

Université de Montréal

**Influence du climat social de l'équipe d'éducateurs sur le
recours aux mesures de contention et d'isolement : une
étude longitudinale en centre de réadaptation pour jeunes**

par Camille Roy

École de Psychoéducation
Faculté des Arts et des Sciences

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

Avril 2019

© Camille Roy, 2019

Ce mémoire intitulé

**Influence du climat social de l'équipe d'éducateurs sur le recours aux mesures de
contention et d'isolement : une étude longitudinale en centre de réadaptation pour jeunes**

Présenté par
Camille Roy

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Julien Morizot
Président-rapporteur

Steve Geoffrion
Directeur de recherche

Frédéric Ouellet
Membre du jury

Résumé

Contexte Les comportements agressifs font partie du quotidien en centre de réadaptation (CR), dues aux problématiques des jeunes y séjournant. Parmi les interventions mises en place pour les contrôler se trouvent les mesures de contention et d'isolement. Malgré peu d'études sur leur utilisation en CR, des facteurs reliés à l'environnement, au jeune et à l'éducateur ont été associés avec ces interventions. Jusqu'à présent l'association entre le climat social de l'équipe et l'utilisation de ces mesures n'a pas été étudiée, bien que démontrée en milieu psychiatrique.

Objectifs Le premier objectif était d'évaluer l'influence du climat social de l'équipe d'éducateurs sur le recours aux mesures de contention et d'isolement en CR pour jeunes. Un deuxième objectif était de comparer l'influence des différents construits latents du climat social.

Méthode Un échantillon de 198 éducateurs d'un CR a complété un questionnaire quant au climat social de l'équipe à trois reprises. Un modèle structurel en décalage croisé a été utilisé pour évaluer l'association entre le climat social et l'utilisation des MCI à travers le temps.

Résultats La communication des membres de l'équipe envers les autres et la centration sur des objectifs communs sont associées à l'utilisation de ces mesures. Le caractère négatif du climat de l'équipe n'est pas associé à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement.

Implications Les résultats suggèrent que promouvoir les initiatives personnelles pour adapter les interventions aux besoins du jeune et diminuer les interventions standardisées pourrait atténuer l'influence du climat social de l'équipe sur le recours à la contention et l'isolement.

Mots-clés : centre de réadaptation, jeunes, contention, isolement, climat social, intervenant, psychoéducateur

Abstract

Background Aggressive behaviors are part of daily life in residential treatment centers (RTCs) given the problems of youths residing there. Among the interventions that can be used are restraint and seclusion. Although studies on the topic are scarce, factors related to the environment, child, and educator have been associated with these interventions. Although an association has been shown between the team's social climate and recourse to restraint and seclusion in psychiatric settings, it has yet to be studied in RTCs.

Objectives The first objective of this paper was to assess the extent to which the social climate influences the use of restraint and seclusion in RTCs for youth. The second objective was to observe how each dimension of social climate influences recourse to restraint and seclusion.

Methods A sample of 198 RTC educators completed a questionnaire on their team's social climate at three times. Crossed-lagged analyses were performed to assess the association between different dimensions of social climate and use of restraint and seclusion over time.

Results The communication and openness of team members as well as their centration on common objectives and planification were associated with the use of these measures. The negative character of the climate was not associated with the use of restraint and seclusion.

Implications The results of the current study suggest that promoting the individual initiative of interventions adapted to the needs of the youth and reducing standard interventions could decrease the influence of the social climate on the use of restraint and seclusion in RTCs.

Keywords: residential care, youth, restraint, seclusion, social climate, careworker

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Chapitre 1 – Contexte théorique.....	4
1.1 Les centres de réadaptation.....	4
1.2 La contention et l’isolement.....	5
1.3 Facteurs associés au recours au MCI identifiés antérieurement.....	7
1.3.1 Facteurs propres à l’environnement.....	7
1.3.2 Facteurs propres au jeune.....	8
1.3.3 Facteurs propres à l’intervenant.....	9
1.4 Facteurs qui influencent le recours aux MCI en contexte psychiatrique.....	10
1.4.1 Modèle de Larue et al. (2009).....	11
1.5 Le climat social de l’équipe.....	11
1.5.1 L’influence du climat social sur le comportement des individus.....	14
1.6 La problématique en bref.....	15
1.7 Objectifs de recherche.....	16
Chapter 2 - The influence of the social climate of the team of educators on the use of restraint and seclusion: A longitudinal study in a residential treatment center for youth.....	18
2.1 – Abstract.....	19
2.2 – Objectives and hypotheses.....	24
2.3 - Method.....	24
2.3.1 Participants.....	24

2.3.2 Setting	25
2.3.3 Procedures.....	25
2.3.4 Measures	26
2.3.5 Analytic Model	28
2.4 – Results.....	30
2.4.1 Descriptive statistics and bivariate analysis.....	30
2.4.2 Cross-lagged model	31
2.5 – Discussion.....	34
2.5.1 The influence of the <i>order and organization</i> dimension	34
2.5.2 The influence of the <i>negative climate</i> dimension	35
2.5.3 The influence of the <i>communication and openness</i> dimension	36
2.5.4 Influence of unit characteristics	37
2.5.5 Stability across time.....	38
2.5.6 Limits	39
2.5.7 Clinical implications	40
2.5.8 Further studies.....	41
Appendix 1	42
Chapitre 3 - Discussion générale	43
3.1 – Liens entre le cadre théorique et les résultats de la présente étude.....	43
3.2 – Liens avec la pratique psychoéducative.....	44
3.3 – Limites de l'étude et recherches futures	47
3.4 – Forces de la présente étude et pertinence des résultats	48
Conclusion	50
Références.....	i
Annexe I.....	viii

Liste des tableaux

<i>Table 1.</i> Descriptive statistic of the outcomes and predictors	28
--	----

Liste des figures

Figure 1. Théorie du climat organisationnel dans les “Residential Institutions for Youth” (Huang, cité dans Gingras, 2007)	13
Figure 2. Theory of the organizational climate in Residential Institutions for Youth” (Huang as cited in Gingras, 2007).....	20
Figure 3. Model of the relation between the social climate and the use of R&S.....	27
Figure 4. Path analysis results.....	30

Liste des abréviations

Abréviations en français

MCI: Mesures de contention et d'isolement

CR : Centre de réadaptation

LPJ : Loi sur la protection de la jeunesse

LSSSS: Loi sur les services de santé et les services sociaux

LSJPA : Lois sur la justice pénale pour adolescents

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

p.ex. : Par exemple

Abréviations en anglais

R&S : Restraint and seclusion

RTC : Residential treatment center

e.g. : exempli gratia (for example)

Pour Marie-Claire Blais

Remerciements

Achever un projet est toujours difficile pour moi. Mener à terme sur un an ce projet n'aurait pas été aussi motivant sans l'aide de tout un chacun que j'ai côtoyé au quotidien. Je tiens à remercier tout d'abord mon directeur Steve Geoffrion pour sa confiance, sa passion pour la recherche et sa rigueur. J'ai incroyablement appris dans les deux dernières années. Malgré les hauts et les bas de mes humeurs et ma motivation, je suis reconnaissante d'avoir pu t'assister dans ces nombreux projets. Merci pour ton authenticité et tes hautes attentes, ça nous fait avancer! Nous étions trois acolytes à être dirigées par Steve et le support de Geneviève et Christine a apporté beaucoup de douceur et d'entraide à notre parcours. Je remercie les professionnels du Centre d'étude sur le trauma qui m'ont été d'une grande aide pour parvenir à mes fins, pour rendre la vie de lab plus humaine et surtout plus acrobatique. Je tiens à remercier les bénévoles qui viennent pour eux-mêmes acquérir un savoir, mais qui font réellement la différence dans notre nombre d'heures passées sur les logiciels. Un grand merci est de mise à tous ceux qui m'ont aidé dans la langue de Shakespeare qui n'est pas la mienne. Aussi, je coordonnais ce projet sur les mesures de contention et d'isolement avec le CISSSME, j'ai assisté à toutes les étapes du projet, de la conception aux groupes de discussion. Beaucoup d'intervenants et de professionnels ont mis la main à la pâte pour rendre le tout possible. Je remercie particulièrement les éducateurs qui jour après jour, se lèvent le matin pour partager leur quotidien avec les enfants placés et leur offrir le meilleur d'eux-mêmes afin de faciliter leur réadaptation. Je les remercie d'avoir pris le temps, parmi leurs nombreuses tâches, pour remplir nos questionnaires, pour participer aux groupes de discussion, puisqu'ils croient en une recherche participative pour faire la différence.

Je voudrais remercier l'École de Psychoéducation de l'Université de Montréal et l'Institut Universitaire Jeunes en Difficulté (IUJD) ainsi que les organismes subventionnaires du projet, soit le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et le Fonds de recherche Société et culture du Québec. Les bourses permettent de se concentrer pleinement sur notre cursus scolaire alors que le financement rend tout simplement possible les projets de recherche d'envergure auxquelles nous participons. De plus, je remercie sincèrement tous les professeurs et chargés de cours de l'École de Psychoéducation qui m'ont enseigné, conseillée et motivée tout au long de mon parcours.

Je voudrais remercier ma famille qui est toujours présente pour moi et qui m'encourage dans ma passion pour l'académique. Je remercie ma petite mère, fervente lectrice qui trouve toujours des fautes d'orthographe ici et là. Je remercie mes amis qui me divertissent de cette scolarité qui, bien que stimulante, pourrait devenir pesante. Je remercie les p'tites qui ont partagé les bancs d'école. Je dis un bon petit merci à mes patients colocs. Je remercie ma partenaire de scolarité préférée qui a eu la même lubie, suite à l'art dramatique, d'étudier au baccalauréat puis à la maîtrise recherche et stage. Ta présence m'apaise, tu es ma personne. Enfin, je remercie mon amoureuse et son calme polynésien pour me supporter et m'encourager «parce qu'au pire, c'est pas grave».

Introduction

Annuellement, environ 3000 jeunes au Québec sont hébergés en centre de réadaptation (CR) pour jeunes en difficulté, ce qui représente environ 12% des jeunes qui reçoivent des services de la Direction de la protection de la jeunesse (Gouvernement du Québec, 2016). Les jeunes qui y sont placés le sont pour des motifs de négligence, d'abus, de trouble de comportement ou pour avoir contrevenu à la loi (CIUSSS Centre-sud de l'île de Montréal, 2017). Chaque jour les éducateurs travaillent auprès de ces jeunes afin de veiller à leur réadaptation et à leur réinsertion sociale. Ce sont les éducateurs qui ont le mandat d'intervenir avec ces enfants aux problématiques multiples (Ledoux, 2012). Pour ce faire, maintes interventions sont déployées quotidiennement dans les CR pour maximiser leur réadaptation (Leblanc, 2011). Les mesures de contention et d'isolement (MCI) doivent être employées comme des stratégies de « derniers recours » afin de gérer les comportements agressifs des jeunes (Davidson, McCullough, Steckley et Warren, 2005). Elles ont, par contre, tendance à être utilisées de façon inappropriée à des fins de discipline, de coercition et par commodité (Kennedy et Mohr, 2001). Or, cet emploi inapproprié soulève des questionnements tant de la part des éducateurs que des chercheurs (Day, Daffern et Simons, 2010). C'est le cas notamment dans les CR montréalais où les MCI se sont vues en augmentation au courant des cinq dernières années (CJM-IU, 2014). L'utilisation des MCI a été décrite comme contre-thérapeutique, exacerbant les symptômes traumatiques, contribuant à une escalade de la violence, menant parfois à des blessures graves tant pour les jeunes que pour les employés et dégradant la réadaptation (Hallet, Huber et Dickens, 2014).

Bien que régi par les lois et par les lignes directrices des établissements, le recours aux MCI est grandement dépendant de l'évaluation de la situation par l'éducateur, basé sur son pouvoir discrétionnaire et son jugement clinique (Gouvernement du Québec, 2010). D'après la dernière revue systématique sur le sujet, les études en CR pour jeunes sont rares (N=30) et traitent de facteurs variés (Roy et al., 2018). Il est toutefois possible d'identifier des facteurs associés à l'environnement, aux caractéristiques du jeune et aux caractéristiques de l'intervenant comme ayant une influence sur le recours aux MCI. De leur côté, les études en établissements psychiatriques sont plus nombreuses. Puisque plusieurs similitudes avec CR (équipe d'intervenants, patients hébergés et vivant en groupe, problème de violence, etc.), les études

dans ces milieux peuvent être fécondes pour réfléchir à la question en CR. Un modèle conceptuel a été également développé en contexte psychiatrique et démontre que la décision du travailleur à utiliser les MCI dépend en grande partie de ses caractéristiques personnelles et de celles de l'environnement (Larue, Dumais, Aherne, Bernheim et Mailhot, 2009). Parmi les caractéristiques de l'environnement se trouvent les normes institutionnelles, l'accessibilité à des interventions alternatives, mais aussi les caractéristiques de l'équipe de soin, notamment son climat (Larue et al., 2009). En effet, selon ces auteurs, les conventions adoptées par l'équipe de soins et la solidarité des membres de cette équipe sont des éléments clefs dans l'intervention. Ces dernières n'ont jamais été explorées chez les équipes en CR pour jeunes selon notre connaissance de la littérature scientifique et les conclusions de Roy et al. (2018). Le climat social réfère à la personnalité d'un milieu selon Moos (2003). En CR, une équipe d'éducateurs travaille au quotidien dans les unités de vie, partageant chaque moment avec les jeunes dans le but de favoriser leur réadaptation en leur réinsertion sociale. Cette équipe peut être considérée comme une entité thérapeutique selon Leblanc (1983). La coopération entre ses membres est nécessaire au bon fonctionnement de l'unité, mais sert également aux jeunes d'exemple dans leur réadaptation. Étudier l'influence de cette équipe sur le recours aux MCI apparaît alors de grande importance.

Mises en commun, ces études concluent que la prise de décision quant à l'utilisation des MCI n'est pas exclusivement une fonction d'une analyse rationnelle de la situation telle que souhaitée, mais plutôt basée sur la subjectivité de l'intervenant et des contingences institutionnelles. De plus, les études portant sur les MCI se basent surtout sur des données transversales, ne permettant alors pas de capturer les effets longitudinaux menant à l'utilisation des MCI. En outre, tel que mentionné ci-haut, le climat social de l'équipe d'intervenants a été identifié comme facteur influençant le recours aux MCI en milieu psychiatrique, il n'a toutefois jamais été étudié en CR, d'après la revue systématique de Roy et al. (2018). Puisque les intervenants en CR partagent le quotidien des jeunes qui y sont placés, il serait important d'étudier si le climat social de l'équipe d'intervenants influence aussi le recours aux MCI en CR pour jeunes. Considérant les limites des précédentes études, un devis prospectif en trois temps de mesure sera utilisé. Day (2002) exprimait que l'identification des facteurs influençant le recours aux MCI était le premier pas pour mieux en comprendre son utilisation. La présente étude pourrait ainsi permettre d'identifier des éléments du climat social qui contribuent à

l'utilisation des MCI. Ces connaissances pourront ensuite être transmises directement aux chefs d'unité des CR du Québec. L'identification de facteurs permettrait également de connaître davantage les spécificités propres aux CR en comparaison avec les milieux psychiatriques. Connaître l'influence du climat social de l'équipe d'intervenant sur le recours aux MCI pourrait donner une matière tangible pour bonifier les formations mises en place. Plus concrètement, l'identification de ces facteurs pourrait mener au développement d'interventions visant à atténuer cette influence. En effet, la réduction des MCI a été associée à moins de blessure tant chez les éducateurs que chez les jeunes, moins de roulement dans les employés, davantage de satisfaction chez les employés et favorise la réadaptation des jeunes, soit le but premier des CR (Lebel et Golstein, 2005). Le présent mémoire se penchera sur le sujet. Cette introduction sera suivie du contexte théorique, incluant les objectifs de recherche. Sera ensuite présenté l'article intégrant alors la méthodologie et les résultats. Une discussion plus globale et une conclusion s'en suivront.

