait pertinent d'obtenir des données provenant des cadres des établissements. En effet, ceux-ci auraient possiblement une perception différente de celle de leurs employés et pourraient mettre en lumière des éléments qui n'ont pas été soulevés.

Conclusion

En définitive, la présente étude a permis de soulever que (a) le stress de l'éducateur est associé négativement aux MCI au temps subséquent; (b) l'utilisation de MCI est associée positivement avec la fatigue aigüe et négativement avec la récupération dans les semaines suivantes et (c) l'utilisation de MCI est associée positivement à une utilisation ultérieure. Finalement, la récupération serait indirectement associée de façon négative à l'utilisation de MCI par le biais d'un état de fatigue chronique élevée et un niveau de stress élevé. Toutefois, il est important de souligner que les résultats (a) et (b) ne s'observent qu'à une reprise.

L'échantillon utilisé n'a pas permis de confirmer l'hypothèse que des facteurs personnels des éducateurs pouvaient influencer positivement l'utilisation de MCI. Cela dit, ce constat ne signifie pas d'emblée l'absence de lien possible. Il apparaît pertinent de poursuivre les recherches et de contribuer aux efforts déployés par la communauté scientifique internationale afin de documenter ce phénomène, considérant que ces pratiques posent préjudice aux enfants et aux intervenants (Day et al., 2010; Lebel et Huckshorn, 2010, Lee-Lipkins, 2014).

Les éducateurs en CR font fréquemment face à des situations difficiles qui peuvent être perturbantes (Geoffrion et Ouellet, 2013; Jansen et al., 2005). Leur état de santé physique et psychologique est foncièrement à prendre en considération et il advient de mettre un frein à la banalisation des difficultés reliées à leurs tâches. En relation d'aide, l'intervenant est son propre outil. En plus de son savoir et son savoir-faire, il peut compter sur son savoir-être, soit ses aptitudes à établir une relation significative avec l'aidé. Des schèmes forment son savoir-être, soit l'empathie, la confiance, la congruence, la sécurité, la disponibilité et la considération (Gendreau, 2001). Ces schèmes peuvent être fragilisés et dans l'optique où l'éducateur arrive à pallier à ces déstabilisations et à rétablir un équilibre, cela est bénéfique et enrichissant. En revanche, si ses schèmes sont ébranlés au point d'influencer négativement ses interactions avec sa clientèle, comment peut-il optimiser l'utilisation de cet outil privilégié, soit lui-même ? Par exemple, un éducateur ne se sentant pas en sécurité ne sera possiblement pas disponible pour

explorer des alternatives lors d'une intervention de crise. Il sera peut-être plus prompt à recourir aux MCI.

Bien entendu, les éducateurs ont fait le choix de travailler en CR, sachant fort probablement qu'ils œuvreraient auprès d'une clientèle en grande difficulté. Cela dit, il ne s'agit pas d'une raison pour minimiser les bouleversements ou être insensible face aux difficultés auxquelles ils pourraient faire face. Il est au contraire nécessaire que les institutions se mobilisent afin de mettre en place un réseau de soutien qui permettra aux éducateurs de se sentir entendus, supportés et considérés. Les milieux d'intervention en protection de la jeunesse au Québec basent leur pratique sur le modèle psychoéducatif. Selon celui-ci, cela implique l'utilisation du milieu de vie afin d'accompagner et soutenir les jeunes dans leur démarche leur permettant de retrouver un certain équilibre (Gendreau, 2001). Pour ce faire, ne devrait-on pas s'assurer que le milieu de travail de l'éducateur lui permet également de trouver cet équilibre? Les éducateurs en groupe de discussion soulignent la lourdeur des procédures administratives. Bien que plusieurs soient nécessaires afin d'évaluer les interventions, il advient de faire une place tout aussi importante aux autres opérations professionnelles, comme l'observation et l'évaluation. En effet, il doit y avoir un espace pour les analyses et réflexions cliniques, tant sur les comportements des jeunes que sur les pratiques des intervenants. De ce fait, les équipes seraient peut-être davantage en mesure d'identifier des signes précurseurs à la désorganisation, des types d'intervention à utiliser ou proscrire selon le jeune, des éléments contextuels qui pourraient fragiliser l'état d'un jeune ou encore les résonances que certains comportements des jeunes peuvent leur faire vivre.

Enfin, considérant que la diminution des MCI permettrait entre autres de réduire le temps alloué aux MCI et donc d'augmenter le temps pour des activités thérapeutiques, de réduire les coûts associés au personnel (p. ex. congés de maladie, remplacement), d'occasionner moins de blessures chez les jeunes et le personnel et de diminuer le roulement de personnel (Lebel et Goldstein, 2005), il advient de développer des moyens concrets visant leur réduction. Il est nécessaire de déployer un effort collectif visant la réduction des MCI et impliquant tant les instances gouvernementales, les directions de la protection de la jeunesse, les différentes équipes de soins ainsi que les jeunes et leur famille. Les jeunes ont le droit fondamental d'avoir un accompagnement de qualité et des interventions basées sur les meilleures pratiques dans le respect de leur intégrité.

