

Université de Montréal

Interaction entre l'effet différentiel du sexe et l'effet modérateur du soutien social perçu sur la santé mentale des travailleurs en Protection de la Jeunesse victimes de violence au travail

Par

Sarah-Marie Bruneau

École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en psychoéducation, option mémoire et stage

Novembre 2020

© Sarah-Marie Bruneau, 2020

Université de Montréal
Faculté des Arts et des Sciences
École de Psychoéducation

Ce mémoire intitulé

Interaction entre l'effet différentiel du sexe et l'effet modérateur du soutien social perçu sur la santé mentale des travailleurs en Protection de la Jeunesse victimes de violence au travail

Présenté par

Sarah-Marie Bruneau

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Marc Lanovaz
Président-rapporteur

Steve Geoffrion
Directeur de recherche

Christine Genest
Examineur externe

Résumé

Contexte. La violence au travail (VAT) fait partie de la réalité de nombreux travailleurs en Protection de la Jeunesse (PJ) en raison de la clientèle desservie. L'exposition à la VAT est associée à plusieurs conséquences psychologiques, notamment le trouble de stress post-traumatique (TSPT), l'anxiété et la dépression. Parmi les facteurs pouvant influencer le développement des différents symptômes de santé mentale, le soutien social (SS) ressort comme l'un des plus forts prédicteurs du TSPT. Les études plus récentes indiquent qu'au-delà de la quantité de SS, la qualité perçue de celui-ci peut influencer lien entre VAT et conséquences psychologiques. Finalement, certaines études notent des variations entre ces associations en fonction du sexe des participants.

Objectif. L'objectif principal est de suivre l'évolution des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression selon la qualité du SS perçu. Un deuxième objectif consiste à vérifier si les effets du SS varient en fonction du sexe des participants.

Méthode. Un échantillon de 150 travailleurs en PJ ont rempli une série de questionnaires à quatre temps de mesure suite à un événement de VAT. Des modèles linéaires mixtes ont été utilisés afin de suivre l'évolution des différentes conséquences psychologiques en fonction de la qualité du SS et du sexe des participants.

Résultats. D'abord, pour le SS positif, une association significative négative est ressortie uniquement avec la dépression. Le SS négatif est associé positivement avec les symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression. Finalement, des différences entre les hommes et les femmes n'ont été mesurées que pour le TSPT. Soit, les hommes présentent plus de symptômes que les femmes, mais ceux-ci bénéficient davantage du SS positif.

Conclusion. La présente étude appuie l'importance de s'intéresser à la qualité du SS, car elle a une influence sur le développement et le maintien des conséquences psychologiques de la VAT. Aussi, le sexe semble également avoir un rôle modérateur de cette relation.

Mots-clés : violence au travail, protection de la jeunesse, travailleurs, trouble de stress post-traumatique, anxiété, dépression.

Abstract

Background. Workplace violence is part of the people working for Youth Protection's daily lives due to the vulnerable population served. The exposure of workplace violence is linked to psychological consequences such as post-traumatic stress disorder (PTSD), anxiety, and depression. Among the factors that influence the development of the different mental health symptoms, social support is known to be one of the strongest predictors of PTSD. Most recent studies also reveal the importance of measuring social support's quality (positive or negative) to understand how it can impact workers. Finally, some studies also show that workplace violence reactions might vary depending on the victim's gender.

Objectives. The main objective of that study is to measure if the quality of social support impacts the development and evolution of the symptoms of PTSD, anxiety and depression. The secondary objective is to explore if the sex of the participants can moderate the association between social support and the previously measured symptoms.

Methods. A sample of 150 Youth Protection workers answered self-reported surveys that examine their evolution four times over 12 months. Mixed linear models have been used to analyze the development of PTSD, anxiety's and depression's symptoms according to the quality of social support and then the sex of the participants.

Results. First, positive social support was negatively linked to depression's symptoms. Workers who perceived their social support being positive had fewer symptoms. For negative social support, it was linked to PTSD, anxiety and depression. Finally, the difference between men and women was only measured for PTSD. Men had more symptoms than women, although they benefit more from positive social support than women.

Conclusion. This study confirms the importance of measuring the quality of social support on workplace violence victims to understand its impact on psychological consequences better. Also, the sex seems to be a moderator only for PTSD's association with workplace violence.

Keywords: workplace violence, youth protection, child welfare, workers, post-traumatic disorder, anxiety, depression.

Table des matières

Résumé	v
Abstract	vi
Table des matières	vii
Liste des tableaux	ix
Liste des figures	xi
Liste des abréviations	xiii
Remerciements	xvii
Introduction.....	1
Violence au travail et évènements potentiellement traumatiques	2
Violence au travail en protection de la jeunesse	3
Conséquences de la violence au travail	4
Trouble de stress post-traumatique	5
Anxiété	7
Dépression	8
Soutien social, trauma et santé mentale	9
Cadres théoriques	12
Objectif de ce mémoire.....	13
Méthodologie	14
Participants	14
Procédure.....	15
Instruments de mesure	15
Informations générales	16

<i>Acute stress disorder scale (ASDS)</i>	16
<i>Posttraumatic stress disorder checklist scale (PCL-5)</i>	17
<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i>	17
<i>Beck Depression Inventory II (BDI)</i>	17
Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété (<i>QCSA</i>)	18
Stratégie analytique	18
Considération éthique	19
Résultats	20
Statistiques descriptives.....	20
Modèles linéaires mixtes	20
Discussion	28
L'effet du soutien social positif sur le TSPT, l'anxiété et la dépression.....	30
L'effet du soutien social négatif sur le TSPT, l'anxiété et la dépression.....	35
L'influence du sexe sur l'effet de la qualité du soutien social.....	36
Implications cliniques.....	41
Limites et forces de cette étude	44
Pistes de recherches futures.....	46
Conclusion	49
Références bibliographiques	53

Liste des tableaux

Tableau I. –	Caractéristiques sociodémographiques des participants	21
Tableau II. –	Résultats du modèle linéaire mixte pour les symptômes de TSPT	24
Tableau III. –	Résultats du modèle linéaire mixte pour les symptômes d’anxiété.....	25
Tableau IV. –	Résultats du modèle linéaire mixte pour les symptômes de dépression.....	26
Tableau V. –	Évolution des symptômes anxieux et dépressifs.....	27

Liste des figures

Figure 1. –	Instruments de mesure	15
Figure 2. –	Évolution des symptômes de TSPT en interaction avec le SS négatif.....	27
Figure 3. –	Symptômes de TSPT : Effet de l'interaction entre le SS positif et le sexe.....	28

Liste des abréviations

APA : American Psychological Association

PJ : Protection de la jeunesse

SS : Soutien social

TSPT : Trouble de stress posttraumatique

VAT : Violence au travail

Remerciements

Terminer ce mémoire fut un de mes plus grands défis, mais sans aucun doute, un de mes accomplissements dont je serai le plus fière. Je tiens d'abord à remercier du fond du cœur mon directeur de mémoire. Merci d'avoir cru en moi. Merci de m'avoir appuyé tout au long de mon parcours, malgré les obstacles rencontrés en cours de route. Je suis extrêmement reconnaissante d'avoir eu la chance d'être dirigée par une personne aussi inspirante. On sent que tu es un chercheur passionné, mais qui a su garder un côté très humain et empathique, témoignant de ton côté intervenant. C'est pourquoi tu as réussi à me pousser en tant qu'étudiante tout en respectant mon rythme.

Je tiens à remercier mes amies de la maîtrise, sans qui je ne sais pas comment je serai arrivée à bout de ce mémoire. Merci de m'avoir soutenue, encouragée, motivée, écoutée, mais surtout « endurée » durant mes (nombreux) moments de découragement. Merci, Myriam pour les séances de travail et toutes ses heures passées ensemble à se serrer les coudes. Merci, Rocio pour tes nombreux encouragements et ton attitude positive, je pouvais toujours compter sur toi pour me redonner du courage. Merci, Alèxe d'avoir toujours été présente pour m'écouter et pour m'avoir comprise dans mes difficultés.

Un énorme merci aux employés en Protection de la Jeunesse qui ont participé à ce projet de recherche. Selon mon point de vue, vous faites déjà un travail incroyable auprès des jeunes et de leur famille, merci d'avoir consacré un peu de votre temps si précieux pour la recherche et l'avancée des connaissances scientifiques. Merci également à l'institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en Sécurité du travail pour les fonds de subvention accordés qui ont permis la réalisation de ce projet d'envergure. Je remercie le Centre d'Étude sur le Trauma pour la réalisation de ce projet de recherche. J'en profite aussi pour remercier les chercheurs, les assistants de recherche et les bénévoles du centre. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, cela m'a permis d'en apprendre beaucoup sur le monde de la recherche. Merci aux étudiants du *lab* de recherche que je côtoyais régulièrement et ceux qui ont participé aux *lab-meetings*. Ensemble, on pouvait partager les inquiétudes et les questionnements en lien avec la rédaction, cela m'a beaucoup aidée à me sentir moins seule.

Je remercie chaleureusement ma famille et mes amis proches pour m'avoir soutenue tout au long de cette aventure. Même si vous ne compreniez pas toujours ce que je vivais, ni comment m'aider durant ces dernières années, merci d'avoir été à mes côtés.

Finalement, un merci spécial à Nicholas et Anne qui m'ont soutenue et suivie de près lors du « rush » final. Autant pour les outils que pour ce que j'ai appris de moi-même. Cet ultime coup de main fut plus que bienvenue et il a sans aucun doute contribué à la mise à terme de ce projet.

Introduction

L'Enquête sociale générale sur la victimisation en milieu de travail au Canada révèle que 17% des incidents autodéclarés de victimisation avec violence (p.ex. : agression sexuelle, voies de fait) se sont produits au milieu de travail des répondants, et ce, dans tous secteurs d'emploi confondus (De Léséleuc, 2007). En ce qui concerne le milieu des services sociaux, et plus précisément le domaine de la PJ, l'étude de Geoffrion et Ouellet (2013) rapporte que 53,9% des éducateurs en centres de réadaptation ont été victimes de violence physique durant l'année précédente. L'Organisation internationale du travail définit la violence au travail comme « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail » (du Travail, O.I., 2003 p. 4).

La revue de littérature de Lanctôt et Guay (2014) rapporte que la VAT entraîne plusieurs types de conséquences. Sur le plan psychologique, la VAT augmente les risques de développement de détresse psychologique et de psychopathologies tels que l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique, ce dernier trouble est l'une des conséquences les plus fréquentes associées à l'exposition de VAT (Lanctôt et Guay, 2014). La prévalence des employés victimisés qui satisfont les critères diagnostiques de TSPT varie entre 5 à 32% selon les études (Lanctôt et Guay, 2014). Certaines études ont relevé que ces conséquences variaient en fonction du sexe. Selon la méta-analyse de Tolin et Foa (2006), les hommes et les femmes présentent des manifestations symptomatiques distinctes et se rétablissent de manière différente suite à un événement potentiellement traumatique. Bien que les femmes semblent plus susceptibles de développer un TSPT, les résultats de Békés et al. (2016) relèvent que celles-ci bénéficient davantage que les hommes des traitements thérapeutiques.

Parmi les facteurs de protection pouvant influencer le développement de conséquences psychologiques, notamment celles du TSPT, plusieurs études (Brewin, et al., 2000; Dai et al., 2016, Evans et al. 2013; Zhao et al., 2020) ont soulevé l'apport bénéfique du soutien social (SS). Le SS est un construit multidimensionnel qui comprend les interactions, les comportements et les ressources provenant de l'entourage d'une personne (Wills et Fegan, 2001, cité dans Nadeau, 2013). La méta-analyse d'Ozer et al. (2008), qui porte sur le TSPT et le SS, rapporte que le SS est

le prédicteur le plus important pour le développement et le maintien des symptômes de TSPT. Le SS a un effet tampon contre la sévérité des symptômes de TSPT et lorsque le niveau de SS est élevé, il est associé à une réduction des symptômes. Les résultats de l'étude de Schumm et al. (2006) révèlent même que la qualité de la perception, soit positive ou négative, du SS serait plus importante que sa simple présence ou absence. Plus spécifiquement, les résultats de l'étude de Guay et al. (2011) rapportent la présence de SS perçu positivement est négativement corrélée aux symptômes de TSPT et aux autres indicateurs de santé mentale. D'autres études rapportent que le SS perçu négativement serait un meilleur prédicteur des symptômes de TSPT (Andrews et al., 2003; Charuvastra et Cloître, 2008). Des études proposent que les hommes et les femmes diffèrent autant dans leur recherche de SS que dans la manière dont ils en bénéficient (Ahern et al., 2004; Andrews et al., 2003). À l'aide d'un devis longitudinal composé d'intervenants en PJ victimes de VAT, la présente étude propose d'approfondir les liens entre la qualité du SS perçu (positif ou négatif) et les différentes conséquences psychologiques (TSPT, anxiété et dépression). Ce projet considère l'effet modérateur du sexe du travailleur sur l'association entre le SS et les conséquences psychologiques.

Violence au travail

Au Québec, un sondage rapporte que 67% des travailleurs (tous secteurs confondus) ont été victimes ou témoins de différents types de violences au moins une fois au cours des 12 derniers mois (Guay et al., 2013). Par contre, la prévalence de la VAT varie selon les secteurs d'emploi et certains domaines sont plus à risque que d'autres d'exposer les travailleurs. La VAT peut se manifester sous forme physique (p. ex. voie de fait), psychologique (p. ex. harcèlement) ou verbale (p. ex. insulte ou menace; Institut national de santé publique du Québec, 2018). Les employés peuvent y être exposés directement, soit en étant victimes ou en étant présents lors de l'évènement de VAT, ou de manière indirecte, par exemple en étant témoins d'images ou de faits rapportés. La classification de Merchant et Lundell (2001) étant largement utilisée et d'actualité, elle servira de référence pour ce mémoire (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Ces auteurs présentent quatre catégories de VAT caractérisées par la relation de l'agresseur envers la victime (l'employé). Le type 1 réfère aux actes de violence où l'agresseur n'a aucun lien avec sa victime et dans lesquels il a une intention criminelle, par exemple un vol. Le type 2 correspond à la VAT

provenant d'un usager ou d'un client et survient lors d'un échange de services ou de transaction, par exemple en cas d'altercation. Le type 3 concerne la VAT entre collègues, et ce, incluant les divers niveaux hiérarchiques. Finalement, le type 4 est plus particulier. Dans ce cas, l'agresseur est un proche n'ayant aucun lien avec le travail, par exemple un conjoint, et l'évènement de violence survient sur le lieu de travail (Kelloway, et al., 2006; Lanthier et al. 2018; Merchant et Lundell, 2001; Peek-Asa et al., 2001). La présente étude portera uniquement sur la violence de type 2.

Pour continuer, certains milieux sont plus à risque d'exposer les travailleurs à de la VAT. La revue systématique de Piquero et al. (2013) rapporte que les travailleurs en milieu de la santé, de l'éducation, de la sécurité publique, de la vente au détail et de la justice sont les plus exposés à la VAT. Ces milieux ont en commun le contact avec le public. La revue systématique de Robson et al. (2014) réalisée auprès de travailleurs en PJ rapporte que la violence verbale était le type le plus fréquemment rapporté. La prévalence varie entre 37% et 97% selon les études. La violence physique était rapportée dans toutes les études de cette revue, or la prévalence était moins élevée, variant de 2% à 34%. Les résultats de l'étude de Littlechild (2016) rapportent que 61% des employés en PJ ont été menacés par les parents de leur clientèle au cours des six derniers mois, dont 48% avaient reçu des menaces multiples. De plus, 51% des employés rapportaient rencontrer des parents ayant une attitude hostile ou intimidante au moins une fois par semaine. L'étude de Geoffrion et Ouellet (2013) a sondé 586 éducateurs en centre de réadaptation au Québec (Canada), ce qui a permis d'observer que plus de la moitié (53,9%) ont été victimes de violence physique par un jeune au cours de la dernière année. Pour terminer, 60% ont été attaqués plus d'une fois et 95% des éducateurs ont été témoins d'un incident de violence.

Violence au travail en protection de la jeunesse

Tel que mentionné précédemment, les employés en services de santé et services sociaux travaillent souvent avec des jeunes et des familles en difficulté, ce qui les rend plus à risque d'être exposés à la VAT durant le cadre de leurs fonctions (Newhill et Wexler, 1997; Shin, 2011). Au Québec, en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse, la Direction de la protection de la jeunesse se doit d'intervenir dans des situations où le développement et l'intégrité de l'enfant ou de l'adolescent risquent d'être compromis (CIUSSS-CSIM, 2018). Sa mission est d'assurer le bien-être des enfants et des adolescents et de les protéger contre la négligence, l'abandon, la maltraitance

et les abus (physiques, psychologiques et sexuels) ainsi que d'offrir des interventions auprès de jeunes ayant de graves troubles de comportements (CIUSSS-CSIM, 2018).

De par le mandat de la PJ, la clientèle desservie par ces travailleurs est souvent affectée par des problématiques variées telles des troubles de comportements ou d'attachement, des retards de développement, des retards scolaires ou des manifestations d'anxiété ou de dépression (Abt Associates, 2008) ce qui la rend plus susceptible de manifestations des comportements agressifs (Connor et al., 2004; Dale et al., 2007). L'intimidation, les menaces, les agressions physiques et les tentatives de suicide sont des exemples auxquels sont exposés les employés en PJ (Geoffrion et Ouellet, 2013; Newhill et Wexler, 1996). De par la nature de leur travail, les intervenants en PJ ont un rôle qui leur demande de contrôler et de corriger certains comportements problématiques. Ces interventions prennent parfois place dans un contexte non volontaire, par exemple dans le cas d'un retrait d'un enfant de sa famille en raison d'une situation de compromission, et ce, sans l'accord des parents et sous ordonnance de la Cour.