Chapitre 1 – Contexte théorique

1.1 Les centres de réadaptation

Les CR accueillent des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui sont victimes de négligence, de maltraitance physique, psychologique ou sexuelle ou qui présentent des troubles graves du comportement et qui doivent être retirés du domicile familial afin d'assurer leur sécurité et leur bon développement. Les CR hébergent également des jeunes placés sous la loi sur la justice pénale pour adolescents (LSJPA) pour avoir commis des délits. Le placement vise à favoriser leur réinsertion dans la communauté et d'assurer une protection de la société (CIUSSS Centre-sud de l'île de Montréal, 2017). En CR, différents types d'unités de vie existent. Il peut s'agir de foyer de groupe ou d'unité de milieu ouvert ou fermé (Le Blanc et al. 1998). Les unités peuvent être mixtes, pour filles ou pour garçon. Elles sont également séparées par tranche d'âge, soit l'enfance, la préadolescence et l'adolescence. Enfin, certaines unités sont spécialisées pour des problématiques de santé mentale.

Considérant le parcours de vie difficile et leurs caractéristiques personnelles, il est fréquent que les jeunes placés présentent de l'impulsivité, des diagnostics de santé mentale et des comportements agressifs (LeBlanc, Dionne, Proulx, Grégoire et Le Blanc, 2003). Ces caractéristiques sont toujours à considérer dans la programmation et dans le choix des interventions visant la réadaptation de ces enfants. Effectivement, le modèle psychoéducatif est celui mis de l'avant en CR au Québec pour intervenir auprès des jeunes. Ainsi, quotidiennement, les éducateurs partagent le vécu de ces enfants et interviennent de façon à favoriser leur réadaptation et ultimement leur réinsertion sociale (LeBlanc, 2011). Maintes interventions sont employées tous les jours dans ces centres qui deviennent le nouvel environnement de vie de ces jeunes pour une certaine partie de leur développement. Or, vu les problématiques présentes chez ceux-ci, les comportements agressifs sont d'ordre du quotidien et il fait également partie du mandat des éducateurs de les encadrer (Geoffrion et Ouellet, 2013). Parmi les interventions pouvant être employées se trouvent les MCI. Celles-ci doivent être utilisées en dernier recours, lorsque des méthodes éducatives n'ont pas porté fruit et que les comportements de l'enfant le mettent ou mettent autrui en danger. Ces mesures sont toutefois controversées, puisqu'elles ne

sont pas sans conséquence tant pour le jeune que pour l'équipe d'éducateurs (Ledoux, 2012). En bref, jeunes et éducateurs partagent de nombreux moments du quotidien ensemble. Celui-ci est parsemé de moments positifs et d'interventions de réadaptation, mais également de tensions et de crises à gérer. Il en va de la protection des jeunes et de la société de favoriser le meilleur suivi qui soit, pour que garçons et filles puissent s'émanciper par la suite. C'est ce que visent à leur offrir les CR.

1.2 La contention et l'isolement

Selon le CIUSSS Centre-sud-de-l'île-de-Montréal (2016), la contention se définit comme étant une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne contre son gré, et ce, en utilisant la force humaine ou un moyen mécanique (p.ex. menotte). Par ailleurs, la mesure d'isolement consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. Ces mesures en CR pour jeunes, au Québec, sont régies par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ).

L'article 118.1 de la LSSSS (L.R.Q., c. S-4.2, art. 118.1) stipule : « la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, 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) stipule quant à lui : « 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 ministre de la Santé et des Services sociaux, à l'agence 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 (chapitre S-4.2) 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. » Considérant que ces mesures sont utilisées en dernier recours, il est possible de croire que leur emploi se fait lors de situation d'urgence ou de crise. Il est alors probable que dans cette urgence, maints facteurs viennent interférer dans le processus décisionnel. En effet, les employés doivent agir sur-le-champ, sans avoir le temps de faire une analyse étoffée des circonstances et des alternatives possibles.

Puisque les MCI doivent être envisagées qu'en dernier recours et considérant la vulnérabilité des jeunes, l'utilisation des MCI doit être réduite au minimum (Crosland, 2008; Fryer, Beech et Byrne, 2004 ; Larue et al., 2009). Une étude de la commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ ; 2017) traite de l'utilisation des MCI au sein des CR du Québec. Elle permet de faire un bilan sur l'utilisation faite dans les dernières années. Les chiffres démontrent que 3459 jeunes ont fait l'objet de 23 131 mesures d'isolement au cours des 3 dernières années au Québec. De plus, un total de 4247 jeunes ont fait l'objet de 32 377 contentions. Cette somme intègre tous les types de contention, soit physique, chimique et mécanique. Il est utile de spécifier que les contentions chimiques et mécaniques comptent pour une très faible proportion de ces chiffres et que seuls les milieux hospitaliers les appliquent, selon l'étude. Considérant ces chiffres qui démontrent que les MCI sont utilisées en grand nombre en CR bien qu'elles soient régies par des lois, les facteurs influençant son utilisation doivent être étudiés avec soin. En effet, selon la revue systématique de Day datant de 2002, les recherches actuelles dans le domaine devraient se pencher sur les facteurs pouvant influencer un tel recours afin de mieux cerner ce phénomène. Une récente revue systématique a permis d'identifier les facteurs étudiés jusqu'à aujourd'hui influençant l'utilisation des MCI comme intervention en CR pour jeunes en difficulté (Roy et al., 2019).

En résumé, les mesures de contention et d'isolement sont strictement balisées par les lois et les politiques des établissements au Québec. Ceci est d'autant plus vrai auprès des enfants. Ces normes stipulent que ces mesures se doivent d'être minimales et exceptionnelles et ne peuvent être employées pour des fins disciplinaires. Or, les statistiques démontrent une grande utilisation qui permet de se questionner sur l'application rigoureuse de ces interventions.

1.3 Facteurs associés au recours au MCI identifiés antérieurement

Parmi les conclusions des 23 articles empiriques inclus dans la dernière revue systématique sur le sujet, il est possible d'identifier les facteurs qui influencent le recours aux MCI en CR pour jeunes en difficulté. Parmi ces études, 20 ont été menées aux États-Unis et les autres incluent une au Canada, une en Écosse et une en Australie. 17 utilisaient un devis quantitatif, quatre utilisaient un devis qualitatif et deux ont présenté un devis mixte. Dix des études incluses visaient à évaluer les résultats d'un programme mis en place influençant l'utilisation des MCI. 16 études ont eu un échantillon composé de jeunes et quatre de membres du personnel. Un article présentait un échantillon de membres du personnel et de jeunes et deux études s'appuyaient sur des dossiers administratifs. Deux études comprenaient des jeunes admis en tant que délinquants juvéniles et toutes les autres examinaient des jeunes admis dans des structures de protection de l'enfance ou sur une base volontaire. Dix études portaient exclusivement sur la contention, six seulement sur l'isolement et huit sur les deux mesures. Il est à noter que les facteurs identifiés dans cette revue systématique étaient souvent soutenus uniquement par une étude. Des regroupements de facteurs sont établis soit : les facteurs propres à l'environnement, les facteurs propres au jeune et les facteurs propres à l'intervenant (Roy et al., 2019). Les facteurs les plus importants rapportés dans les études incluses à cette revue systématique sont ici présentés suivis de pistes d'interprétation proposées par Roy et al. (2019).

1.3.1 Facteurs propres à l'environnement.

Différents auteurs se sont penchés sur des facteurs en lien avec la variation du nombre de MCI en CR pour jeunes en difficultés. À la suite de leurs études, les conclusions suivantes ont pu être tirées. D'abord, dans une étude menée par Leidy, Haugaard, Nunno, et Kwartner

(2006), il est conclu que 77% des MCI seraient faites en après-midi ou le soir. Les mêmes auteurs concluent que plus long est le placement, plus il y aurait de contentions auprès d'un jeune. Également, les mois de janvier, mars, juin démontrent des taux plus élevés d'utilisation des MCI tout comme le milieu et la fin d'un placement (Leidy et al., 2006). Aux États-Unis, à la suite d'une loi fédérale mise en place visant la réduction des MCI, un centre a démontré une réduction d'un tiers du nombre de MCI employées (McGlenn, 2005). Ceci soutient alors que les politiques gouvernementales jouent un rôle dans le recours aux MCI. Une autre étude portant sur le renforcement positif révèle que celui-ci est négativement associé à l'utilisation de l'isolement (Peter, 2005). En effet, plus les éducateurs font du renforcement positif auprès d'un jeune dans une période de temps donnée, moins il y aura de recours à l'isolement. Enfin, les centres privés, avec plus de lits et financés publiquement ont plus de chance d'employer des MCI (Green-Hennessy, 2015).

Des pistes d'interprétations de certains facteurs ont été proposées dans la revue systématique de Roy et al. (2019). En ce qui concerne le moment de la journée, il est possible d'interpréter qu'en fin de journées les jeunes sont davantage fatigués, ont pu accumuler du stress durant la journée scolaire, ce qui pourrait engendrer des réactions davantage négatives voire agressives, face à des frustrations. Quant à la durée de placement, les hypothèses émises sont d'une part qu'un long placement permet davantage d'opportunités de vivre un MCI et d'autre part que les jeunes qui séjournent plus longtemps sont ceux qui ont des comportements ne permettant pas leur retour dans un milieu familial ou alternatif.

1.3.2 Facteurs propres au jeune. D'autres études portent sur les caractéristiques des jeunes en lien avec le recours des MCI. Plusieurs auteurs concluent que les garçons vivent davantage de MCI que les filles (Huefner, 2014 ; Stewart, 2008). De son côté, Hood (2011) évalue que les garçons subissent plus souvent de contentions alors que les filles subissent plus souvent d'isolements. Stewart (2008) détermine également que les enfants reçoivent plus de MCI que les adolescents. Une autre étude permet de conclure que les jeunes qui reçoivent des antipsychotiques tendent à recevoir plus de MCI, tout comme ceux qui prennent de plus fortes doses (Miller, 2013). Enfin, pour la majorité des jeunes, la médication peut être diminuée sans avoir une augmentation dans la gestion des comportements inadéquats, donc de MCI (Huefner, 2014). De plus, les jeunes qui s'automutilent subissent plus de MCI (Stewart, 2008). Dans son

étude, Willams (2008) établit que les jeunes qui sont moins résilients ont tendance à passer plus de temps en isolement que les jeunes ayant des scores élevés.

Plusieurs de ces facteurs ont pu être interprétés par Roy et al. (2019). Les enfants ayant tendance à vivre davantage de MCI que les adolescents est cohérent avec la littérature sur les comportements de l'enfant, indiquant que les plus jeunes des comportements agressifs plus fréquemment. Ceux-ci devant être maîtrisés, il en résulte ainsi qu'ils vivent davantage de MCI que leurs confrères plus âgés. En ce même sens, selon la littérature, les garçons présenteraient davantage de comportements agressifs, menant à davantage d'interventions coercitives. Or, en ce qui concerne les filles qui vivraient davantage d'isolement et les garçons de contention, cela pourrait être expliqué par la divergence des comportements qui demanderaient des interventions différentes (par exemple, agressivité orientée vers soi ou vers autrui).

1.3.3 Facteurs propres à l'intervenant. Certaines études portent sur les caractéristiques des intervenants associées au recours des MCI. L'étude de Lee-Lipkins (2014) révèle qu'un intervenant plus âgé, avec moins d'éducation, engagé depuis moins longtemps et supportant l'utilisation de la punition corporelle est associé à davantage d'utilisation de la contention. L'auteure s'intéresse dans cette étude à la notion de genre. Cette notion introduite par Sandra Bem (1974, 1985) organise les concepts de masculinité et de féminité comme étant des dimensions indépendantes et concomitantes, contrairement à la notion de sexe qui est dichotomique. De hauts scores à la fois de masculinité et de féminité constituent alors l'androgynie. Selon Morin (1994) il est possible de définir les concepts suivants : « Le genre comme l'ensemble des caractéristiques sociales et culturelles reliées au sexe. Le terme rôle sexuel devra être considéré comme l'expression sociale de l'identité de genre, cette dernière étant définie comme le sentiment d'appartenance à un sexe ou à un autre. » Dans l'étude de Lee-Lipkins, cette identification au genre est mesurée à l'aide du « BEM Sex Role Inventory (BSRI; Bem, 1981) », l'outil le plus répandu dans le domaine. Celui-ci permet des résultats rapportés comme : masculin, féminin, androgyne ou indifférencié. Ainsi, l'auteure Lee-Lipkins conclut qu'en contrôlant pour un genre féminin et indifférencié, le genre masculin contribue significativement à l'utilisation de la contention. Dans l'étude de Minjarez réalisée en 2016, elle y conclut que la satisfaction face à la supervision est négativement corrélée au nombre de MCI. Ainsi, plus les éducateurs seraient satisfaits de la supervision reçue par leurs supérieurs, moins

ils auraient tendance à recourir aux MCI. Une autre étude permet de conclure que la perception de la structure organisationnelle et de la gestion du risque du milieu par l'éducateur joue une influence dans son processus décisionnel (McLean, 2013). Cette étude suggère également qu'il est récurrent de voir dans le discours des éducateurs une ambivalence entre la relation positive qu'ils ont avec les jeunes et le contrôle qu'ils doivent exercer auprès de ceux-ci.

Les pistes d'interprétation de Roy et al. (2019) ne porte pas sur les facteurs rapportés ici. Or, il nous est tout de même possible d'émettre l'hypothèse que la satisfaction face à la supervision et à la structure organisationnelle pourrait influencer négativement le recours aux MCI de sorte qu'un éducateur qui se sent écouté, qui a accès à des ressources organisationnelles et à une supervision pourrait intervenir de façon plus adaptée pour chaque situation, étant appuyé pour trouver des interventions alternatives à celles coercitives. Le niveau de stress des éducateurs semble associé également à ces deux facteurs.

En somme, beaucoup de facteurs ont été recensés, mais ceux-ci ne sont souvent rapportés que par une étude. Les facteurs couvrent des aspects très vastes, allant du sexe des jeunes, à leur origine ethnique, en passant par le renforcement positif et l'expérience des intervenants. Toutefois, des facteurs paraissant centraux comme le type d'unité, le stress des éducateurs, le ratio intervenant-enfants semblent peu étudiés en lien avec les MCI en CR pour jeunes. Considérant que seules 30 études ont pu être recensées par l'actuelle revue systématique englobant 15 ans de littérature, il est justifié de se référer à d'autres champs de recherche où l'étude du recours aux MCI est plus riche pour mieux comprendre le processus décisionnel y menant. C'est le cas de la psychiatrie, où les études sur ces mesures coercitives sont plus nombreuses.

1.4 Facteurs qui influencent le recours aux MCI en contexte psychiatrique

Les études en milieu psychiatrique sont très informatives considérant les ressemblances des deux milieux et ont permis d'identifier les facteurs influençant le recours aux MCI dans de tels environnements. Notamment, le modèle tiré de la revue de la littérature de Larue et al. (2009) présentent des regroupements de facteurs associés au recours aux MCI en milieu

psychiatrique.

1.4.1 Modèle de Larue et al. (2009). Différents ensembles de facteurs ont une influence dans le processus décisionnel du personnel infirmier en milieu psychiatrique eu égard aux MCI selon Larue et al. (2009). En effet, ces auteurs nomment que des facteurs d'ordre environnemental (niveau de support, niveau de liberté personnelle, espace physique), organisationnel (formation, documentation des événements), propre au client (âge, nationalité, diagnostique), propre à l'équipe de soins (normes, liberté d'expression) et propre aux infirmiers (attitude, formation, niveau de stress) viennent moduler le choix d'utiliser ou non l'isolement.