Références

- Abramovitz, R. et Bloom, S. L. (2003). Creating sanctuary in residential treatment for youth: from the “well-ordered asylum” to a “living-learning environment”. *Psychiatric Quarterly*, 74(2), 119–135.
- Abt Associates. (2008). *Characteristics of residential treatment for children and youth with serious emotional disturbances*. Cambridge: National Association for Children’s Behavioral Health (NACBH) and National Association of Psychiatric Health Systems (NAPHS).
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). *Guide de partenariat centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse*. Montréal: Centres de santé et de services sociaux de Montréal : Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw : Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Aldana, S. G., Sutton, L. D., Jacobson, B. H. et Quirk, M. G. (1996). Relationships between leisure time physical activity and perceived stress. *Perceptual and Motor skills*, 82(1), 315–321. <https://doi.org/10.2466/pms.1996.82.1.315>
- Anglin, J. P. (2004). Creating “well-functioning” residential care and defining its place in a system of care. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 175-192. <https://doi.org/10.1023/B:CCAR.0000029689.70611.0f>
- Association des Centres Jeunesse du Québec. (2015). Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2015. Bibliothèque et archives nationales du Québec.
- Baddeley, A. D. (1983). Working memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London.*, 302(1110), 311-324.
- Barker L.M. et Nussbaum M.A. (2011a). Fatigue, performance and the work environment : a survey of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 67(6), 1370-1382.
- Barker, L. M. et Nussbaum, M. A. (2011b). The effects of fatigue on performance in simulated nursing work. *Ergonomics*, 54(9), 815-829. <https://doi.org/10.1080/00140139.2011.597878>
- Bartolomucci, A., Palanza, P., Sacerdote, P., Panerai, A. E., Sgoifo, A., Dantzer, R. et Parmigiani, S. (2005). Social factors and individual vulnerability to chronic stress exposure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(1), 67-81.
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L. et Albert, É. (2009). Validation factorielle de l’échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 21(4), 365-373. <https://doi.org/10.3917/spub.094.0365>

- Binnewies, C., Sonnentag, S. et Mojza, E. J. (2010). Recovery during the weekend and fluctuations in weekly job performance: A week-level study examining intra-individual relationships. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(2), 419-441.
<https://doi.org/10.1348/096317909X418049>
- Boyer, R., Guay, S. et Goncalves, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients* (Collection Recherche et évaluation). Montréal, Québec: Institut universitaire en santé mentale.
- Brown, H. E., Gilson, N. D., Burton, N. W. et Brown, W. J. (2011). Does physical activity impact on presenteeism and other indicators of workplace well-being? *Sports Medicine*, 41(3), 249–262. <https://doi.org/10.2165/11539180-000000000-00000>
- Carson, R. L., Baumgartner, J. J., Matthews, R. A. et Tsouloupas, C. N. (2010). Emotional exhaustion, absenteeism, and turnover intentions in childcare teachers: Examining the impact of physical activity behaviors. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 905-914.
<https://doi.org/10.1177/1359105309360697>
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., Mill, J., Martin, J., Craig, I., ... Poulton, R. (2002). *Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children* (Vol. 297).
<https://doi.org/10.1126/science.1072290>
- Centre jeunesse de la Montérégie. (2010). *Processus d'intervention clinique au CJM: Avec le jeune et sa famille..* Longueuil: Centre jeunesse de la Montérégie.
- Chen, J., Davis, K. G., Daraiseh, N. M., Pan, W. et Davis, L. S. (2014). Fatigue and recovery in 12-hour dayshift hospital nurses. *Journal of nursing management*, 22(5), 593-603.
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2017a). *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions de réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés.*
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2017b). *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés.* Québec: Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395.
<https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Crosland, K. A., Cigales, M., Dunlap, G., Neff, B., Clark, H. B., Giddings, T. et Blanco, A. (2008). Using staff training to decrease the use of restrictive procedures at two facilities for foster care children. *Research on Social Work Practice*, 18(5), 401-409.
<https://doi.org/10.1177/1049731507314006>
- Dale, N., Baker, A. J. L., Anastasio, E. et Purcell, J. (2007). Characteristics of children in residential treatment in New York state. *Child Welfare*, 86(1), 5-27.
- Davidson, J., McCullough, D., Steckley, L. et Warren, T. (2005). *Holding safely: a guide for residential child care practitioners and managers about physically restraining children and young people*. Glasgow: Scottish Institute for Residential Child Care.
- Day, A. et Daffern, M. (2009). *Inquiry into policy and practice in the use of physical restraint in South Australian residential facilities for children and young people* (Guardian for Children and Young People). Adelaide, S.A.: Government of South Australia.
- Day, A., Daffern, M. et Simmons, P. (2010). Use of restraint in residential care settings for children and young people. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 230-244.
<https://doi.org/10.1080/13218710903433964>
- Day, D. M. (2002). Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(2), 266-278. <https://doi.org/10.1037//0002-9432.72.2.266>
- de Croon, E. M., Sluiter, J. K. et Frings-Dresen, M. H. W. (2003). Need for recovery after work predicts sickness absence. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 331-339.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00630-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00630-X)
- Deci, E. L. et Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(1), 24-34.
<https://doi.org/10.1037/0708-5591.49.1.24>