Conséquences de la violence au travail

Outre les séquelles physiques engendrées par la VAT, son exposition peut entraîner des conséquences sur le fonctionnement psychologique des travailleurs. La revue systématique de Lanctôt et Guay (2014) présente les diverses conséquences associées à la VAT dans le secteur de la santé. Les 68 études portant sur ce sujet rapportent que les employés victimes de VAT sont à risque de développer des problèmes de santé mentale comme le TSPT. De façon générale, ce trouble se présente fréquemment en cooccurrence avec un autre trouble mental (Lépine et al., 2005). Selon les résultats de Lépine et al. (2005), plus de la moitié des participants ayant un TSPT présentaient un autre trouble de santé mentale dans une période de 12 mois durant laquelle le TSPT se manifestait. Selon cette étude européenne, la dépression majeure est le trouble le plus fréquemment associé au TSPT. Parmi les troubles anxieux qui sont associés au TSPT, les plus fréquents sont le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée et l'agoraphobie. Les auteurs relèvent qu'il ne semble pas y avoir de différence au niveau de la prévalence selon le sexe des participants. Ces conséquences affectent le fonctionnement des travailleurs qui y sont exposés (Lanctôt et Guay, 2014). Bien que les hommes semblent plus à risque d'être exposés à la violence physique dans le contexte de leur travail (Guay et al., 2015), certains auteurs rapportent que ce sont les femmes qui sont le plus à risque de subir les conséquences psychologiques de la VAT

(Geoffrion et al., 2018). Ces résultats concordent avec la prévalence rapportée dans la population générale qui stipulent que les femmes sont plus à risque de développer des symptômes de TSPT que les hommes et que leurs symptômes sont plus sévères (Tolin et Foa, 2006). D'autres études (Ballenger et al., 2011; Fitzpatrick et Wilson, 1999; Santos et al., 2009) n'ont pas relevé de différence significative en fonction du sexe des participants en ce qui concerne les symptômes de TSPT suite à de la VAT.

Trouble de stress post-traumatique

Le TSPT est le trouble mental le plus fréquemment associé à l'exposition d'un événement potentiellement traumatique, tous types confondus (Tolin et Foa, 2006). Le premier critère diagnostique concerne l'exposition à un incident pendant lequel la vie ou l'intégrité d'un individu est menacée, tel un événement de VAT (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les symptômes de TSPT sont séparés en quatre catégories. La première catégorie réfère aux symptômes envahissants en lien avec l'évènement potentiellement traumatique, ce qui comporte des souvenirs répétitifs et intrusifs en lien avec les incidents traumatiques, des rêves répétitifs ou encore des réactions dissociatives (*flashback*). Ces manifestations peuvent provoquer un sentiment de détresse. Suite à l'exposition d'indices internes ou externes pouvant rappeler l'évènement potentiellement traumatique, la personne peut vivre des réactions physiologiques marquées et elle peut expérimenter un sentiment intense ou prolongé de détresse. La seconde catégorie concerne l'évitement ou les efforts pour éviter tous indices internes ou externes (lieux, émotions, etc.) associés à l'évènement potentiellement traumatique. Ceux-ci pourraient évoquer des souvenirs ou des pensées de l'évènement potentiellement traumatique, provoquant un sentiment de détresse. La troisième catégorie concerne l'altération négative des cognitions et de l'humeur en lien avec l'évènement potentiellement traumatique, et ce, survenant ou s'aggravant suite à celui-ci. Cette catégorie comprend plusieurs manifestations symptomatiques, par exemple, l'amnésie en lien avec un élément important de l'évènement, un état émotionnel négatif, une réduction de ses activités habituelle ou de ses intérêts, un sentiment de détachement d'autrui ou l'incapacité persistante à éprouver des émotions positives. Les personnes peuvent développer des croyances ou des attentes négatives et persistantes envers elles-mêmes, les autres ou le monde, et elles peuvent présenter des distorsions cognitives concernant les causes ou les conséquences de l'évènement potentiellement traumatique (entraînant blâme et culpabilité). Finalement, la dernière catégorie consiste en une altération marquée de l'activation et de la réactivité en lien avec l'évènement potentiellement

traumatique (irritabilité, hypervigilance, problème de concentration ou de sommeil, etc.). Durant le premier mois suivant l'évènement potentiellement traumatique, lors de l'apparition des symptômes, le TSPT ne peut pas être diagnostiqué en raison du critère de temps. Avant le premier mois, le diagnostic posé est celui du trouble de stress aigu, qui comprend des symptômes similaires. D'ailleurs la présence d'un trouble de stress aigu augmente les risques de développer le TSPT (Bryant, 2007).

Pour continuer, en ce qui concerne la population générale, les réactions des individus exposés à un évènement potentiellement traumatique varient selon plusieurs facteurs en lien avec le type d'évènement et les caractéristiques de l'individu qui en est victime (Zoellner et al., 1999). Si certains vont développer des réactions post-traumatiques suite à l'évènement, la majorité va récupérer rapidement sans développer de trouble de santé mentale (Nadeau 2013). La variation des réactions est principalement liée à l'interaction entre les divers facteurs de risque et de protection propres aux individus et à leur environnement plutôt qu'à la nature de l'évènement potentiellement traumatique en tant que telle (King et al., 2004 cités dans Nadeau, 2013). En ce qui concerne la VAT, une étude réalisée auprès de travailleurs sociaux rapporte que l'exposition à la violence, autant directe (victime) qu'indirecte (témoin) est associée à des réactions post-traumatiques telles que des pensées intrusives, des difficultés de sommeil et de concentration (Horowitz, 2006). Les travailleurs sociaux qui oeuvrent auprès d'une clientèle d'enfants sont plus à risque de développer des symptômes post-traumatiques en raison du partage de la détresse manifestée par leur clientèle (Horowitz, 2006). Le type d'évènement est un facteur relevé par plusieurs études et qui est associé au risque de développer des symptômes de TSPT (Martin et al., 2006). Les résultats de ces études rapportent que les évènements de violence physique sont parmi les plus fréquemment associés à ce trouble. Les situations qui entraînent des blessures physiques sont davantage associées au développement d'un TSPT (Kilpatrick et al., 1989; Resnick et al., 1993) et la perception de menace à la vie durant l'évènement est ressortie comme un fort prédicteur des symptômes de TSPT (Ozer et al., 2008).

Pour terminer, certains auteurs rapportent des différences en fonctions du sexe des participants. Suite à la VAT, les hommes et les femmes présentent des manifestations semblables, toutefois elles se présentent dans des proportions différentes. Les femmes rapportent avoir vécu davantage d'hypervigilance, d'évitement et de difficultés de concentration que les hommes

(Geoffrion et al., 2018). Les résultats de cette étude québécoise corroborent ceux de la méta-analyse de Brewin et al. (2000) qui rapportent que le sexe est un facteur de risque qui ressort dans plusieurs études. Par conséquent, les femmes sont plus à risque de développer des symptômes de TSPT que les hommes. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer cette différence. Olf (2017) appuie que les hommes et les femmes sont sensibles sur le plan neurobiologique à différents neurotransmetteurs ce qui affecte le type de réactions post-traumatiques manifestées. La revue Street et Dardis (2018) présente plusieurs pistes qui suggèrent que les attentes découlant de l'identité sexuelle (rôle masculin versus féminin) sont partiellement responsables du taux de prévalence plus élevée de TSPT chez les femmes. Certaines caractéristiques sont davantage associées à l'un ou l'autre des sexes selon les normes sociales en vigueur. Les caractéristiques plus traditionnellement associées aux femmes les rendent plus à risque de vivre une accumulation de facteurs de risque les prédisposant davantage au développement de symptômes de TSPT. Christiansen et Hansen (2015) expliquent que le sexe du participant influence l'expérience subjective ainsi que l'interprétation du trauma, autant durant l'évènement qu'à la suite de celui-ci, et ce, rendant les femmes plus à risque de développer un TSPT.

Anxiété

Selon l'APA (2013), les symptômes des troubles anxieux concernent soit une peur ou une anxiété excessive et ils sont associés à des perturbations comportementales. Le danger est souvent surestimé dans les situations qui sont craintes ou évitées. La peur est la réaction émotionnelle survenant lors d'une menace imminente, autant réelle que perçue, tandis que l'anxiété concerne l'anticipation d'une situation menaçante appréhendée. Cette peur peut concerner un sujet précis (p. ex. peur de mourir) ou se manifester de manière plus générale (être terrifié; Beck et al. 1988). Ces deux états comportent plusieurs similarités, mais aussi quelques différences. La peur peut entraîner des poussées d'hyperactivité neurovégétative, dans le but de fuir ou combattre la menace alors que l'anxiété est associée 1) à une tension musculaire, qui peut se manifester par des indigestions, et 2) une vigilance pour se préparer contre la menace future, et peut se traduire, par exemple, par l'incapacité à se détendre. Les personnes vivant de l'anxiété peuvent également adopter des comportements de prudence ou d'évitement (APA, 2013; Beck et al., 1988).

Dans la revue de la littérature de Lanctôt et Guay (2014), onze études rapportent que les victimes de VAT ont vécu de l'anxiété suite à l'évènement. La prévalence des symptômes

anxieux varie entre 8% et 65% selon les auteurs. Pour les troubles anxieux en général, les femmes sont deux fois plus susceptibles d'être atteintes que les hommes (APA, 2013), cependant le ratio varie selon les troubles (DiTomasso et Gosch, 2002). Il est fréquent que les troubles anxieux soient en cooccurrence avec d'autres troubles, notamment les abus de substance et la dépression. En ce qui a trait aux troubles anxieux et à la dépression, la confusion entre les deux peut en partie être expliquée par les symptômes communs qu'ils partagent (DiTomasso et Gosch, 2002).

Dépression

Les symptômes des troubles de l'humeur sont caractérisés par la présence d'une humeur triste, d'un sentiment de vide ou d'une irritabilité, accompagnés de changements somatiques et cognitifs qui affectent de manière significative le fonctionnement de l'individu dans son quotidien. Kokanovic (2011) présente des études qualitatives qui rapportent que les gens atteints de ce trouble décrivent la dépression comme l'émergence d'un profond sentiment de tristesse comparable à un deuil. Ce trouble peut entraîner des effets tels que l'inertie totale, un retrait social ou encore un sentiment que la personne va mourir. La prévalence pour les troubles et symptômes dépressifs est de 27% pour la population mondiale selon la méta-analyse de Wang et al. (2017).

Pour continuer, certains auteurs se sont intéressés au lien entre la VAT et les symptômes dépressifs. Réalisée auprès d'une population de travailleurs, la revue de la littérature de Lanctôt et Guay (2014) révèle que l'exposition à la VAT est associée aux développements de symptômes dépressifs et même à la dépression dans certains cas. Selon les études présentées par cette revue, l'étendue des travailleurs qui vivent des symptômes dépressifs s'étend entre 0,8% à 84,3%. Selon les études rapportées par Ussher (2011), les femmes sont deux fois plus affectées par ce trouble que les hommes. Il est intéressant de mentionner qu'un lien important est observé entre les troubles dépressifs et le TSPT (Durocq et Vaiva, 2006). Dans l'enquête de Kessler et al. (1995), environ 48% des individus qui avaient souffert de TSPT à un moment dans leur vie avaient eu un trouble dépressif au cours de leur vie. La proportion de gens qui présentent un TSPT en cooccurrence avec un trouble de l'humeur (incluant la dépression majeure) varie entre 4,4% et 59% (Flory et Yehuda, 2015; Pietrzak et al., 2011; Smith et al., 2016). Les mécanismes qui expliquent ce lien sont encore peu connus. Il semblerait que ce lien soit bidirectionnel et la présence de l'un des troubles peut agir comme facteur de risque pour l'apparition de l'autre trouble. Suite à un événement potentiellement traumatique, il est fréquent d'observer la présence des symptômes des deux troubles en

cooccurrence simultanée, mais aussi de manière hiérarchique. Les symptômes de TSPT apparaissent d'abord, puis ultérieurement les symptômes dépressifs (Durocq et Vaiva, 2006). Il est possible que les symptômes de TSPT soient en lien avec le trauma alors que les symptômes dépressifs sont plutôt en lien avec les conséquences liés à l'évènement (exemple perte d'emploi, immigration obligée, etc.), mais cette hypothèse ne fait pas l'unanimité. Par ailleurs sur le plan neurobiologique, les deux troubles comportent des mécanismes différents, ce qui semble appuyer l'hypothèse que ces troubles sont des entités séparées. Bref, les mécanismes qui expliquent le lien entre le TSPT et la dépression sont encore peu connus. Par contre, peu importe la population étudiée (générale ou spécifique), diverses études rapportent une association significative entre des évènements potentiellement traumatiques et les symptômes dépressifs (Durocq et Vaiva, 2006).

Soutien social, trauma et santé mentale

Le SS comporte les interactions et les ressources provenant de l'entourage et qui peuvent être utiles à un individu aux prises avec des difficultés. Ce concept peut prendre plusieurs formes qui ont diverses fonctions et qui peuvent permettre de répondre à différents besoins, par exemple ventiler ou échanger sur le vécu émotionnel. Ainsi, les individus qui bénéficient de SS peuvent se sentir compris, appréciés, acceptés à leur juste valeur en plus d'augmenter leur estime de soi et leur sentiment de contrôle (Guay et al., 2002; Wills et Fegan, 2001, cité dans Nadeau, 2013; Southwick et al., 2016). L'apport bénéfique du SS comme facteur de protection est désormais reconnu. Sur le plan psychologique, le SS permet d'atténuer les conséquences liées à la détresse psychologique, incluant les symptômes d'anxiété et de dépression (Kawachi et Berkman, 2001). Ce concept peut être catégorisé en deux types. D'une part le SS structurel qui comprend la quantité de personnes ou de liens sociaux ainsi que la fréquence de ces contacts. D'autre part, le SS de type fonctionnel fait plutôt référence à la qualité du SS et est mesuré par la perception de son accès et de sa disponibilité (Guay et al. 2002; Wills et Fegan, 2001, cité dans Nadeau, 2013). Ce mémoire portera sur l'étude du SS fonctionnel, soit la perception de la qualité du SS, car les études qui ont comparé les effets du SS fonctionnel et structurel indiquent que c'est le SS fonctionnel qui influence davantage la détresse posttraumatique (Kaniasty et Norris 1992; Norris et Kaniasty, 1996). Ces résultats révèlent que l'expérience subjective de la qualité et de la valeur du SS joue un rôle important dans le développement et le maintien des symptômes de TSPT et de la détresse psychologique.

Parmi les études qui se sont intéressées aux variables pouvant prédire le développement de problème de santé mentale liée aux événements potentiellement traumatiques, la méta-analyse de Brewin et al. (2000) a ressorti le SS comme le corrélat le plus fortement associé au TSPT. Par la suite, la méta-analyse d'Ozer et al. (2008) qui inclut 21 études de plus que celle de Brewin et al. , a fait ressortir que le SS représente le deuxième prédicteur le plus important quant au développement et au maintien des symptômes de TSPT. Ces deux méta-analyses incluent des études comportant des devis prospectifs et rétrospectifs, elles sont citées à maintes reprises et les études plus récentes continuent de soutenir leurs résultats (Guay et al., 2011; Okech et al., 2018; Shakespeare-Finch et al., 2015; Trasher et al., 2015). En reconnaissant les limites imposées par un devis rétrospectif, Brewin et al. reconnaissent tout de même l'effet modérateur possible de la variable du SS sur le développement des symptômes de SS. Le type de devis n'influencerait pas le verdict de cette conclusion. La revue de Guay et al. (2006) corrobore les résultats de ces méta-analyses. Selon ces auteurs, le SS semble être un facteur déterminant qui joue un rôle important dans le développement et le maintien des symptômes de TSPT, sa présence et sa qualité pouvant influencer la sévérité des symptômes. Les diverses études prises en considération concernent des échantillons provenant de populations et de traumatismes variés, comprenant des vétérans de la guerre, la population générale, des victimes d'agressions sexuelles, des survivants de désastres naturels, etc. Bref, la plupart des études qui portent sur la relation entre le SS et le TSPT utilisent un devis transversal. Certaines études longitudinales semblent indiquer qu'un SS inadéquat peut précéder les symptômes de TSPT (Brewin et al., 2000; Guay et al., 2006). Les études sur ce sujet ont démontré que la présence de SS était corrélée négativement avec la sévérité des symptômes de TSPT pour divers types d'événements potentiellement traumatiques auprès de populations variées (Pietzak et al., 2009; Price et al., 2013; Schumm et al., 2006). Les résultats de Kaniasty et Norris (2008) révèlent que la sévérité du TSPT peut avoir un effet négatif sur le SS, ce qui suggérerait la possibilité d'un effet bidirectionnel.