En comparant les conclusions des études récentes en CR pour jeunes, présentées préalablement, au modèle de Larue et al. (2009), il est possible de remarquer certaines différences, mais également certains points en commun. Les facteurs propres aux clients étudiés par Larue et al. (2009) ont tous été soulevés en CR aussi. Quant à l'environnement, en milieu psychiatrique, le niveau de support, le niveau de liberté personnelle, le degré d'intimité, la présence d'activités significatives et l'espace physique furent étudiés et aucun ne ressort en CR selon Roy et al. (2019). Tous les facteurs identifiés en contexte psychiatrique quant à l'employé ont été soulevés également en CR à l'exception du niveau de stress et du niveau de formation. Les facteurs identifiés quant aux facteurs organisationnels (formation, documentation des épisodes et formation de plan de réduction) et quant à l'équipe de soins (normes, liberté d'expression) n'ont pas été étudiés en CR. Bref, il est possible de croire qu'un grand nombre de facteurs est commun aux deux milieux considérant que les deux proposent de l'hébergement, doivent faire la gestion de comportements violents et visent une réadaptation. Par contre, les chercheurs des études précédentes semblent avoir exploré des facteurs plutôt différents d'un contexte à l'autre. Parmi ceux-ci, le climat social qui a été étudié comme influençant les MCI en contexte psychiatrique pourrait avoir une telle influence en CR. Il serait nécessaire de l'évaluer.

1.5 Le climat social de l'équipe

Larue et al. (2009) nomment qu'en plus des caractéristiques personnelles des infirmiers en milieu psychiatrique, l'équipe elle-même, ses caractéristiques et ses normes ont une influence dans le processus décisionnel quant aux MCI. En effet, selon ces auteurs, les conventions

adoptées par l'équipe de soins et la solidarité des membres de cette équipe sont des éléments clefs dans l'intervention. Les normes informelles qui définissent la position de l'équipe par rapport à ses clients sont selon eux décisives. Ils affirment également que davantage de recherches quant à ces normes seraient essentielles puisqu'elles influencent les employés dans leurs décisions malgré leurs propres valeurs et jugements qui peuvent différer, mais surtout puisqu'elles affectent directement le traitement des patients. Roy et al. (2018) concluent de leur côté que les caractéristiques de l'équipe d'intervenants devraient être davantage explorées, puisqu'identifier en milieu psychiatrique, mais jamais examiné en CR.

Au Québec, les CR pour jeunes en difficulté adoptent l'approche psychoéducative pour la réadaptation de ces jeunes. Le père de la psychoéducation, Gilles Gendreau (1966), affirmait : « La valeur d'une institution est directement proportionnelle à la valeur de son personnel en contact direct avec les jeunes. » Ainsi, cette équipe d'intervenants qui travaillent sur le terrain avec les jeunes en difficultés est d'une grande importance pour l'institution, mais surtout pour le succès de la réadaptation de ces jeunes, mandat même de l'institution. L'intervenant est l'instrument principal de l'intervention (Le Blanc, Dionne, Proulx, Grégoire, Trudeau-Le Blanc, 1998), il est le pivot de la rééducation (Le Blanc, 1983). Le Blanc (1983) ajoute que si un changement est possible chez le jeune, ce sera d'abord grâce à la relation avec l'éducateur. Il exprime une telle importance entre autres par le fait que l'éducateur est présent au centre du lever au coucher des jeunes. Il ajoute qu'il est de toutes les activités du centre, observe le jeune, identifie ses besoins, élabore des stratégies de rééducation et enfin lui sert de modèle. L'éducateur permet aux jeunes de constater qu'il est possible d'être compétent, engagé et d'évoluer (Gendreau, 1960 ; Le Blanc, 1983).

Dans une unité de réadaptation travaillent un chef d'équipe et une équipe d'environ 12 intervenants. Cette équipe peut être considérée comme une entité thérapeutique selon Leblanc (1983). La coopération entre ses membres est nécessaire au bon fonctionnement de l'unité, mais sert également aux jeunes d'exemple dans leur réadaptation. À l'inverse, pour Gendreau (1966), les faiblesses d'une équipe d'intervenants se témoignent directement dans la cohésion du groupe de jeunes. Ainsi, une équipe d'intervenants qui n'agit pas à l'unisson se verra intervenir auprès d'un groupe de jeunes où la cohésion est absente. Considérant un roulement élevé dans les équipes d'éducateurs des CR au Québec, il est possible de croire que l'entité thérapeutique mentionnée par Leblanc (1983), est difficile à créer. Les conséquences d'une telle instabilité se

feraient alors sentir sur le groupe de jeunes si l'on se fit aux propos de Gendreau (1966).

Pour Moos (2003), le climat social est la personnalité d'un environnement donné tel qu'une école, une famille, un bureau de travailleurs. En un certain sens, selon celui-ci, c'est cette personnalité qui donne unité et cohérence à un milieu. Comme un individu, un milieu pourrait alors être plus compétitif, plus orienté vers la tâche, d'autres sont plus rigides ou plus à l'écoute. Moos ajoute que l'idée globale que les individus ont d'un environnement est composée de leurs perceptions quant à certains aspects de celui-ci. Par exemple, quand les élèves d'une classe s'entraident, jouent ensemble à la récréation et s'encouragent, ils ont l'impression que leur classe est amicale. Pour Moos, le climat social peut avoir une grande influence sur l'environnement et sur les individus qui y gravitent, dans leurs comportements, leurs émotions, leur développement. Le climat social pourrait alors influencer l'épanouissement du personnel, l'absentéisme de celui-ci, le bien-être des équipes, mais également et surtout la réadaptation des jeunes, leurs comportements, leurs attitudes et leur émancipation. Moos statue qu'une compréhension du climat social d'un milieu donné permet d'obtenir un aperçu des comportements et du ressenti des personnes qui y gravitent et peut alors être une ressource pour améliorer la vie de ceux-ci.

D'une part, la terminologie utilisée pour désigner le climat social a évolué au fil du temps. Alors que Griffin (2001) utilise «le climat», d'autres utilisent le «climat social» (Moos, 1973; Ménard et Leblanc, 1978) et d'autres encore «le climat organisationnel» (Gingras, 2007). La littérature contenue dans ce mémoire porte sur un même construit, bien que la terminologie puisse différer. Le terme climat social est également sélectionné pour ce mémoire notamment, car Moos demeure l'auteur le plus cité dans le domaine, mais également puisque l'instrument utilisé dans ce mémoire est celui de Moos. D'autre part, la définition de ce concept a évolué à travers le temps. En 1977, Bootsmiller, Davidson, Luke Mowbray, Ribisi et Herman ajoutent à la définition de Moos que le climat social permet de connaître les perceptions des individus quant à un environnement donné et à ses particularités. En 2001, Griffin indique que le climat social se définit par les caractéristiques qui permettent de différencier un contexte d'un autre, caractéristiques qui se maintiennent dans le temps et qui influencent les comportements des individus qui y gravitent.

1.5.1 L'influence du climat social sur le comportement des individus.

Les travaux de Moos ont démontré que l'environnement, dont le climat social, peut avoir une influence importante dans la détermination du comportement individuel (Moos, 1973). Dans cet ordre d'idée, le climat social a une influence sur les individus d'une équipe, notamment sur leurs comportements, le moral des personnes, leur bien-être, leur contrôle de leurs impulsions et leurs émotions, entre autres (Moos, 1987). En 2003, Moos soutient aussi que les individus ont tendance à changer plus rapidement et facilement dans un environnement de confiance où ils se sentent libres de s'exprimer. Ainsi, ses recherches démontrent que le contexte social est encore plus important que l'intervention en soit, puisqu'à long terme, c'est le contexte social qui aura la plus grande influence sur le développement de ces jeunes.

Huang (cité dans Gingras, 2007) a étudié à l'aide d'un instrument maison le rôle du climat de l'environnement de traitement sur les résultats de traitement. Il soutient ensuite qu'un climat positif serait une composante centrale dans la réussite du traitement. Il décrit qu'un climat de soutien et valorisant la confiance aurait tendance à augmenter la confiance en soi des jeunes, à diminuer les actes délinquants, réduire la violation de règles et augmenter l'intérêt des jeunes pour l'école. Ainsi, Huang étudiant le climat organisationnel s'intéresse à un regard plus large du climat que ne le faisait Moos. En effet, il traite de l'ensemble de l'institution plutôt que de se restreindre à l'unité de vie. Huang a développé un modèle théorique (Figure 1) intégrant ainsi cette vision globale de l'institution. L'apport substantiel du modèle de Huang est qu'il distingue des liens d'influence dans le climat organisationnel alors que Moos (1987) a développé des dimensions qui permettent plutôt de décrire le climat. Par conséquent, le modèle théorique démontre que le climat organisationnel de l'établissement influencerait à la fois les services offerts (qualité, degré et volume d'interventions) et les comportements des jeunes. Il est possible d'observer que suivant cette théorie, le climat organisationnel est composé des échelles soutien, pratiques éducatives positives, sécurité, cohérences des règles et ordre. Le climat organisationnel a une influence sur le processus d'intervention (la qualité, l'intensité et le volume des interventions mises en place) et sur les effets de l'intervention sur le jeune à court terme. Ainsi, Huang met en relation le climat social, les interventions mises en places, les comportements du jeune ainsi que les incidences sur sa réadaptation.

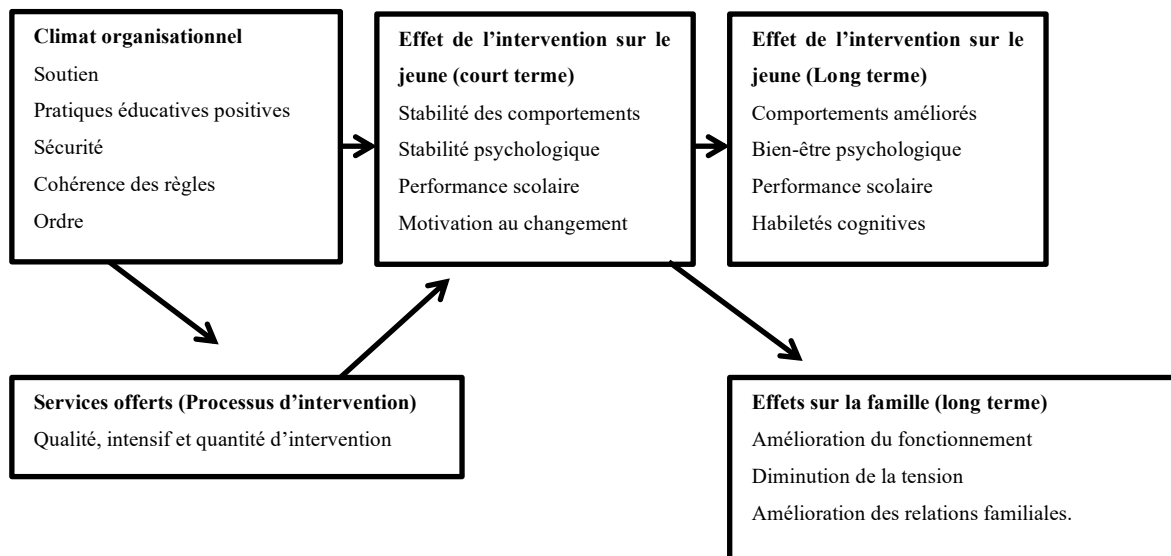


Figure 1. Théorie du climat organisationnel dans les “Residential Institutions for Youth” (Huang, cité dans Gingras, 2007)

Somme toute, le climat social de l’équipe d’éducateurs en CR détient une place tout aussi importante que le climat de l’équipe d’infirmières en milieu psychiatrique. Le climat social réfère à la personnalité d’un milieu. Selon des théoriciens et des praticiens du domaine, le climat des équipes d’éducateurs en CR pour jeunes aurait une influence sur les interventions mises en place ainsi que sur la réadaptation des jeunes. Considérant que le climat social module le bien-être des éducateurs et les comportements du groupe de jeunes, il semble être un élément clef à évaluer dans les unités de vie d’un CR.

1.6 La problématique en bref

L’utilisation des MCI a été décrite comme contre-thérapeutique, exacerbant les symptômes traumatiques, contribuant à une escalade de la violence, menant parfois à des blessures graves et dégradant la réadaptation (Hallet, Huber et Dickens, 2014). Bien que régi par les lois et par les lignes directrices des établissements, le recours aux MCI est grandement dépendant de l’évaluation de la situation de l’éducateur, basé sur son pouvoir discrétionnaire et son jugement clinique (Gouvernement du Québec, 2010). D’après une revue systématique, les

études en CR pour jeunes sont rares (N=30) et traitent de facteurs variés (Roy et al., 2019). Il est toutefois possible d'identifier des facteurs associés à l'environnement, aux caractéristiques du jeune et aux caractéristiques de l'intervenant comme ayant une influence sur le recours aux MCI. Les études en établissements psychiatriques sont quant à elles plus nombreuses, elles peuvent être considérées comme base de référence, bien que le milieu de vie comporte des différences. Puisqu'il a été démontré que le climat social de l'équipe d'intervenants a un rôle dans le processus décisionnel quant à l'utilisation des MCI en milieu psychiatrique, il paraît important d'évaluer le rôle qu'il détient dans le recours aux MCI en CR pour jeunes. Comme il a été vu par l'explication du modèle théorique de Huang (cité dans Gingras, 2007), la qualité, l'intensité et le volume des interventions mises en place auraient une influence sur les comportements des jeunes et les résultats du traitement. Or, le type d'intervention utilisée (ici les MCI), élément cible de ce mémoire, n'a pas été étudié comme étant influencé par le climat social. Il serait alors possible d'ajouter cet élément au modèle d'Huang si une telle influence était confirmée. Investiguer davantage sur les facteurs influençant le recours à ces méthodes controversées permettra de venir valider également un aspect du modèle conceptuel de Larue et al. (2009), qui reste absent des connaissances théoriques en CR, soit le climat social. Enfin, l'utilisation d'un devis longitudinal viendra pallier certaines lacunes méthodologiques des études précédentes.

1.7 Objectifs de recherche

Les modèles tant de Larue et al. (2009) que de Huang (cité dans Gingras, 2007), permettent de croire qu'un lien existe entre le climat social de l'équipe d'éducateur et le recours aux MCI sans permettre d'en prédire la direction. L'objectif général de ce projet de mémoire est d'explorer dans quelle mesure le climat social des éducateurs vient influencer le recours aux MCI en CR. Un objectif spécifique est de comparer les différents construits latents qui forment le climat social (dimensions du QCSÉI) et d'observer dans quelle mesure chacun influence le recours aux MCI de façon transversale et à travers le temps. Des variables confondantes propres aux caractéristiques des employés et des unités sont intégrées au modèle à l'étude. Les résultats pourraient permettre de mieux comprendre le rôle que joue le climat social de l'équipe dans le recours aux MCI et ainsi contribuer à l'avancement des connaissances, servant de piste à

l'élaboration de recherches ultérieures, mais surtout à la prestation de services. Cette étude pourrait en effet permettre d'identifier quels aspects du climat social pourraient être travaillés dans le but de réduire l'utilisation des MCI.

Pour parvenir à ces fins et pour pallier aux lacunes dans les études sur le sujet, un devis longitudinal est utilisé. Le prochain chapitre présente l'article répondant à l'objectif de ce mémoire par article.