- Delaney, K. R. (2006). Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19-30. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00043.x>
- Delaney, K. R. et Fogg, L. (2005). Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatric Services*, 56(2), 186-192. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.186>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Geurts, S. A. E. et Taris, T. W. (Éd.). (2009). *Research in occupational stress and well-being* (Vol. 7). Bingley: Emerald Group Publishing. [https://doi.org/10.1108/S1479-3555\(2009\)0000007006](https://doi.org/10.1108/S1479-3555(2009)0000007006)
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Dewa, C. S., Nieuwenhuijsen, K. et Sluiter, J. K. (2016). How does the presence of high need for recovery affect the association between perceived high chronic exposure to stressful work demands and work productivity loss? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(6), 617-622. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000723>
- Dickerson, S. S. et Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological bulletin*, 130(3), 355.
- Doerr, J. M., Nater, U. M., Ehlert, U. et Ditzen, B. (2018). Co-variation of fatigue and psychobiological stress in couples' everyday life. *Psychoneuroendocrinology*, 92, 135-141.
- Éditeur officiel du Québec. (2018, 1^{er} février). *Loi sur la protection de la jeunesse*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>
- Éditeur officiel du Québec. (2018, 1^{er} février). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>
- Edwards, J. R. (1992). A cybernetic theory of stress, coping and well-being in organizations. *Academy of Management Review*, 17(2), 238-274.
- Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. et Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for adults: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 135.

- Eriksen, W. et Bruusgard, D. (2004). Do physical leisure time activities prevent fatigue? A 15-month prospective study of nurses' aides. *British Journal of Sports Medicine*, 38(3), 331-336. <https://doi.org/10.1136/bjism.2002.004390>
- Fang, J., Qiu, C., Xu, H. et You, G. (2013). A model for predicting acute and chronic fatigue in Chinese nurses: Model for predicting acute and chronic fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 546-558. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06029.x>
- Farragher, B. (2002). A system-wide approach to reducing incidents of therapeutic restraint. *Residential Treatment For Children & Youth*, 20(1), 1-14.
- Felton, J. S. (1998). Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occupational medicine*, 48(4), 237–250.
- Frappier, J. Y., Duchesne, M. et Lambert, Y. (2015). *Santé des adolescent(e)s hébergé(e)s en centre de réadaptation des centres jeunesse au Québec* (Rapport de recherche). Hôpital Sainte-Justine.
- Fraser, S. L., Archambault, I. et Parent, V. (2016). Staff intervention and youth behaviors in a child welfare residence. *Journal of Child and Family Studies*, 25(4), 1188-1199. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0312-6>
- Fryer, M. A., Beech, M. et Byrne, G. J. A. (2004). Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(1-2), 26-33. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01294.x>
- Garrick, A., Mak, A. S., Cathcart, S., Winwood, P. C., Bakker, A. B. et Lushington, K. (2017). Teachers' priorities for change in Australian schools to support staff well-being. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 26(3-4), 117-126. <https://doi.org/10.1007/s40299-017-0332-7>
- Garrison, W. T. (1984). Aggressive behavior, seclusion and physical restraint in an inpatient child population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23(4), 448–452.
- Gauthier, A. P., Lariviere, M. et Young, N. (2009). Psychometric properties of the IPAQ: A validation study in a sample of northern Franco-Ontarians. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(s1), S54-S60. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.s1.s54>
- Geiger-Brown, J., Rogers, V. E., Trinkoff, A. M., Kane, R. L., Bausell, R. B. et Scharf, S. M. (2012). Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiology international*, 29(2), 211-219.

- Gellis, Z. D. (2002). Coping with occupational stress in healthcare: A comparison of social workers and nurses. *Administration in Social Work*, 26(3), 37-52.
https://doi.org/10.1300/J147v26n03_03
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. (Éditions sciences et culture). Montréal: Béliveau.
- Gendreau, G. et Tardif, R. (1999). *La réadaptation en internat des jeunes de 12 à 18 ans : Une intervention qui doit retrouver son sens, sa place et ses moyens* (Réflexions sur les pratiques).
- Geoffrion, S. (2015). *Aggression and accountability: how caregivers and law enforcers cope* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Montréal. Consulté à l'adresse
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12327>
- Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263. <https://doi.org/10.7202/1020996ar>
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128(4), 539-579.
<https://doi.org/10.1037//0033-2909.128.4.539>
- Gervais, M. J., Chagnon, F. et Paccioni, A. (2011). Augmenter l'utilisation des données probantes par les intervenants et les gestionnaires en centre jeunesse. *Mieux tenir compte des violences*, 57(1), 49-62. <https://doi.org/10.7202/1006247ar>
- Griffith, L. (2001). Does seclusion have a role to play in modern health nursing? *British Journal of Nursing*, 13(10), 656-661.
- Halbesleben, J. R. B., Neveu, J.-P., Paustian-Underdahl, S. C. et Westman, M. (2014). Getting to the "COR": Understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, 40(5), 1334-1364. <https://doi.org/10.1177/0149206314527130>
- Hanson, A. (2015). *The Impact of compassion fatigue and burnout among residential care* (MSW Clinical Research Paper). St. Catherine University and the University of St. Thomas, St. Paul, Minnesota. Consulté à l'adresse http://sophia.stkate.edu/msw_papers/453
- Happell, B. et Koehn, S. (2011). Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion: Seclusion as a necessary intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1222-1231.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05570.x>