D'autres études se sont intéressées à la qualité du SS perçu. Les chercheurs de celles-ci utilisent des instruments de mesure qui permettent de différencier les interactions sociales positives (*supportive*) de celles négatives (*countersupportive*). Des interactions positives comprennent les encouragements et l'écoute empathique alors que les interactions négatives font référence à la critique, l'évitement, le blâme et la stigmatisation (Guay et al., 2011). Bien que la littérature appuyant l'effet protecteur de la présence du SS sur le développement de symptômes de TSPT soit

importante, les résultats de la revue de Charuvastra et Cloître (2008) démontrent que lorsque les interactions sociales sont perçues négativement, le SS devient associé à la présence de symptômes de TSPT. L'une des études présentées dans la revue de la littérature de Charuvastra et Cloître (2008) concluait que le SS négatif prédit mieux un TSPT que le type d'évènement (Zoellner et al., 1999). D'autres auteurs suggèrent même que le SS perçu négativement engendrerait une intensification des symptômes de TSPT (Ullman et al., 2007). Quelques études (Andrews et al., 2003; Guay et al.,) rapportent que l'association entre le SS perçu négativement explique mieux la présence et l'intensité que le SS perçu positivement. Ces auteurs n'ont pas trouvé de lien significatif entre le SS perçu positivement (interactions positives) et le TSPT. Ces résultats laisseraient croire que le SS perçu négativement serait un meilleur prédicteur du TSPT, alors qu'un SS positif n'est pas associé significativement à une diminution de l'intensité des symptômes de TSPT.

Pour terminer, en ce qui concerne les différences en fonction du sexe, des études appuient l'idée que les femmes vont rechercher et par conséquent, en recevoir davantage de SS que les hommes, ce qui pourrait favoriser le rétablissement des symptômes (Carson et al., 2002, cité dans Békés et al., 2016). Les résultats d'autres études, quant à elles, proposent que le SS, autant positif que négatif, semble avoir plus d'effet sur les femmes que sur les hommes en ce qui concerne le développement des symptômes de TSPT (Ahern et al., 2004; Andrews et al., 2003). Les femmes bénéficient davantage du SS lorsqu'il est positif, alors que lorsque le SS est négatif, il nuit davantage aux femmes qu'aux hommes. Une hypothèse pouvant expliquer cette différence concerne les rôles et les attentes liés au sexe des individus. Selon Eagly (2013), le processus de socialisation des individus influence l'acquisition de certaines habiletés, notamment sur le plan social. La revue de Taylor (2011) sur le SS appuie l'idée que les femmes vont davantage développer leurs habiletés sur le plan social. Cette auteure présente des études qui rapportent que les femmes sont plus impliquées dans leur réseau social que les hommes, elles vont être plus impliquées et en bénéficier davantage. Les études présentées relèvent de manière constante que les femmes sont plus impliquées que les hommes dans leurs relations et que celles-ci sont plus intimes. Leur implication était plus grande autant pour donner que pour recevoir du SS. Alors, il est raisonnable de croire que cet aspect occupe davantage d'importance pour les femmes, ce qui pourrait les rendre plus sensibles à son impact. Kessler and Macleod (1984) proposent que les femmes sont plus vulnérables aux effets négatifs du stress, ce qui, sur le plan social, pourrait se manifester par la plus grande sensibilité au SS négatif, et par le fait même au SS positif, selon Andrews et al. (2003).

Cadres théoriques

Voici les deux principaux modèles théoriques prédominants qui proposent des mécanismes potentiels qui pourraient expliquer la relation entre le SS et les symptômes de TSPT. D'abord, le modèle de Joseph, Williams et Yule (1997) présente le SS comme une variable du contexte environnemental qui peut soit directement affecter les symptômes du TSPT ou indirectement, en influençant les méthodes de *coping*. Ces auteurs nuancent que le processus de recherche de SS dans l'entourage est une stratégie active de gestion du stress. Ils mentionnent que le SS (perçu ou reçu) des proches constitue plutôt des facteurs atténuants ou exacerbant du niveau de stress et ces interactions vont influencer la manière dont la victime interprète les événements. Lorsque la victime fait un dévoilement de la VAT à son entourage, leurs points de vue peuvent influencer positivement ou négativement son interprétation des événements modulant les réactions post-traumatiques de cette dernière. Ces auteurs expliquent que suite à un événement potentiellement traumatique, il y a un processus d'encodage de la mémoire qui requiert une recherche consciente d'un sens alternatif aux cognitions reliées à l'évènement et de ce processus émergent les *reappraisals*. Outre l'influence du SS sur les interprétations de l'évènement, le SS peut avoir un effet sur ce processus de *reappraisal*. Par exemple, si un collègue avoue qu'il aurait probablement réagi de la même manière que la victime, cette dernière pourrait évaluer son comportement comme adéquat. Donc, dans un contexte de VAT, la réaction de l'entourage peut avoir une influence non seulement sur la perception de l'évènement, mais sur l'évaluation de sa réaction suite à l'évènement. Par exemple, lorsque l'entourage d'une victime de VAT donne l'impression que ce type d'évènement est normal, elle pourrait amener la victime à le croire en comparaison à un contexte dans lequel l'entourage trouve que l'incident est catastrophique. Les commentaires en lien avec la réaction de la victime peuvent influencer son évaluation (j'aurai pu faire mieux versus j'ai bien réagi).

Le modèle d'Ehlers et Clark (2000) appuie celui de Joseph, Williams et Yule (1997) en ce qui a trait aux réactions des proches qui influencent l'interprétation qu'aura la victime sur l'évènement potentiellement traumatique. Par contre, selon eux, des interactions sociales positives et négatives peuvent générer des interprétations négatives chez la victime. Les interactions avec les proches peuvent directement déclencher les symptômes de TSPT (évitement social/dépression) ou les maintenir (éviter la discussion). Par exemple, une personne pourrait croire qu'une offre d'aide par les proches signifie du soutien tandis que pour une autre cela pourrait correspondre au fait que

ces derniers la croient incapable de s'en sortir seule. Cette croyance peut être liée à de la dépression ou à une baisse de l'estime de soi. En contrepartie, ne pas offrir d'aide pourrait être interprété comme le fait que les proches ne sont pas présents pour aider ou encore qu'il vaut mieux éviter de parler de l'incident, ce qui pourrait entraîner de l'isolement et l'évitement. Au-delà de la qualité du SS perçu, il serait pertinent sur le plan clinique d'explorer les interprétations qu'ont les victimes. Pour terminer, la variable de sexe n'est pas prise en considération dans ces modèles. À la lumière de certaines études (Ahern et al., 2004; Andrews et al., 2003), il semble pertinent de l'intégrer dans les analyses statistiques de cette étude. Les résultats présentés par certains auteurs appuient l'hypothèse que les hommes et les femmes réagissent différemment aux réactions de leurs proches suite à un évènement potentiellement traumatique.

Objectif de ce mémoire

L'objectif général de ce mémoire est d'étudier l'évolution des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression sur une période d'un an suite à un évènement de VAT auprès des travailleurs en PJ, et ce, en fonction de la qualité du SS et du sexe des participants. Plus spécifiquement, le premier objectif est d'évaluer l'effet du SS perçu, soit positif ou négatif, sur les symptômes mentionnés précédemment. Le second objectif consiste à vérifier si les effets de la qualité du SS sur l'évolution de ces symptômes varient en fonction du sexe.

Compte tenu de la littérature sur la VAT, une première hypothèse émise consiste à proposer qu'un SS perçu positivement soit associé à moins de symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression. La perception positive du SS favorise la diminution des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression à travers le temps. Ensuite, de par les divers résultats d'études réalisés sur le SS, il est attendu que le SS perçu négativement soit associé avec davantage de symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression. Lorsqu'il y a présence de ces symptômes, il est attendu que ceux-ci s'estompent moins rapidement. Finalement, puisque plusieurs études révèlent des différences en fonction du sexe des participants, la dernière hypothèse suggère d'abord que le sexe sera un facteur de risque du développement des conséquences psychologique et dans un deuxième temps, que le sexe influencera l'effet de la qualité du SS perçu sur le développement des symptômes mesurés. Soit que les femmes seront davantage affectées par les effets du SS que les hommes.

Méthodologie

Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large subventionné qui porte sur l'efficacité d'une intervention post-traumatique offerte par une équipe de pairs-aidants formés. Plusieurs questionnaires mesurant divers indicateurs de santé sont compris dans ce projet, dont certains ont été sélectionnés spécifiquement pour ce mémoire.

Participants

Dans cette étude, les participants sont des employés qui proviennent de deux centres de protection de la jeunesse soit le CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal et CISSS Montérégie-Est. Le seul critère d'inclusion était d'avoir été exposé, comme victime ou témoin, à un événement potentiellement traumatique, plus précisément à un événement de violence, dans le cadre de leur travail. La liste de situations comprend : être victime de violence physique (p. ex., coup, attaque armée, voie de fait, morsure), être victime de violence verbale (p. ex., menace, intimidation), être victime d'agression sexuelle, être témoin de violence (p. ex., bagarre entre les usagers, geste d'automutilation), d'un geste suicidaire ou d'un décès par suicide.

Le recrutement s'est fait à l'intérieur du mois suivant l'évènement et la période de recrutement prévue s'est échelonnée sur une période allant de janvier 2016 à septembre 2019. Plusieurs méthodes ont été utilisées afin de rejoindre les différentes catégories d'employés en PJ et de s'assurer d'avoir le maximum de participants. Des courriels d'information sur ce projet ont été envoyés à intervalle de temps régulier à tous les employés qui possédaient une adresse courriel de l'établissement. Des annonces de l'étude ont été affichées via l'intranet du CIUSSS et du CISSS. Ensuite, lorsque les gestionnaires de premier niveau et/ou les membres des Services de santé et de la sécurité au travail ont été informés qu'un évènement de VAT avait touché un employé, ils leur proposaient de participer à l'étude. Au CIUSSS, les intervenants de l'équipe d'intervention post-traumatique faisaient une offre de participation à l'étude lors du premier contact téléphonique auprès de l'employé qui avait recours aux services de l'équipe suite à l'exposition à de la VAT.

Trois cohortes se sont formées naturellement, soit une première cohorte d'employés du CIUSSS qui recevait une intervention post-trauma donnée par une équipe de pair-aidant, une deuxième cohorte d'employés du CIUSSS qui recevait l'intervention post-trauma habituelle


(provenant de l'employeur et non d'une équipe de pair-aidant) et finalement une cohorte de travailleurs du CISSS dont le programme provenant de l'équipe de pair-aidant n'était pas offert, mais qui avait accès à l'intervention post-trauma usuelle. Un recruteur pivot a fait la promotion de l'étude auprès des intervenants en centre de réadaptation dans chacun des établissements afin de faciliter le recrutement et pour répondre aux questions sur place. Par la suite, dépendamment du mode de recrutement, les personnes intéressées ont contacté directement les membres de l'équipe de recherche ou elles ont rempli un formulaire de consentement autorisant l'équipe de recherche à les contacter.

Au T1, l'échantillon était composé de 152 femmes et 26 hommes pour un total de 178 participants. Les répondants comprenaient des agents des relations humaines (45), des éducateurs (103), divers spécialistes cliniques et du personnel administratif (30).

Procédure

	T1	T2	T3	T4
	0-30 jours	3 mois	6 mois	12 mois
Questionnaire sociodémographique				
ASDS				
PCL-5				
BAI				
BDI II				
QCSA				

Figure 1. – Instruments de mesure

Note. : ces symboles font références au mode d'administration des questionnaires soit électroniquement ou envoyé par la poste/données récupérées au téléphone (procédure alternative).

Les employés ont pu répondre en ligne aux questionnaires préalablement informatisés à l'aide de la plateforme Survey Monkey, l'option papier crayon était également offerte. Suite à un

événement de VAT, la participation au projet a été proposée à l'employé et celui-ci a été invité à répondre aux questionnaires durant le premier mois suivant l'évènement, ce qui correspond au premier temps de mesure (T1) de cette étude. La collecte de données comprend quatre temps de mesure au total, le T2 étant à trois mois, le T3 à six mois et le T4 à douze mois. Suite à la complétion des questionnaires, une compensation financière de 35\$ était remise aux participants après chaque temps de mesure.

Instruments de mesure

Informations générales

Dans un premier temps, un questionnaire sociodémographique a servi à recueillir les informations sur le participant. Ces informations générales comprennent le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expérience, le type d'évènement et des détails sur le type d'emploi (clientèle, milieu, poste, etc.).

Acute stress disorder scale (ASDS)

L'ASDS (Bryant, Moulds et Guthrie, 2000) est un questionnaire autorapporté qui vise à détecter la présence d'un trouble de stress aigu. Cette échelle comprend quatre sous-échelles qui correspondent aux différents critères diagnostiques du DSM-IV et les items correspondent aux symptômes de ce trouble. Ce questionnaire demeure pertinent malgré l'arrivée du DSM-5, car les symptômes sont demeurés similaires pour ce trouble. Les scores des sous-échelles s'additionnent pour obtenir un résultat total qui permet d'évaluer la sévérité du trouble. La version originale a été traduite en français par le Centre d'étude sur le Trauma, sous la direction de Stéphane Guay (codirecteur du Centre d'étude sur le Trauma, psychologue, chercheur et professeur titulaire à l'École de Criminologie et au Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal). Outre la traduction de cet instrument de mesure, Stéphane Guay dirige plusieurs projets de recherche et il est l'auteur de plusieurs articles. Ses intérêts concernent la prévention du TSPT ainsi que l'amélioration des interventions psychologiques liées à cette problématique. Il est uniquement possible de passer l'ASDS durant le premier mois suivant la VAT en raison des critères diagnostiques reliés au TSPT. Lorsque les symptômes persistent depuis plus d'un mois, la passation d'un autre instrument de mesure est de mise. C'est pourquoi ce questionnaire n'a été utilisé qu'au T1. L'ASDS comprend 19 items mesurés par une échelle Likert en 5 points : « pas du tout » (1) à

« tout à fait » (5). Un exemple d’item serait « Avez-vous tenté de façon persistante d’éviter de parler de l’évènement? ». Cet instrument possède une fidélité test-retest de $r=0,94$ et une validité prédictive de 0,91 (Bryant et al., 2000). Tel que mesuré dans cette étude, l’alpha de Cronbach est de 0,92.

Posttraumatic stress disorder checklist scale (PCL-5)

Cet instrument de mesure comprend quatre sous-échelles qui s’additionnent en un score composite qui permet d’évaluer la sévérité d’un TSPT (Weathers et al., 2013). La version française a été traduite par une équipe du Centre d’étude sur le Trauma, sous la supervision de Stéphane Guay. Il s’agit d’un questionnaire autorapporté comprenant 20 items qui correspondent aux critères du DSM-5 et ils mesurent l’intensité des symptômes vécue au cours du dernier mois sur une échelle Likert de cinq points allant de « pas du tout » (1) à « extrêmement » (5). Chaque énoncé débute par « Au cours du dernier mois, à quel point avez été dérangé par » suivi d’exemples de symptômes de TSPT (p.ex. « des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l’expérience stressante »). Le PCL5 possède une bonne validité interne, soit un alpha de Cronbach de 0,95 (Wortmann et al., 2016). Un résultat similaire a été obtenu auprès de l’échantillon de cette étude, soit un alpha de 0,96. La fidélité test-retest est de $r= 0,82$. La validité de convergence varie entre $rs= 0,74$ à 0,85 et celle de discrimination varie entre 0,31 et 0,60 selon les auteurs (Blevins et al., 2015; Wortmann et al., 2016).

Beck Anxiety Inventory (BAI)

Le BAI (Beck et Steer, 1993) est un questionnaire autorapporté qui vise à mesurer la sévérité des symptômes d’anxiété. Il comprend 21 items qui s’additionnent en un score composite. La version française (l’inventaire d’anxiété de Beck) traduite avec l’autorisation de l’auteur est utilisée dans cette étude. Cet instrument mesure la fréquence de comportements et il utilise une échelle de fréquence en quatre points soit « pas du tout » (0) jusqu’à « beaucoup » (3), un exemple d’item : « Incapacité de se détendre ». Le BAI possède une bonne validité interne, son alpha de Cronbach est de 0,90, alors que dans cette étude il est de 0,83, et la fidélité est de $r=0,75$. La validité de convergence varie entre 0,35 et 0,69 selon les études. (Grant, 2011; Osman et al., 1997).

Beck Depression Inventory II (BDI)

Le BDI II (Beck et al., 1996), version française, est un questionnaire autorapporté de 21 items. Le score total de cet instrument permet d'évaluer la présence et la sévérité des symptômes dépressifs. Chaque item mesure l'intensité d'une manifestation spécifique à l'aide d'une échelle *Likert* en quatre points dont l'étendue est de 0 à 3. Par exemple, pour l'item mesurant le pessimisme, les choix sont 0=Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir, 1= « je me sens plus découragé(e) qu'avant par mon avenir », 2= « je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi », 3= « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer ». Dozois et al. (1998) rapportent que le BDI II possède un alpha de Cronbach de 0,91 et une validité de convergence variant de 0,72 à 0,93. La cohérence interne au premier temps de mesure de cette étude est de 0,92.

Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété (QCSA)

Le QCSA (Guay et al., 2011) est un questionnaire autoadministré francophone créé par trois psychologues chercheurs spécialisés dans l'étude de l'anxiété. Il permet de mesurer la fréquence des comportements de soutien provenant d'un proche significatif identifié par le participant. Les questions s'appliquent spécifiquement aux situations qui sont anxiogènes et qui entraînent des manifestations d'anxiété du répondant. Il permet de mesurer la qualité du soutien social perçu par le participant. Le QCSA comporte 31 items et inclut deux sous-échelles, une première qui mesure le SS perçu négativement (22 items) et la deuxième qui évalue le SS perçu positivement (9 items). Cet instrument utilise une échelle de fréquence en 5 points qui va de « jamais » (5) à « toujours » (1). Un exemple d'item : Quand je vis une situation où je suis visiblement très anxieux(se) ou angoissé(e), il/elle: « ...me donne des conseils. ». Ce questionnaire possède une bonne validité interne, l'alpha de Cronbach (α) varie entre 0,86 à 0,90 selon les études. D'ailleurs pour la présente étude l'indice de cohérence interne est de 0,72. La fidélité test-retest est $r=0,56$ à 0,69 selon les études. Finalement, le QCSA possède une validité convergente de 0,45 (Guay et al., 2011).