Chapter 2 - The influence of the social climate of the team of educators on the use of restraint and seclusion: A longitudinal study in a residential treatment center for youth

Roy^{1,2}, Camille & Geoffrion, Steve^{1,2,3}

¹Trauma Studies Center, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

²School of psychoeducation, Université de Montréal

³Institut universitaire sur les jeunes en difficulté

Corresponding author:

Roy, Camille

Camille.roy.1@umontreal.ca

Centre d'Étude sur le Trauma

Centre de recherche Fernand-Séguin

7331, rue Hochelaga

Montréal, Qc, CAN

H1N 3V2

2.1 – Abstract

Background Aggressive behaviors are part of daily life in residential treatment centers (RTCs) given the problems of youths residing there. Among the interventions that can be used are restraint and seclusion. Although studies on the topic are scarce, factors related to the environment, child, and educator have been associated with these interventions. Although an association has been shown between the team’s social climate and recourse to restraint and seclusion in psychiatric settings, it has yet to be studied in RTCs.

Objectives The first objective of this paper was to assess the extent to which the social climate influences the use of restraint and seclusion in RTCs for youth. The second objective was to observe how each dimension of social climate influences recourse to restraint and seclusion.

Methods A sample of 198 RTC educators completed a questionnaire on their team’s social climate at three times. Crossed-lagged analyses were performed to assess the association between different dimensions of social climate and use of restraint and seclusion over time.

Results The communication and openness of team members as well as their centration on common objectives and planification were associated with the use of these measures. The negative character of the climate was not associated with the use of restraint and seclusion.

Implications The results of the current study suggest that promoting the individual initiative of interventions adapted to the needs of the youth and reducing standard interventions could decrease the influence of the social climate on the use of restraint and seclusion in RTCs.

Keywords: residential care, youth, restraint, seclusion, social climate, careworker

The influence of the social climate of the team of educators on the use of restraint and seclusion: A longitudinal study in a residential treatment center for youth

Approximately 1 in 120 children in the United States is treated in a residential treatment center (RTC; Little, Kohn & Thompson, 2005). Residential treatment centers are controlled environments providing psychosocial interventions for young people (Brown, Hamilton, Natzke, Ireys, & Gillingham, 2011). Children from 6 to 21 years old with challenging behaviors are referred to RTCs when other placement options have been exhausted (Stuck, Small & Ainsworth, 2000; Delfabbro, Osborn & Barber, 2005). The behaviors observed among youth in RTCs are often linked to property abuse, assault on others, and self-injurious behavior (Ledoux, 2012; Briggs, Fairbank, Greeson, Layne, Merrill, Steinberg, & al., 2012). There are times when a child becomes so aggressive and out-of-control, that the staff needs to take last resort intervention measures to help the child regain control. At times, they may even need to physically restrain or seclude the child to maintain everyone's safety.

In this study, seclusion is defined as confinement of a client alone in a room or area from which they are physically prevented from leaving. Restraint is conceptualized as any manual method that can restrict one's movement, restrict/manage the client's behaviors or limit the freedom of movement. These are adapted definitions of Green-Hennessy and Hennessy (2015), as seclusion is not always involuntary and because no chemical restraint is allowed in the RTC of the current study. In previous studies, the use of restraint and seclusion (R&S) is described as counter-therapeutic and even as exacerbating traumatic symptoms, which contributes to an escalation of violence, and which sometimes leads to serious injuries and the undermining of rehabilitation (Hallet, Huber, & Dickens, 2014).

To date, some factors related to the RTC (length of stay, type of setting, type of unit, lawful demands), the staff (experience, age, gender) and the youth (diagnosis, age, ethnicity) have been associated with the use of restraint and seclusion (R&S; Thomann, 2009; Green-Hennessy & al., 2015; Leidy, 2006; Stewart, 2010; Roy, Castonguay, Fortin, Franche-Choquette, Drolet, Dumais, Bernard, & Geoffrion, 2018). Studies on R&S in psychiatric settings are more numerous and a multifactor model of the decision-making process regarding seclusion

has been suggested (Larue & al. 2009). Even if there are differences between psychiatric and RTC settings, many factors influencing the use of R&S are shared. As such, the psychiatric model highlights the impact of the workers' social climate on the use of R&S, which has never been studied in RTCs.

Social climate

For Moos (2003), the social climate is the personality of an environment. For him, this personality gives unity and coherence to a milieu. As with a person, a milieu may be somewhat competitive, stricter or more open-minded. Moos (2003) argues that social climate can have a huge influence on the environment and the people who gravitate through it, for instance, on their behaviors, emotions and development. Consequently, social climate can influence not only the staff's development, their absenteeism, the wellbeing of the team, but also rehabilitation of the youths, their behaviors, attitudes, and emancipation. Moos (2003) explains that the understanding of the social climate of a given environment can be a resource to improve the lives within it. Thus, examination of the social climate in RTCs should provide a portrait of the behaviors and perceptions of the educators. It is hypothesized that if the social climate influences the behaviors and the feelings of the educators, it could also influence their choice of interventions and thus, their use of R&S. Huang (as cited in Gingras, 2007) developed a similar theory regarding the organisational climate in RTCs. The construct of "organisational climate" and Moos's (2003) "social climate" are alike, with an added focus on the organisation in the former. The Huang theoretical model (as cited in Gingras, 2007; see Figure 1) demonstrates the influence of organisational climate on offered services (quality, intensity, and quantity) as well as the effect of both organisational climate and offered services on the effectiveness of interventions on the youths (stability of the behavior, stability of the psychology, scholar performance, motivation to change). This theory provides a strong basis for the present study. Indeed, the Huang theoretical model supports the influence of organisational climate on both the services offered and the effects of intervention without regard to the type of intervention. Exploring this last component with regards to R&S may add significant knowledge to this informative model.

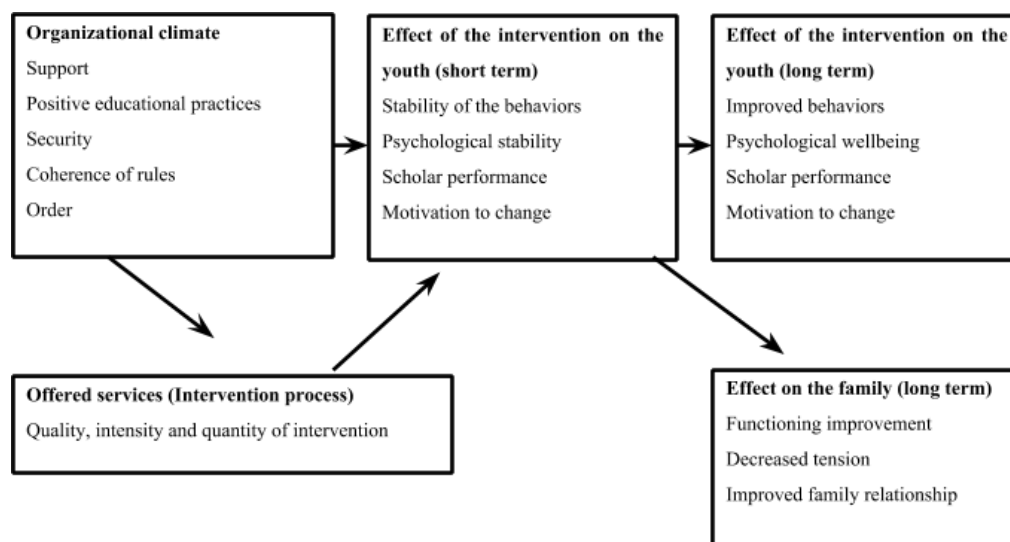


Figure 2. Theory of the organizational climate in Residential Institutions for Youth (Huang as cited in Gingras, 2007)

Because of the paucity of research on the use of R&S in RTC settings and its ties with social climate, research in psychiatric settings currently represents the most informative data. In psychiatric settings, Larue & al.'s (2009) review included three studies examining the association between the social climate of the team and the use of R&S (Vatne & Fagermoen, 2007; Morisson, 1990; Silver as cited in Larue & al., 2009). Vatne and Fagermoen (2007) revealed that two specific perceptions of the employee about their relation with the patient may contribute to the use of R&S. The first perception is one of correcting; aimed at changing patients' behaviour by external control. The second is the acknowledgment of the patient; focusing on vulnerability. The authors explain: "patients are seen as capable of changing themselves from within. The nurse's role reflects compassion and values patients' integrity". Thus, R&S seem to be associated with the correcting perceptive. The norms of the team have a large influence on R&S use according to this study, which was corroborated by Morisson (1990). He explains that a tradition of toughness based on an authoritarian model of care exists in psychiatric setting. According to Morisson (1990), this culture of control promotes violent behaviors from the patient and adherence to a role that defines the staffs' behaviors. This type of climate thus promotes the use of R&S to manage violent behaviors. This study is consistent with both Vatne & Fagermoen (2007) and Silver (as cited in Larue & al., 2009). In fact, Silver

concur that the decision making process to use or not to use seclusion is influenced by the decisions (norms) of other nurses in the team. Indeed, a nurse could use an intervention that contradicts her own clinical judgement of the situation in order to maintain solidarity with the team and to ensure that the team would protect him/her in case of a crisis. Finally, other studies support the notion that workers perceive seclusion as a standard accepted management intervention (Wynaden, & al. 2002, Holmes, & al. 2004). Thus, the social climate of the team of educators may have a significant influence in the use of R&S to manage aggressive behaviors in RTC.

One study in the province of Quebec was interested in the influence of team climate on the prevalence of R&S in a psychiatric setting (De Benedictis, Dumais, Sieu, Mailhot, Létourneau, Tran, Stikaroska, ...& Lesage, 2011). This study was conducted with a sample of 309 staff members from eight university-affiliated hospitals of the province. Participants worked more than 20 hours a week in a psychiatric ward. The team climate was evaluated with the Group Environment Scale (Moos, 1986). The number of R&S used within the last two weeks was also evaluated. Bivariate analyses were utilized to compare high and low users of R&S. Then, a multivariate model was completed to evaluate independent predictors of greater recourse to R&S. The results showed an association between social climate and the use of R&S. De Benedictis & al's findings, (2011) demonstrate that a greater expression of anger and aggression among the team members is associated with a greater use of R&S in psychiatric settings ($OR= 1.19, p=0,01$; De Benedictis & al., 2011). They suggested that appropriate management of anger and aggression by the team members creates a sense of security and can help reconcile the balance between therapeutic interventions and the need to control patients (De Benedictis & al., 2011). This factor could be associated to a negative climate in the team as presented in the social climate scale below. Also, the order and organization of the team and the concepts related to *communication and openness* (expressiveness, independence, tolerance of self-discovery) were not related to the use of R&S in this study in psychiatric setting. Finally, De Benedictis & al's study shows a temporal stability for both the use of R&S and the social climate scale.

The team's social climate is shown to be very important in many studies in psychiatric settings. Even if there is no study on the subject in RTCs, with all the conclusions drawn from the psychiatric field, similar associations can be expected. Moreover, except for Benedictis &

al. (2011), the majority of the studies in psychiatric settings examining those variables are qualitative or cross-sectional in their designs, which does not allow for the measurement of these influences over time. To provide a portrait of these influences in the short and medium term, a longitudinal design will be used.

2.2 – Objectives and hypotheses

The aim of this study is to explore how the social climate of the educator team influences the use of R&S. A specific objective is to compare each dimension of social climate (i.e. order and organization, communication and openness, negative climate; Moos, 1987) and to determine how each of them influences R&S use in a cross-sectionally and across time. These results could allow for a better understanding of the role of social climate in the decision making process for R&S use. As such, this study may identify aspects of social climate that could be worked on in order to reduce R&S use. The current design will allow for both cross-sectional and longitudinal conclusions, which will provide knowledge on the dynamic aspects of the assessed variables.

Based on the results of De Benedictis & al. (2011), hypotheses can be made for the current study.

1. Social climate will have an influence on the use of R&S in RTC.
2. The *negative climate* dimension will positively influence the use of R&S in RTC
3. The *order and organization* dimension will not be related to the use of R&S in RTC.
4. The *communication and openness* dimension will not be related to the use of R&S in RTC.

2.3 - Method

2.3.1 Participants

All the educators working in a RTC in a Montreal suburb (Québec), were eligible to participate in the present study. The two inclusion criteria were a) to be working during the two months of the data collection and b) to have an assignation to one unit. Thus, the employees

limited to replacement shifts in different units were excluded. The participants were volunteers. The sample included 198 educators, which represents a participation rate of 79.2%. Attrition rates of 3.5% from T1 to T2 and of 9.4% from T2 to T3 were calculated. Women composed the majority of the sample (84.0%). This proportion is representative of the situation in Quebec province, where 80.4% of the workers in the health and social services are women (Ensemble du Québec, 2016). The mean age of the educators was approximately 34 years old. The mean number of years of experience was 8.7. Staff working with teenagers composed the majority of the sample (71.3%), as well as staff working with boys (60.2%). More than 70.0% of the sample were working full time. The educators worked in 36 different units.

2.3.2 Setting

The RTC was composed of 36 units located in four cities in the suburbs of Montreal, in the province of Quebec, Canada. Young people were placed under voluntary measures, following the Youth Protection Act or the Youth Criminal Justice Act. Therefore, three units were exclusively for juvenile offenders, while one was both for youth protection and for juvenile offenders. Twenty-nine units were for youth protection, while three were under youth protection law and specialised in mental health services. Children were aged between 3 and 21 years old. Units divided the clients by age: children (from 3 to 12 years old; 5 units), preteens (from 10 to 13 years old; 3 units) and teenagers (from 12 to 21 years old; 28 units). The majority of the units were either for boys (21 units) or for girls (11 units), while 4 units were mixed. Units could welcome 6 to 13 children at a time. Generally, 12 educators worked in each unit. Two to three educators worked at the same time on the floor. Some of the children went to school in the RTC while others attended the public-school system.

2.3.3 Procedures

The lead researcher presented the study in every unit of the RTC and invited educators to participate. All of the participants signed a consent form. The coordinator then sent a questionnaire to retrieve sociodemographic data from each participating educator. Information about the social climate, recourse to R&S, characteristics of the educators and characteristics of the team and unit were matched to participant number. This number was given to the participants

at the same time as the first questionnaire. Information was denormalized. The current study used data from a larger study conducted over the course of two months. Educators completed questionnaires every week for a total of eight weeks (Diary studies method, see Ohly, Sonnentag, Niessen & Zapf, 2010). They were excused from their usual tasks and paid 20 minutes for each diary completed. These diaries were filled out between mid-March and mid-May 2017. The QCSÉI was included in the diary. However, this questionnaire was completed only three times (week 1 = T1, week 5 = T2 and week 8 = T3) as it is a retrospective measure covering the past month.

2.3.4 Measures

Outcome: R&S events. Each R&S incident needed to be compiled in the data bank of the RTC. It was possible to obtain the number of R&S for each participant during the two months of data collection. In the current study R&S were combined in events. One event could include more than one restraint and one seclusion. Time delimited an event from another. For example, if restraint was utilized at 8:00, then a seclusion at 8:15 and another restraint at 8:25, these three measures counted as one event. R&S were combined into events because the focus of the present study is the decisional process. In fact, the interest was to know if the educator made the choice to use R&S or not, not to evaluate the occurrence. The prevalence of use would be another interesting research question for future studies. Lastly, a total of events per participant per week was calculated. Later, the measurement times 1-2-3-4 and 5-6-7-8 were aggregated. Each sum represents the number of event over one month, which is the same time frame used with the questionnaire on the social climate.

Predictor: Social Climate.