- Hartfiel, N., Havenhand, J., Khalsa, S., Clarke, G. et Krayner, A. (2011). The effectiveness of yoga for the improvement of well-being and resilience to stress in the workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(1), 70-76. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2916>
- Herbert, T. B. et Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*, 55(4), 364–379.
- Hewstone, M. (1990). The ‘ultimate attribution error’? A review of the literature on intergroup causal attribution. *European Journal of Social Psychology*, 20(4), 311–335.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings: Conservation of resource caravans. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), 116-122. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.2010.02016.x>
- Hooper, D., Coughlan, J. et Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*. 6(1), 53-60.
- Hox, J. J. et Bechger, T. M. (2007). An introduction to structural equation modeling. *Family Science Review*, 11, 354-373.
- Hu, L. et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huckshorn, K. A. (2004). Seclusion & restraint: Where have we been? Where are we now? Where are we going? *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(9), 6–7.
- Huckshorn, K. A. et Lebel, J. (2015). Restraint and seclusion. Dans *Emergency Psychiatry and Violence*. John Wiley & Sons. Consulté à l’adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/9781118753378.ch124/asset/ch124.pdf?v=1&t=jc895fwe&s=b92fd43094ae6c3c1889c14b056b2e038571a959>
- Jansen, G. J., Dassen, T. W. N. et Groot Jebbink, G. (2005). Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 3-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00772.x>
- Jansen, G. J., Middel, B., Dassen, T. W. N. et Reijneveld, M. S. A. (2006). Cross-cultural differences in psychiatric nurses’ attitudes to inpatient aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(2), 82-93. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.08.012>

- Josefsson, T., Lindwall, M. et Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review: Exercise intervention in depressive disorders. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), 259-272.
<https://doi.org/10.1111/sms.12050>
- Juster, R. P., Bizik, G., Picard, M., Arsenault-Lapierre, G., Sindi, S., Trepanier, L., ... et Fiocco, A. J. (2011). A transdisciplinary perspective of chronic stress in relation to psychopathology throughout life span development. *Development and Psychopathology*, 23(3), 725-776.
- Kennedy, S. S. et Mohr, W. K. (2001). A prolegomenon on restraint of children: Implicating constitutional rights. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 26-37.
- Kiss, P., De Meester, M. et Braeckman, L. (2008). Differences between younger and older workers in the need for recovery after work. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81(3), 311-320. <https://doi.org/10.1007/s00420-007-0215-y>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ: British medical journal*, 311(7000), 299.
- Korpela, K. et Kinnunen, U. (2010). How is leisure time interacting with nature related to the need for recovery from work demands? Testing multiple mediators. *Leisure Sciences*, 33(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1080/01490400.2011.533103>
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. et Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Le Blanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J. C. et Trudeau-Le Blanc, P. (1998). *Intervenir autrement : Un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lebel, J. et Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services*, 56(9), 1109-1114.
- Lebel, J., Huckshorn, K. A. et Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89(2), 169-187.
- LeBlanc, V. R., Regehr, C., Shlonsky, A. et Bogo, M. (2012). Stress responses and decision making in child protection workers faced with high conflict situations. *Child Abuse & Neglect*, 36(5), 404-412. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.003>

- Lee-Lipkins, H. A. (2014). *The influence of selected aggression, demographic, gender role and temperament factors on the level of physical restraint among staff in residential treatment centers for youth* (Thèse de doctorat). Texas Southern University.
- Leidy, B. D., Haugaard, J. J., Nunno, M. A. et Kwartner, J. K. (2006). Review of restraint data in a residential treatment center for adolescent females. *Child and Youth Care Forum*, 35(5-6), 339-352. <https://doi.org/10.1007/s10566-006-9021-z>
- Lilius, J. M. (2012). Recovery at work: understanding the restorative side of « depleting » client interactions. *Academy of Management Review*, 37(4), 569-588. <https://doi.org/10.5465/amr.2010.0458>
- Little, T. D., Jorgensen, T. D., Lang, K. M. et Moore, E. W. G. (2013). On the joys of missing data. *Journal of pediatric psychology*, 39(2), 151-162.
- Loeber, R. et Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48(1), 371-410. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.371>
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., de Vries, W. J., Boumans, C. E. et Hutschemaekers, G. J. M. (2011). Factors contributing to mental health professionals' decision to use seclusion. *Psychiatric Services*, 62(5), 498-503.
- Marsh, H. W., Hau, K. T. et Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural equation modeling*, 11(3), 320-341.
- Mathieu, J. E. et Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171-194.
- Meijman, T. F., Mulder, G. et Van Dormolen, M. (1992). Workload of driving examiners: A psychophysiological field study. Dans *Enhancing industrial performances* (H. Kragt). London: Taylor & Francis.
- Ministère de la justice du Canada. (2013). *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents: résumé et historique*. Consulté à l'adresse http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/liste_hebdomadaire/2014/full_list/w14-08-F-F.html/collections/collection_2014/jus/J2-375-2013-fra.pdf
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur*

les services de santé et les services sociaux contention, isolement et substances chimiques.

Québec: Santé et services sociaux. Consulté à l'adresse

<http://www4.bnquebec.ca/pgq/2003/2652730.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2013). *Cadre de référence pour une pratique rigoureuse de l'intervention en réadaptation auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents en CSSS et en CJ.* Consulté à l'adresse <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2326464>

Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse et des directeurs provinciaux.*

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques.* Consulté à l'adresse <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2469235>

Mohren, D. C. L., Jansen, N. W. H. et Kant, L. J. (2010). Need for recovery from work in relation to age: a prospective cohort study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(5), 553-561. <https://doi.org/10.1007/s00420-009-0491-9>

Monat, A. et Lazarus, R. S. (Eds.). (1991). *Stress and coping: An anthology.* Columbia University Press.