Stratégie analytique

Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche longitudinal dont les variables mesurées sont de type quantitatif. Afin de suivre l'évolution des différents indicateurs de santé mentale

choisie, soit les symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression, des modèles linéaires mixtes ont été utilisés. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 25). Dans un premier temps, cette stratégie analytique permettra d'observer la trajectoire des symptômes aux quatre temps de mesure, mais également d'évaluer les effets de modulation en fonction du SS perçu positivement ou négativement. Il sera possible de comparer les effets d'un SS positif ou négatif sur l'évolution des symptômes. Les effets de modulation modérée seront mesurés en fonction du sexe du participant à l'aide de variables d'interaction. Tel que présenté dans la revue de la littérature, les analyses seront ajustées en fonction du type d'évènement de VAT. En ce qui concerne la gestion de l'attrition des participants, compte tenu du faible taux d'attrition (10,24%) la stratégie prévue de gestion des données manquantes consiste simplement à retirer les participants qui ont abandonné.

La pertinence du choix de cette stratégie analytique est appuyée par l'étude de Haagen, ter Heide et al. (2017). Leur étude porte sur des variables similaires (TSPT et ses prédicteurs), et ce, dans le but de suivre leur évolution à différents temps de mesure. Ces auteurs utilisent un modèle linéaire mixte auprès d'une population de réfugiés et chercheurs d'asile qui rencontrent les critères diagnostique d'un TSPT. Le choix de cette stratégie analytique permet de suivre l'évolution des symptômes de TSPT à différents temps de mesure tout en observant les effets des différents prédicteurs choisis. Ces chercheurs désiraient évaluer l'efficacité de traitements du TSPT et ils ont pu observer différentes trajectoires selon les groupes et les facteurs mesurés. Par exemple, selon la sévérité des symptômes dépressifs du participant au T0, la diminution des symptômes de TSPT varie. Donc, le score de TSPT d'un participant diminuera moins pour une personne ayant eu un score élevé dans l'échelle de dépression en comparaison avec une autre qui aurait eu un faible score dans cette échelle. Selon les résultats de ces auteurs, l'intensité des symptômes dépressifs a une influence sur la sévérité des symptômes de TSPT.

Considération éthique

Le consentement libre et éclairé de tous les participants a été obtenu au T1. Les questionnaires sont gardés sous clé au Centre d'étude du Trauma et seront détruits après cinq ans. L'approbation du projet fut obtenue en octobre 2015 par le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Le renouvellement de l'approbation fut

validé en septembre 2018. Les avantages prévus de ce projet ont été jugés surpassant les risques encourus.

Résultats

Statistiques descriptives

Le Tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. La majorité des participants sont de sexe féminin (85,3%) et 65,9% des participants ont un conjoint. L'âge des participants se situe entre 21 et 67 ans, et l'âge moyen est de 34,5 ans avec un écart-type de 8,64. Les participants ont entre 0,04 an (14 jours) et 29,81 ans d'ancienneté et la moyenne est de 8,9 ans avec un écart-type de 6,29. Pour le statut d'emploi, 70% de participants travaillent à temps plein, 26% sont à temps partiel régulier et 4% sont à temps partiel occasionnel. En ce qui concerne la formation principale des participants, 39,3% ont une formation technique (soit en éducation spécialisée, en assistance sociale ou en intervention en délinquance), 49,3% ont une formation professionnelle ou universitaire dans un domaine de sciences sociales (criminologie, psychologie, psychoéducation, sexologie ou travail social) et 11,3% dans un autre domaine d'étude. Ensuite, 92,7% des répondants est composé de personnel clinique. Finalement, 13,3% des participants se retrouvent dans la cohorte du centre de réadaptation de Montréal avec l'intervention post-trauma donnée par des pairs-aidants, 43,3% au centre de réadaptation de Montréal (sans intervention post-trauma donné par des pairs-aidant) et 42% dans la cohorte du centre de réadaptation de Montérégie où le programme d'intervention post-trauma par les pairs n'était pas offert, mais le protocole usuel était mis en place.

Modèles linéaires mixtes

Avant de procéder aux analyses, les postulats ont d'abord été vérifiés. Les postulats sont respectés, alors aucune modification n'a été effectuée afin de conserver le coefficient correspondant à l'échelle connue. Suite à la vérification des postulats, d'autres analyses préliminaires ont été réalisé afin de vérifier les effets de certaines variables de contrôle. Pour la variable de contrôle *Ancienneté*, son effet n'est pas ressort comme statistiquement significatif. Aucun lien significatif n'avait été mesuré entre les différentes cohortes (avec ou sans l'intervention post-trauma animé par un pair-aidant) sur les différentes variables dépendantes mesurées. Les

effets des différents temps de mesure sur la variable dépendante ont été calculés et ceux-ci ne se sont pas révélés significatifs. Par soucis de parcimonie, ces variables confondantes ont été retirées des modèles linéaires mixtes qui ont été utilisés pour mesurer l'évolution des variables dépendantes aux quatre temps de mesure.

Caractéristiques sociodémographiques des participants

	<i>n</i>	%
<i>Sexe</i>		
Homme	22	14,7
Femme	128	85,3
<i>Statut d'emploi</i>		
Temps partiel régulier	29	26
Temps partiel occasionnel	6	4
Temps plein	105	70
<i>Formation principale</i>		
Technique en éducation spécialisée	26	17,3
Technique en assistance sociale	6	4
Technique d'intervention en délinquance	27	18
Criminologie	21	14
Psychoéducation	21	14
Travail social	20	13,3
Sexologie	7	4,7
Psychologie	5	3,3
Autre	17	11,3
<i>Niveau d'étude</i>		
Secondaire	2	1,3
Collégial	48	32
Universitaire - Certificat	3	0,7

Universitaire – premier cycle	76	50,7
Universitaire – deuxième cycle	20	13,4
<i>État civil</i>		
Célibataire	42	28
Union libre	17	11,3
Conjoint(e) de fait	59	39,3
Marié(e)	23	15,3
Séparé(e)	6	4
Divorcé(e)	3	2
<i>Type d'emploi</i>		
Gestionnaire	3	2
Personnel administratif	2	1,3
Personnel clinique	139	92,7
Autre	3	4
<i>Cohorte</i>		
Montréal ÉIPT	20	13,3
Montréal sans ÉIPT	65	43,3
Montréal	63	42
Information manquante	8	1,3

Note. « Montréal ÉIPT » Fait référence à la cohorte qui a reçu l'intervention post-trauma par l'équipe de pair-aidant. « Montréal sans ÉIPT » fait référence à la cohorte qui n'a pas reçu l'intervention post-trauma par l'équipe de pair-aidant.

La première série de modèles d'analyse mesure l'association entre le SS (positif et négatif) et l'une des variables dépendantes. Pour les résultats du TSPT (voir Tableau II), les analyses révèlent qu'il y a une association positive ($\beta=0,146$, $p \leq 0,05$) entre le SS négatif et les symptômes de TSPT. Ensuite, le modèle présente une association positive ($\beta=0,100$, $p \leq 0,000$) entre l'anxiété et le SS négatif (voir Tableau III). Pour les symptômes de dépression (voir Tableau IV), l'association positive ($\beta=0,113$, $p \leq 0,001$) avec le SS négatif est ressortie des analyses. Ces résultats

signifieraient que plus un travailleur en PJ perçoit la qualité du SS reçu provenant de la part d'un proche comme étant négatif, plus il présente des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression.

Pour continuer, aucune association n'a été décelée entre le SS positif et le TSPT, l'anxiété, ni la dépression. Le Tableau V présente les résultats des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression lorsque les deux types de SS (positif et négatif) sont analysés dans un même modèle. Il est possible d'observer que l'effet du SS négatif demeure significatif, malgré la présence du SS positif. En ce qui concerne l'évolution des symptômes dans le temps, certains changements ont été mesurés. Pour le TSPT, au premier temps de mesure, 26% des participants avaient un score supérieur à 31. Selon les recommandations du National Center for PTSD (2020), ces participants rencontrent les critères diagnostic du TSPT et un plan de traitement est recommandé. Au T2, il reste encore 10% des participants qui présentent un score au-dessus de 31, et ce pourcentage demeure similaire jusqu'au T4. Lorsqu'on ajoute l'effet du SS négatif sur l'évolution des symptômes de TSPT ($\beta=0,113$, $p \leq 0,001$), les participants qui ont un score élevé de SS négatif présentent davantage de symptômes de TSPT et ces symptômes diminueront moins dans le temps que les participants ayant un plus faible score dans l'échelle de SS négatif (voir Figure 1). Pour les symptômes anxieux (Carney et al., 2011) et dépressifs, selon l'intensité des symptômes, on observe différentes variations dans le temps (voir Tableau VI). Les changements entre les temps de mesure ne sont pas statistiquement significatifs.

Pour l'anxiété, au premier temps de mesure, 15,3% des participants avaient un score égal ou supérieur à 16 pour le BAI. Selon Beck et Steer (1993), il s'agit du seuil clinique suggéré. Aucun participant n'a de score d'anxiété sévère et ce taux reste bas jusqu'au T4 (2,7%).

Finalement, pour la dépression, au T1, 24,6% de participant atteignait un score équivalent ou supérieur à 16 dans le BDI-II. Pour ce questionnaire, les recommandations du seuil clinique varient selon les populations (Smarr et Keefer, 2011) et ce score correspond à un résultat de dépression légère selon la classification générale.

Tableau I. – Résultats du modèle linéaire mixte pour les symptômes de TSPT

Paramètre	Soutien social positif			Soutien social négatif		
	β	Erreur standard	95% IC	β	Erreur standard	95% IC
<i>Modèle 1</i>						
Constante	16,043	2,910	[10,325;21,761]	6,235	2,314	[1,687;10,784]
Soutien social	-,130	,0848	[-,296;,0368]	,146*	,052	[,043;,249]
<i>Modèle 2</i>						
Constante	13,640	3,085	[7,578;19,702]	6,641	2,451	[1,824;11,457]
Sexe	19,980*	8,608	[3,062;36,899]	-2,245	6,806	[-15,623;11,132]
Soutien social	-,500	0,089	[-,226;,126]	,142*	,055	[,032;,251]
Interaction	-,688*	,262	[-1,203;-,173]	,014	,160	[-,300;,330]

Note. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tableau II. – Résultats du modèle linéaire mixte pour les symptômes d'anxiété

Paramètre	Soutien social positif			Soutien social négatif		
	β	Erreur standard	95% IC	β	Erreur standard	95% IC
<i>Modèle 1</i>						
Constante	8,620	1,557	[5,561;11,680]	3,322	1,258	[,851;5,793]
Soutien social	-,044	,044	[-,130;,043]	,100	,027	[,046;,154]
<i>Modèle 2</i>						
Constante	8,482	1,659	[5,22;11,742]	3,563	1,340	[,933; 6,194]
Sexe	1,285	4,521	[-7,598;10,169]	-1,813	3,444	[-8,854; 4,959]
Soutien social	-,033	,047	[-,126;,059]	,100*	,030	[,041;,158]
Interaction	-,085	,138	[-,356;,186]	,009	,081	[-,150;,169]

Note. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

Tableau III. – Résultats du modèle linéaire mixte pour les symptômes de dépression

Paramètre	Soutien social positif			Soutien social négatif		
	β	Erreur standard	95% IC	β	Erreur standard	95% IC
<i>Modèle 1</i>						
Constante	13,096	1.733	[9,690;16,502]	5,449	1,400	[2,697;8,201]
Soutien social	-,101	.049	[-,198;-,005]	,113**	,030	[,054;,173]
<i>Modèle 2</i>						
Constante	13,603	1.849	[9,970;17,235]	5,051*	1,486	[2,132;7960]
Sexe	-3,684	5.106	[-13,718;6,349]	3,947	3,973	[-3,860;11,755]
Soutien social	-,108*	.052	[-,211;-,006]	,131**	,032	[,067;,194]
Interaction	,058	.153	[-,243;,360]	-,147	,092	[-,329;,034]

Note. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

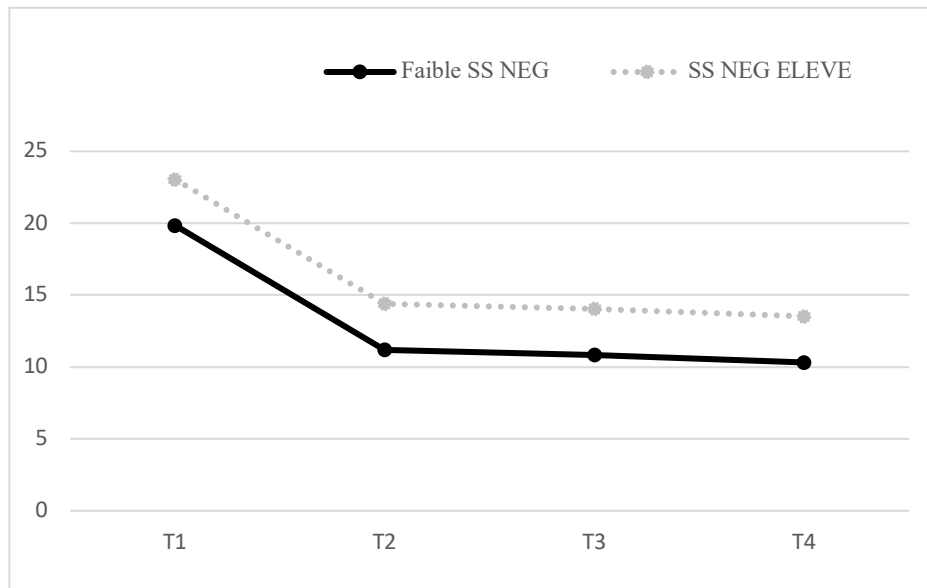


Figure 2. – Évolution des symptômes de TSPT en interaction avec le SS négatif

Dans un deuxième temps, la variable du sexe des participants a été rajoutée aux modèles, de même que l'effet de l'interaction entre le SS et le sexe sur les variables dépendantes. Pour la variable de TSPT (voir Tableau II), les résultats de l'analyse relèvent qu'il y a une association positive ($\beta=19,980, p \leq 0,05$) entre le sexe et le TSPT. Ce résultat signifie que les hommes ont davantage des symptômes de TSPT que les femmes. Ensuite pour les effets d'interaction du sexe et du SS positif avec le TSPT, l'association est négative ($\beta=-0,691, p \leq 0,05$). Ce résultat nous indique que les effets du SS positif sont plus importants chez les hommes que les femmes, ce qui signifie les hommes bénéficient davantage du SS positif. Donc, les hommes qui perçoivent le SS reçu comme étant positif se rétablissent plus rapidement de leurs symptômes de TSPT (voir Figure 2). Pour le SS négatif, aucun lien significatif n'est ressorti des analyses. Ensuite pour l'anxiété (voir Tableau III), les analyses n'ont pas détecté d'association avec le sexe ni avec son interaction avec le SS (positif ou négatif). Ces variables ne semblent avoir d'effet significatif sur les symptômes anxieux. Pour la dépression (voir Tableau IV), lorsqu'on ajoute le paramètre du sexe, une association négative est décelée entre la variable dépression et le SS positif ($\beta= -0,108, p \leq 0,05$). Cela signifierait que lorsque le SS est perçu positivement, il est moins à risque de développer des symptômes de dépression suite à l'évènement de VAT.