Le Blanc, Trudeau-Le Blanc, & Lanctôt (1999) adapted a 90 items instrument from Moos (1987) named *Correctional Institutions Environment Scale* in order to specifically evaluate social climate in the RTC setting and to translate it to French. This resulted in the *Questionnaire sur le climat social de l'équipe d'intervenants (QCSEI)* (Le Blanc, Trudeau-Le Blanc, & Lanctôt, 1999). Leblanc (1999) added two scales from the *Work environment scale* (Moos, 1981) leading to an instrument with 12 scales grouped in three dimensions with 100 items. The three dimensions in this instrument sum up the construct of a social climate. The first one is *order and organization*, which refers mostly to the team's orientation towards common

goals and a sense of cohesion. It includes items such as “our team plans”, “the rules are clearly understood by everyone”, “there is a feeling of unity in our team”, “the head of service always has the last word”, “the head of service provides explanations to the team”. The second dimension is *communication and openness*, which can be seen as an acceptance of the initiatives of others and a freedom of expression. It includes items such as “in our team, members pay attention to what others say”, “in our team, we openly talk about our personal problems”, “in certain moments, our team does things very differently”, “in our team we welcome innovative ideas”, “it is expected that members of the team take initiative”. Lastly, the third dimension is *negative climate* and refers mostly to pressure from superiors as well as complaints from team members. It includes items such as “members of our team complain often”, “members of our team often criticize other members”, “in our team, there is a pressure for doing more”, “in our team, there is always an emergency about everything”.

In the current study, social climate is evaluated using the short version of the *QCSEI*. It includes 59 dichotomous items divided into three dimensions. The original version is a 100-item questionnaire and has shown good psychometric properties (Plutino, 2010). Because of the limited timeframe available to educators, a short version was created for this study. Firstly, the lead researcher and the coordinator chose nine items that had the highest loading factor scores per scale based on Plutino (2010). Secondly, a task force composed of 10 heads of service for the RTC was created to discuss the sixty best items to keep in order to reflect the reality of fieldwork. The task force can be considered as an expert group, as the heads of service have experience both with youths and with teams of educators. Working with this expert group provided content validity to this process. Each expert was asked to choose five items per scale that best described the measured construct, based on their experience with RTCs. The lead researcher and the coordinator compiled their responses and chose the five most popular items per scale. The three dimensions of the *QCSEI* were used for the current study, instead of the 12 scales, in order to reach a satisfying internal consistency. Using the three dimensions, the internal consistency of the short version was estimated to be sufficient, as the KR20 were calculated and the indicators were superior to 0.70 for each dimension (*order and organization*, *communication and openness* and *negative climate*; Kuder & Richardson, 1937). In fact, the coefficients were 0.815 for the *order and organization* dimension, 0.703 for the *communication and openness* dimension and 0.756 for the *negative climate* dimension. However, one item (item

35 in the appendix) of the *communication and openness* dimension was withdrawn in order to reach a sufficient KR20. Thus, the final questionnaire consisted of 59 items rather than 60. 13 items needed to be reversed (see Appendix 1), included in the three different dimensions. Items were coded 1= no, 2 = yes. For each dimension, composite scores were used. Because the scales did not have the same number of items, the range of scores varied. The *negative climate* dimension has 10 items, thus the possible scores are between 10 and 20. The *organization and order* dimension includes 30 items, thus the possible scores are between 30 and 60. The *communication and openness* dimension has 19 items, thus possible scores are between 19 and 38.

Confounding variables. Information about the characteristics of the participant was obtained via an online questionnaire about sociodemographics. Information was obtained about their biological sex, age, number of years of experience, type of employment and type of unit. Continuous variables were the age of the staff and the number of years of experience. The sex variable was coded (1 = men, 2 = women). Dummy variables were created for the other confounding variables. Thus, the juvenile offender, mental health and mixed mandate units were compared to youth protection units. Mixed or all-girl units were compared to the all-boy units. Children and preteen units were compared to adolescent units. As mentioned above, these variables were identified in previous studies as influencing R&S use. For this reason, they were included in the current analysis as confounding variables.

2.3.5 Analytic Model

First, descriptive statistics were used to characterize the sex, age, years of experience, and type of unit in which they worked. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used to analyze all data. Second, bivariate correlations (Appendix 1) were conducted in order to choose which confounding variables to include in the cross-lagged model and to have a more parsimonious model (Kline, 2015). Third, structural equation modelling (SEM) was used to conduct an integrated cross-lagged model examining the associations between the variables across three times using Mplus v.7 (Muthén & Muthén, 2017; see figure 2). This type of analysis allows for the examination of bidirectional (cross-lag) effects between variables, while controlling for their stability (auto-regressed effects; Selig & Little, 2012). Thus, this analysis will allow us to observe the associations between social climate and R&S use in a cross-sectional

and a longitudinal way, which is the aim of this study. According to the criteria of Hu and Bentler (1999), several fit indices were used to evaluate model fit: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) and Standardized Root Mean Square Residual (SRMR; for both values $<.08$ indicate acceptable fit), and Comparative Fit Index (CFI; value $>.90$ indicating acceptable fit). Full Information Maximum likelihood was used to handle missing data. The Bayesian information criteria (BIC) and the Akaike information criteria (AIC) were used to compare the specified model and the trimmed model (Kline, 2015).

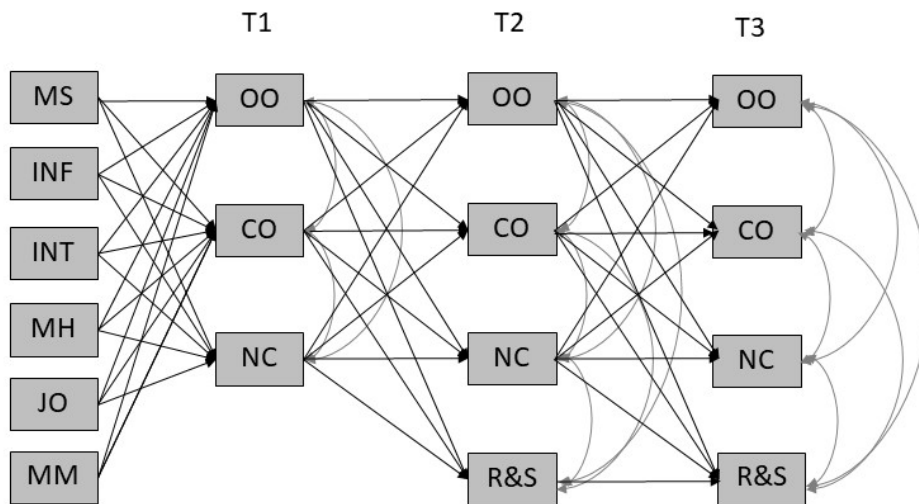


Figure 3. Model of the relation between the social climate and the use of R&S

MS = mixed sex, INF = kids unit dummy, INT = intensive care unit dummy, MH = mental health unit dummy, JO = juvenile offender unit dummy, MM = mixed mandate dummy, OO = *order and organization* dimension, CO = *communication and openness* dimension, CN = *negative climate* dimension, R&S = restraint and seclusion

2.4 – Results

2.4.1 Descriptive statistics and bivariate analysis

First, descriptive analyses are presented regarding the outcomes and the predictors (table 1).

Table 1

Descriptive statistic of the outcomes and predictors

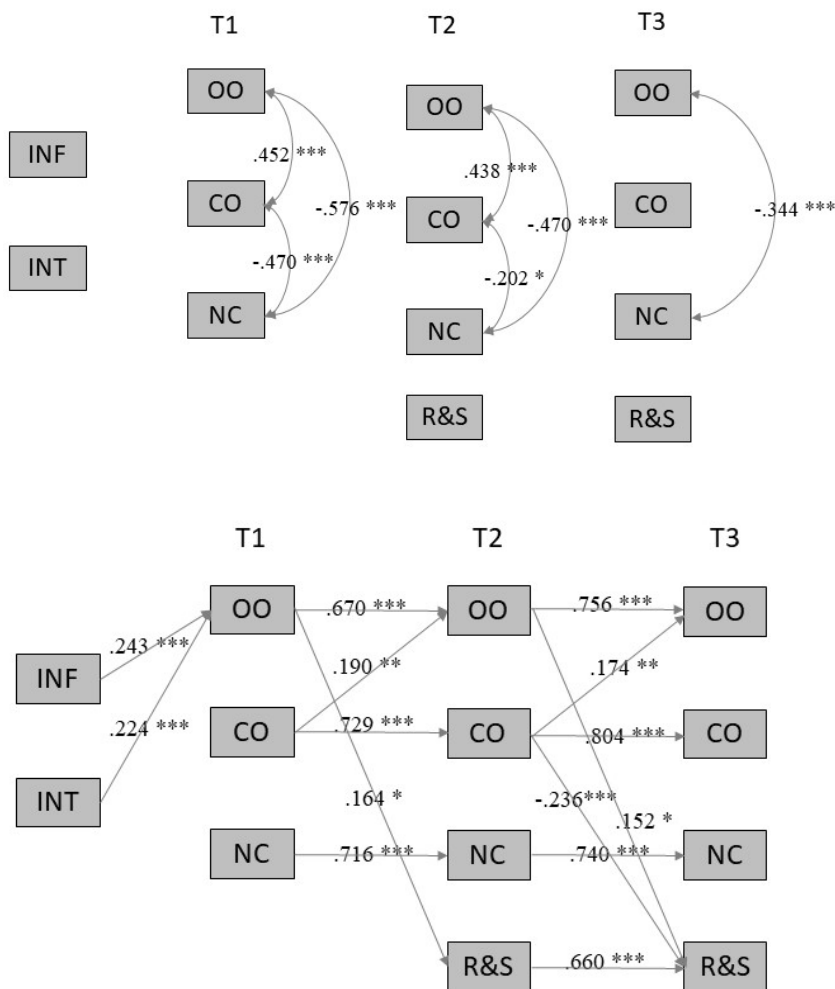
Variables	n	% valid	Mean	S.D.	Minimum	Maximum
Number of R&S per participant						
Time 1-2-3-4	198	-	0.70	1.29	0.00	8.00
Time 5-6-7-8	198	-	0.97	2.26	0.00	21.00
Negative climate T1	144	72.70	14.50	2.62	10.00	19.00
Negative climate T2	139	70.20	14.50	2.55	10.00	20.00
Negative climate T3	126	63.60	14.81	2.63	10.00	19.00
Order and organization T1	135	68.20	53.76	4.02	31.00	47.00
Order and organization T2	121	61.10	53.78	4.26	30.00	50.00
Order and organization T3	116	58.60	54.42	4.04	30.00	48.00
Communication and openness T1	141	71.20	32.07	2.79	21.00	35.00
Communication and openness T2	130	65.70	32.20	3.02	20.00	33.00
Communication and openness T3	120	60.60	32.50	2.86	19.00	34.00

The majority of the educators did not use R&S. There was more R&S use during the second measurement than during the first. The mean scores for each social climate dimension were stable over time. The *negative climate* mean scores are in the middle of the possible score range. This suggests that the perception of the climate was neither that negative nor that positive. The *order and organization* mean scores are higher than the middle of the possible scores range. Thus, the educators perceived their team as being well organized and ordered. Last, the

communication and openness mean scores are higher than the middle of the possible scores range. This suggests that the educators believes that their team has good communication and openness.

2.4.2 Cross-lagged model

A cross-lagged model was tested in order to appreciate the association between variables in a cross-sectional and longitudinal manner. The different indicators made it possible to estimate that the specified model presented an acceptable adjustment ($\chi^2 = 81.80$, $df = 27$, $p < 0.000$, $RMSEA = 0.101$, $SRMR = 0.047$, $CFI = 0.934$, $TLI = 0.817$, $AIC = 6937.75$, $BIC = 7190.95$), according to the criteria of Hu and Bentler (1999). The trimmed model also presented acceptable adjustment ($\chi^2 = 114.67$, $df = 52$, $p < 0.000$, $RMSEA = 0.078$, $SRMR = 0.091$, $CFI = 0.925$, $TLI = 0.892$, $AIC = 6920.63$, $BIC = 7091.62$). Given that the trimmed model provided lower AIC and BIC, this one is presented in Figure 4 (Kline, 2015).



p-value : ***: $p \leq 0.001$; **: $p \leq 0.01$; *: $p \leq 0.05$.

Cross-sectional and longitudinal effects were separated in order to create a more understandable visual model

Figure 4. Path analysis results

INF = kids unit dummy, INT = intensive care unit dummy, OO = *order and organization* dimension, CO = *communication and openness* dimension, CN = *negative climate* dimension, R&S = *restraint and seclusion*

Cross-sectional results. The path analysis showed cross-sectional associations in the three measurement times. However, no cross-sectional association was found with the outcome of the study. The effect sizes were interpreted using Cohen's (1992) criteria. The first two measurement times presented similar associations. The association between *communication and*

openness dimension and the *negative climate* dimension at T1 was moderate and negative and was low and negative at T2 ($r = -.470, p = 0.000, r = -.202, p = 0.027$). Thus, an educator perceiving a greater openness to initiative and autonomy from their team perceived a less tense climate. The association between the *order and organization* dimension and the *communication and openness* dimension was moderate and positive at T1 and T2 ($r = .452, p = 0.001, r = .438, p = 0.000$). Thus, an educator perceiving good cohesion and structure in their team also perceived openness to initiative and autonomy from the team. The association between the *order and organization* dimension and the *negative climate negative* dimension was large and negative at T1 and moderate and negative at T2 and T3 ($r = -.576, p = 0.000, r = -.470, p = 0.000; r = -.344, p = 0.000$). Thus, an educator perceiving good cohesion and structure in their team also tended to perceive a less tense climate.

Longitudinal results. The path analysis showed consistency in the use of R&S across time ($Bz_{T2-3} = .660, p = 0.000$). The association between the *order and organization* dimension and the use of R&S between T1 and T2 and T2 and T3 was low and positive ($Bz_{T1-2} = .164, p = 0.044, Bz_{T2-3} = .152, p = 0.025$). The more an educator perceived their team as structured and cohesive, the more R&S was used. The association between the *communication and openness* dimension and R&S use between T2 and T3 was low and negative ($Bz_{T2-3} = -.236, p = 0.000$). The more an educator perceived their team as open to autonomy and to individual opinions, the less R&S was used. The *negative climate* dimension was not associated with the other social climate scales or to R&S. Thus, perceiving one's team as being negative or being pressured by a superior did not influence the use of R&S.

The association between the *order and organization* dimension and the age range of the unit was low and positive ($Bz_{T0-1} = .243, p = 0.000$), as was its association to the mandate of the unit ($Bz_{T0-1} = .224, p = 0.000$). ANOVAs conducted as supplementary analyses showed differences in the use of R&S between children units and adolescent units (T1-4: $F = 4.89, p = 0.03$; T5-8: $F = 14.68, p = 0.00$). The same seems to be true, but less statistically significant, for youths placed in intensive units in comparison to youth protection units (T1-4: $F = 3.84, p = 0.05$; T5-8: $F = 2.75, p = 0.10$). Furthermore, the association between the *communication and openness* and *order and organization* dimensions was low and positive from T1 to T2 and from T2 to T3 ($Bz_{T1-2} = .190, p = 0.003, Bz_{T2-3} = .174, p = 0.006$). Last, all the social climate dimensions were largely stable across time (OO, $Bz_{T1-2} = .670, p = 0.000, Bz_{T2-3} = .756, p = 0.000$; CO, $Bz_{T1-2} =$

.729, $p = 0.000$, $Bz_{T2-3} = .804$, $p = 0.000$; NC, $Bz_{T1-2} = .716$, $p = 0.000$, $Bz_{T2-3} = .740$, $p = 0.000$).