Morrison, P. et Lehane, M. (1995). The effect of staffing levels on the use of seclusion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2(6), 365-366. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.1995.tb00107.x>

Muthén, L. et Muthén, B. (2012). MPlus (Version 7). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Ng, D. M. et Jeffery, R. W. (2003). Relationships Between Perceived Stress and Health Behaviors in a Sample of Working Adults. *Health Psychology*, 22(6), 638-642.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.6.638>

Nunno, M. A., Holden, M. J. et Tollar, A. (2006). Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. *Child Abuse & Neglect*, 30(12), 1333-1342.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.02.015>

Ohly, S., Sonnentag, S., Niessen, C. et Zapf, D. (2010). Diary studies in organizational research: An introduction and some practical recommendations. *Journal of Personnel Psychology*, 9(2), 79-93. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000009>

Robitaille, M.-J. (2009). La formation Oméga: apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif Prévention*, 32(1), 30-31.

- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H. et Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health affairs*, 23(4), 202-212.
- Rook, J. W. et Zijlstra, F. R. H. (2006). The contribution of various types of activities to recovery. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 218-240.
<https://doi.org/10.1080/13594320500513962>
- Sagherian, K. et Geiger Brown, J. (2016). In-depth review of five fatigue measures in shift workers. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, 4(1), 24-38.
<https://doi.org/10.1080/21641846.2015.1124521>
- Saint-Jacques, M.-C., Lessard, G., Drapeau, S. et Beaudoin, A. (1998). Protéger les jeunes et développer le pouvoir d’agir de leurs parents. Une analyse des pratiques d’implication parentale en centre jeunesse. *Service social*, 47(3-4), 77. <https://doi.org/10.7202/706796ar>
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical psychology review*, 21(1), 33–61.
- Samaha, E., Lal, S., Samaha, N. et Wyndham, J. (2007). Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 59(3), 221-232. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04338.x>
- Selig, J. P. et Little, T. (2012). Autoregressive and cross-lagged panel analysis for longitudinal data. Dans *Handbook of developmental research methods* (p. 265-278). New York: Guilford Press.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Seti, C. L. (2008). Causes and treatment of burnout in residential child care workers: A review of the research. *Residential Treatment For Children & Youth*, 24(3), 197-229.
<https://doi.org/10.1080/08865710802111972>
- Sluiter, J. K., de Croon, E. M., Meijman, T. F. et Frings-Dresen, M. H. W. (2003). Need for recovery from work related fatigue and its role in the development and prediction of subjective health complaints. *Occupational and Environmental Medicine*, 60 Supp. 1, 62-70.
- Small, R., Kennedy, K. et Bender, B. (1991). Critical issues for practice in residential treatment centers: The View from Within. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 327-338.
<https://doi.org/10.1037/h0079273>
- Sonnentag, S. (2001). Work, recovery activities and individual well-being: A diary study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 196-210.

- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement and proactive behavior: A new look at the interface between nonwork and work. *Journal of Applied Psychology*, 88(3), 518-528.
- Sonnentag, S. et Bayer, U.-V. (2005). Switching off mentally: Predictors and consequences of psychological detachment from work during off-job time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 393-414. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.393>
- Sonnentag, S., Binnewies, C. et Mojza, E. J. (2008). « Did you have a nice evening? » A day-level study on recovery experiences, sleep, and affect. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 674. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.674>
- Sonnentag, S., Binnewies, C. et Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 965-976. <https://doi.org/10.1037/a0020032>
- Sonnentag, S. et Frese, M. (2003). Stress in organizations. Dans *Comprehensive handbook of psychology* (Vol. 12: Industrial and organizational stress, p. 453-491). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sonnentag, S. et Natter, E. (2004). Flight attendants' daily recovery from work: Is there no place like home? *International Journal of Stress Management*, 11(4), 366.
- Sonnentag, S. et Zijlstra, F. R. H. (2006). Job characteristics and off-job activities as predictors of need for recovery, well-being, and fatigue. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 330-350.
- Taxis, J. C. (2002). Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2), 157-170. <https://doi.org/10.1080/016128402753542785>
- Thomann, J. (2009). *Factors in restraint reduction in residential treatment facilities for adolescents* (Dissertation). Massachusetts School of Professional Psychology. Consulté à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25733324>
- Toker, S. et Biron, M. (2012). Job burnout and depression: Unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*, 97(3), 699-710. <https://doi.org/10.1037/a0026914>
- Toupin, J., Pauzé, R., Frappier, J. Y., Cloutier, R. et Boudreau, J. (2004). *La santé mentale et physique des adolescents Québécois des Centres jeunesse: une étude cas-témoin*. Rapport final d'une étude financée dans le cadre du programme d'initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC).