Tableau IV. – Évolution des symptômes anxieux et dépressifs

	Degré	T1	T2	T3	T4
Anxiété	Minimal	54%	62,7%	60,7%	68%
	Faible	30,7%	23,3%	22%	17,3%
	Modéré	15,3%	12,7%	14,7%	12%
	Sévère	0%	1,3%	2,7%	2,7%
Dépression	Minimal	72,7%	69,3%	72%	75,3%
	Faible	14%	18%	12%	11,3%
	Modéré	10,7%	8%	12,7%	10,2%
	Sévère	2,7%	4,7%	3,3%	4%

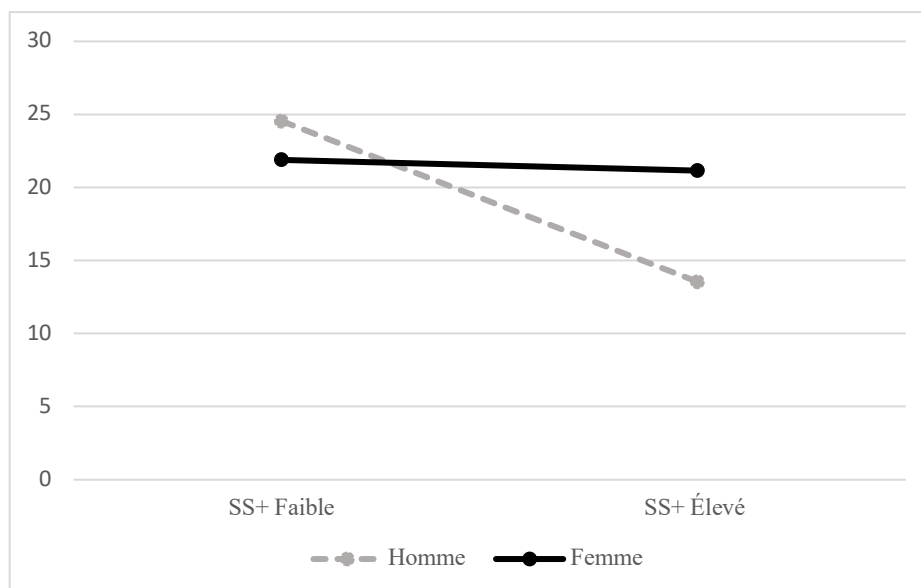


Figure 3. – Symptômes de TSPT : Effet de l'interaction entre le SS positif et le sexe

Discussion

Ce projet portait sur la santé mentale des travailleurs en PJ exposé à de la VAT. L'objectif principal de ce mémoire était d'examiner l'évolution des symptômes de TSPT, d'anxiété et de

dépression à travers le temps suite à un évènement de VAT de type 2 (provenant des usagers), et ce, en fonction de la qualité du SS perçu. L'objectif secondaire visait à observer si l'évolution de ces symptômes était modulée en fonction du sexe des participants. D'abord, il était attendu que le SS positif soit associé à moins de conséquences psychologiques et que celles-ci diminuent plus rapidement que lorsque le SS était perçu négativement. Dans un deuxième temps, l'hypothèse émise était que le SS négatif soit lié avec davantage de conséquences psychologiques et que celles-ci s'estompent moins rapidement. La dernière hypothèse formulée concerne le sexe des participants, soit que les femmes aient davantage de symptômes que les hommes et elles seront davantage influencées par la qualité du SS que les hommes. Plusieurs résultats statistiquement significatifs sont ressortis de cette étude. Lorsque les participants percevaient leur SS positivement, ceux-ci présentent moins de symptômes dépressifs. Alors que pour les symptômes de TSPT et d'anxiété, aucun effet bénéfique significatif n'a été mesuré pour le SS positif. Ensuite, lorsque les participants percevaient le SS négativement, ils présentaient davantage de symptômes de TSPT, d'anxiété et dépression. Finalement, en ce qui a trait aux différences selon le sexe des participants, des résultats significatifs sont ressortis uniquement pour le TSPT. Les hommes présentaient davantage de symptômes de TSPT que les femmes. Les hommes bénéficiaient davantage du SS positif que les femmes, car lorsque le SS est perçu comme positif, les symptômes de TSPT des hommes diminuent plus rapidement que ceux des femmes. Bref, dans cette section, les résultats de cette étude seront discutés en considération avec les connaissances actuelles.

L'effet du soutien social positif sur le TSPT, l'anxiété et la dépression

La première hypothèse émise suggérait que le SS positif soit corrélé négativement avec les symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression. Il était attendu que les individus qui perçoivent leur SS positivement ont des symptômes moins sévères et que ceux-ci diminuent plus rapidement. Cette hypothèse n'a été appuyée qu'auprès de la dépression. Aucune association statistiquement significative entre le SS positif le TSPT et l'anxiété n'a été mesurée, ce qui signifie ce type de SS n'a pas d'effet protecteur pour ces troubles. Les résultats du présent projet de recherche révèlent qu'il y a une association négative entre le SS positif et la dépression, et ce, uniquement lorsque la variable du sexe est ajoutée comme variable de contrôle dans le modèle.

Dans un premier temps, cette première hypothèse est infirmée pour le TSPT et l'anxiété. De manière plus instinctive, il est raisonnable de croire que le SS positif soit lié à des conséquences psychologiques moins sévères ou encore qu'il permette l'atténuation plus rapide des symptômes des participants. Des interactions sociales positives visent habituellement à « aider » l'autre. De manière générale, la présence de SS est identifiée comme le prédicteur le plus fortement corrélé à l'intensité des symptômes de TSPT (Ozer et al., 2008). Néanmoins, d'autres études se sont intéressées plus spécifiquement à la qualité du SS, dont la revue de Charuvastra et Cloître (2008). Ces auteurs rapportaient des études, utilisant autant des devis de type prospectif que rétrospectif, qui présentaient le SS positif comme un facteur de protection qui permettait d'atténuer les conséquences psychologiques d'évènements potentiellement traumatiques. Ces études sont moins récentes et s'intéressent surtout à une population de victimes d'agression sexuelle et majoritairement de sexe féminin (Conte et Schuerman, 1987; Hyman et al., 2003). Cette population diffère de celle de la présente étude et il est raisonnable de croire que les travailleurs en PJ possèdent des caractéristiques particulières en comparaison à des femmes de la population générale. Parmi les caractéristiques qui différencient ces deux types de population, une première divergence concerne le sexe des participants. En PJ, cette population est mixte (hommes et femmes) alors que les études mentionnées précédemment étudiaient un échantillon de femmes et selon certaines études, les femmes réagissent différent à la qualité du SS que les hommes (Ahern et al., 2004; Andrews et al., 2003 ; Békés et al., 2016). La troisième hypothèse de cette étude porte sur les différences en fonction du sexe, voire cette section pour une explication détaillée. En PJ, il existe des programmes pour venir en aide aux employés suite à des évènements tels que la VAT. Certains milieux offrent parfois des formations en amont (selon le poste) afin de prévenir ce type

d'évènement ou encore comment réagir dans le cas de VAT, donc les employés sont des adultes préparés à cette éventualité. Dans le cas des victimes d'agressions sexuelles, les personnes affectées peuvent être de tous âges et n'ont pas nécessairement de connaissance sur les comportements à adopter en cas d'agression ni comment réagir à la suite de l'incident. Ensuite, ce type d'évènement potentiellement traumatique n'appartient pas à la même catégorie de violence que celle mesurée dans la présente étude. Dans le contexte d'agressions sexuelles, l'agresseur n'est pas nécessairement un usager du service pour lequel la personne travaille, il peut s'agir de n'importe qui dans l'entourage de la victime. En lien avec le stigma associé à une agression sexuelle, il semblerait que les réactions des proches aient particulièrement plus d'impact sur le développement des symptômes de TSPT pour les victimes (Billette et al., 2005) que dans un contexte de VAT. Dans le contexte de travail, la relation avec l'agresseur est « professionnelle » et donc, il y a une certaine distance émotionnelle en comparaison avec un agresseur faisant partie de l'entourage de la personne. Alors, dans le cas où il s'agit d'un proche, par exemple un membre de la famille (parent, oncle ou tante), il y a davantage d'enjeux liés au dévoilement. Les victimes d'abus ont souvent peur de ne pas être crues, alors que dans un contexte de travail, il peut plus facilement y avoir des témoins pour appuyer. Les conséquences suite à un dévoilement sont différentes, pour une victime d'agression, cela aura des répercussions sur sa famille, par exemple le divorce, le déménagement de la victime pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement d'une personne qu'elle aime (Crisma et al., 2004). Le dévoilement est plus risqué et comprend beaucoup d'appréhension, donc il est raisonnable de croire qu'une réaction positive amène un soulagement important, en plus des autres bénéfices liés au SS positif. Tandis qu'en milieu de travail, les conséquences pour la victime touchent surtout, mais non uniquement, la sphère du travail et concernent majoritairement la victime. Dans le milieu de la PJ, la VAT provenant de la part des usagers est considérée comme normale, entraînant même un effet de banalisation de ce phénomène (Geoffrion et al., 2015). Selon ces auteurs, ce phénomène est associé à des croyances telles que demander de l'aide signifie que la personne est incompétente. Bien qu'une personne puisse recevoir du SS positif, il est possible qu'elle minimise l'impact de ce type de soutien, et ce, dans un biais de confirmation de ces croyances et dans le but d'éviter de la dissonance cognitive (par exemple, la remise en question des valeurs auxquelles la personne adhère et même véhicule). C'est pourquoi les interactions sociales positives ont donc peut-être moins d'influence sur l'interprétation que le travailleur peut faire suite à un évènement de VAT.

En contrepartie, les résultats de la présente étude s'accordent avec ceux d'autres études plus récentes qui se sont intéressés aux effets de la qualité du SS. Les études d'Andrews et al. (2003) et de Guay et al. (2011) n'ont pas trouvé de lien entre le SS positif et les symptômes de TSPT. Ces auteurs suggèrent même que le SS négatif serait un meilleur prédicteur que le SS positif pour déterminer la sévérité des symptômes. Dans l'étude d'Andrews et al., ils mesuraient les réactions de l'entourage suite à un crime violent. Leurs résultats rapportent que les réactions négatives et la satisfaction du SS sont associées à la sévérité des symptômes de TSPT, mais aucune association statistiquement significative n'est ressortie pour les réactions positives (*supportive*) de l'entourage. Dans cette étude, la satisfaction du SS illustre l'absence de réactions négatives. Ensuite, pour l'étude de Guay et al., le questionnaire utilisé était le QCSA, soit le même questionnaire employé dans la présente étude, pour mesurer la qualité du SS. Ces auteurs s'étaient intéressés à la population générale dont les participants répondaient aux critères diagnostiques du TSPT. Ils évaluaient si la sévérité des symptômes de TSPT, anxiété et dépression était en lien avec la qualité du SS. Les résultats de la présente étude sont donc cohérents avec ces auteurs et appuie donc que le SS positif n'apporte pas d'effet bénéfique en ce qui concerne les symptômes de TSPT et d'anxiété. Par conséquent, il est possible que le SS positif joue un rôle différent auprès des individus en post-trauma. Peut-être que ce SS répond à des fonctions différentes. Par exemple, selon Borja et al. (2006), des bénéfices et une croissance personnelle peuvent être mesurés suite à un événement potentiellement traumatique. Ces auteurs rapportent que ce phénomène se produit parallèlement à la détresse psychologique, alors il est possible que le SS positif et négatif aient des effets simultanés sur différentes conséquences. Peut-être que le SS positif n'a pas nécessairement d'effet direct sur les symptômes de TSPT et d'anxiété, mais qu'il permet d'autres types d'avantages.

Dans un deuxième temps, en ce qui a trait aux symptômes de dépression, les résultats de cette étude démontrent que lorsque les participants perçoivent leur SS positivement, ceux-ci développent des symptômes dépressifs moins sévères à tous les temps de mesure. Alors, il semblerait que le SS positif ait un effet protecteur contre la dépression. Les études qui se sont intéressées aux symptômes dépressifs et à la qualité du SS comportent certaines différences méthodologiques avec la présente étude (Andrews et al., 2003; Guay et al., 2011). Peu d'études se sont intéressées aux effets du SS en lien avec les symptômes dépressifs dans un contexte de VAT.

Les résultats indiquent surtout que les participants qui ont moins de symptômes dépressifs bénéficient de davantage de SS, surtout provenant de leurs pairs (Hsieh et al., 2016).

Tel que mentionné, les résultats de la présente étude qui rapportent que les participants percevant leur SS comme positif développent moins de symptômes dépressifs, vont à l'encontre des résultats d'Andrews et al. (2003). Ces auteurs s'intéressaient aux victimes de crime violent. Afin d'évaluer la qualité du SS, ils mesuraient spécifiquement les réactions de l'entourage suite à l'évènement. Le SS est évalué en fonction de la réaction à un évènement qui sort de l'ordinaire pour les participants et pour lequel les proches ne sont pas toujours équipés pour répondre adéquatement. Il est possible que certains membres de l'entourage aient des réactions négatives à l'évènement, mais que de manière générale, ils offrent un SS qui pourrait être perçu positivement. En comparaison, le questionnaire de la présente étude s'intéresse aux interactions sociales en situation de stress de manière plus globale, et non uniquement à leur réaction à la VAT, et ce provenant d'une seule source de SS. Tel que mentionné précédemment, dans le contexte de cette étude, les travailleurs en PJ ont plutôt tendance à percevoir les évènements violents « faisant partie de leur travail » (Geoffrion et al., 2019). En raison de ce contexte particulier, même si les réactions de l'entourage sont variées, il est possible que tant qu'une personne de confiance de la victime continue d'offrir un SS positif, cela puisse avoir un effet bénéfique pour la personne.

Pour continuer, l'étude de Guay et al. (2011) a évalué l'association entre la qualité du SS et les symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression. Les critères de sélection de cette étude sont assez précis. Les participants devaient remplir les critères diagnostiques d'un TSPT. Ils étaient avisés qu'ils devraient participer à une psychothérapie. Finalement, le conjoint ou le partenaire devait être présent et s'impliquer dans le processus thérapeutique. Les auteurs de cette étude n'ont pas mesuré de lien significatif entre le SS positif et les symptômes dépressifs, contrairement aux résultats de la présente étude. La population de l'étude de Guay et al. comprend des gens de la population générale ayant un TSPT, alors que cette étude s'intéressait à une population de travailleurs en PJ qui n'avait pas nécessairement un TSPT. Puisque les participants de l'étude de Guay et al. devaient obligatoirement répondre aux critères diagnostiques d'un TSPT, cette population n'inclut pas les individus ayant vécu un évènement potentiellement traumatique, mais qui n'aurait pas développé un TSPT. Dans la présente étude, la source de SS n'était pas nécessairement le conjoint ou partenaire, mais une personne au choix des participants. Pour l'étude

de Guay et al. , la réaction au SS positif suite au trauma s'est manifesté uniformément pour le TSPT, l'anxiété et la dépression, alors qu'il est raisonnable de croire que les symptômes dépressifs peuvent évoluer différemment que ceux des autres troubles. Il est donc possible que les gens plus susceptibles de développer des symptômes de dépression possèdent des caractéristiques qui leur sont propres.

Sur le plan théorique, la revue de Marroquín (2011) présente les mécanismes pouvant expliquer les effets du SS sur le développement des symptômes dépressifs. Selon cet auteur, la régulation des émotions sert de médiateur entre la relation entre le SS et la dépression. Donc, les interactions sociales influencent la manière dont une personne régule ses émotions. Comme le modèle de Joseph et al. (1997), les réactions de l'entourage peuvent modifier l'évaluation et l'interprétation de la situation. Marroquín explique que les gens avec des symptômes dépressifs ont comme biais cognitif la tendance à porter davantage attention sur les aspects négatifs et à avoir plus de difficulté à considérer ceux positifs dans une situation donnée. Lorsqu'un proche met plutôt l'accent sur ce qui est positif, il peut aider la personne à considérer cet aspect et interpréter la situation sous un nouvel angle. Donc, pour une personne qui perçoit son SS comme positif, il est possible que le SS aide la victime de VAT à contrer ce biais. Il est possible de suggérer que les individus qui perçoivent leur SS comme étant positif ont moins tendance à s'engager dans un processus de co-rumination. En effet, la tendance à coruminer est associée aux symptômes de dépression (Uchida et Yamasaki, 2008). Bref, il est possible que les gens qui perçoivent leur SS positif s'entourent de gens qui les aident plutôt réévaluer positivement les situations qui leur arrivent en se concentrant sur le positif et qui ont un discours moins négatif (moins de corumination). Finalement, puisque le modèle présenté par Marroquín ressemble à celui de Joseph et al., mais qu'il se démarque par l'ajout de la notion de régulation des émotions, il serait intéressant d'explorer davantage cette notion pour mieux comprendre son rôle sur les symptômes dépressifs.

Pour terminer, certaines études ont mesuré la satisfaction au SS reçu. Cette variable permet parfois de mieux prédire la sévérité des symptômes que le SS positif (Andrews et al., 2003; Borja et al., 2006; Linley et Joseph, 2004). Il serait intéressant d'explorer si cette variable permet de mieux prédire la sévérité des conséquences psychologiques suite à la VAT. En mesurant le degré de satisfaction de la personne, on prend également en considération la réponse aux besoins de celle-ci. Selon le modèle d'Ehlers et Clark (2000), l'interprétation que la personne se fait du SS importe

dans sa perception. Alors une même réaction de l'entourage peut être évaluée différemment selon la personne. Par exemple, quelqu'un qui reçoit beaucoup de soutien peut avoir la croyance que son entourage le trouve incapable de s'en sortir seul. Il pourrait percevoir négativement le SS reçu, bien que les interactions soient positives. Donc en prenant en compte la satisfaction de la personne, on vérifie si elle reçoit du SS qui répond à ses besoins que ce soit un besoin d'être entourée ou encore d'avoir des moments de solitude. Dans tous les cas, il serait important de vérifier auprès de la victime de VAT ses interprétations du SS offert.

L'effet du soutien social négatif sur le TSPT, l'anxiété et la dépression

La deuxième hypothèse suggérait que le SS négatif augmente la sévérité des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression, donc les résultats de cette étude soutiennent cette dernière. Il était attendu que le SS négatif soit associé à la présence et au maintien des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression. Les résultats de cette étude relèvent que plus les individus perçoivent leur SS comme étant négatif, plus les symptômes présentés sont sévères en plus de diminuer moins rapidement dans le temps. La revue de la littérature de Charuvastra et Cloître (2008) qui explore l'influence du SS sur les liens entre la santé mentale et le trauma indique clairement que le SS est un des facteurs ayant un impact important sur le développement des conséquences psychologiques suite à ce genre d'évènement. Ces auteurs présentent plusieurs études qui étayent que l'absence de SS, tout comme la perception du SS négatif engendre des effets nocifs pour la santé mentale. Selon certaines de ces études (Andrews et al. 2003; Guay et al., 2011), le SS négatif serait un meilleur prédicteur de la sévérité des symptômes de TSPT que le SS positif. L'étude de Guay et al. (2011) qui s'intéressait à une population qui répond aux critères diagnostiques du TSPT, mesurait les symptômes d'anxiété et de dépression. Selon ces auteurs, le SS négatif prédit mieux les symptômes de ces différents troubles que le SS positif. La conclusion de ces auteurs concorde avec les résultats de la présente étude. Lorsque les variables de SS négatif et positif sont réunies dans un même modèle statistique, les effets du SS négatifs demeurent significatifs malgré la présence du SS positif. Il semblerait que bien que la présence du SS positif soit souhaitable, elle ne semble pas permettre d'annuler les effets du SS négatif, ceux-ci resteraient donc présents et potentiellement nuisibles au rétablissement. Il serait intéressant que des recherches futures s'intéressent davantage au rôle et à l'interaction entre ces deux types de SS pour mieux comprendre leur influence respective sur la santé mentale des victimes d'évènements potentiellement traumatiques.