2.5 – Discussion

The aim of this study was to explore how the social climate of educator team influences the use of R&S. A longitudinal design was used to examine this association across time. None of the hypotheses were supported. There was an association between the social climate and the use of R&S as expected, but only in a longitudinal way. As such, none of the social climate dimensions were associated to the use of R&S in a cross-sectional way. The influence of the social climate on the use of R&S is delayed, as only the longitudinal effects are statistically significant. There was a negative association between the *order and organization* dimension and R&S use, while there was expected to be no association. There was no association between the *negative climate* dimension and the use of R&S, even though it was hypothesized that there would be a positive one. Also, there was a negative association between the *communication and openness* dimension and R&S use, although there was expected to be no association between these variables. The Huang theory model (as cited in Gingras, 2007) will be used to interpret the results.

2.5.1 The influence of the *order and organization* dimension

The positive association between the *order and organization* dimension and the use of R&S was not expected, as this association was not significant in the De Benedictis & al. (2011) study. A possible explanation of this finding may stem from the fact that if a team shares the same objectives and has a good cohesion, its norms have a greater influence. Thus, an educator would use interventions accepted within the norms of the team in order to have their support. If the use of R&S is a norm of the team, a positive association would appear. This is supported by the findings of study by Larue & al. (2009), which showed that, in a psychiatric setting, the norms of a team of nurses influences their choice to use R&S or not. Interpretation with the Huang model can be provided. Gingras (2007) made associations between the Moos (1994) dimensions and the Huang (2005) ones. However, the structure of the instrument (QCSÉI) used in the current study is not the same as the one used in the Gingras study. Thus, the Gingras

associations between the different concepts cannot be used for the current discussion. Still, possible links between the actual results and the theoretical model of Huang (as cited in Gingras, 2007) can be made. In this way, in the Huang model, the “security”, “coherence” and “order” of the team influence the interventions used in RTC. Those concepts seem to refer to the *order and organization* dimension of the QCSÉI. First, the results of the current study add the direction of this association, which was not specified by Huang model. Second, the *order and the organization*, referring to the “coherence” and “order” mentioned by Huang, influences not only interventions in terms of quality, quantity and intensity, but also the type of interventions to use, in the present case, R&S. Concretely, in teams where objectives are rigid, where norms advocate the own judgement of the educators, where rules are strictly applied, there are more use of R&S.

2.5.2 The influence of the *negative climate* dimension

A negative climate was not associated with the use of R&S in the present study. This is inconsistent with previous studies conducted in a psychiatric setting: De Benedictis & al. (2011) showed that a greater expression of anger and aggression among the team member was associated with a greater frequency of R&S. Thus, the greater use of R&S in teams where the climate is negative could be explained, among others, by a lack of cohesion and inadequate communication between team members and between educators and superiors. However, a negative team climate was not a factor predicting the use of R&S in the present study. This suggests that, even if there is pressure from superiors, conflicts within the team and the perception of a big workload, this does not interfere with the decision-making process to use R&S. Some factors could explain this result. First, during a crisis, all the efforts of the educator are focussed on the youth and ignore the negative climate, so it does not interfere with their clinical judgement. In a way, they protect the youth from that negative climate. Second, the educators could minimize the workload and the pressure by trivializing the difficulty of the job, a common experience in RTCs. This could also refer to Morisson’s (1990) idea of a tradition of toughness, which influences the norms. Third, educators and even teams could cope in different ways with conflicts within the team and with the perception of pressure. Thus, the

direction of the influence on R&S could be both positive and negative giving a non-statistical result. In the Huang model (as cited in Gingras, 2007), the “support” in the organizational climate has an influence on the interventions used in RTC. Conceptually, the “support” could have appeared as the opposite of the negative climate. However, items of the *negative climate* dimension of the QCSÉI, emphasize team members’ complaints and pressure from superiors. Gingras (2007) did not mention if Huang tested if negative climate has an influence on the interventions used. The current study allows us to conclude that this construct does not have to be integrated in Huang’s model, as it does not have an influence on the R&S used in RTC.

2.5.3 The influence of the *communication and openness* dimension

The negative association between the *communication and openness* and the use of R&S was not expected. De Benedictis & al. (2011) found that, in a psychiatric setting, the construct related to the *communication and openness* (expressiveness, independence, tolerance of self-discovery) was not a significant influence on R&S use. In the current study, it only appeared to be significant between the second and the third measurement times. In the same vein as for the *organization and order dimension*, a possible explanation for this is that, in a team where the educators are freer to affirm their own point of view and where they are more autonomous, there is less consensus on the norms. Thus, the point of view of each educator takes precedence over the norms of the team. Indeed, as initiative and autonomy are encouraged, educators could choose to base their intervention on their own judgment without regard to the mutual agreement of the team. A possible explanation for this result refers to the notion that a team with a great communication and openness has a better understanding of a youth’s needs and how to intervene accordingly with them. According to the mixed design thesis of Thomann (2009) regarding R&S use in RTCs, knowing the client, understanding their needs and developing a solid working relationship based on honesty and trust with them is identified by the staff as an effective intervention to reduce the use of restraint (Thomann, 2009). Therefore, a possible explanation could be that the more the needs of the client are known by the whole team, which is facilitated by good communication, the more the team is able to intervene respecting the needs of the youth, thus preventing violence escalation (Fraser, 2016). The flexibility and the initiative of each educator takes precedence over the norms and thus more adapted intervention are used. De Benedictis & al. (2011) explain that an appropriate management of anger and aggression creates

a sense of security. Intervention adapted to the client's needs and the situation could have the same effect, thus reducing the need for problematic behaviors management.

Finally, none of the three dimensions influenced the use of R&S in the same way as presented in De Benedictis & al. (2011). First, De Benedictis used a different instrument from the one used in the current study, both are from the same author and measure the same constructs, as the items are almost identical. However, in the current study a short version using dimensions instead of scales was employed, which could explain the differences in the results. Another possible explanation for this difference is that aim of R&S use in psychiatric setting is different than in RTCs. In RTCs, the goal of rehabilitation is central, while in psychiatric setting it is the medical treatments that is put forward. Also, the formation and the work that a nurse does is very different from the training and work of an educator. The former takes care of the health rehabilitation and the medical treatment of the patient and the latter works toward the social rehabilitation of the youth. Those component show indicate that the aim of using R&S differs from one setting to another, it can be assumed that the factors leading their use differ in both studies. Therefore, we can conclude that the results concerning the influence of team social climate in the psychiatric field cannot be transposed to the RTC setting, even if in both contexts the social climate influences the use of R&S. However, De Benedictis & al. (2011) conducted their study with adults while the current one was conducted with youths. To verify this conclusion, it would be necessary to evaluate the influence of social climate on the use of R&S in a psychiatric setting for youth.

The construct of "support" included in Huang model as cited in Gingras (2007) is briefly defined in the thesis of this last author as an atmosphere of trust. The association between the construct of "support" and the *communication and openness* of the team members is possible to make. The direction of the influence of the organizational climate on the interventions used in RTC is not drawn in Huang's model. The current study permits to add the information that the *communication and openness* dimension, referring to support in Huang's model, influences the type of interventions used in RTC, here R&S.

2.5.4 Influence of unit characteristics

Characteristics of the unit (i.e. age of the youths, level of supervision of the unit) were found to positively influence the perception of *order and organization* within the team. Units

with younger children and a higher level of supervision tend to use measures more frequently. One possible explanation for this association may be the more frequent aggressive behaviors of younger children (in RTCs) in comparison to older youths (Baker, Archer, & Curtis, 2005). Thus, when working with youth presenting more aggressive behaviors, teams have to intervene more to manage these behaviors. The norms of the team could take precedence over the flexibility and the judgement of the educator and thus a stricter implementation of the rules could appear. In addition, this explanation seems to be applicable, since disruptive behaviors in intensive care units do not allow the team flexibility and necessitate a high level of organization and order. Youth are placed in these more restrictive units because of their problematic behaviors. This is an intuitive result, as the high level of disorganization of youths should limit a management adapted to their needs and common rules and strict limits are needed.

2.5.5 Stability across time

The use of R&S was stable across the three measurement times. It is necessary to consider only 1 month elapsed between each measurement time, thus it was expected to be stable. This is consistent with the scientific literature available in the psychiatric field (De Benedictis & al., 2011). An educator using R&S at T1 is likely to use it at T2 as well. A pattern therefore emerges: if an educator adopts this type of intervention to manage the behaviors of the youth, they will do so repeatedly. Furthermore, one educator may have the role of managing crises in a team. This could be supported by the systemic approach, which posits that a given environment is organized in order to keep homeostasis. The systemic approach uses the term homeostasis to explain how people in a system occupy a specific role to promote stability (Buckley, 1967). Within this view, some people on the team have the role of managing crises and each time R&S needs to be applied, the team counts on these person to use it. A second possible explanation is that an educator that resorts to using R&S may not know alternative interventions. Consequently, when confronted with a crisis, this person will intervene by using R&S. A third possible explanation is that interventions used to calm the youth down prior to a crisis may not be effective. Consequently, educators must use last resort interventions. Finally, R&S can become a standard accepted intervention, as mentioned earlier (Wynaden & al. 2002, Holmes & al. 2004). In this vein, educators could make R&S commonplace. In fact, they could use it as an "automatic" response to any resistance to intervention despite laws and

organizational guidelines (Sequeira & Halstead, 2004). This last possibility could be dangerous, as educators could minimize the iatrogenic effect of the coercive intervention on them and the youth. All of these possible explanations suggest that training for crisis intervention may need to be optimized.

The three social climate dimensions were stable across time. As shown in De Benedictis & al. (2011), the social climate is constant within a team when the educators stay the same. This can be explained by the homeostasis concept as explain for the temporal stability in the use of R&S (Buckley, 1967). Therefore, a team is organized in order to keep its balance and the climate will not change if all members remain in their role. Stability across time appears to be the only transposable result from psychiatric settings to a RTC, referring to De Denedictis' (2011) study.

2.5.6 Limits

The validity of these findings is limited by several factors. First, the sample is not representative of the population as it is a convenience sample. Full time educators with many years of experience are overrepresented. It is known that R&S is more commonly used by less experienced educators (Farragher, 2002) and with younger children than with adolescents (Farragher, 2002; Leidy, 2006; Stewart, 2008). Furthermore, educators participated on a voluntary basis, which can add a bias to the study. Because it is a controversial subject and because certain laws frame the use of R&S, certain educators (e.g. newly employed or who use more R&S) may have preferred not to participate. Second, the diaries were mostly completed during team meetings. A social desirability bias could have influenced responses. Indeed, given that the norms of the team seem to be of significant importance, the educators may have modified their answers to be in accordance with these norms. Last, because the educators all work from 36 units, multilevel analysis and control for the non-independence of data could have been conducted, but were not.

However, this study also presented interesting strengths. It is rare to have a large sample in a RTC setting, much more so for a study regarding a controversial subject such as R&S. Our sample also included educators from 36 units with different mandates welcoming children of different sexes and ages. The use of three measurement times allows for a longitudinal perspective, which is a first with the variables under study. This longitudinal study also limits

recall bias. Furthermore, by cross-matching official data with self-reports, one ensures greater objectivity.

2.5.7 Clinical implications

Identifying the factors leading to the use of R&S is crucial, because the use of these measures is controversial. In fact, R&S has not been proven as therapeutic and its use is associated with negative consequences for both the educators and the children (Day, 2002; LeBel & Goldstein, 2004). Day (2002) suggested identifying the factors associated with the use of R&S as a first step towards the goal of optimizing its use. Thus, a better understanding of this phenomenon, including the influence of social climate, can be used to improve the training programs in place. As mentioned above, training should focus on teaching alternative interventions to educators and on training staff in order to intervene more rapidly, before violence escalates. Special attention and individualized training could be afforded to those educators who utilize R&S the most. Moreover, training could be given per team and an evaluation of the social climate of every team could be done in order to take in account each team's norms and roles, to adjust the training. Huang's model (as cited in Gingras, 2007) supports the hypothesis that climate has an influence on both intervention and on youth rehabilitation. The results of the current study suggest that promoting individual initiative based on the needs of youths and reducing authoritarian norms and systematic application of rules may decrease the use of R&S in RTCs. Concretely, allowing more meetings about the needs of youths and fewer on a strict management of the behaviors and giving more alternatives to deal with crisis may represent pathways to a better use of proper interventions. In addition, the ratio of youths to educators would need to be reduced to allow for a more in depth knowledge of the needs of each youth and adapted management of their behaviors. This is especially true for younger children's units and intensive care units. The ultimate aim of these modifications would be to reduce the use of R&S to exceptional events that require it to ensure everyone's safety in RTCs. Children in RTCs need to grow up in a safe environment in order to enjoy the benefits of the rehabilitation offered.

2.5.8 Further studies

To our knowledge, this is the first study examining the association between the social climate of educator teams and the use of R&S in RTCs. More studies need to be conducted in order to confirm the associations presented here and to reduce the biases that exist in this study. This study needs to be reproduced with a randomized sample. The use of probabilistic sampling would reduce many biases and would provide information regarding less experienced staff working with younger kids. A question that should be more investigated is: why does the perception of a negative climate not influence the use of R&S? Qualitative studies would be interesting to use with the aim of getting a better understanding of the phenomenon and perceptions of educators in RTCs, as has been done in psychiatric settings. It would also be interesting to explore the interactions between the different social climate dimensions as well as the mediating effect of social climate on the relationship between unit characteristics and the use of R&S. This would produce a more dynamic and complete portrait of social climate influence on R&S use. Also, investigating the role of the educators that resort to R&S most often within the team may provide insight. These educators may be encouraged or expected to use R&S or could be designated for this act by the rest of the team. However, these ideas remain hypotheses. In addition, further studies could be conducted using multilevel analysis in order to ensure the effect of the social climate is not the result of the culture of a given team. Last, it would be interesting for further studies to control for individual characteristics of the educators (personality, attitude toward adaptation difficulties) in order to distinguish their effect from the effect of the social climate of the team. In summary, this study suggests that social climate has an influence on the use of R&S in an RTC. However, a deeper investigation of the phenomenon is necessary.

Appendix 1: Pearson's correlations between the outcomes and the control variables.

	MCI T2	MCI T3
Sex educator	-0.03	-0.08
Age educator	-0.06	-0.02
Infancy	0.16**	0.28**
Pre-teen	0.04	-0.01
Mix-mandate unit	0.03	-0.09
Intensive care	0.15*	0.12*
Juvenile offender	-0.11	-0.07
Mental health	0.10	0.12
Group home	-0.07	-0.07
Girl	0.12	-0.03
Mix-sex unit	0.01	0.02
Type of employment	-0.11	-0.04

Note. * $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

Chapitre 3 - Discussion générale

L'objectif de cette étude était de tester de quelle façon le climat social de l'équipe d'éducateurs influence le recours aux MCI. Un devis longitudinal a été utilisé pour étudier ces associations dans le temps. Des analyses en décalage croisé ont été employées pour parvenir à ces fins. Les principaux résultats de cette étude sont a) aucune association transversale entre le climat social et l'utilisation des MCI, b) une association positive entre la dimension *communication et ouverture* et le recours aux MCI, c) une association négative entre la dimension *communication et ouverture* et le recours aux MCI, d) aucune association longitudinale entre la dimension *climat négatif* et le recours aux MCI. Ces résultats présentés dans l'article ne seront pas discutés à nouveau dans cette section. Cette discussion permettra plutôt de pousser plus loin la réflexion eu égard à l'approche psychoéducative.