- Tournois, J., Mesnil, F. et Kop, J.-L. (2000). Autoduperie et hétéroduperie : Un instrument de mesure de la désirabilité sociale. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 50(1), 219-232.
- Westman, M., Hobfoll, S. E., Chen, S., Davidson, O. B. et Laski, S. (2004). Organizational stress through the lens of conservation of resources (COR) theory. Dans *Research in Occupational Stress and Well-being* (Vol. 4, p. 167-220). Bingley: Emerald (MCB UP).
[https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(04\)04005-3](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(04)04005-3)
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P. B., Burr, H., Tüchsen, F. et Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(9), 771-775.
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.042986>
- [Winwood, P. C. \(2005\). *Manual for the occupational fatigue, exhaustion recovery scale \(OFER\)*. Document inédit.](#)
- Winwood, P. C. et Lushington, K. (2006). Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 679-689.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04055.x>
- Winwood, P. C., Lushington, K. et Winefield, A. H. (2006). Further Development and validation of the occupational fatigue exhaustion recovery (OFER) Scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(4), 381-389.
<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000194164.14081.06>
- Winwood, P. C., Winefield, A. H., Dawson, D. et Lushington, K. (2005). Development and validation of a scale to measure work-related fatigue and recovery: The occupational fatigue exhaustion/recovery scale (OFER). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 594-606. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000161740.71049.c4>
- Winwood, P. C., Winefield, A. H. et Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 438-449. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04011.x>
- Xanthopoulou, D., Sanz-Vergel, A. I. et Demerouti, E. (2014). Reconsidering the daily recovery process: New insights and related methodological challenges. *Contemporary Occupational Health Psychology: Global perspectives on Research and Practice*, 3(1), 51-67.
<https://doi.org/10.1002/9781118713860.ch4>

Zijlstra, F. R. H. et Sonnentag, S. (2006). After work is done: Psychological perspectives on recovery from work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 129-138. <https://doi.org/10.1080/13594320500513855>

Annexes

1. Matrices de corrélation

	Sexe de l'éducateur	Années d'expérience	Âge de la clientèle	Sexe de la clientèle	MCI T1	MCI T2	MCI T3	MCI T4
Sexe de l'éducateur	1							
Années d'expérience	.14	1						
Âge de la clientèle	-.48	-.11	1					
Sexe de la clientèle	.14	-.06	-.44**	1				
MCI T1	.00	-.06	-.13	.16	1			
MCI T2	.00	-.08	-.21*	-.03	.35**	1		
MCI T3	-.09	-.01	-.30**	-.08	.33**	.67**	1	
MCI T4	-.05	-.05	-.27**	-.01	.33**	.67**	.79**	1

** : $p \leq 0,01$; * : $p \leq 0,05$

	Stress 1	Stress 2	Stress 3	Stress 4	F. aigüe 1	F. aigüe 2	F. aigüe 3	F. aigüe 4	F. chron 1	F. chron 2	F. chron 3	F. chron 4
Stress 1	1											
/Stress 2	0,62**	1										
Stress 3	0,66**	0,73**	1									
Stress 4	0,54**	0,63**	0,70**	1								
F. aigüe 1	0,65**	0,44**	0,45**	0,40**	1							
F. aigüe 2	0,55*	0,67**	0,61**	0,43**	0,66**	1						
F. aigüe 3	0,60**	0,61**	0,73**	0,60**	0,64**	0,77**	1					
F. aigüe 4	0,52**	0,50**	0,60**	0,76**	0,52**	0,58**	0,72**	1				
F. chron. 1	0,63**	0,43**	0,45**	0,46**	0,70**	0,48**	0,50**	0,48**	1			
F. chron. 2	0,52**	0,70**	0,67**	0,57**	0,54**	0,73**	0,67**	0,62**	0,62**	1		
F. chron. 3	0,54**	0,63**	0,73**	0,63**	0,53**	0,66**	0,79**	0,64**	0,62**	0,80**	1	
F. chron. 4	0,55**	0,56**	0,67**	0,76**	0,57**	0,57**	0,69**	0,84**	0,63**	0,72**	0,78**	1
Récup 1	-0,65**	-0,49**	-0,49**	-0,41**	-0,75**	-0,58**	-0,59**	-0,43**	-0,66**	-0,63**	-0,61**	-0,51**
Récup 2	-0,51**	-0,65**	-0,52**	-0,37**	-0,50**	-0,76**	-0,63**	-0,45**	-0,45**	-0,73**	-0,65**	-0,47**
Récup 3	-0,54**	-0,58**	-0,70**	-0,53**	-0,50**	-0,66**	-0,82**	-0,61**	-0,46**	-0,66**	-0,78**	-0,62**
Récup 4	-0,52**	-0,49**	-0,59**	-0,67**	-0,46**	-0,56**	-0,69**	-0,84**	-0,42**	-0,58**	-0,63**	-0,78**
Act phy 1	0,09	-0,01	0,02	-0,10	0,09	0,01	0,04	-0,07	0,18*	0,05	0,09	-0,02
Act phy 2	-0,05	-0,08	-0,13	-0,16	0,02	-0,06	-0,10	-0,13	0,13	-0,01	0,00	-0,10
Act phy 3	-0,03	-0,07	-0,10	-0,10	-0,04	-0,06	-0,10	-0,10	0,12	-0,01	0,04	-0,06
Act phy 4	0,04	-0,09	-0,04	-0,14	0,02	-0,05	-0,07	-0,15	0,12	-0,01	0,04	-0,08
MCI 1	0,06	-0,01	0,01	-0,03	-0,02	0,07	0,07	0,07	-0,03	0,01	0,01	0,07
MCI 2	0,19*	0,08	0,13	0,14	0,16*	0,13	0,20*	0,21**	0,07	0,03	0,09	0,19*
MCI 3	0,17*	0,08	0,09	0,13	0,10	0,09	0,15	0,17*	0,04	0,04	0,06	0,13
MCI 4	0,08	-0,00	-0,01	0,06	0,11	0,05	0,15	0,12	0,07	0,02	0,07	0,13