Pour continuer, les études qui s'intéressent aux facteurs pouvant contribuer au développement d'un TSPT suggèrent que le SS est l'un des facteurs ayant le plus d'influence (Charuvastra et Cloître, 2008; Ozer et al., 2008). D'ailleurs, le modèle cognitif explicatif du TSPT d'Ehlers et Clark (2000) propose que le SS post-événement contribue au développement et au maintien des symptômes de TSPT. Selon ces auteurs, le maintien des symptômes s'explique par la manière dont l'individu intègre l'évènement potentiellement traumatique et par les réactions suscitées qui s'ensuivent suite à son dévoilement. Les individus qui ont des évaluations négatives de l'évènement seront plus à risque de développer un TSPT. De plus, les réactions de l'entourage peuvent influencer ces évaluations, de manière positive ou négative, agissant en interaction avec l'évaluation initiale de la victime. À la suite de l'évènement potentiellement traumatique, les proches ont parfois de la difficulté à savoir comment réagir. Ils encouragent parfois involontairement des méthodes inadéquates de gestion des émotions et influencent l'interprétation de l'évènement. Par exemple, en évitant d'en parler ou en critiquant la perception de l'évènement de la victime, les membres de l'entourage pourraient alimenter le blâme, la honte et la culpabilité de cette dernière. Alors quelqu'un qui possède déjà une évaluation négative de l'évènement potentiellement traumatique et qui reçoit du SS négatif pourrait voir son sentiment de culpabilité et de honte augmenter, exacerbant l'utilisation de l'évitement, ce qui résulte au maintien des symptômes. Bref, les résultats de cette étude appuient le modèle théorique d'Ehlers et Clark puisque plus un participant perçoit son SS comme étant négatif, plus il présente de symptômes de TSPT et moins ceux-ci vont diminuer.

L'influence du sexe sur l'effet de la qualité du soutien social

La troisième et dernière hypothèse visait à déterminer les effets différentiels selon le sexe des participants. Sur le plan de la sévérité des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression, il était attendu, selon la littérature, que les femmes présentent davantage de symptômes que les hommes (Tolin et Foa, 2006). Or les résultats de la présente étude démontrent que ce sont les hommes qui sont le plus à risque de développer des symptômes de TSPT. Ensuite, il était présumé que le sexe joue un rôle modérateur sur la relation entre la qualité du SS et des conséquences psychologiques de la VAT. Selon Ahern et al. (2004) et Andrews et al. (2003), les effets du SS sont exacerbés lorsque les participants sont de sexe féminin. Donc, lorsque le SS est négatif, il nuit davantage aux femmes et lorsqu'il est positif, celles-ci en bénéficient davantage que les hommes.

Les résultats de la présente étude rapportent plutôt que ce sont les hommes qui bénéficient des effets du SS positif lorsqu'ils présentent des symptômes de TSPT.

Dans un premier temps, les résultats de la présente étude ne concordent pas avec la littérature concernant la prévalence du TSPT suite à un trauma. La méta-analyse de Tolin et Foa (2006) propose plutôt que les femmes sont plus à risque de rencontrer les critères diagnostiques d'un TSPT suite à un événement potentiellement traumatique, et ce, peu importe le type d'évènement. Selon cette méta-analyse, la sévérité des symptômes serait plus importante chez les femmes que les hommes. Street et Dardis (2018) font une revue de la littérature en utilisant une perspective qui s'appuie sur le processus de construction sociale en fonction du sexe des individus. Selon les normes sociales, certains comportements et traits de personnalité sont attendus de l'individu selon son sexe. Ces auteurs affirment que ces attentes affectent l'expérience des individus, autant dans leur interprétation que dans l'expression de la détresse et des symptômes de santé mentale. Ces auteurs présentent plusieurs exemples illustrant comment les caractéristiques attribuées au rôle sexuel peuvent influencer l'exposition à certains types de traumas, mais aussi les réactions des individus à ceux-ci. L'expérience du trauma peut varier selon le sexe des participants. Par exemple, les statistiques sur les crimes rapportent que lorsque les hommes sont victimes d'agressions physiques, l'incident se produit généralement dans un lieu public et l'agresseur est un inconnu. Tandis que pour les femmes qui sont victimes d'agression physique, l'agresseur est souvent le partenaire amoureux et cela se produit à la maison. L'expérience des femmes est caractérisée par un sentiment de trahison et se produit dans un contexte plus complexe d'abus psychologique et de contrôle, entraînant une perte du sentiment de sécurité à la maison. L'ensemble de ces facteurs augmente les risques de développer un TSPT pour les femmes. Bref, la méta-analyse de Tolin et Foa indique clairement que les femmes sont plus à risque de présenter des symptômes de TSPT suite à un événement potentiellement traumatique. Néanmoins, bien que Tolin et Foa affirment que les femmes sont plus à risque, et ce, peu importe le type d'évènement, la revue de la littérature de Street et Bradis nous permet de comprendre comment les attentes découlant du processus de socialisation sexuelle justifient cette différence. Les normes sociales attribuent certains traits de personnalité attendus en fonction du sexe des participants. Pour les hommes, la prise de risque, la force physique et la domination sont des caractéristiques les mettant plus à risque d'être victime de violence, ce qui permet possiblement d'expliquer pourquoi les hommes de cette étude sont plus affectés par le TSPT que les femmes. Les hommes sont peut-être plus à risque de

se mettre dans des situations plus dangereuses que les femmes. Alors que le rôle féminin étant plutôt associé à la bonté, la soumission et la communication, il est plausible que les participantes de cette étude, bien que victime de VAT, réussissent à éviter une escalade de la violence, les exposant différemment à la violence. Ces auteurs prennent en considération la population générale, qui englobe une population hétérogène ne correspondant pas nécessairement aux caractéristiques de l'échantillon de la présente étude. Par exemple, dans le contexte de travail, la violence se produit dans le même contexte autant pour les hommes que les femmes et l'agresseur n'est ni un inconnu, ni un partenaire intime. En comparaison à la population générale, ou aux victimes d'agressions physiques ou sexuelles, il y a moins de facteurs pouvant favoriser le développement de symptômes de TSPT pour les femmes de cette étude. Bien que le contexte soit similaire pour tous les participants, il demeure fort probable que l'expérience à la VAT soit vécue différemment par les hommes et les femmes. Tel que suggéré précédemment, en raison des critères attendus par la société, il est possible que les hommes soient davantage exposés à des événements de violence physique, créant un effet d'accumulation et les rendant plus réactifs. Cette hypothèse permet d'expliquer partiellement pourquoi ces derniers sont plus affectés.

Pour continuer, les résultats de Pilh-Thingvad et al. (2019) offrent une autre piste pouvant expliquer pourquoi les hommes de la présente étude sont plus affectés par le TSPT que les femmes. Ces auteurs rapportent que la sévérité et la fréquence de la violence prédisent l'intensité du TSPT. Pilh-Thingvad et al. se sont intéressés à une population d'éducateurs sociaux travaillant auprès d'une clientèle handicapée. Ils proposent l'hypothèse que ce soit en lien avec un processus de sensibilisation à la VAT où le seuil de réactivité aux événements diminue. Les résultats de cette étude appuient ceux de McFarlane (2010; 2012) qui suggèrent que le TSPT résulte parfois d'une exposition répétée et prolongée d'événements de VAT et non à l'exposition d'un événement unique. Malgré la formation professionnelle et la préparation à ce type de situation, les employés victimes continuent de travailler dans un environnement où ils peuvent être traumatisés à de multiples reprises, et ce, durant de longues périodes de temps. La revue de la littérature de Guay et al. (2015) qui s'intéresse à la prévalence de la violence physique dans le milieu du travail rapporte que les hommes en sont plus fréquemment victimes que les femmes. Bien que les conséquences de la violence psychologique et verbale ne soient pas à négliger, à la suite des résultats de ces diverses études sur la VAT, il est raisonnable de poser l'hypothèse que les hommes sont plus susceptibles d'être victimes d'agressions physiques répétées dans le cadre de leur emploi, les mettant plus à

risque de développer un TSPT. Il serait pertinent d'aller vérifier la fréquence et le type de violence à laquelle sont exposés les participants de la présente étude.

Pour terminer, Tragno et al. (2017) propose une autre hypothèse pertinente pouvant expliquer pourquoi ce sont les participants de sexe masculin de la présente étude qui sont les plus atteints par le TSPT. Ces auteurs désiraient mettre de l'avant que dans le contexte de VAT, l'identité de genre de la victime permet de prédire les symptômes de TSPT. Ces auteurs utilisent la classification de Bem (1975) qui comprend quatre catégories de genre soit féminin, masculin, androgyne et indifférencié. Les résultats de Tragno et al. confirment leurs hypothèses; ils avaient émis que les individus androgyne et féminin développent moins de symptômes, car ils possèdent de meilleures capacités d'adaptation. Alors que les individus classés masculin développent davantage de conséquences psychologiques. Selon ces auteurs, les individus qui s'identifient plus fortement au modèle masculin ne sont pas nécessairement plus résistants aux effets du trauma. À l'inverse, ces individus sont plus vulnérables, car ils se retrouvent face à une remise en question de leur construction identitaire. Un sentiment d'impuissance peut survenir, car l'individu est confronté à ses propres limites, ce qui peut entraîner une perte de confiance en soi. Afin de définir à quel genre appartenait un individu, Tragno et al. ont utilisé le Bem Sex Role Inventory. Ce questionnaire comprend 60 items qui représentent des caractéristiques de la personnalité. Dans le cadre de la présente étude, la variable de sexe uniquement a été choisie par souci de parcimonie, à la lumière des résultats de Tragno et al., il serait intéressant d'utiliser cette variable dans des recherches futures. En effet, celle-ci pourrait s'avérer plus pertinente, car utilisant une échelle qui mesure les traits de personnalité des participants il est peut-être possible d'aller chercher davantage de nuances, permettant de prédire avec plus de précision. Il serait intéressant de voir si les différentes identités de genre ont un impact sur le développement même des symptômes ou une influence sur le maintien, par exemple dans les stratégies de gestion des émotions. En lien avec cette hypothèse, Geoffrion et al., (2015; 2017) rapportent la présence du phénomène de banalisation de la VAT auprès de travailleurs en services de santé et des agents des forces de l'ordre. Selon ces auteurs, les travailleurs perçoivent la violence comme une partie intégrante de leur travail. Par conséquent, les travailleurs développent la croyance que se plaindre en cas de victimisation à la VAT est inadéquat et pourrait même témoigner de leur incompétence. Cette banalisation de la violence rend le sujet tabou et stigmatisé. Selon Geoffrion et Ouellette (2013), ce phénomène est présent dans les centres de réadaptation en PJ. Il est possible que cette culture de normalisation de la VAT soit présente de

manière générale auprès des travailleurs en PJ. Selon Geoffrion et al. (2015), les hommes ont plus tendance à normaliser que les femmes. Une explication à ces résultats concerne les valeurs de la société qui prône que les hommes doivent se montrer plus forts et moins se laisser affecter émotionnellement (Johnson et al., 2007). Il serait intéressant d'aller vérifier à quel degré les individus qui se classent comme masculin ont intégré ces valeurs du rôle masculin.

Ensuite, la deuxième partie de l'hypothèse stipulait que les femmes soient plus sensibles à la qualité du SS que les hommes, les résultats de la présente étude rapportent plutôt que ce sont les hommes qui bénéficient davantage du SS lorsqu'il est perçu positivement. Ces résultats vont à l'encontre de la littérature. Néanmoins, dans le contexte de la présente étude, il est possible que ces résultats soient de faux positifs, soit le résultat d'une erreur de type I. Sur le plan méthodologique, en raison de certaines caractéristiques de l'étude, il serait prudent de nuancer l'interprétation de ces résultats. D'abord, en ce qui a trait à la taille de l'échantillon les hommes ne représentaient que 14,7% des participants. Ce nombre restreint de participants masculins réduit la puissance des analyses statistiques. Dans cet échantillon, les hommes présentent des scores plus élevés de TSPT, il semblerait que les participants masculins de cette étude soient particulièrement symptomatiques. Toutefois, il faudrait aller vérifier s'ils sont réellement représentatifs de la population des hommes qui travaillent en PJ. Le recrutement ne permettait pas la création d'un échantillonnage aléatoire, alors il est possible que les hommes recrutés dans cette étude aient un profil plus homogène que prévu. En obtenant un plus grand échantillon avec davantage de variances sur les scores de l'échelle de TSPT, il serait possible d'aller réellement observer si les variations dans le temps sont liées à la qualité du SS. Pour remédier à ce type d'erreur, les prochaines études qui s'intéresseront à l'influence du SS selon le sexe des participants devront s'assurer d'obtenir un plus grand échantillon et si possible, l'obtenir de manière aléatoire. Il n'est pas surprenant que la seule association statistiquement significative qui ressort des analyses soit en lien avec le SS et les hommes pour les symptômes de TSPT. Pour l'anxiété et la dépression, la majorité des participants avaient des scores faibles ou modérés. Puisque les hommes présentaient plus de symptômes que les femmes, dès que ce score diminue, il est statistiquement plus facile de mesurer une association avec une autre variable.

Implications cliniques

Ce projet contribue à mieux comprendre l'évolution des conséquences psychologiques de la VAT selon la qualité du SS auprès de travailleurs en PJ, et ce, en fonction du sexe. Les résultats de cette étude appuient l'importance de prendre en considération la santé mentale des travailleurs exposés à la violence dans leur milieu de travail. Tel que mentionné dans la revue de la littérature de Lanctôt et Guay (2014), l'exposition à la VAT entraîne plusieurs conséquences psychologiques telles que des symptômes de TSPT, d'anxiété ou de dépression. De manière plus concrète, il serait souhaitable de veiller à la santé mentale des employés afin de s'assurer de la qualité des services offerts. Lorsque les travailleurs sont aux prises de différentes conséquences psychologiques, ceux-ci sont moins fonctionnels et donc moins disponibles aux besoins de la clientèle. Par ailleurs, Tremblay et Joly (2009) suggèrent que le taux de roulement en centre de réadaptation est en lien avec la charge de travail trop élevée, des conditions difficiles et de l'insatisfaction des travailleurs. Les auteurs expliquent que le roulement de personnel apporte une discontinuité des services, alors que cette continuité est particulièrement importante auprès de cette clientèle dont l'instabilité relationnelle est présente. Puisque la VAT engendre plusieurs conséquences sur la santé des travailleurs, il serait pertinent de s'assurer que des interventions soient mises en place pour prévenir les risques de développement divers types de symptômes de santé mentale. Outre la gestion post-événement, un certain travail en amont pourrait être effectué afin de s'assurer que les employés se sentent à l'aise de dévoiler les situations de VAT, et ce, dans le but de favoriser la recherche d'aide. Puisque la banalisation de la violence semble présente dans plusieurs milieux de travail (Geoffrion et al., 2015; 2017; Geoffrion et Ouellet, 2013), il faudrait d'abord s'assurer que les valeurs véhiculées n'alimentent pas la croyance que la VAT est stigmatisée et tabou. Les chefs d'équipe et les superviseurs cliniques pourraient encourager leurs collègues à partager leurs expériences afin de normaliser, non pas la VAT, mais les réactions survenant suite à celle-ci. Une attention particulière pourrait être portée selon le sexe, ou même le genre, des participants. Certains individus sont susceptibles de croire que de se "plaindre" de la VAT, en raison de leur sexe biologique et des valeurs intériorisées selon le rôle sexuel auquel ils s'identifient. Lors de la promotion de valeurs visant à normaliser la discussion autour de la VAT, il serait pertinent de demeurer sensible au biais que les individus peuvent avoir développé et adapter l'intervention selon ceux-ci. Bref, ces multiples conséquences psychologiques peuvent donc nuire au professionnalisme des travailleurs

victimes de VAT, et ce, incluant les psychoéducateurs et les autres intervenants travaillant dans le milieu qui utilisent une approche psychoéducative.

Ensuite, cette étude permet d'appuyer l'importance d'une recherche de SS qui soit réellement bénéfique pour la personne. Tels que les études plus récentes sur le SS (*voir la revue de Charuvastra et Cloître, 2008*), les présents résultats appuient que le SS négatif prédit mieux la sévérité des différentes conséquences psychologiques que le SS positif. Contrairement aux études qui mesurent la simple présence du SS (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2008) il est important de s'attarder à la qualité de ce SS. Il serait bénéfique de sensibiliser les travailleurs aux notions de qualité du SS. En particulier, il serait important de les guider afin de favoriser le choix d'une source de SS adéquate, et ce, notamment afin d'éviter celles où ils recevront des interactions négatives. Ces résultats sont donc particulièrement intéressants à prendre considération en ce qui a trait au rôle-conseil en psychoéducation. Il serait pertinent que les psychoéducateurs soient au courant de l'importance du SS. Lorsqu'ils pratiquent leur rôle-conseil, ils pourraient s'assurer que leurs pairs comprennent bien le concept de SS. En vérifiant que ceux-ci connaissent l'importance du SS, par exemple en rappelant les différents types de SS qui existent et en discutant avec eux des besoins de la personne selon sa situation. Ainsi, ils pourront aider la personne à mieux identifier ses besoins et cibler le type de SS qui lui permettra d'y répondre de manière satisfaisante selon la situation. De plus, le psychoéducateur pourra informer la personne de l'importance de la qualité du SS (positif ou négatif) afin de guider celle-ci vers l'évitement de SS négatif. De manière plus concrète, le psychoéducateur pourra créer un schéma illustrant le réseau social de la personne et l'aider à trouver comment aller chercher l'aide dont elle a besoin. Cette attention portée à la qualité SS est pertinente dans diverses étapes de la démarche psychoéducative. En phase d'observation, une de ces centrations devrait directement concerner la qualité du SS. L'intervenant pourrait vérifier auprès de la victime de VAT quelle est sa perception des interactions qu'elle reçoit de son entourage. Au niveau de l'évaluation psychoéducative, il serait pertinent de prendre plus souvent l'habitude d'évaluer la qualité du SS perçu, et non seulement sa présence. Par soucis, de rigueur, l'utilisation de questionnaire tel que le QCSA pourrait bonifier l'évaluation, sinon, le psychoéducateur pourrait au moins avoir en tête certains critères à évaluer lors des entrevues. Il serait intéressant de faire une évaluation post-situationnelle suite aux interventions posées. À cette étape, le psychoéducateur peut valider auprès de la victime ses perceptions et ses interprétations.