3.1 – Liens entre le cadre théorique et les résultats de la présente étude

Des liens peuvent être établis entre le modèle théorique d'Huang (cité dans Gingras, 2007) présenté précédemment et les résultats de cette étude. En bref, ce modèle théorique démontre que le climat social de l'équipe d'intervenants (le soutien, les pratiques éducatives positives, la sécurité, la cohérence des règles et l'ordre) a des répercussions sur la qualité, la quantité et l'intensité des interventions offertes en CR. Tant le climat social que les interventions occupent une grande importance dans ce modèle puisqu'influençant directement la réadaptation à court terme des jeunes. Bien qu'un lien soit établi dans le modèle d'Huang (cité dans Gingras, 2007) entre le climat social et les interventions offertes, le type d'intervention utilisé n'y figure pas. Or, la présente étude démontre qu'en CR les dimensions de *communication et ouverture* et *d'ordre et d'organisation* des quatre dernières semaines permettent de prédire l'utilisation des MCI des quatre prochaines semaines. La *communication et l'ouverture* semble faire écho avec le construit de soutien identifié par Huang. La direction de l'association entre ce construit et les interventions n'était pas indiquée. Les résultats de la présente étude viennent démontrer un lien longitudinal négatif entre la *communication et l'ouverture* et les MCI. Il serait toutefois à

confirmer si le « soutien » identifié par Huang intègre bel et bien celui de *communication et ouverture*. Également, Huang (cité dans Gingras, 2007) identifie les construits de cohérence des règles et d'ordre ce qui paraît directement lié à la dimension *ordre et organisation* ici évaluée. Encore une fois aucune direction n'était indiquée. Les résultats de la présente étude confirment non seulement cette association de façon longitudinale, mais en démontrent un lien positif. Aussi, il est impossible avec les informations disponibles dans Gingras (2007) de savoir si le climat négatif a été testé par Huang. La présente étude permet de statuer sur le fait qu'il n'y a pas d'association entre le climat négatif et les interventions. Ainsi, certaines dimensions du climat social de l'équipe d'intervenants auraient une influence sur le type d'interventions utilisées (coercitives ou non). Ce lien est uniquement vrai lorsque pris de façon longitudinale et non de façon transversale. La présente étude vient donc confirmer certaines associations du modèle actuel de Huang (cité dans Gingras, 2007) et ajouter la variable type d'intervention à celui-ci. Encore une fois, davantage d'études seraient nécessaires pour valider ces résultats.

3.2 – Liens avec la pratique psychoéducative

Les ponts entre les résultats de la présente étude et la pratique psychoéducative sont faciles à faire. Tel que mentionné préalablement c'est le modèle psychoéducatif qui est mis en place dans les CR du Québec. Effectivement, la psychoéducation est née de la pratique en centres de réadaptation au Québec, connu par son histoire sous le nom de « centre jeunesse ». C'est dans ces centres que les éducateurs, en partageant le vécu au quotidien des jeunes ont parfait leurs interventions et que les théoriciens de la psychoéducation ont développé les compétences, les opérations professionnelles, les schèmes relationnels et le modèle psychoéducatif que nous connaissons aujourd'hui (Gendreau, 2001; Renou 2005). La psychoéducation compte parmi ses spécificités le vécu éducatif partagé. L'ensemble des routines quotidiennes établies et partagées par les éducateurs avec les jeunes avec qui ils sont en relation permet de provoquer des situations d'apprentissages (Gendreau, 2001). Selon Gendreau (2001), l'éducateur constitue un élément actif essentiel dans l'intervention et il en est l'instrument principal. Tel qu'indiqué plus haut, pour Leblanc (1983), l'équipe d'éducateurs est considérée comme une entité thérapeutique. Elle a une influence sur la réadaptation des jeunes par ses interventions et sa façon d'être. Mieux connaître le climat de cette équipe et l'effet de celui-ci sur les interventions déployées vient élargir le savoir psychoéducatif.

La notion d'interaction est un concept central en psychoéducation. Gendreau (1990) la définit comme un ensemble de rapports entre deux potentiels : le potentiel d'adaptation de la personne (PAD) et le potentiel expérientiel que lui offrent son entourage et son environnement (PEX). Dans le cadre actuel de cette étude, le PAD peut être considéré comme celui de l'éducateur lui-même et le reste de son équipe ferait partie du PEX. Le PAD et le PEX de l'éducateur seraient alors en interaction et moduleraient l'adaptation de celui-ci. De la même façon, le PAD peut également référer à celui du jeune placé et l'équipe d'éducateurs fait partie du PEX. Ainsi, le climat social de l'équipe, aurait une influence à la fois sur l'adaptation des jeunes que sur celle des membres de l'équipe considérant son interaction avec ceux-ci. Ceci semble faire directement écho aux théories de Moos (2003) et Huang (cité dans Gingras, 2007). Il serait alors possible de modifier le PEX, ici le climat de l'équipe d'éducateur et d'avoir une incidence sur le PAD du jeune.

Effectivement, les interventions psychoéducatives mises en place visent à favoriser l'adaptation de l'individu avec lui-même et avec son environnement. Or, il est discutable si les MCI viennent favoriser la réadaptation des individus puisque leur utilité thérapeutique n'a toujours pas été prouvée. Lorsque toutes les interventions ont été épuisées, notamment les méthodes de pacification et que le jeune devient dangereux pour lui-même et pour autrui, il est compréhensible que les mesures d'exception que sont les MCI doivent être employées. Des études se penchant sur le phénomène, comme celle ici présentée, sont nécessaires afin de limiter l'utilisation des MCI aux événements d'exception puisque ces interventions sont connues pour avoir des effets néfastes sur les jeunes et les éducateurs (Day et al., 2010; Lebel et Huckshorn, 2010, Lee-Lipkins, 2014). Identifier les facteurs pouvant influencer le recours aux MCI, ici les différentes dimensions du climat social, a alors des retombées directes sur le terrain. En effet, ces nouvelles connaissances furent directement partagées aux chefs d'équipe du CR partenaire. Ces chefs sont avides de connaître les facteurs qui ont une influence sur le recours aux MCI et qui peuvent donc être des leviers d'intervention dans leurs unités pour réduire leur utilisation à celles qui sont réellement justifiées et en cohésion avec les lois gouvernementales. Entre autres, adopter une pratique réflexive fut parmi les conclusions tirées de cette étude. Se remettre en question suite aux événements, se questionner quant aux alternatives qui auraient pu être adoptées et surtout quant aux facteurs qui ont influencé cette décision pourrait permettre d'optimiser le processus décisionnel eu égard aux MCI, responsabilité qui revient au

psychoéducateur.

Effectivement, au Québec, la décision d'employer MCI est un acte réservé depuis l'adoption du projet de loi 21 en 2012. Ce projet de loi réserve aux psychoéducateurs et à certaines autres professions des activités à risque de préjudice, incluant la décision d'employer les MCI. Ces actes sont réservés aux établissements où travaillent les psychoéducateurs sous la LSSS et la LPJ. L'Office des professions du Québec (2013) spécifie dans son guide explicatif du projet de loi 21 : « tout doit être fait pour en prévenir et en limiter l'application. » Dans cet ordre d'idée, promouvoir des réunions d'équipe pour favoriser la cohésion et des interventions et objectifs en équipe serait le type de modification pouvant être fait pour en limiter l'apparition. Également, les établissements devraient s'assurer que tous les employés travaillant avec les clients aient des formations à jour. Celles-ci pourraient également être modifiées tel que recommandé ci-après. Enfin, il serait impératif que les départements de psychoéducation des universités de la province intègrent à leur cursus d'aborder cette décision d'utiliser les MCI, considérant la possibilité de préjudice de cet acte et la responsabilité qui vient avec celui-ci. Avoir des professionnels rigoureusement formés quant à cette décision viendrait répondre au besoin de tout faire pour prévenir et limiter l'utilisation des MCI.

En outre, dans son guide explicatif de l'Office des professions du Québec (2013), il est spécifié : « En milieu scolaire, la décision d'utiliser des mesures d'isolement n'est pas réservée. Les enseignants et intervenants du milieu scolaire doivent demeurer vigilants face au caractère d'exception d'une telle décision. Le tout devrait se faire dans un contexte d'intervention planifiée qui tient compte des droits reconnus par la Charte des droits et libertés (inviolabilité, intégrité, dignité). » Bien qu'il s'agisse d'un tout autre contexte, il serait à investiguer comment le climat social de l'équipe influence le recours aux MCI en milieu scolaire. Des études futures dans ce contexte seraient nécessaires afin de ne pas négliger ce contexte où les enfants passent au minimum 30 heures par semaines durant 11 ans, dans notre province. Il s'agit d'un milieu où pratiquent dorénavant un grand nombre de psychoéducateurs.

En somme, en psychoéducation, les meilleures pratiques doivent être employées. Mieux connaître les méthodes utilisées et bonifier la façon de les employer fait partie de la rigueur souhaitée. Dans cet ordre d'idée, des formations sont mises en place dans les CR afin que les employés sachent intervenir lors d'une crise et utiliser de façon sécuritaire les MCI. Un tout nouveau savoir pourra maintenant être intégré à ces formations quant à divers facteurs

influençant le recours aux MCI. La façon d'interagir entre membres d'une équipe a une influence sur le choix d'interventions coercitives ou non. Par la modification de ces interactions, il est possible de croire que l'utilisation des MCI pourrait en être également modifiée. Allouer davantage de temps de réunion pour communiquer davantage entre membres de l'équipe sur les besoins des jeunes, favoriser une pratique adaptée à ceux-ci et diminuer l'application autoritaire de méthodes standardisées sont des modifications qui pourraient réduire l'utilisation des MCI en CR. Également, revoir les ratios jeunes éducateurs et les réduire paraît également justifié, surtout en unité hébergeant de jeunes enfants ou en encadrement intensif. Effectivement, il est possible de croire que des ratios trop élevés pourraient diminuer la communication de l'équipe et l'adaptation des interventions, pourrait contribuer à mettre davantage en place des mesures correctives. Ceci pourrait mener à une escalade de violence qui se traduit par une plus grande utilisation des MCI. Si c'est l'équipe et son climat qui influencent en partie l'utilisation des MCI, c'est en équipe qu'ils sauront faire avancer les choses. Par le déséquilibre que provoque le changement, se vivra alors un nouvel équilibre, possiblement moins coercitif, et plus positif pour la réadaptation de ces jeunes.

3.3 – Limites de l'étude et recherches futures

Bien que cette étude soit novatrice, les résultats présentés sont limités par certains facteurs. Premièrement, l'échantillon n'était pas parfaitement représentatif de la population d'éducateurs du CR étudié. Effectivement, notre échantillon était composé d'éducateurs avec de l'expérience et surtout d'éducateurs travaillant à l'adolescence. Il est connu que les MCI sont davantage utilisés par des éducateurs moins expérimentés (Farragher, 2002) et qu'elles sont plus employées dans les unités avec de plus jeunes enfants (Farragher, 2002; Leidy et al., 2006; Stewart, 2008). Également, il s'agissait d'un échantillonnage volontaire, ce qui peut impliquer certains biais. Effectivement, comme il s'agit d'un sujet épineux et qu'il s'agit d'actes régis par les lois, certains membres du personnel, notamment les moins expérimentés et les grands utilisateurs ont pu préférer s'abstenir de participer. Deuxièmement, le questionnaire était généralement rempli par les éducateurs lors de la réunion d'équipe. Il est possible qu'un biais de désirabilité social fût présent. Troisièmement, considérant que les éducateurs proviennent de 36 unités, une limite est due au fait que des analyses multiniveaux et le contrôle pour la non-

indépendance des données n'ont pas été conduits. Enfin, cette étude portait un point de vue plutôt macroscopique du phénomène des MCI. Le contexte dans lequel survient ce type d'interventions est évidemment à prendre en considération comme ayant une influence sur le recours aux MCI. Certaines variables ont pu être contrôlées, notamment le type d'unité, en ce sens. Toutefois une limite est la taille de notre échantillon ne permettant pas d'ajouter d'autres variables de contrôle à cet égard. Des études portant sur le contexte d'intervention de façon plus macroscopique seraient favorables afin d'étayer les recherches sur ce phénomène.

3.4 – Forces de la présente étude et pertinence des résultats

La présente étude comporte plusieurs forces. La première est l'utilisation d'un devis prospectif. En effet, par le passé, les études dans le domaine utilisaient des devis transversaux. Il a été nommé que dans la présente étude aucune association transversale n'a été identifiée entre le climat social et le recours aux MCI. Sans l'utilisation d'un devis prospectif, nos résultats n'auraient pu être captés. Une deuxième force est l'utilisation à la fois de données officielles (base de données contenant les MCI) ainsi que des données autorapportées. Ces données contribuent à la robustesse de l'étude. Une troisième force est l'ampleur du projet actuel. Effectivement, l'utilisation des MCI étant controversée, il s'agit d'un dossier épineux. Avoir la participation de 198 participants en 3 temps de mesure sur 36 unités nous permet de couvrir le sujet de façon approfondie. C'est grâce à la confiance du CR participant envers le chercheur principal ainsi que par la générosité et le souci de mieux intervenir des participants qu'un tel projet a pu être mené à terme. Finalement, avoir créé une nouvelle version du QCSÉI plus courte permet d'avoir une utilisation plus rapide de ce questionnaire. Il sera ainsi plus facile d'utiliser cette nouvelle version dans les études subséquentes.

Le recours aux MCI en CR demeure un sujet peu étudié, en comparaison à leur utilisation en milieu psychiatrique, par exemple. Investiguer davantage sur les facteurs influençant le recours à ces méthodes controversées était suggéré par Day en 2002. Le constat de la dernière revue systématique sur le sujet est que les de nombreux facteurs sont identifiés, mais souvent aucune contre-évaluation n'est faite (Roy et al., 2018). Il est alors recommandé de poursuivre l'exploration de nouveaux facteurs tout en validant les facteurs déjà identifiés. Le climat social de l'équipe d'intervenants figurait parmi les facteurs n'ayant jamais été étudiés en CR. Selon notre connaissance de la littérature scientifique, il s'agit de la première étude se penchant sur

l'association entre le climat social de l'éducateur et l'utilisation des MCI en CR. D'autres études sont nécessaires afin de confirmer ou d'infirmer les associations ici présentées et également afin de pallier les limites de la présente étude. Les différentes médiations qui semblaient d'abord apparaître dans le modèle seraient intéressantes à tester à nouveau. De plus, l'étude ici présentée bénéficierait d'être reproduite à l'aide d'un échantillon aléatoire. En utilisant une telle méthode d'échantillonnage, il serait possible de réduire plusieurs biais et cela permettrait d'obtenir des résultats plus spécifiques, entre autres, quant aux employés moins expérimentés et aux éducateurs travaillant auprès de plus jeunes enfants. Les jeunes placés ont des parcours qui furent souvent couverts d'obstacles. Ils ont droit aux meilleurs services qui soient afin d'être le mieux outillés pour faire face à la vie qu'ils ont devant eux. Poursuivre les recherches pour leur permettre d'avoir la meilleure réadaptation possible contribue à la santé de notre société.

Conclusion

En somme, le but de cette étude était d'apprécier si le climat social de l'équipe d'éducateurs en CR avait une influence sur le recours aux MCI. Dans un deuxième temps, nous voulions savoir quel construit du climat social avait davantage d'influence. À notre connaissance, il s'agit d'une première étude qui se penche sur l'association entre le climat social de l'équipe d'éducateurs et le recours aux MCI en CR pour jeunes. D'autres recherches l'avaient fait en milieu psychiatrique d'après ce que rapporte Larue et al. (2009). Or, nous ne savions pas si ce facteur était transposable au contexte de CR pour jeunes. C'est à l'aide d'un modèle d'analyse en décalage croisé que ces objectifs ont pu être atteints. Les résultats obtenus suggèrent que certains construits latents, soit *l'ordre et l'organisation* et la *communication et l'ouverture* sont associés au recours aux MCI. Une aucune association entre *le climat négatif* et le recours aux MCI n'a été trouvée. D'autres recherches doivent être faites afin de confirmer ou d'infirmer ces associations, considérant certaines limites exposées précédemment.