** : p ≤ 0,01; * : p ≤ 0,05

	Récup 1	Récup 2	Récup 3	Récup 4	Act phy 1	Act phy 2	Act phy 3	Act phy 4	MCI 1	MCI 2	MCI 3	MCI 4
Récup 1	1											
Récup 2	0,71**	1										
Récup 3	0,66**	0,72**	1									
Récup 4	0,52**	0,57**	0,70**	1								
Act phy 1	-0,12	-0,01	-0,04	0,06	1							
Act phy 2	-0,02	0,02	0,03	0,10	0,66**	1						
Act phy 3	-0,01	0,07	0,08	0,04	0,66**	0,81**	1					
Act phy 4	-0,07	0,06	-0,01	0,09	0,71**	0,70**	0,84**	1				
MCI 1	0,03	0,02	-0,03	-0,06	-0,15	-0,03	-0,05	-0,04	1			
MCI 2	-0,10	-0,06	-0,19*	-0,23**	-0,09	-0,06	-0,13	-0,08	0,35**	1		
MCI 3	-0,04	-0,04	-0,13	-0,16	-0,10	-0,09	-0,10	-0,11	0,33**	0,67**	1	
MCI 4	-0,05	-0,06	-0,12	-0,13	-0,09	-0,05	-0,03	-0,08	0,33**	0,67**	0,79**	1

** : $p \leq 0,01$; * : $p \leq 0,05$

2. Statistiques descriptives des participants non retenus

Variable	N	%	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Total	117	100				
Sexe du participant (0 : hommes, 1 : femmes)	116	99,15	0,81	0,39	0,00	1,00
Âge du participant	64	54,70	31,09	7,08	22,00	52,00
Années d'expériences	67	57,30	6,07	5,54	0,00	22,36
Âge de la clientèle						
0-12	8	6,80	-	-	-	-
10-14	6	5,10	-	-	-	-
12-18	50	42,70	-	-	-	-
Sexe de la clientèle						
Garçon	43	36,80	-	-	-	-
Fille	12	10,30	-	-	-	-
Mixte	9	7,79	-	-	-	-
Nombre de MCI par participant						
Temps 1	117	100	0,26	0,84	0,00	7,00
Temps 2	117	100	0,30	0,75	0,00	4,00
Temps 3	117	100	0,44	0,99	0,00	5,00
Temps 4	117	100	0,47	1,12	0,00	7,00
Échelle de stress perçu						
Temps 1	35	29,91	23,66	5,94	10,00	36,00
Temps 2	36	30,77	22,04	6,42	10,00	32,50
Temps 3	31	26,50	23,48	6,33	10,00	36,00
Temps 4	12	10,26	23,42	7,44	10,50	34,00
Fatigue aiguë						
Temps 1	40	34,19	40,38	20,19	0,00	86,67
Temps 2	36	30,77	41,34	18,69	10,00	75,00
Temps 3	30	25,64	38,72	18,66	10,00	73,33
Temps 4	15	12,82	43,56	21,73	8,33	73,33

Variable	N	%	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Fatigue chronique						
Temps 1	37	31,62	32,48	16,78	8,33	66,67
Temps 2	36	30,77	39,12	17,72	16,67	80,00
Temps 3	30	25,64	33,17	19,15	10,00	70,00
Temps 4	15	12,82	35,78	18,90	8,33	80,00
Récupération						
Temps 1	40	34,19	61,13	18,86	30,00	100
Temps 2	36	30,77	63,19	18,31	21,67	96,67
Temps 3	33	28,21	63,59	18,91	30,00	100
Temps 4	15	12,82	56,00	21,61	33,33	100
Activité physique						
Temps 1	36	30,77	17,41	23,85	0,00	134,43
Temps 2	34	29,06	21,74	25,34	0,17	139,51
Temps 3	30	25,64	21,18	27,67	0,00	122,34
Temps 4	13	11,11	25,43	31,14	2,97	122,94

3. Comparaison des participants retenus vs exclus

a. Statistiques descriptives des tests de comparaison

	Participants inclus			Participants exclus		
	N	Moyenne	Écart-type	N	Moyenne	Écart-type
Sexe de l'éducateur	155	0,83	0,37	116	0,81	0,39
Âge de l'éducateur	147	34,13	8,23	64	31,09	7,08
Années d'expérience	147	8,87	6,24	67	6,07	5,54
Âge de la clientèle	147	2,52	0,81	64	2,66	0,70
Sexe de la clientèle	147	1,59	0,73	64	1,47	0,73

b. Tests du chi-carré

	N	χ^2 de Pearson	df	P	V de Cramer	P
Sexe de l'éducateur	271	0,22	1	0,64	0,28	0,64
Âge de la clientèle	211	1,62	2	0,44	0,09	0,44
Sexe de la clientèle	211	3,08	2	0,21	0,12	0,21

c. Tests-T indépendants

	F	P	t	Df	P
Âge de l'éducateur	4,51	0,04	-2,57	209	0,01
Années d'expérience	1,08	0,31	-3,15	212	0,01

4. Instruments de mesure

a. Échelle de stress perçu

Les questions suivantes concernent vos sentiments et vos pensées au cours de la dernière semaine. Pour chacune des 10 questions qui suivront, indiquez à quelle fréquence vous vous êtes senti(e) ou avez pensé de la façon décrite au cours de la dernière semaine.