Ainsi, les interventions pourront être ajustées selon les interprétations de la personne, et ce, dans le but de s'assurer que celles-ci correspondent réellement à ses besoins.

Les résultats de cette étude peuvent également contribuer à bonifier sur la structure d'ensemble. Que ce soit dans le but de créer un programme qui porte uniquement sur le SS et ses effets, ou encore sur des interventions post-traumas en milieu de travail, des objectifs devraient concerner le SS. Il serait important que les animateurs des activités aient en tête ces objectifs, afin qu'ils s'assurent non seulement de donner de l'information adéquate, mais eux-mêmes d'intervenir de manière à offrir du SS qui ne sera pas perçu négativement. Alors, dans le cas où le programme ne concernerait pas uniquement le SS, par exemple dans un programme dans lequel les interventions post-trauma sont données par une équipe de pair-aidant formé, certains ateliers de leur formation pourraient inclure le SS comme un des thèmes. Le but serait d'aider les gens à mettre en pratique de nouveaux comportements « aidant » et renforcer les interactions qu'ils utilisaient déjà. Ce type de programme pourrait être offert à tous les travailleurs, et non pas seulement à ceux exposés à de la VAT ou à ceux qui demandent de l'aide suite à un incident. Ou encore, des ateliers sur ce thème pourraient être intégrés aux formations obligatoires dans les milieux les plus à risque de VAT. Le but serait de sensibiliser tous les travailleurs à l'importance des réactions de l'entourage d'une victime de VAT sur la santé mentale de cette dernière. Idéalement, le but serait de normaliser qu'une victime de VAT présente des réactions suite à l'évènement et d'encourager les travailleurs à demander du soutien. Ultimement, en faisant la promotion de ces idées, l'objectif serait de contrer l'effet de banalisation de la VAT. Plutôt que de croire que puisque la VAT fait « partie de la job » et qu'un travailleur est « faible ou incompetent » lorsqu'il demande de l'aide, il serait considéré comme « normal » d'aller chercher de l'aide suite à ce genre d'évènement.

Il serait intéressant de sensibiliser les gens à devenir des sources de SS positif. Puisque le SS positif apporte d'autres effets bénéfiques tel que la croissance personnelle (Linley et Joseph, 2004; Borja et al., 2006), il serait pertinent de trouver comment l'utiliser comme levier d'intervention. Puisque le SS négatif exacerbe les conséquences psychologiques, il pourrait être intéressant d'enseigner aux autres travailleurs en quoi consistent des interactions qui pourraient être perçues négativement, et ce, dans le but de les initier à être moins à risque d'offrir du SS négatif aux autres.

L'utilisation d'un devis longitudinal a permis de suivre l'évolution des symptômes des participants. Il est donc possible d'observer des trajectoires selon les différents profils des participants. En comparant les différentes trajectoires, il est possible d'observer quels sont les facteurs qui semblent prédire les différents symptômes étudiés. Cette étude apporte d'intéressantes contributions cliniques. Elle appuie l'importance qu'il faut accorder au SS négatif, car des effets néfastes sont ressortis pour tous les types de symptômes mesurés. Puisque l'impact de ce type de SS ressort significativement, il sera intéressant de trouver des manières d'en réduire les effets ou de diminuer les sources de SS négatif dans l'entourage de la personne.

Limites et forces de cette étude

Ce projet de recherche comporte quelques limites à prendre en considération et qui peuvent influencer les résultats ou leurs interprétations. De par la nature de l'étude, des groupes se sont formés naturellement et il n'était pas possible d'assigner aléatoirement les participants à un groupe en particulier. Ensuite, la participation était volontaire et rémunérée et ce type d'échantillonnage peut entraîner la possibilité d'un biais. Les participants peuvent être des individus qui s'intéressent particulièrement à ce sujet de recherche ou des personnes surtout motivées par le gain monétaire qu'ils en retireront. Aussi, il est impossible de savoir si les gens qui refusaient de participer partagent des caractéristiques communes qui ne pourront donc pas être prises en compte dans les résultats de l'étude.

Ensuite, une autre limite consiste au nombre peu élevé d'hommes dans l'échantillon. Encore une fois, il n'est pas possible de savoir si ceux qui ont préféré s'abstenir comportent un profil d'employés qui partagent des caractéristiques communes et qui ne pourront pas être évalués dans cette étude. Or bien que la proportion d'hommes représentés par cette étude soit inférieure aux femmes, ce ratio demeure représentatif de la réalité en intervention. Dans ce milieu, les femmes sont majoritaires (Emploi-Québec, 2020).

Une autre limite concerne les méthodes de collecte de donnée. Dans cette étude, il s'agissait de questionnaires autorapportés. Afin de limiter les biais méthodologiques, des questionnaires standardisés et comprenant des propriétés psychométriques satisfaisantes ont été employés. Il est possible que les participants aient mal compris certaines questions, pour diverses raisons aléatoires,

résultantes que leurs réponses ne soient pas représentatives de leur réalité. L'emploi de questionnaires à choix de réponses préétablies ne permet pas d'obtenir de nuance dans les réponses des participants. Finalement, il y a toujours possibilité de présence de désirabilité sociale. Bien que les participants aient reçu l'information que leur participation est confidentielle, il demeure possible que les participants aient répondu de manière à se présenter sous leur meilleur jour. Geoffrion et Ouellet (2013) rapportent que la culture de banalisation est présente en centre de réadaptation en PJ, il est possible de croire que les participants de cette étude aient la tendance à banaliser et normaliser la VAT. C'est pourquoi il est raisonnable de croire que certains participants aient, par exemple, minimisé l'intensité de leurs symptômes afin de ne pas paraître incompetents.

Tel que mentionné précédemment, dans cette étude, pour la variable de SS, la qualité d'une seule source a été mesurée. Toutefois, il semblerait que les différentes sources de soutien peuvent avoir un effet différent sur la personne et n'apportent pas une aide équivalente. Toutefois, il n'y avait pas de consensus établi à propos de la source étant la plus importante, que ce soit un proche, un collègue ou le soutien organisationnel (Guay et al., 2011; Schat et Kelloway, 2003). En ne mesurant que la qualité d'une seule source, il est possible que pour certains participants, il y ait d'autres personnes de leur entourage qui leur offrent un SS d'une qualité différente et celui-ci ne sera pas pris en compte. La perception générale du SS n'a pas été mesurée non plus, ce qui aurait pu apporter une comparaison intéressante.

Cette étude présente plusieurs résultats significatifs qui appuient l'hypothèse que la qualité du SS a un effet sur les conséquences psychologiques survenant suite à l'exposition de VAT. En raison du devis de recherche, il n'est pas possible d'établir un lien de causalité entre les différentes variables mesurées. D'autres facteurs qui n'ont pas été mesurés par la présente étude expliquent peut-être les variations mesurées. Toutes les variables ont été collectées dans le premier mois suivant l'incident de VAT et non avant.

Malgré les limites présentées ci-haut, cette étude comporte plusieurs forces. L'emploi d'un devis longitudinal a permis de suivre l'évolution des symptômes sur plusieurs temps de mesure, incluant la phase aiguë post-traumatique. Ce type de devis permet d'identifier les variables pouvant prédire la variation des conséquences psychologiques développées par les participants. Bien que plusieurs études se soient intéressées au risque de développer un TSPT suite à un événement

potentiellement traumatique en lien avec la qualité du SS, la plupart des auteurs utilisent un devis transversal (Ahern et al., 2004; Guay et al., 2011) et ce même en contexte de VAT (Geoffrion et al.; 2018), ou encore s'échelonne sur une plus courte période de temps (6 mois; Andrews et al., 2003). Ces études utilisent comme type d'analyses statistiques des régressions linéaires alors que cette étude utilise des modèles linéaires mixtes. Permettant non seulement le calcul des effets fixes, mais la prise en considération des effets aléatoires. La combinaison entre ce type d'analyse avec le devis longitudinal permet d'observer les effets du SS en fonction du sexe des participants sur plusieurs temps de mesure, ce qui permet la création de différents profils d'individu. On peut suivre l'évolution des différentes conséquences psychologiques en fonction de ces profils.

Dans la littérature, les études sur le SS abondent, ce n'est que récemment qu'on s'intéresse à la qualité du SS. Dans le domaine de la VAT, peu d'études se sont intéressées aux différents effets de la qualité du SS en fonction du sexe des participants. C'est pourquoi les résultats de cette étude sont particulièrement intéressants, ceux-ci apportent de nouvelles données. Il faudra vérifier que les études futures reproduisent des résultats similaires afin d'appuyer la justesse de ceux de la présente étude. En effet, dans le contexte de VAT, les résultats de cette étude appuient l'hypothèse de Tragno et al. (2017) qui indique que le sexe biologique ne représente pas nécessairement le seul facteur pouvant prédire les symptômes de TSPT. Au contraire, le genre, qui représente plutôt le phénomène beaucoup plus complexe de la compréhension et les attentes culturelles d'une société donnée sur le rôle masculin et féminin, serait une variable à utiliser pour mieux comprendre l'association entre la VAT et les conséquences qui en découlent. Dans le cas de la présente étude, les hommes ont développé davantage de symptômes de TSPT que les femmes, il serait intéressant que des études futures tentent de reproduire ces résultats afin de vérifier si cet échantillon est réellement représentatif de la population des travailleurs.

Pistes de recherches futures

Pour faire suite à cette étude, plusieurs éléments demeurent à explorer. D'abord, il y a la possibilité d'un effet bidirectionnel entre la qualité du SS et les différentes conséquences psychologiques. La sévérité de certains symptômes influence peut-être la qualité du SS. Par exemple, il serait intéressant de voir si une augmentation de la sévérité des symptômes peut diminuer la qualité du SS. Donc, si les membres de l'entourage voient une personne devenir plus anxieuse ou dépressive, peut-être que ceux-ci seront affectés et offriront un moins bon SS, ou même

pourrait s'éloigner de la personne. Des analyses en décalage croisé pourraient apporter une meilleure compréhension de l'évolution des symptômes en interaction bidirectionnelle entre les différentes variables mesurées. Outre la possibilité d'un effet bidirectionnelle, une autre hypothèse à explorer concerne le lien inverse présenté dans cette étude, soit entre le fait de présenter des symptômes de TSPT, d'anxiété, de dépression ou autres conséquences psychologiques et la qualité du SS. Par exemple, un individu qui présente des symptômes pourrait avoir davantage la perception que le soutien reçu est négatif. Par exemple, en lien avec l'étude de Marroquín (2011), les individus qui présentaient des symptômes dépressifs avaient aussi un biais cognitif qui les amenait davantage à porter attention sur les aspects négatifs. Alors une personne pourrait percevoir négativement le SS alors que les interactions demeurent positives. Selon l'évolution des symptômes, plus un individu présente de symptômes, plus il aura tendance à percevoir le SS négativement, à cause de potentiel biais cognitif. Cette hypothèse rappelle l'importance de vérifier l'interprétation de la personne par rapport au SS reçu en lien avec le modèle d'Ehlers et Clark (2000). Ce concept pourrait être en lien avec la satisfaction du soutien reçu ou perçu et en lien avec les besoins de la victime suite à la VAT.

Ensuite, les résultats de cette étude, en ce qui concerne l'influence du sexe des participants sur les effets du SS, ne concordent pas avec la littérature à ce sujet. Il serait intéressant de reproduire des études avec une population similaire, et ce, afin de s'assurer que les résultats représentent la réalité de ce milieu. S'ils sont représentatifs des travailleurs en PJ, il serait intéressant de comprendre ce qui explique que les hommes sont plus vulnérables que les femmes de développer des symptômes de TSPT dans ce contexte. Il serait pertinent d'explorer quels sont les éléments qui peuvent expliquer ce phénomène. Il est possible par exemple, que ce soit en lien avec le contexte particulier de ce milieu de travail ou encore, peut-être que les hommes qui choisissent de travailler auprès de cette clientèle possèdent des caractéristiques précises qui diffèrent des autres milieux de services de santé. Des études plus récentes (Tragno et al., 2017) se sont intéressées au genre des participants, plutôt qu'à leur sexe. Il serait intéressant d'utiliser cette variable plutôt que le sexe, afin de voir si les divers types de profil répondent de manière différente. Par exemple, une personne de sexe féminin pourrait appartenir à une catégorie de genre (androgyne, indifférencié, masculin et féminin) qui expliquerait mieux ses réactions post-traumatiques ainsi que sa recherche de SS que son sexe biologique.

Pour continuer, à la lumière de ces résultats, ils sembleraient que les hommes et les femmes aient des besoins différents en termes de SS. Puisque celui-ci leur bénéficie différemment, il serait intéressant d'explorer quelles particularités du SS répondent spécifiquement à leurs besoins afin de s'assurer d'y répondre adéquatement. Pour le TSPT, les hommes semblent profiter davantage du SS positif. Il serait intéressant de comprendre les mécanismes qui expliquent ces variations. Également, puisqu'il semblerait que des mécanismes différents sont en interactions entre le SS et les divers troubles de santé mentale, d'autres études seront nécessaires pour vraiment comprendre les mécanismes qui expliquent ces liens. Par exemple, pour le TSPT, le SS a des effets sur les interprétations de l'incident alors que pour la dépression, le SS influence plutôt la régulation des émotions. Il est possible que d'autres facteurs, autres que le SS, qui n'ont pas été mesurés dans cette étude aient eu une influence sur l'évolution des symptômes. Pour le TSPT, il semblerait que la phase aiguë suite à l'évènement potentiellement traumatique semble jouer un rôle important quant au maintien des symptômes, il serait pertinent de s'assurer que les victimes reçoivent un SS qui répondent vraiment à leurs besoins de manière satisfaisante.

Finalement, il serait intéressant de poursuivre les recherches en ce qui concerne la source du SS. Les études qui portent sur le sujet présentent des résultats différents. Certains auteurs rapportent que le partenaire amoureux est la source la plus importante alors que d'autres études présentent que ce sont les collègues qui ont davantage d'influence. Il serait intéressant d'explorer cette question, surtout dans le domaine de travail de la PJ, puisque le contexte de travail peut être particulier, par exemple dans les cas de mesures non volontaires. Il est possible que l'entourage d'un travailleur ne comprenne pas aussi bien la réalité du milieu qu'un collègue. Sans le vouloir, il est possible que la réaction des proches puisse nuire davantage aux victimes de VAT. Il serait intéressant de voir si la qualité du SS d'une personne significative est plus importante que la qualité du SS perçu globalement. Est-ce qu'il y a un effet de moyenne, par exemple, ou est-ce que cette personne a plus d'influence que toutes les autres réunies ? Ces questions seraient pertinentes à explorer afin de mieux comprendre comment le SS influence le développement et la sévérité des différentes conséquences psychologiques sur la santé mentale des travailleurs.

Conclusion

En somme, le but de cette étude était de vérifier si la qualité du SS influençait le développement et la sévérité des conséquences psychologiques des travailleurs en PJ exposés à la VAT. Dans un deuxième temps, les effets du SS ont été mesurés en fonction du sexe des participants afin de voir l'effet de cette variable. Bien que plusieurs études se sont intéressées à l'importance du SS pour les victimes de VAT, peu de recherches ont été réalisées afin d'étudier les différences entre les hommes et les femmes dans ce contexte. Des modèles linéaires mixtes ont été utilisés afin de mesurer l'évolution des symptômes de TSPT, d'anxiété et de dépression aux quatre temps de mesure de cette étude longitudinale. Les résultats appuient la littérature concernant la qualité du SS lorsque celui est négatif. Une association significative est ressortie pour les trois variables étudiées, appuyant que la perception d'un SS négatif augmente les risques de développer des symptômes de TST, d'anxiété et de dépression. Pour le SS positif, il semble avoir un effet protecteur uniquement pour la dépression. Finalement, lorsque ces associations sont mesurées en fonction du sexe des participants, les résultats ne sont pas cohérents avec la littérature. Dans le contexte de cette étude, ce sont les hommes qui présentent le plus de symptômes de TSPT et ce sont eux qui bénéficient davantage du SS positif. Cet échantillon n'a pas permis de confirmer que les femmes sont davantage influencées par les effets du SS que les hommes.

La diffusion de ces résultats auprès des institutions et des organismes comporte plusieurs avantages. Cette étude s'inscrit dans le large bassin d'études qui appuient l'importance de prévenir et d'intervenir auprès des travailleurs exposés fréquemment à la VAT. Les diverses conséquences psychologiques qui découlent de la VAT ont des impacts au niveau organisationnel. Ensuite, ces résultats rappellent l'importance qu'au-delà de la simple présence de SS, sa qualité importe aussi. En guidant la recherche de SS des travailleurs et en s'assurant que l'organisation offre un type de SS qui soit bénéfique pour ses employés, cela pourrait diminuer les risques associés à l'exposition de la VAT.