Le partage de ces résultats auprès des institutions pourrait permettre d'améliorer les services mis en place actuellement, les formations de gestion de crise auprès des éducateurs et potentiellement de réduire le nombre de MCI au strict minimum, en espérant réduire par le fait même les conséquences néfastes de cette pratique. Améliorer la prestation de service et amener les équipes à revoir le climat dans lequel elles évoluent pourrait permettre d'améliorer le bien-être des éducateurs et des jeunes, maximisant du même coup la réadaptation de ces jeunes, mandat premier des CRs.

Références

- Baker, A., Archer, M. et Curtis, P. (2005). Age and gender differences in emotional and behavioural problems during the transition to residential treatment: The Odyssey Project. *International Journal of Social Welfare*, 14, 184–194.
- Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S.L. (1981). *Bem sex role inventory*. Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc
- Bem, S. L. (1985). Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical investigation. Dans T.B. Sonderegger (dir.), *Nebraska symposium on motivation. 1984: Psychology and gender* (179-226). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Briggs, E. C., Fairbank, J. A., Greeson, J. K., Layne, C. M., Merrill, C., Steinberg, A.M. et al. (2012). Links between child and adolescent trauma exposure and service use histories in a national clinicreferred sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 101–109.
- Brown, J. D., Hamilton, M., Natzke, B., Ireys, H. T. et Gillingham, M. (2011). Use of out-of-home care among a statewide population of children and youth enrolled in Medicaid. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 48–56.
- Buckley, W. (1967). *Sociology and modern systems theory*.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal. (2016). *Rapport sur l'application des règles relatives aux mesures particulières, 2014-2015*. Montréal, Québec.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal. (2017). *Motifs de compromission*. Montréal, Québec.
- Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire (2014). *Rapport sur l'application des mesures particulières 2013-2014*. Montréal, Québec.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2017). *Étude sur*

l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et des CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés. Repéré à :

http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/Etude_iselement_contention.pdf

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.

Davidson, J., McCullough, D., Steckley, L. et Warren, T. (2005). *Holding safely*. UK, Glasgow: Scottish Institute for Residential Child Care.^[L]_[SEP]

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.

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.^[L]_[SEP]

De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M. P., Létourneau, G., Tran, M. A. M., ... et Lesage, A. D. (2011). Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric Services, 62*(5), 484-491.

Delfabbro, P.H., Osborn, A. et Barber, J.G. (2005). Beyond the continuum : New perspectives on the future of out-of-home care in Australia. *Children Australia, 30*(2), 11-18.

Ensemble du Québec. (2016). *Portrait statistique égalité femmes hommes*. Repéré à : <https://www.csf.gouv.qc.ca/article/2016/05/05/15745/>

Farragher, B. (2002). A system-wide approach to reducing incidents of therapeutic restraint. *Residential Treatment for Children & Youth, 20*(1), 1-14.

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.

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*, 26-33.

Gendreau, G. (1960). Les étapes de la rééducation d'après l'expérience de Boscoville.

In Montréal, *Conférence présentée au 1er Colloque de recherche sur la délinquance et la criminalité*.

- Gendreau, G. (1966). Boscoville, une expérience en marche. *Vaucreston: Centre de formation et recherche de l'Éducation surveillée*.
- Gendreau, G. (2001). *Intervention psychoéducative et jeunes en difficulté*. Montréal, Québec : Éditions Sciences et Culture.
- Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263.
- Gingras, C. (2007). *Le climat social des équipes d'éducateurs et d'éducatrices et le climat social du groupe d'adolescentes au Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire (Master thesis)*. École de Psychoéducation de l'Université de Montréal.
- Gouvernement du Québec (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*. Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-838-04.pdf>
- Gouvernement du Québec (2016) *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2016*. Repéré à : https://www.ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciuss_ceim/Menu/LeCIUSSS/Documentation/Rapports/BilanDPJ/2016_BilanDPJ.pdf
- Green-Hennessy, S. et Hennessy, K. D. (2015). Predictors of seclusion or restraint use within residential treatment centers for children and adolescents. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 545-554.
- Griffin, M. L. (2001). Job satisfaction among detention officers: Assessing the relative contribution of organizational climate variables. *Journal of Criminal Justice*, 29(3), 219-232.
- Hallett, N., Huber, J. W. et Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Agg and Violent Behav*, 19 (5), 502-514.^[1]_[SEP]
- Holmes, D., Kennedy, S. L. et Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in mental health nursing*, 25(6), 559-578.
- Hood, D. A. (2011). *Utilization of seclusion and restraint among adolescents in residential treatment centers* (Thèse de doctorat Regent University, VA). Repéré à :

<https://search.proquest.com/docview/860083574/previewPDF/872D8C28F3F64463PQ/1?accountid=12543>

- Huefner, J. C., Griffith, A. K., Smith, G. L., Vollmer, D. G. et Leslie, L. K. (2014). Reducing psychotropic medications in an intensive residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies*, 23(4), 675-685.
- 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.
- 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.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Kuder, G. F. et Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151–160.
- 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.
- 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.
- Le Blanc, M. (1983). *Boscoville: la rééducation évaluée*. Montréal, Québec: Hurtubise HMH.
- LeBlanc, 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, Québec: Presses de l'Université de Montréal.
- LeBlanc, M., Trudeau-Le Blanc, P. et Lanctôt, N. (1999). *Manuel pour évaluer la qualité de l'intervention auprès d'un groupe d'enfants ou d'adolescents québécois*. Montréal, Québec: Groupe de recherche sur les adolescents en difficulté, Université de Montréal.
- LeBlanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J.C. et Trudeau Le Blanc, P. (2003). *Intervenir autrement; un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal, Québec: Presses de l'Université de Montréal.
- LeBlanc, A. (2011). Le modèle psychoéducatif tel que visé par le CJM-IU. *Défi jeunesse*, 18(1), 4-20.

- Ledoux, M.B., (2012). *Physical restraints in residential facilities: Staff members' perspectives (Thèse de doctorat)*. Antioch University, New England. Repéré à : <https://etd.ohiolink.edu/>
- 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). Repéré à : <https://search.proquest.com/docview/1617957013?pq-origsite=gscholar>
- 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.
- Little, M., Kohn, A. et Thompson, R. (2005). The impact of residential placement on child development: Research and policy implications. *International Journal of Social Welfare*, 14, 200-209.
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., de Vries, W. J., Boumans, C. E. et Hutschemaekers, G. J. (2011). Factors contributing to mental health professionals' decision to use seclusion. *Psychiatric Services*, 62(5), 498-503.
- McGlenn, C. J. (2005). *The effect of federal regulations on the physical restraint of children and adolescents in residential treatment with an analysis of client, staff, and environmental variables (Thèse de doctorat)*. Temple University, Philadelphia, PA. Repéré à : <https://elibrary.ru/item.asp?id=9392071>
- McLean, S. (2015). Managing behaviour in child residential group care: unique tensions. *Child & Family social work*, 20(3), 344-353.
- Menard, R., et Le Blanc, M. (1978). Le climat social dans les institutions pour jeunes délinquants. *Criminologie*, 11, 7-23. ^[11] _[SEP]
- Miller, L., Riddle, M. A., Pruitt, D. et Zachik, A. (2013). Antipsychotic treatment patterns and aggressive behavior among adolescents in residential facilities. *The journal of behavioral health services & research*, 40(1), 97-110.
- Minjarez-Estenson, A. M. (2016). *Factors influencing the use of physical restraints on children living in residential treatment facilities (Thèse de doctorat)*. Walden University. Repéré à : <http://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/2163/>

- Moos, R. H. (1973). Conceptualizations of human environments. *American psychologist*, 28(8), 652.
- Moos, R.H. (1981). *Work Environment Scale manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Moos, R. H. (1986). *Group environment scale manual*. Consulting Psychologists Press.
- Moos, R.H. (1987). *Correctional Institutions Environment Scale Manual (2e ed.)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.^[L]_[SEP]
- Moos, R.H. (2003). *Social climate scales: A user's guide (3e ed.)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.^[L]_[SEP]
- Moos, R.H., et Moos, B.S. (2009). *Family Environment Scale manual (3e ed.)*. Palo Alto, CA: Mind Garden.^[L]_[SEP]
- Morin, C. (1994). *Spécificité de modèles d'interaction masculinité-féminité et ajustement dyadique (Thèse de doctorat)* Université du Québec à Trois-Rivières. Repéré à : <http://depot-e.uqtr.ca/5283/>
- Morrison, E. F. (1990). The tradition of toughness: A study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(1), 32-38.
- Muthén, L.K. et Muthén, B.O. (1998-2017). *Mplus User's Guide (8e, éd.)*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén
- 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.
- Peter, M. (2005) Examining the relationship between reinforcement ratios and seclusion rates in residential treatment (Thèse de doctorat, Chicago School of Professional Psychology).
- Plutino, A.M. (2010). *Questionnaire du climat social de l'équipe d'intervenants (QCSÉI) : Structure factorielle et validité de critère dans un échantillon d'intervenants québécois* (Mémoire en Psychoéducation, Université de Montréal, Montréal). Repéré à : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2960/browse?type=author&value=Plutino%2C+Anne-Marie>
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal, Québec : Béliveau éditeur.

- Roy, C., Fortin, M., Castonguay, A., Franche-Choquette, G., Drolet, C., Dumais, A, Bernard, P. et Geoffrion, S., (2019). Factors associated with the use of restraint and seclusion in residential care for youth: A systematic review. (Accepté)
- Sequeira, H. et Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'When I go home, it's then that I think about it'. *The British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3-15.
- Selig, J. P., et Little, T. D. (2012). *Autoregressive and cross-lagged panel analysis for longitudinal data*. Dans B. Laursen, T.D. Little et N.A. Card (dir.), *Handbook of Developmental Research Methods*. New York, NY: Guilford Press
- Stewart, S. L., Theall-Honey, L., Armieri, A. et Cullion, C. (2010). Predicting the utilization of intrusive interventions at a tertiary residential treatment center. *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(3), 175-190.
- Stuck, E.N., Small, R.W. et Ainsworth, F. (2000) Questioning the continuum of care: Towards a reconceptualization of child welfare services. *Residential Treatment for Children and Youth*, 17(3), 79-92.
- Thomann, J. (2009). *Factors in restraint reduction in residential treatment facilities for adolescents (Thèse de doctorat)*. Massachusetts School of Professional Psychology.
- Vatne, S. et Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 41-48
- Williams, J. L. (2009). *An exploratory investigation of the relationship between selected strength-based constructs with adolescents in residential treatment* (Doctoral dissertation, Adler School of Professional Psychology). Repéré à : <https://search.proquest.com/docview/305148432?pq-origsite=gscholar>
- Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P. et Boschman, A. (2002). Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 260-268.

Annexe I.

Questionnaire sur le climat social de l'équipe d'intervenants version courte – 60 items

Ordre et organisation

Orientation vers la tâche

1. On prend des décisions dans notre équipe.
2. Notre équipe planifie.
3. Notre équipe concentre ses efforts sur les problèmes quotidiens. (inv.)
4. Notre équipe n'aide pas ses membres à prendre des décisions pratiques. (inv.)
5. Notre équipe aide ses membres à développer de nouvelles habiletés.

Organisation

6. Chaque membre de notre équipe a une idée claire des buts de l'équipe.
7. Il y a parfois beaucoup de confusion dans notre équipe. (inv.)
8. Les règles de notre équipe sont clairement comprises par tous les membres.
9. Notre équipe est bien organisée.
10. Le chef de service de notre équipe s'assure que les discussions se fassent toujours dans l'ordre.

Engagement

11. Les membres de notre équipe amorcent, proposent des idées nouvelles et stimulent l'équipe.
12. Les membres de notre équipe demandent des informations et des opinions aux autres membres.
13. Les membres de notre équipe font part de leurs opinions personnelles et de leurs convictions intimes aux autres membres.
14. Les membres de notre équipe font profiter les éducateurs de leurs compétences (connaissances et expérience) dans certaines activités.
15. Les membres de notre équipe stimulent la communication au sein de l'équipe.

Cohésion

16. Il y a un sentiment d'unité et de cohésion dans notre équipe.

17. Il y a très peu d'esprit d'équipe entre les membres de notre équipe. (inv.)
18. Il y a un fort sentiment d'appartenance dans notre équipe.
19. Les membres de notre équipe investissent beaucoup dans l'équipe.
20. Les membres de notre équipe sont très fiers de leur équipe.

Contrôle du chef

21. Le chef de service de notre équipe décide habituellement des étapes à venir pour l'équipe.
22. Lors d'un désaccord, le chef de service de notre équipe a le dernier mot.
23. Le chef de service de notre équipe reprend les membres qui enfreignent les règles.
24. Le chef de service de notre équipe cède souvent aux pressions des membres. (inv.)
25. Le chef de service de notre équipe a beaucoup plus d'influence sur l'équipe que les autres membres.

Support du chef

26. Le chef de service de notre équipe passe très peu de temps à encourager les membres de l'équipe. (inv.)
27. Le chef de service de notre équipe fournit des explications à l'équipe.
28. Le chef de service de notre équipe s'intéresse personnellement aux membres de l'équipe.
29. Le chef de service de notre équipe le dit aux membres quand ils font bien les choses.
30. Les membres de notre équipe peuvent compter sur le chef de service pour les aider à se sortir de difficultés.

Communication et ouverture

Expression

31. Quand les membres de notre équipe ne s'entendent pas entre eux, habituellement ils se le disent.
32. C'est difficile de dire comment les membres de notre équipe se sentent. (inv.)
33. Dans notre équipe, les membres font preuve de prudence et de contrôle personnel. (inv.)
34. Il y a beaucoup de discussions spontanées dans notre équipe.
35. Dans notre équipe, les membres font attention à ce qu'ils disent. (inv.)

Découverte de soi

36. Dans notre équipe, on parle ouvertement des problèmes personnels.

37. Les membres de notre équipe parlent quelquefois avec les autres de leurs sentiments de doute envers eux-mêmes.
38. Les membres de notre équipe parlent quelquefois de leurs rêves et de leurs ambitions.
39. Dans notre équipe, les membres peuvent discuter de leurs problèmes familiaux.
40. Dans notre équipe, vous pouvez savoir ce que les autres pensent réellement de vous.

Innovation

41. Selon les moments, notre équipe fait des choses très différentes.
42. Dans notre équipe, on essaie souvent de nouvelles approches.
43. Les membres de notre équipe sont très intéressés à essayer de nouvelles choses.
44. Notre équipe accueille bien les idées novatrices.
45. Notre équipe observe habituellement à peu près la même façon de procéder à chaque réunion. (inv.)

Autonomie

46. Les talents individuels sont reconnus et encouragés dans notre équipe.
47. On s'attend à ce que les membres de notre équipe prennent des initiatives.
48. On encourage les membres de notre équipe à agir d'une façon autonome.
49. Les membres de notre équipe ont besoin de l'approbation de leurs décisions par l'équipe avant de les réaliser. (inv.)
50. Notre équipe aide les membres à devenir plus confiants en eux-mêmes.

Climat négatif

Hostilité et colère

51. Les membres de notre équipe critiquent souvent d'autres membres de l'équipe.
52. Les membres de notre équipe se disputent rarement. (inv.)
53. Les membres de notre équipe se plaignent souvent.
54. Le chef de service de notre équipe n'engage jamais de débats dans les réunions d'équipe. (inv.)
55. Certains membres de notre équipe sont impliqués dans des querelles insignifiantes avec d'autres.

Pression au travail

56. Dans notre équipe, il y a une pression constante pour faire plus.
57. Dans notre équipe, il semble toujours y avoir urgence à propos de tout.
58. Dans notre équipe, il est difficile de garder le dessus sur notre charge de travail.
59. Dans notre équipe, il y a toujours des délais à rencontrer.
60. Les membres de notre équipe ne peuvent pas se permettre de relaxer