Au cours de la dernière semaine, combien de fois ...	Jamais	Presque Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
1. Avez-vous été dérangé (e) par un événement inattendu?	1	2	3	4	5
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?	1	2	3	4	5

3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e)?	1	2	3	4	5
4. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels?	1	2	3	4	5
5. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?	1	2	3	4	5
6. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?	1	2	3	4	5
7. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?	1	2	3	4	5
8. Avez-vous senti que vous dominiez la situation?	1	2	3	4	5
9. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle?	1	2	3	4	5
10. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler?	1	2	3	4	5

b. Occupational Fatigue/Exhaustion/Recovery Questionnaire

Ces énoncés ont trait à des cas de fatigue et de tension que vous avez vécus au travail au cours de la dernière semaine. Encerclez le chiffre de 0 à 6, sur l'échelle allant de « Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait d'accord », qui correspond le mieux à votre réponse.

	Tout à fait en désaccord						Tout à fait d'accord	
1. J'ai souvent eu la sensation d'être « au bout du rouleau » à cause de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6	
2. J'ai souvent redouté le moment où je devrai me réveiller pour entreprendre une autre journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6	

3. Je me suis souvent demandé(e) pendant combien de temps je pourrai continuer à travailler.	0	1	2	3	4	5	6
4. J'ai senti que, la plupart du temps, je ne vivais que pour travailler.	0	1	2	3	4	5	6
5. On a trop attendu de moi dans le cadre de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
6. Il ne m'est resté que très peu d'énergie après une période de travail habituelle.	0	1	2	3	4	5	6
7. Je me suis senti(e) généralement épuisé(e) lorsque je revenais à la maison après le travail.	0	1	2	3	4	5	6
8. Mon travail m'a complètement épuisé tous les jours.	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai généralement eu beaucoup d'énergie à consacrer à ma famille et à mes amis.	0	1	2	3	4	5	6
10. Je n'ai généralement pas manqué d'énergie pour m'adonner à mes passe-temps ou à d'autres activités après le travail.	0	1	2	3	4	5	6
11. Je n'ai jamais eu assez de temps pour refaire le plein d'énergie entre deux périodes de travail.	0	1	2	3	4	5	6
12. Même si je me sentais fatigué(e) après une période de travail, j'étais généralement en forme au début de la période de travail suivante.	0	1	2	3	4	5	6
13. Il m'est rarement arrivé(e) de reprendre mes forces complètement entre les périodes de travail.	0	1	2	3	4	5	6

14. Je n'ai pas eu de difficulté à me remettre de la fatigue professionnelle entre les périodes de travail.	0	1	2	3	4	5	6
15. Il m'est souvent arrivé(e) de ressentir la fatigue causée par une période de travail lorsque j'entreprenais la suivante.	0	1	2	3	4	5	6

c. International Physical Activity Questionnaire (*traduction libre*)

Pensez à toutes les activités intenses que vous avez faites au cours des 7 derniers jours. Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

1. Lors des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses, comme lever des charges lourdes, creuser, faire des activités aérobiques, comme la course, ou faire de la bicyclette à une vitesse élevée?

_____ **jours par semaine**

_____ Je n'ai pas fait d'activité physique intense → *Aller à la question 3*

2. Combien de temps passez-vous habituellement à faire des activités physiques **intenses** lors d'une de ces journées ?

_____ **heures par jour**

_____ **minutes par jour**

Je ne sais pas

Pensez à toutes les activités modérées que vous avez faites au cours des 7 derniers jours. Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort modéré qui vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

3. Lors des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques **modérées**, comme transporter des charges légères, faire de la bicyclette à une vitesse normale ou jouer au tennis en double ? Ne pas inclure la marche.

_____ **jours par semaine**

_____ Je n'ai pas fait d'activité physique modérée → *Aller à la question 5*

4. Combien de temps passez-vous habituellement à faire des activités physiques modérées lors d'une de ces journées ?

_____ heures par jour

_____ minutes par jour

Je ne sais pas

Pensez à tous les moments où vous avez marché au cours des 7 derniers jours. Cela comprend la marche au travail, à la maison, lors des déplacements et toute autre activité de marche que vous avez faite uniquement de façon récréative ou sportive.

5. Lors des **7 derniers jours**, combien y a-t-il eu de jours où vous avez **marché** pendant au moins 10 minutes d'affilée?

_____ jours par semaine

_____ Je n'ai pas marché → *Aller à la question 7*

6. Combien de temps passez-vous habituellement à **marcher** lors de ces journées ?

_____ heures par jour

_____ minutes par jour

Je ne sais pas

La dernière question porte sur le temps que vous passez en position assise lors des jours de semaine, au cours des **7 derniers jours**. Cela inclut les moments au travail, à la maison et pendant les loisirs. Cela peut inclure le temps passé assis à un bureau, chez des amis, en lisant ou en regardant la télévision en position assise ou couchée.

7. Lors des **7 derniers jours**, pendant les **jours de semaine**, combien de temps avez-vous passé **assis**?

_____ heures par jour

_____ minutes par jour

Je ne sais pas