Références bibliographiques

- Abt Associates. (2008). Characteristics of residential treatment for children and youth with severe disturbances. Washington, DC. *National Association for Children's Behavioral Health and National Association of Psychiatric Health Systems*. Repéré à <http://www.nacbh.org/PubDocs/Characteristics%20of%20Residential%20Treatment.pdf>.
- Ahern, J., Galea, S., Fernandez, W. G., Koci, B., Waldman, R. et Vlahov, D. (2004). Gender, social support, and posttraumatic stress in postwar Kosovo. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(11), 762-770.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Andrews, B., Brewin, C. R. et Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of traumatic stress*, 16(4), 421-427.
- Ballenger, J. F., Best, S. R., Metzler, T. J., Wasserman, D. A., Mohr, D. C., Liberman, A., ... & Marmar, C. R. (2011). Patterns and predictors of alcohol use in male and female urban police officers. *The American Journal on Addictions*, 20(1), 21-29.
- Beck, A.T. et Steer, R.A. (1993). Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A. et Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation. Beck Depression Inventory – Second Edition. Repéré à : Thienot, E., Provencher, M. D. et St-Amand, J. (2013). Traitement du trouble d'anxiété généralisée chez des individus présentant un trouble bipolaire: un protocole à cas unique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23(1), 9-16
- Békés, V., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G. et Marchand, A. (2016). Women with PTSD benefit more from psychotherapy than men. *Psychol Trauma*, 8(6), 720-727. doi:10.1037/tra0000122

- Bem, S. L., & Lewis, S. A. (1975). Sex role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of personality and Social Psychology*, 31(4), 634.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2005). Social support and psychological consequences of sexual assault: a literature review. *Sante mentale au Quebec*, 30(2), 101-120.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*, 28(6), 489-498.
- Borja, S. E., Callahan, J. L., & Long, P. J. (2006). Positive and negative adjustment and social support of sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(6), 905-914.
- Brewin, C. R., Andrews, B. et Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi:10.1037//0022-006x.68.5.748
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., et Guthrie, R. M. (2000). Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. *Psychological assessment*, 12(1), 61.
- Carney, C. E., Moss, T. G., Harris, A. L., Edinger, J. D., & Krystal, A. D. (2011). Should we be anxious when assessing anxiety using the Beck Anxiety Inventory in clinical insomnia patients?. *Journal of psychiatric research*, 45(9), 1243-1249.
- Center for Disease Control and Prevention. (2020, 7 février). *Types of Workplace Violence*. https://wwwn.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit1_5
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CSIM; 2018). *Centre Jeunesse de Montréal*. Repéré à <http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca>
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 301-328.
- Christiansen, D. M., & Hansen, M. (2015). Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 26068.

- Connor, D. F., Doerfler, L. A., Toscano, P. F., Volungis, A. M., & Steingard, R. J. (2004). Characteristics of children and adolescents admitted to a residential treatment center. *Journal of Child and Family Studies, 13*(4), 497-510.
- Conte, J. R., & Schuerman, J. R. (1987). Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child abuse & neglect, 11*(2), 201-211.
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., & Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: Fears, needs and impediments to disclosure. *Child abuse & neglect, 28*(10), 1035-1048.
- Dale, N., Baker, A. J., Anastasio, E., & Purcell, J. (2007). Characteristics of children in residential treatment in New York State. *Child Welfare, 86*(1).
- Dai, W., Chen, L., Tan, H., Wang, J., Lai, Z., Kaminga, A. C., ... & Liu, A. (2016). Association between social support and recovery from post-traumatic stress disorder after flood: a 13–14 year follow-up study in Hunan, China. *BMC public health, 16*(1), 1-9.
- De Léséleuc, S. (2007). La victimisation criminelle en milieu de travail 2004. Ottawa: Statistique Canada.
- DiTomasso, R. A. et Gosch, E. A. (Eds.). (2002). *Anxiety disorders: A Practitioner's guide to comparative treatments*. New York : Springer Publishing Company.
- Dozois, D. J., Dobson, K. S. et Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory–II. *Psychological assessment, 10*(2), 83.
- du Travail, O. I. (2003). Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. Geneve: *Bureau International du Travail*.
- Durocq, F. et Vaiva, G. (2006). Dépression et état de stress post-traumatique. Dans S. Guay et A. Marchand (dir.), *Les troubles liés aux évènements potentiellement traumatiques* (p.308-335). Montréal, Canada : Les presses de l'Université de Montréal.
- Eagly, A. H. (2013). *Sex differences in social behavior: A social-role interpretation*. Psychology Press.

- Ehlers, A. et Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Emploi-Québec. (2020, 15 août). *Salaires et statistiques*. Travailleurs/travailleuses des services sociaux et communautaires (CNP 4212).
http://imt.emploiuebec.gouv.qc.ca/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg122_statprof_01.asp?PT4=53&aprof=4212&lang=FRAN&Porte=1&cregncmp1=QC&ssai=0&cregn=QC&PT1=1&type=01&motpro=intervenant&PT2=21&pro=4212&PT3=10
- Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role?. *Child abuse & neglect*, 37(11), 934-943.
- Fitzpatrick, K. M., & Wilson, M. (1999). Exposure to violence and posttraumatic stress symptomatology among abortion clinic workers. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 12(2), 227-242.
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 141.
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Boyer, R., Marchand, A., & Guay, S. (2017). The effects of trivialization of workplace violence on its victims: profession and sex differences in a cross-sectional study among healthcare and law enforcement workers. *Annals of work exposures and health*, 61(3), 369-382.
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Marchand, A., Boyer, R., Marchand, A., Corbière, M. et Guay, S.(2018). Post-traumatic reactions and their predictors among workers who experienced serious violent acts: are there sex differences? *Annals of work exposures and health*, 62(4), 465-474.
- Geoffrion, S., Lanctôt, N., Marchand, A., Boyer, R., & Guay, S. (2015). Predictors of trivialization of workplace violence among healthcare workers and law enforcers. *Journal of Threat Assessment and Management*, 2(3-4), 195.

- Geoffrion, S., Martin, M. & Guay, S. (2019). Intervenir auprès de travailleurs après un évènement traumatique Dans Bond, S., Belleville, G & Guay, S. (eds). *Les troubles liés aux évènements traumatiques. : Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe* (p.374-395). Presses de l'Université Laval : Québec.
- Geoffrion, S. et Ouellet, F. (2013). Quand la réadaptation blesse? Éducateurs victimes de violence. *Criminologie*, 46(2), 263-289.
- Grant, M. M. (2011). Beck anxiety inventory. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*, 215-217.
- Guay, S., Beaulieu-Prevost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, E., Nachar, N., Marchand, A. et O'Connor, K. P. (2011). How Do Social Interactions with a Significant Other Affect PTSD Symptoms? An Empirical Investigation with a Clinical Sample. *J Aggress Maltreat Trauma*, 20(3), 280-303. doi:10.1080/10926771.2011.562478
- Guay, S., Boyer, R., Marchand, A. et Jarvis, J. (2013). Résultats du sondage sur la violence en milieu de travail. *Objectif Prévention*, 36(1), 4-6.
- Guay, S., Billette, V. et Marchand, A. (2002). Soutien social et trouble de stress post-traumatique: théories, pistes de recherche et recommandations cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, 23(3), 165-184.
- Guay, S., Goncalves, J., & Jarvis, J. (2015). A systematic review of exposure to physical violence across occupational domains according to victims' sex. *Aggression and violent behavior*, 25, 133-141.
- Guay, S., Marchand, A. et Billette, V. (2006). Impact du soutien social sur l'état de stress post- traumatique : données empiriques, aspects étiologiques et stratégies d'intervention. Dans S. Guay et A. Marchand (dir.), *Les troubles liés aux évènements traumatiques* (p.370- 384). Montréal, Canada : Les presses de l'Université de Montréal.
- Guay, S., Tremblay, N., Goncalves, J., Bilodeau, H. et Geoffrion, S. (2017). Effects of a peer support programme for youth social services employees experiencing potentially traumatic events: a protocol for a prospective cohort study. *BMJ open*, 7(6), e014405.

- Haagen, J. F., ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2017). Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 56*(1), 69-83.
- Horwitz, M.J. (2006). Work-related trauma effects in child protection social workers. *Journal of Social Service Research, 32*(3).
- Hsieh, H. F., Chen, Y. M., Wang, H. H., Chang, S. C., & Ma, S. C. (2016). Association among components of resilience and workplace violence-related depression among emergency department nurses in Taiwan: a cross-sectional study. *Journal of clinical nursing, 25*(17-18), 2639-2647.
- Hyman, S. M., Gold, S. N., & Cott, M. A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of family violence, 18*(5), 295-300.
- Institut national de santé publique Québec. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé* . Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Johnson, J., Greaves, L., & Repta, R. (2007). Better science with sex and gender. *A primer for health research. Vancouver: Library and Archives Canada Cataloguing in Publication.*
- Joseph, S., Williams, R. et Yule, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. J. Wiley.
- Kaniasty, K., et Norris, F. H. (1992). Social support and victims of crime: Matching event, support, and outcome. *American journal of community psychology, 20*(2), 211-241.
- Kaniasty, K. et Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 21*(3), 274-281.
- Kaukiainen, A., Salmivalli, C., Björkqvist, K., Österman, K., Lahtinen, A., Kostamo, A., & Lagerspetz, K. (2001). Overt and covert aggression in work settings in relation to the

- subjective well-being of employees. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 27(5), 360-371.
- Kawachi, I. et Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
- Kelloway, E. K., Barling, J. et Hurrell Jr, J. J. (Eds.). (2006). *Handbook of workplace violence*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American sociological review*, 620-631.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J. et Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 199-214.
- Kokanovic, R. (2011). The diagnosis of depression in an international context. Dans D. Pilgrim, B. Pescosolido et A. Rogers (dir). *The Sage Handbook of mental health and illness*(p. 127-146). Thousand Oaks, California : Sage Publications.
- Lamothe, J., Couvrette, A., Lebrun, G., Yale, G., Roy, C., Guay, S. et Geoffrion, S. (2018). Violence against child protection workers: A study of workers' experiences, attributions, and coping strategies. *Child abuse & neglect*, 81, 308-321.
- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501. doi:10.1016/j.avb.2014.07.010
- Lanthier, S., Bielecky, A. et Smith, P. M. (2018). Examining risk of workplace violence in Canada: a sex/gender-based analysis. *Annals of work exposures and health*, 62(8), 1012-1020.

- Lépine, J. P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G. et Gaudin, A. F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'encéphale*, 31(2), 182-194.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress: official publication of the international society for traumatic stress studies*, 17(1), 11-21.
- Littlechild, B. (2005). The nature and effects of violence against child-protection social workers: Providing effective support. *British Journal of Social Work*, 35(3), 387-401.
- Littlechild, B., Hunt, S., Goddard, C., Cooper, J., Raynes, B. et Wild, J. (2016). The Effects of Violence and Aggression From Parents on Child Protection Workers' Personal, Family, and Professional Lives. *SAGE Open*, 6(1). doi:10.1177/2158244015624951
- Magley, V. J., Gallus, J. A., & Bunk, J. A. (2010). The gendered nature of workplace mistreatment. In *Handbook of gender research in psychology* (pp. 423-441). Springer, New York, NY.
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical psychology review*, 31(8), 1276-1290.
- Martin, M., Germain, V., et Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. *Les troubles liés aux évènements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal*, 51-86.
- Martin, M., Marchand, A., Boyer, R., & Martin, N. (2009). Predictors of the development of posttraumatic stress disorder among police officers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(4), 451-468.
- Merchant, J. A. et Lundell, J. A. (2001). Workplace violence: A report to the nation. *Injury Prevention Research Center, University of Iowa*. Retrieved from [http://www. public-health. uiowa. edu/iprc/resources/workplace-violence-report. pdf](http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/resources/workplace-violence-report.pdf)

- Nadeau, C. (2013). *L'impact du soutien social sur l'état de stress post-traumatique à la suite d'un évènement potentiellement traumatique chez les policiers: une étude longitudinale*. Université du Québec à Montréal,
- Newhill, C.E., Wexler, S. (1997). Client violence toward children and youth services social workers. *Children and Youth Services Review, 19*(3), 195-212.
- Norris, F. H. et Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology, 71*(3), 498.
- Okech, D., Hansen, N., Howard, W., Anarfi, J. K., & Burns, A. C. (2018). Social support, dysfunctional coping, and community reintegration as predictors of PTSD among human trafficking survivors. *Behavioral medicine, 44*(3), 209-218.
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup4), 1351204.
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R. et Wade, T. (1997). The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of clinical psychology, 53*(1), 7-14.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. et Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 3-36. doi:10.1037/1942-9681.s.1.3
- Peek-Asa, C., Runyan, C. W. et Zwering, C. (2001). The role of surveillance and evaluation research in the reduction of violence against workers. *American Journal of Preventive Medicine, 20*(2), 141-148.
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders, 25*(3), 456-465.
- Pietrzak, R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C. et Southwick, S. M. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic

- stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression and anxiety*, 26(8), 745-751.
- Pihl-Thingvad, J., Andersen, L. L., Brandt, L. P. A., & Elklit, A. (2019). Are frequency and severity of workplace violence etiologic factors of posttraumatic stress disorder? A 1-year prospective study of 1,763 social educators. *Journal of occupational health psychology*.
- Piquero, N. L., Piquero, A. R., Craig, J. M. et Clipper, S. J. (2013). Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 383-394.
- Price, M., Gros, D. F., Strachan, M., Ruggiero, K. J. et Acierno, R. (2013). The role of social support in exposure therapy for Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom veterans: A preliminary investigation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 93.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. et Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(6), 984.
- Richman, J. A., Shinsako, S. A., Rospenda, K. M., Flaherty, J. A., & Freels, S. (2002). Workplace harassment/abuse and alcohol-related outcomes: the mediating role of psychological distress. *Journal of studies on alcohol*, 63(4), 412-419.
- Robson, A., Cossar, J., & Quayle, E. (2014). Critical Commentary: The Impact of Work-Related Violence towards Social Workers in Children and Family Services. *British Journal of Social Work*, 44(4), 924-936. doi:10.1093/bjsw/bcu015
- Rospenda, K. M., Fujishiro, K., Shannon, C. A., & Richman, J. A. (2008). Workplace harassment, stress, and drinking behavior over time: Gender differences in a national sample. *Addictive Behaviors*, 33(7), 964-967.
- Santos, A., Leather, P., Dunn, J., & Zarola, A. (2009). Gender differences in exposure to co-worker and public-initiated violence: Assessing the impact of work-related violence and aggression in police work. *Work & stress*, 23(2), 137-154.

- Schat, A. C., & Kelloway, E. K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: the buffering effects of organizational support. *Journal of occupational health psychology, 8*(2), 110.
- Shakespeare-Finch, J., Rees, A., & Armstrong, D. (2015). Social support, self-efficacy, trauma and well-being in emergency medical dispatchers. *Social Indicators Research, 123*(2), 549-565.
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M. et Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 19*(6), 825-836.
- Shin, J. (2011). Client violence and its negative impacts on work attitudes of child protection workers compared to community service workers. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(16), 3338-3360.
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: beck depression inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), geriatric depression scale (GDS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and patient health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research, 63*(S11), S454-S466.
- Smith, S. M., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2016). The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *Journal of psychiatric research, 82*, 16-22.
- Southwick, S. M., Sippel, L., Krystal, J., Charney, D., Mayes, L. et Pietrzak, R. (2016). Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry, 15*(1), 77.
- States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of anxiety disorders, 25*(3), 456-465.

- Street, A. E., & Dardis, C. M. (2018). Using a social construction of gender lens to understand gender differences in posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review, 66*, 97-105.
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A review.
- Tolin, D. F. et Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin, 132*(6), 959
- Tragno, M., Ferreira, Y., Tarquinio, P., Duveau, A., & Tarquinio, C. (2017). Impacts de la violence au travail selon l'identité de genre des victimes: étude exploratoire. *European Journal of Trauma & Dissociation, 1*(4), 255-262.
- Thrasher, S., Power, M., Morant, N., Marks, I., & Dalgleish, T. (2010). Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*(3), 187-190.
- Tremblay, C. (2008). *Le roulement de personnel chez des intervenants en Centre jeunesse: causes et effets*. éditeur non identifié.
- Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the good?. *Sex roles, 30*(7-8), 521-541.
- U.S. Department of Veterans Affairs. (2020, 10 mars). *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. PTSD: National Center for PTSD.
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Uchida, K., & Yamasaki, K. (2008). Social support mediating between coping by emotional expression and depression. *Psychological reports, 102*(1), 144-152.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. et Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of traumatic stress, 20*(5), 821-831.
- Ussher, J. (2011). Gender matters : Differences in depression between women and men. Dans D. Pilgrim, B. Pescosolido et A. Rogers (dir). *The Sage Handbook of mental health and illness*(p. 103-126). Thousand Oaks, California : Sage Publications.

- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., ... et Wang, D. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(8), e017173.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P. et Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., ... et Mintz, J. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL- 5) among treatment-seeking military service members. *Psychological assessment*, 28(11), 1392.
- Zhao, Y., An, Y., Sun, X., & Liu, J. (2020). Self-acceptance, post-traumatic stress disorder, post-traumatic growth, and the role of social support in Chinese rescue workers. *Journal of loss and trauma*, 25(3), 264-277.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B. et Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 12(4), 689-700.